



საქართველოს უნივერსიტეტი
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

ხელნაწერის უფლებით

თამთა ჩიტალაძე

ინფექციების კონტროლის სისტემის შეფასება საქართველოს

სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში

(სპეციალობა - 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

დისერტაცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის
აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი - ნატა ყაზახაშვილი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

თბილისი
2021

საავტორო უფლებები:

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: „ინფექციების კონტროლის სისტემის შეფასება
საქართველოს სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში“

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად

თამთა ჩიტალაძე © თბილისი, 2021 წლის 18 თებერვალი

ანოტაცია

სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირება გაანალიზებულ იქნა შემდეგი ორი კომპონენტის მიხედვით: ინფექციების კონტროლის მიმართ სტომატოლოგიური პერსონალისა და პაციენტების ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (Knowledge, Attitudes and Practice - KAP) შესწავლა-შეფასებით. იპკ-ის სისტემის შესაფასებლად ასევე გაანალიზებულ იქნა საქართველოში სტომატოლოგიური საქმიანობის სანებართვო პირობები, მისი ნაკლოვანებები და შედარებულ იქნა საერთაშორისო გამოცდილებასთან. რეკომენდაციების სახით ჩამოყალიბდა სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფიცირების რისკების შემცირების შესაძლო გზები და წარმოდგენილ იქნა სამეცნიერო სიახლეები: სტომატოლოგიის სასწავლო პროგრამებში ინფექციის კონტროლის აუცილებელი ცოდნისა და უნარების განსაზღვრა, სასწავლო თემატიკის ჩამოყალიბება; ასევე სტომატოლოგიური დარგისთვის „იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდების“ ჩამოყალიბების საჭიროება.

საკვლევი თემატიკის პირველი კომპონენტის მიზანია ჯვარედინი ინფექციების კონტროლის ზომების მიმართ საქართველოს სტომატოლოგიური კლინიკების პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (KAP) შესწავლა-შეფასება. საკითხის საფუძვლიანი შესწავლისათვის და შედეგების სტატისტიკური სარწმუნოების დასაბუთებისათვის, კვლევა ჩატარდა საქართველოს მასშტაბით, ყველა რეგიონისა და ქ. თბილისის რესპონდენტების მონაწილეობით. საკვლევი პოპულაცია შეადგინა საქართველოს სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში დასაქმებულმა სამედიცინო პერსონალმა, ასევე პრაქტიკაზე მყოფმა რეზიდენტებმა და სტუდენტებმა. შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით კვლევაში ნებაყოფლობით მონაწილეობა მიიღო 308 სტომატოლოგიური კლინიკის 492-მა თანამშრომელმა 2018-2019 წლების განმავლობაში. საკვლევ ინსტრუმენტს წარმოადგენდა თვითადმინისტრირებადი, ანონიმური კითხვარი, რომელიც მოიცავდა სოციო-დემოგრაფიულ მონაცემებს და სტომატოლოგიის დარგის სპეციფიკით გათვალისწინებული ინფექციის კონტროლის ყველა საკითხს. კითხვარი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს სტომატოლოგიური პერსონალის ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა (KAP) ჯვარედინ-ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების მიმართ.

კვლევის შედეგები ადასტურებს სტომატოლოგიური პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულების გაუმჯობესების აუცილებლობას ინფექციის კონტროლის (იკ) საკითხების მიმართ. მონაცემების გაანალიზების საფუძველზე, უსაფრთხოების სტანდარტული წესები პრაქტიკაში არასათანადოდ არის დაცული იკ-ის ყველა ასპექტში: იმუნიზაცია, გარემო ზედაპირების წმენდა და დეზინფექცია, სტერილური ინსტრუმენტები და მოწყობილობები, უსაფრთხო ინექციის პრაქტიკა, ბასრ საგნებთან მოპყრობის უსაფრთხოება, ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები (იდს), ხელის ჰიგიენის ტრენინგები, სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობა, პოსტ-ექსპოზიციური ქცევა და სხვ. კორელაციური კავშირი დასტურდება იკ-ის გატარებულ ღონისძიებებსა (სოპ-ების შემუშავება, ტრენინგები იკ-ის საკითხებზე, იკ-ზე პასუხისმგებელი პირის დანიშვნა, B ჰეპატიტზე იმუნიზაცია, ადმინისტრაციის მიერ პერსონალის იდს-ით უზრუნველყოფა, ცოდნა - რომ ყველა პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული და სხვ.) და კლინიკაში ინფექციის პრევენციის უკეთეს შედეგებს შორის.

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირები დადასტურდა იკ-ის სხვადასხვა ღონისძიებების შესრულებასა და სოციო-დემოგრაფიულ ცვლადებს შორის, კერძოდ: მდედრობითი სქესის პერსონალი უკეთ არის გათვითცნობიერებული იკ-ის საკითხებში და უკეთ იცავს იკ-ის წესებს; დედაქალაქის პერსონალი უკეთ ერკვევა იკ-ის უმეტეს საკითხებში, თუმცა არის გამონაკლისებიც; სამუშაო გამოცდილების მიხედვით, უკეთესი შედეგებია 11-20 წლის სტაჟის მქონე პერსონალს შორის, თუმცა, რამდენიმე საკითხს უკეთ ფლობენ დამწყები ექიმები (მაგ. ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი მოხმარების შემდეგ); დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობის მიხედვით, იკ-ის საკითხებში ლიდერობენ ექიმები 6-ზე მეტი პაციენტით დღეში; დარგის სპეციალიზაცია არ აღმოჩნდა გადამწყვეტი ფაქტორი - სხვადასხვა მიმართულების სტომატოლოგებში იკ-ის საკითხების ცოდნისა და სწორი პრაქტიკის მიხედვით მნიშვნელოვანი სხვაობა არ დაფიქსირებულა.

საკვლევი თემატიკის მეორე კომპონენტის მიზანია სტომატოლოგიურ კლინიკებში ინფექციური კონტროლის ზომების მიმართ საქართველოს პაციენტთა ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (KAP) შესწავლა-შეფასება. საკვლევ ინსტრუმენტს წარმოადგენს თვითადმინისტრირებადი, ანონიმური კითხვარი-ანკეტა, რომელიც შედგება სამი ნაწილისგან და მოიცავს 22 დახურულ კითხვას. კითხვარი შეიცავს სტომატოლოგიური

მომსახურების იკ-ის ხარისხთან დაკავშირებულ შეკითხვებს; პირველი ნაწილი მოიცავს სოციო-დემოგრაფიულ მონაცემებს და სტომატოლოგიურ კლინიკაში ვიზიტების სიხშირეს; მეორე ნაწილის კითხვებით შესაძლებელია სტომატოლოგიურ კლინიკებში ისეთი ინფექციის გავრცელების ალბათობისა და კონტროლის მეთოდების შესახებ ცოდნის შეფასება, როგორიცაა სისხლის გზით გადაცემადი (აივ/შიდსი, ვირუსული ჰეპატიტი B და C), ტუბერკულოზი და რესპირატორული ინფექციური დაავადებები. ამავე ნაწილში მოცემულია კითხვები სტომატოლოგიური მომსახურების დროს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (ხელთათმანი, ნიღაბი, დამცავი სათვალე ან ფარი, უნიფორმა და ა.შ.) გამოყენების ცოდნის შესახებ; კითხვარის მესამე ნაწილით შესაძლებელია იკ-ის ღონისძიებების მიმართ სტომატოლოგიური პაციენტების აღქმის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შეფასება. 2018-2019 წწ. განმავლობაში შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით კვლევაში ნებაყოფლობით მონაწილეობა მიიღო საქართველოს 577-მა მოქალაქემ (ქალი - 71,4%, კაცი - 28,6%). კვლევის შედეგების მიხედვით, პაციენტების ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა სტომატოლოგიური კლინიკის ჯვარედინი ინფექციის კონტროლის ზომების მიმართ საჭიროებს გაუმჯობესებას შემდეგ საკითხებში: კლინიკაში სხვადასხვა დაავადებების გადადების ალბათობა, ინფექციების გადაცემის შესაძლო გზები და მიზეზები და სხვ. პაციენტების უმრავლესობას დადებითი დამოკიდებულება ჰქონდა სტომატოლოგების მიერ ბარიერული ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებით და სათანადო ცოდნაც გამოავლინა (დამცავი სათვალეების გარდა), თუმცა მათი მოლოდინები ექიმთა მხრიდან იდს-ის სათანადოდ მოხმარებასთან დაკავშირებით, ხშირად არ მართლდებოდა და პაციენტები აღნიშნავდნენ პერსონალის მხრიდან არცთუ იშვიათ დარღვევებს. ერთის მხრივ, სტომატოლოგიური კლინიკების იკ-ის ღონისძიებებისადმი უნდობლობაზე და მეორეს მხრივ, ინფიცირებული პაციენტების მიმართ სტიგმაზე მიუთითებს გამოკითხული პაციენტების 62,5%-ის უარი, იმპურნალონ იმ კლინიკაში, სადაც ინფიცირებულ პაციენტებსაც მკურნალობენ. კლინიკის იკ-ის დონით შექმნილი შთაბეჭდილება გავლენას ახდენს მკურნალობის ხარისხით პაციენტთა კმაყოფილებაზე. პაციენტების თითქმის ნახევარი სტომატოლოგიური მკურნალობისას ვერ გრძნობს თავს ინფექციებისგან დაცულად; პაციენტების მესამედმა აღნიშნა მკურნალობის დროს პერსონალის მხრიდან იკ-ის წესების დარღვევა, შედეგად კი, გამოკითხულთა 18%-მა დატოვა კლინიკა; პაციენტების მესამედს აღარ მიუმართავს ექიმისთვის ინფიცირების რისკის

შიშის გამო. აქედან გამომდინარე, პაციენტების თითქმის მესამედი არ გამოთქვამს კმაყოფილებას სტომატოლოგიური მომსახურების ხარისხის მიმართ.

ნორმატიული ბაზის გაანალიზებით ირკვევა, რომ კანონმდებლობის სანებართვო პირობები არ ითვალისწინებს სტომატოლოგიური საქმიანობის საწყის ეტაპზე იპკ-ის სისტემის ელემენტების შემოწმებას. ამავე დროს, შესამოწმებელი დაწესებულებების შერჩევის კრიტერიუმად არ არის განსაზღვრული ახლად გახსნილი სტომატოლოგიური დაწესებულებების შემოწმება. შედეგად, იზრდება პაციენტების უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული რისკები.

გამომდინარე ზემოთქმულიდან, სანამ სახელმწიფოს მხრიდან რეგულირებადი სანებართვო პირობები დაწესდება, სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისათვის საჭიროა ქმედითი ღონისძიებების გატარება, რაც, უპირველეს ყოვლისა, გულისხმობს მომავალი სტომატოლოგებისთვის - სტუდენტებისთვის სასწავლო პროგრამებით ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის მანდატორული ცოდნისა და უნარების განსაზღვრას, ხოლო უკვე შემდგარი ექიმებისთვის და ზოგადად დარგის წარმომადგენლებისთვის, შესაძლებლობას - მიიღონ იკ-ის შესახებ სრულფასოვანი ინფორმაცია და ცოდნა, გაიარონ აკრედიტებული ტრენინგები. ამ მიზნით, ეფექტური იქნება „ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის (იპკ) მხარდაჭერის გუნდების“ ჩამოყალიბება ქვეყნის მასშტაბით. შემოთავაზებული სტრუქტურის ფუნქციონირება დარგის წარმომადგენლებისა და სპეციალისტებისათვის უზრუნველყოფს იკ-თან დაკავშირებული სრული სპექტრით მომსახურებას.

ამ კვლევის შედეგები და დასკვნები შეიძლება გამოყენებულ იქნას სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისათვის და საბაზისო ინფორმაციად საქართველოს სტომატოლოგიის დარგში ინფექციის კონტროლის შესახებ პერსონალის, სტუდენტებისა და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების ეფექტური ღონისძიებების დაგეგმვისათვის.

ავტობიოგრაფია

დავიბადე 1972 წლის 25 აპრილს. ოჯახური მდგომარეობა - მყავს მეუღლე და ორი შვილი.

განათლება:

2015-2021 წწ. - საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორანტურა.

2011-2012 წწ. - სტრატეგიული მენეჯმენტის და ჰოსპიტლის ადმინისტრირების სამაგისტრო დისტანციური კურსი, გრენოზლის უნიმანის აკადემია, საფრანგეთი.

2011 წ. - სახელმწიფო სერტიფიკატი - თერაპიული სტომატოლოგია.

2010-2013 წწ. - საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის ჯანდაცვის მენეჯმენტის მაგისტრატურა (წარჩინებით).

2001 წ. - სახელმწიფო სერტიფიკატი - ქირურგიული სტომატოლოგია.

1996-2000 წწ. - დიპლომისშემდგომი განათლების სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ქირურგიული სტომატოლოგიის ასპირანტურა.

1990-1995 წწ. - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სტომატოლოგიის ფაკულტეტი, ექიმი სტომატოლოგის კვალიფიკაცია (წარჩინებით).

შრომითი საქმიანობა:

2019 წ - დღემდე - შპს საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიური კლინიკა იუჯი დენტის კლინიკური დირექტორი.

2015-2019 წწ. - საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სტომატოლოგიური სიმულაციური და პრაქტიკული ლაბორატორიების ხელმძღვანელი.

2014 წ. - სამედიცინო კომპანია „თბილისი მედიკი“ - სამედიცინო სადეზინფექციო-სასტერილიზაციო პროდუქციის მენეჯერი.

2014 წ. - რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი - სამედიცინო საქმიანობის მონიტორინგის უფროსი სპეციალისტი.

2003-2018 წწ. - შპს სტომატოლოგიური კლინიკა „ფენიქსი“ - ექიმი სტომატოლოგი.

2003-2004 წწ. - ივ.ჯავახიშვილის სახ. თსუ - სამედიცინო ფაკულტეტის სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის კათედრის მოწვეული ლექტორი.

1997-2008 წწ. - შპს სპორტული მედიცინისა და რეაბილიტაციის ცენტრი - ექიმი
სტომატოლოგი.

პროფესიონალური ტრენინგები, სემინარები, კურსები და კონფერენციები:

2020.02.11. – „პირველადი სამედიცინო დახმარების კურსი“, ორგანიზატორი, მონაწილე;
MediClub Georgia, საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა,
კლინიკა „იუჯი დენტი“.

2019. 11.09. - კონფერენცია „სტომატოლოგიური კლინიკების სახელმძღვანელო პრინციპები“;
საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაცია.

2019 წ. 16-18 ოქტომბერი - „სტომატოლოგიისა და ინტეგრირებული მედიცინის გლობალური
სამიტი“, პრაქტიკული კურსის (ვორქშოფის) ორგანიზატორი; Coalesce Research Group,
საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, სტომატოლოგიის
დეპარტამენტი, კლინიკა „იუჯი დენტი“.

2019 წ. 23-24 სექტემბერი - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სემინარი „ცვლილებები
ჯანმრთელობის სტატუსის აღქმის შესახებ“; საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის
მეცნიერებების სკოლა.

2019. 06.04. - კონფერენცია „კოლხურ-იბერიული მედიცინა“, მონაწილე მომხსენებელი;
საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა.

2018.12.07. - სემინარი „სრულყოფილი შედეგის საიდუმლო სტომატოლოგიაში: მასალები,
ტექნიკა და ეფექტური გადაწყვეტილებები“, დენტსტალი, ცერმაკი.

2018.11.24. - საერთაშორისო სტომატოლოგიური კონფერენცია „თანამედროვე მიდგომები
სტომატოლოგიაში“, საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა;
მარმარას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, სტამბოლი, თურქეთი.

2018.03-2018.05 - გლობალური ჯანმრთელობის სალექციო კურსი; საქართველოს
უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა.

2017.12.-2018.01.- ბირთვული და რადიაციული უსაფრთხოების ზოგად საკითხებში
პერსონალის მომზადების, გადამზადებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების კურსი -
სერტიფიკატი „რადიაციულ უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი პირი“, სერტიფიკატი
„რენტგენო-ლაბორანტი“; საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაცია, შპს „იონირება“.

2017. 06.21. – II სტუდენტური კონფერენცია „ჯანმრთელობის მეცნიერებათა აქტუალური საკითხები“, სტატიის თანაავტორი; საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა.
2017. 04.28. - თბილისის VII საერთაშორისო სტომატოლოგიური კონგრესი; სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი „რადიქსი“.
2016. 06.16.- I სტუდენტური კონფერენცია „ საზოგადოების ჯანმრთელობის რისკები და მათი მართვა“, მონაწილე მომხსენებელი; საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა.
- 2016.05.31.- სემინარი „სტომატოლოგიური კლინიკების სახელმწიფო ვალდებულებები და ადმინისტრაციული წარმოების საკითხები“; საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაცია, სტომატოლოგიური კლინიკების მართვის სკოლა „ალბიუსი“.
- 2016 წ. 07-08 მაისი - თბილისის VI საერთაშორისო სტომატოლოგიური კონგრესი; სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი „რადიქსი“.
- 2016.03.04. - სემინარი „ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა“; სტომატოლოგიური ცენტრი „ალბიუსი“.
- 2015 წ. 14-16 დეკემბერი - კურსი „ჯანდაცვის კვლევების ეპიდემიოლოგიური ანალიზი“; საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, პაის ვასკოს უნივერსიტეტი.
- 2015.04.08. – უსგ პროგრამა „ სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კონტროლი“; საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაცია.
- 2015 წ. 03-05 მარტი - კლნიკური ეპიდემიოლოგიის სადოქტორო კურსი; საქართველოს უნივერსიტეტი, ნორვეგიის არქტიკის უნივერსიტეტი.
- 2014 წ. 5-10 მაისი - კავკასიის უნივერსიტეტის ეკონომიკისა და ჯანდაცვის სკოლის ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის ტრენინგ პროგრამა.
- 2013 წ. 11-13 თებერვალი - საერთაშორისო სტანდარტით სამედიცინო მენეჯმენტის სერტიფიცირებული სწავლება; Management Consulting Investment, Michael Weber.
- 2013 წ. 21-24 მაისი - „ზრდასრულთა ეფექტური სწავლება - თანამედროვე მიდგომები“; უსგ პროგრამით მომზადება, თსსუ.
- 2013 წ. 15-19 ივლისი - ნიუ იორკისა და აშშ-ის საელჩოს კურსი „სამედიცინო სამეცნიერო კვლევების პრაქტიკაში დანერგვა“.

2012 წ. სემინარი - „სამედიცინო განათლება ნორვეგიაში“, „ჯანდაცვის სისტემა ნორვეგიაში“, „პირველადი ჯანდაცვის მონიტორინგი ევროპაში“; საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, ნორვეგიის არქტიკის უნივერსიტეტი.

2010 წ. 22.07-21.09 - მომზადება პროფესიული რეაბილიტაციის პროგრამით „პულპისა და პერიოდონტის დაავადებები“; თსსუ დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტი.

2009 წ. 24-27 ნოემბერი - „რეაბილიტაციის თანამედროვე ასპექტები ჯანდაცვაში; ღეროვანი უჯრედები - მომავლის მედიცინა; მედიცინის ინოვაციები და აქტუალური საკითხები“; გრ. რობაქიძის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი „რადიქსი“.

1995 წ. 22-25 მაისი - სტუდენტთა LVIII სამეცნიერო კონფერენცია, სტომატოლოგიის სექცია, მონაწილე მომხსენებელი, I ადგილი; თსსუ.

ასოციაციები:

თსსუ სტუდენტთა სამეცნიერო საზოგადოების საბჭოს სტომატოლოგიური სამეცნიერო წრის ხელმძღვანელი (1993-1995).

საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაცია (2015 წ.), საქართველოს სტომატოლოგთა პროფესიული კავშირი (2019-2020).

ჯილდოები:

1992-1993 წწ. - თსსუ ფრიადოსნის სტიპენდიანტი;

1995 წ. - თსსუ სტუდენტთა LVIII სამეცნიერო კონფერენცია, I ადგილი სტომატოლოგიის სექცია.

დამატებითი ინფორმაცია: 1980-1990 წწ. - N24 მუსიკალური ათწლედი წარჩინებით, საქართველოს კონკურსების ლაურეატი. 1981-1984 - ანსამბლი „ნერგები“.

მადლიერების გამოხატვა:

მადლიერება მინდა გამოვხატო ჩემი ოჯახის - მშობლების, მეუღლისა და შვილების მიმართ, ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში მხარდაჭერისა და თანადგომისათვის. განსაკუთრებული პატივისცემით მინდა გავიხსენო ბატონი რამაზ ურუშაძე, რომელმაც უანგარო დახმარებით ფასდაუდებელი წვლილი შეიტანა რეგიონებში მომუშავე სპეციალისტების ანკეტირების კოორდინაციაში. განსაკუთრებული მადლობა ჩემს ხელმძღვანელს, პროფესორ ნატა ყაზახაშვილს, მუდამ აქტუალური და თანამედროვე მიმართულების მოცემისათვის. მადლობა სუ-ის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლას და მის ხელმძღვანელს, ქ-ნ თამარ ლობჯანიძეს, ჩემი მოტივირებისა და სწორი აქცენტების მითითებისათვის. მადლობა სუ-ის სტომატოლოგიური კლინიკა „იუჯი დენტის“ ხარისხის მართვის გუნდს ნაშრომში აღწერილი ინფექციის პრევენციის და კონტროლის ღონისძიებების პრაქტიკაში დაგეგმვისა და განხორციელებისათვის.

სარჩევი	83
შესავალი	23
თემის აქტუალობა	23
კვლევის მიზანი, კვლევის ობიექტი და დასახული ამოცანები	31
კვლევის ჰიპოთეზა	32
კვლევის მეცნიერული სიახლე	33
დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები	34
კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება	35
ნაშრომის აპრობაცია	36
პუბლიკაციები	36
ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა	37
თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა	38
1.1. სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციები	38
1.2. სმა ინფექციების ძირითადი რისკ-ფაქტორები და პრობლემის გადაჭრის ძირითადი გზები	39
1.3. სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფიცირება - ჯვარედინი ინფიცირება სტომატოლოგიაში, ინფექციის გავრცელების გზები	40
ინფექციის გადაცემა (ტრანსმისია) პირდაპირი კონტაქტით	44
ინფექციის გადაცემა (ტრანსმისია) სისხლის გზით	47
ინფექციის გადაცემა (ტრანსმისია) სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის (სდწ) მილებიდან და აეროზოლებით	49
1.4. აშშ-ის CDC-ის სტატისტიკა სტომატოლოგიურ კლინიკებში ინფექციების ტრანსმისიის შესახებ	53
1.5. იკვ-ის უსაფრთხოების წესების დაცვა	55
ავარიული სიტუაციები: ტრავმები, ინციდენტები	59
დასწებოვნების ალბათობა	65
იკვ-ის ხარისხის განსაზღვრა, კითხვარების გამოყენება	66
1.6. პაციენტების უსაფრთხოება; პაციენტების დამოკიდებულება სტომატოლოგიაში იკვ-ის მიმართ	68
ჯანმოს პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის პროგრამა	68
პაციენტთა უსაფრთხოების საკითხებზე ანგარიშგება და ცოდნის მოპოვება: პრიორიტეტული მიმართულებები სტომატოლოგიაში	70
იკვ-ის მიმართ სტომატოლოგიური პაციენტების დამოკიდებულება	71
1.7. COVID-19 მსოფლიო პანდემია და სტომატოლოგია	74
1.8. COVID-19 -ის პერიოდში დარგის რეგულაციები საქართველოში	76

თავი II. „ინფექციების კონტროლის მიმართ სტომატოლოგიური დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის შესწავლა-შეფასება“ - კვლევის მასალები და მეთოდები.....	83
2.1. კვლევის ობიექტი.....	83
2.2. მეთოდოლოგია, კვლევის დიზაინი.....	83
2.3. მიზნობრივი ჯგუფი, საკვლევი რეგიონების შერჩევა, საკვლევი ჯგუფის ზომის შერჩევის მეთოდები.....	84
2.4. კვლევის ინსტრუმენტი, ეთიკური ასპექტები.....	85
2.5 ცვლადები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზის სტრუქტურა.....	86
2.6. კვლევით მიღებული შედეგები, დესკრიპტული ანალიზი.....	86
2.7. კვლევით მიღებული შედეგები, კორელაციური ანალიზი.....	118
შედეგები რესპონდენტთა სქესის მიხედვით.....	119
შედეგები სამუშაო რეგიონის მიხედვით.....	120
შედეგები სამუშაო გამოცდილების მიხედვით.....	122
შედეგები დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობის მიხედვით.....	123
შედეგები პასუხების მიხედვით კითხვაზე: „ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია?“	125
შედეგები იდს-ით მომარაგების მიხედვით.....	126
კლინიკაში ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის პოზიციის არსებობის მიხედვით მიღებული შედეგები.....	128
შედეგები ტრენინგების გავლის მიხედვით.....	131
შედეგები სტომატოლოგიური დარგის სპეციალიზაციის მიხედვით.....	134
შედეგების B ჰეპატიტზე ჩატარებული იმუნიზაციის მიხედვით.....	135
შედეგები კლინიკაში იკ-ის სოპ-ების არსებობის მიხედვით.....	137
თავი III. „უსაფრთხო სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ პაციენტთა ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის შესწავლა-შეფასება“ - კვლევის მასალები და მეთოდები.....	141
3.1. კვლევის ობიექტი.....	141
3.2. მეთოდოლოგია, კვლევის დიზაინი.....	141
3.3. კვლევის ინსტრუმენტი, ეთიკური ასპექტები.....	142
3.4. მიზნობრივი ჯგუფი, საკვლევი რეგიონების შერჩევა, საკვლევი ჯგუფის ზომის შერჩევის მეთოდები.....	142
3.5. ცვლადები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზის სტრუქტურა.....	144
3.6. კვლევით მიღებული შედეგები, დესკრიპტული და კორელაციური ანალიზი.....	144
თავი IV. რეზიუმე, მიღებული შედეგების განხილვა, დასკვნები.....	159

4.1. სტომატოლოგიური პერსონალის შესახებ აღწერილობითი კვლევის შედეგების განხილვა - კვლევის პირველი კომპონენტი.....	159
4.2. კორელაციური ანალიზით მიღებული კვლევის შედეგების განხილვა.....	166
4.3. სტომატოლოგიური პაციენტების შესახებ კვლევის შედეგების განხილვა - კვლევის მეორე კომპონენტი.....	176
4.5. კვლევის ორივე კომპონენტის (პერსონალი, პაციენტები) შედარებითი ანალიზი.....	181
იდს-ის რეგულარულად გამოყენება.....	181
ინფექციების ტრანსმისიის აღბათობა კლინიკაში.....	182
თავი V. ინფექციის პრევენციის და კონტროლის სისტემა საქართველოს სტომატოლოგიაში	
5.1. იპკ-ის სისტემის მართვა საქართველოში: ზოგადი ინფორმაცია და ნორმატიული ბაზა.....	183
5.2. სადეზინფექციო საშუალებების რეგისტრაციის პროცესი, ნაკლოვანებები და შედარება ევროკავშირის მაგალითთან.....	190
5.3. სტომატოლოგიური საქმიანობის სანებართვო პირობები, ნაკლოვანებები და შედარება საერთაშორისო გამოცდილებასთან.....	193
თავი VI. ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის მხარდაჭერის გუნდი სტომატოლოგიის დარგში - მეცნიერული სიახლე.....	
6.1. იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის შექმნის საჭიროება.....	196
6.2 იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის არსი, ფუნქციები, შემადგენლობა.....	198
6.3. იპკ-ის გუნდი სუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“.....	201
დაგეგმვისა და სარემონტო ეტაპები.....	202
აცრები, სკრინინგები.....	203
ბაქტერიოლოგიური ანალიზები და სადეზინფექციო სამუშაოები.....	203
ჩეკ-ლისტები, სამედიცინო ნარჩენებისა და ინსტრუმენტების მოძრაობის სქემები.....	204
პოსტ-კონტაქტური პროტოკოლი.....	204
ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა და ამპ-ით მკურნალობის მონიტორინგის ჟურნალი (მეცნიერული სიახლე).....	204
კვლევები.....	206
სოპ-ები, ტრენინგები.....	207
სასწავლო პროცესი „იუჯი დენტში“.....	210
სუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტის“ ფუნქციონირება COVID-19 პანდემიის პერიოდში.....	211
6.4. დასკვნა.....	212
თავი VII. ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის აუცილებელი ცოდნა-უნარები და სწავლების თემატიკა სტომატოლოგიაში - მეცნიერული სიახლე.....	
7.1. იპკ-ის სწავლების თემატიკა სტომატოლოგიაში.....	216

დასკვნები.....	220
პრაქტიკული რეკომენდაციები.....	221
გამოყენებული ლიტერატურა.....	223
დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სია.....	239
დანართები.....	240
დანართი N1. ინფექციის კონტროლი სტომატოლოგიაში-საგნის სილაბუსის მაგალითი.....	240
Infection Control in Dentistry- Syllabus Example.....	250
დანართი N2. სტომატოლოგიური კლინიკა „იუჯი დენტის“ სოპ-ები.....	258
დანართი N3. იპკ-ის სამსახურის რეკომენდაციები სტომატოლოგიური კლინიკებისათვის (მეცნ. სიახლე).....	284
დანართი N4. „იუჯი დენტის“ ლაბორატორიული კვლევის ნიმუშები.....	286
დანართი N5. „იუჯი დენტის“ ტრენინგების გეგმა-გრაფიკი და ოქმების ნიმუშები.....	292
დანართი N6. „იუჯი დენტის“ აცრებისა და სკრინინგის ფორმების ნიმუშები.....	301
დანართი N7. „იუჯი დენტის“ ჩეკ-ლისტები, თერმოსკრინინგის ჟურნალები, სამედიცინო ნარჩენებისა და ინსტრუმენტების მოძრაობის სქემები.....	308
დანართი N8. „იუჯი დენტის“ ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა.....	316
დანართი N9. „იუჯი დენტის“ დეზინფექცია-დეზინსექცია-დერატიზაციის ოქმის ნიმუში.....	320
დანართი N10. „იუჯი დენტის“ ნარჩენების მართვის გეგმის წარდგენის პასუხი გარემოს დაცვისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროდან.....	321
დანართი N11. იპკ-ის შესახებ ნორმატიული მასალა.....	322
დანართი: CD	

ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული ნახატების (დიაგრამების) ჩამონათვალი

თავი II

დიაგრამა N1. რესპონდენტთა სქესი

დიაგრამა N2. ასაკობრივი ჯგუფები

დიაგრამა N3. ოჯახური მდგომარეობა

დიაგრამა N4. სამუშაო რეგიონები

დიაგრამა N5. სამუშაო გამოცდილება

დიაგრამა N6. თანამდებობა

დიაგრამა N7. დარგობრივი სპეციალიზაცია

დიაგრამა N8-9. პაციენტების საშუალო რაოდენობა დღეში

დიაგრამა N10. ინფექციური კონტროლის შესახებ კვალიფიკაციის ამაღლების საშუალებები

დიაგრამა N11. ხელების ჰიგიენის ტრენინგის სიხშირე

დიაგრამა N12. იმუნიზაცია B ჰეპატიტის წინააღმდეგ

დიაგრამა N13. მიკროტრავმების საშუალო რაოდენობა ბოლო 6 თვეში

დიაგრამა N14. ბიოლოგიური სითხეებისა და ნაქლიბის ექსპოზიცია ბოლო 6 თვის მანძილზე

დიაგრამა N15. პოსტ-ექსპოზიციური ქცევა

დიაგრამა N16. ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის პოზიციის არსებობა

დიაგრამა N17. ინფექციის კონტროლის სოპ-ების არსებობა კლინიკაში

დიაგრამა N18. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით უზრუნველყოფა

დიაგრამა N19. წყლის ხარისხის შემოწმება კლინიკაში

დიაგრამა N20. ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია?

დიაგრამა N21. ინფექციების ტრანსმისიის აღბათობა კლინიკაში

დიაგრამა N22. ქსოვილური სითხეებით ინფექციის ტრანსმისიის აღბათობა

დიაგრამა N23. სამედიცინო ნიღაბის გამოცვლა

დიაგრამა N24. ხელთათმანის გამოცვლა

დიაგრამა N25. ხელების ჰიგიენის ცოდნა

დიაგრამა N26. დამცავი სათვალისა და ფარის გამოყენება

დიაგრამა N27. ნიღაბის რეგულარულად გამოყენება

- დიაგრამა N28. სამედიცინო უნიფორმისა და ქუდის რეგულარულად გამოყენება
- დიაგრამა N29. ხელთათმანის რეგულარულად გამოყენება
- დიაგრამა N30. სტერილური ხელთათმანის გამოყენება
- დიაგრამა N31. ხელის დეზინფექტანტის მოხმარება
- დიაგრამა N32. აპარატურის დეზინფიცირების აუცილებლობა
- დიაგრამა N33. ზედაპირების დეზინფიცირების აუცილებლობის ცოდნა
- დიაგრამა N34. ერთჯერადი საშუალებების ხელშეორედ გამოყენების პრაქტიკა
- დიაგრამა N35. ყოველი პაციენტისთვის ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენება
- დიაგრამა N36. ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი გამოყენების შემდეგ
- დიაგრამა N37. ჰაერის/წყლის ექვექტორის სტერილიზაცია ყოველი გამოყენების შემდეგ
- დიაგრამა N38. ორთოპედიული ანაბეჭდების დეზინფიცირება კლინიკებში
- დიაგრამა N39. წყლის ჭავლის გამოშვება ბუნიკიდან და ექვექტორიდან
- დიაგრამა N40. ქირურგიული მანიპულაციების დროს წყლის გამოყენება
- დიაგრამა N41. სტომატოლოგიური დანადგარის გამწოვი მილების დეზინფიცირების სიხშირე
- დიაგრამა N42. სასტერილიზაციო ოთახის მოწყობა
- დიაგრამა N43. ინსტრუმენტების ტრანსპორტირება კლინიკაში
- დიაგრამა N44. სტერილიზაციის სახე კლინიკაში
- დიაგრამა N45. სტერილიზაციის მონიტორინგის სიხშირე ინდიკატორებით
- დიაგრამა N46. სტერილიზაციის წინ ინსტრუმენტების შეფუთვა
- დიაგრამა N47. ინსტრუმენტების შეფუთვის ვარგისიანობის შემოწმება
- დიაგრამა N48. კლინიკიდან სამედიცინო ნარჩენების გატანა
- დიაგრამა N49. სამედიცინო ნარჩენების დროებითი სათავსის მოწყობა
- დიაგრამა N50. სამედიცინო ნარჩენების კატეგორიების ცოდნა
- დიაგრამა N51. ექსტრაგირებული კბილის სამედიცინო ნარჩენების კატეგორიის განსაზღვრა
- დიაგრამა N52. გამოყენებულ ბასრ იარაღებთან მოპყრობა
- დიაგრამა N53. ნემსზე ხუფის დახურვის პრაქტიკა
- დიაგრამა N54. რესპონდენტთა ქცევა ინფიცირებული პაციენტის შემთხვევაში

თავი III

დიაგრამა N55. სტომატოლოგთან ბოლო ვიზიტის განაწილება სოციო-დემოგრაფიული პარამეტრების მიხედვით

დიაგრამა N56. საკვლევი პოპულაციის განაწილება რეგიონების მიხედვით

დიაგრამა N57. პაციენტთა აზრით ინფექციების ტრანსმისიის ალბათობა სტომატოლოგიურ კლინიკაში

დიაგრამა N58. პაციენტების ცოდნა ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ

დიაგრამა N59. ინფექციის ტრანსმისიის მიზეზები პაციენტების აზრით

დიაგრამა N60. პაციენტთა აზრით იდს-ის გამოყენების აუცილებლობა მკურნალობის დროს

დიაგრამა N61. იდს-ის პროტექტორული ფუნქცია პაციენტთა აზრით

დიაგრამა N62. ექიმის მიერ ყოველ პაციენტზე ხელთათმანების გამოცვლის აუცილებლობა პაციენტთა აზრით

დიაგრამა N63. პაციენტების დაკვირვება სტომატოლოგის მიერ იდს-ის გამოყენებასთან დაკავშირებით

დიაგრამა N64. პაციენტების დამოკიდებულება, ქცევა და პრაქტიკა ინფექციების კონტროლის არასათანადო ზომების მიმართ

დიაგრამა N65. პაციენტების ქცევა-პრაქტიკა და დამოკიდებულება კლინიკის იკ ხარისხის მიმართ

დიაგრამა N66. პაციენტების პრაქტიკა და აღქმა კლინიკის იკ ხარისხის მიმართ

თავი V

დიაგრამა N67. ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის სისტემა საქართველოში

ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი:

შესავალი - თემის აქტუალობა

ცხრილი N1. სტაციონარული და სტომატოლოგიური საქმიანობის კონტროლი დაწყებამდე და მიმდინარეობისას.

თავი I

ცხრილი N2. სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის ტრანსმისიის სტატისტიკა

თავი II

ცხრილი N3. კლინიკების სრული და საკვლევი რაოდენობები თბილისისა და რეგიონების მიხედვით

ცხრილი N4. რესპონდენტთა ასაკის განაწილება

ცხრილი N5. სამუშაო გამოცდილება

ცხრილი N6. დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობა

ცხრილი N7. მიკროტრაუმების მაქსიმალური და საშუალო რაოდენობა ბოლო 6 თვეში

ცხრილი N8. ბიოლოგიური სითხეების და ნაქლიბის ექსპოზიციის მაქსიმალური და საშუალო რაოდენობა ბოლო 6 თვის განმავლობაში

ცხრილი N9. სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილება რესპონდენტთა სქესის მიხედვით

ცხრილი N10. სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილება რესპონდენტთა სამუშაო ადგილის მიხედვით (თბილისი-რეგიონები)

ცხრილი N11. რესპონდენტთა გამოცდილების შედეგების მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილება

ცხრილი N12. დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობის შედეგების მიხედვით განაწილება

ცხრილი N13. კითხვაზე: „ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია?“ - შედეგების მიხედვით განაწილება

ცხრილი N14. იდს-ით მომარაგების შედეგების მიხედვით განაწილება

ცხრილი N15. კლინიკაში იკ პასუხისმგებელი პირის პოზიციის არსებობის მიხედვით მიღებული შედეგების განაწილება

ცხრილი N16. ტრენინგების გავლის მიხედვით მიღებული შედეგების განაწილება

ცხრილი N17. სპეციალიზაციის მიხედვით შედეგების განაწილება

ცხრილი N18. შედეგების განაწილება B ჰეპატიტზე ჩატარებული იმუნიზაციის მიხედვით

ცხრილი N19. შედეგების განაწილება იკ-ის სოპ-ის კლინიკაში არსებობის მიხედვით

ცხრილი N20. ინფექციის გადადების ცოდნა

თავი III

ცხრილი N21. მოსახლეობის რაოდენობა და წილობრივი განაწილება საქართველოს რეგიონების მიხედვით

ცხრილი N22. პაციენტების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები

ცხრილი N23. რესპონდენტთა ასაკის განაწილება

ცხრილი N24. სტომატოლოგიურ კლინიკაში გადამდები ინფექციური დაავადებების შესახებ

პაციენტთა ცოდნის განაწილება სქესის, განათლებისა და დასაქმების მიხედვით

ცხრილი N25. ინფიცირების საშიშროების აღქმის განაწილება განათლების მიხედვით

ცხრილი N26. ინსტრუმენტების სტერილიზაციის ხარისხით მდელვარების განაწილება განათლების მიხედვით

ცხრილი N27. პაციენტების სურვილის, იმკურნალონ ინფიცირებულ პაციენტებთან ერთად კლინიკაში, განაწილება განათლებისა და დასაქმების მიხედვით

ცხრილი N28. მკურნალობის დროს ინფექციისგან დაცულობის პაციენტების აღქმის განაწილება განათლების მიხედვით

თავი IV

ცხრილი N29. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი იკ-ის ღონისძიებების ზეგავლენა სხვადასხვა ცვლადების მიმართ

ცხრილი N30. იდს-ის რეგულარულად გამოყენება

ცხრილი N31. ინფექციების ტრანსმისიის აღბათობა კლინიკაში

თავი V

ცხრილი N32. სავალდებულო დოკუმენტების ჩამონათვალი ევროპასა და საქართველოში

თავი VI

ცხრილი N33. ანტიბიოტიკებით მკურნალობის ჟურნალი - არსებული ფორმა

ცხრილი N34. ანტიმიკრობული პრეპარატებით მკურნალობის მონიტორინგის ჟურნალი - ახალი ვარიანტი (იუჯი დენტი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი)

თავი VII

ცხრილი N35. იკ-ის აუცილებელი ცოდნა სტუდენტებისათვის

ცხრილი N36. იკ-ის აუცილებელი უნარები სტუდენტებისათვის

დანართები:

ცხრილი N37. კლინიკა „იუჯი დენტის“ ასისტენტის მუშაობის ყოველდღიური დაკვირვების ინდივიდუალური ფორმა

ცხრილი N38. კლინიკა „იუჯი დენტის“ სამედიცინო პერსონალის ხელის ჰიგიენის დაკვირვების ფორმა

ცხრილი N39. კლინიკა „იუჯი დენტის“ სასტერილიზაციოში სამედიცინო პერსონალის მუშაობის დაკვირვების ფორმა

ცხრილი N40. კლინიკა „იუჯი დენტის“ ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა

ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურები:

ამ - ანტიმიკრობული

ამრ - ანტიმიკრობული რეზისტენტობა

ამპ - ანტიმიკრობული პროგრამა

დკსჯც - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

იდს - ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები

იკ - ინფექციის კონტროლი

იპკ - ინფექციის პრევენცია და კონტროლი

პკპ - პოსტ-კონტაქტური პროფილაქტიკა

პპუ - პაციენტები პაციენტთა უსაფრთხოებისთვის

პჯრ - პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია

სდწ - სტომატოლოგიური დანადგარის წყალი

სმა - სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული

სოპ - სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა

სუ - საქართველოს უნივერსიტეტი

ჯანმო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ნოზოკომიური ინფექცია – სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია,

რომელიც შეძენილია სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში

ჰოსპიტალიზაციიდან 48 საათის შემდეგ და რომელიც არ აღენიშნებოდა პაციენტს

სამედიცინო სერვისზე მიმართვის მომენტში მანიფესტური ფორმით ან არ

იმყოფებოდა ინკუბაციურ პერიოდში.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია – ინფექცია, რომელიც განვითარდა

სამედიცინო სერვისის (მათ შორის, ამბულატორიული, სტაციონარული) მიღების

შემდეგ და რომელიც არ აღენიშნებოდა პაციენტს სამედიცინო სერვისზე მიმართვის

მომენტში.

დეზინფექცია – პათოგენური მიკროორგანიზმების განადგურების პროცესი (გამონაკლისია ბაქტერიების სპორები).

ADA - American Dental Association

BEAs - Blood Exposure Accidents

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

COVID-19 - ახალი კორონავირუსით გამოწვეული ინფექცია

DHCP- dental health care professionals

DUWLs - dental unit water lines

FDI - World Dental Federation

HBV - B ჰეპატიტის ვირუსი

HCV - C ჰეპატიტის ვირუსი

HIV - ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი

KAP - Knowledge, Attitude, Practice

MERS-CoV -ახლო აღმოსავლეთის რესპირატორული სინდრომი

MRSA - მეთიცილინ-რეზისტენტული ოქროსფერი სტაფილოკოკი

NCDC.ge - National Center for Disease Control and Public Health Georgia

NSIs - needle stick injury

OSHA - Occupational Safety and Health Administration

PCR - Polymerase chain reaction

PPE – Personal Protective Equipment

SARS - მძიმე მწვავე რესპირატორული სინდრომი

SARS-CoV-2 - ახალი კორონავირუსი

SEDs - safety-engineered devices

SOP - Standard operating procedure

TB- ტუბერკულოზი

შესავალი

თემის აქტუალობა

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის (იპკ) ღონისძიებები ეფექტიანი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის უზრუნველყოფის მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს. სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული (სმა) ინფექციები ფართოდ გავრცელებული გართულებაა, რომელიც გავლენას ახდენს როგორც პაციენტის ავადობასა და სიკვდილიანობაზე, ასევე მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეულ ხარჯებს. თუმცა, აღნიშნული ინფექციების მნიშვნელოვანი ნაწილის თავიდან აცილება შესაძლებელია ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის ეფექტიანი სისტემის პირობებში.

ჯანმო-ს დასკვნით და საერთაშორისო ექსპერტების მონაცემებით, ახალი ათასწლეულიდან სამედიცინო-სანიტარულმა პრობლემებმა გლობალური მასშტაბი შეიძინა და ქვეყნების განვითარების დონის მიუხედავად, წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალ გამოწვევას (ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის რეზოლუცია, 2002; პაციენტთა უსაფრთხოების მსოფლიო ალიანსი. პერსპექტიული განვითარების პროგრამა, 2005)

ჯანმო-ს პროგრამული ღონისძიებების მიხედვით, პაციენტთა უსაფრთხოების საკითხში არ არსებობს ანალიზის, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და შეფასების უნიფიცირებული სისტემა. სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოების შესახებ სამეცნიერო კვლევები განისაზღვრა, როგორც გლობალური სამეცნიერო-კვლევითი პრიორიტეტი ჯანმო-ს წევრი ქვეყნებისათვის (Bates/ბეიტსი, 2004).

სტომატოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოების აქტუალობა განპირობებულია მისი განსაკუთრებულად კომპლექსური მახასიათებლებით:

სტომატოლოგიური მომსახურება წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე მოთხოვნად დარგს მედიცინაში;

ინფექციების ზემოქმედების მაღალი საფრთხე (პაციენტი-ექიმი-პაციენტი ურთიერთქმედების სპეციფიკა);

სტომატოლოგიური მომსახურება აერთიანებს როგორც თერაპიულ, ასევე ქირურგიულ, მათ შორის მაღალტექნოლოგიურ სერვისებს, რაც მოითხოვს განსაკუთრებულ მიდგომებს ხარისხისა და უსაფრთხოების შიდა და გარე კონტროლის საკითხებში;

სტომატოლოგიის დარგში პაციენტთა ინფიცირების გზების შემთხვევათა რეგისტრაციის, შეფასებისა და ანალიზის სისტემა არადაამკმაყოფილებელია;

პაციენტთა უფლებების დაცვის რეალური მექანიზმების არარსებობა - მიიღონ

ხარისხიანი და უსაფრთხო მომსახურება

განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს სტომატოლოგიური მომსახურების პროცესში როგორც პაციენტების, ასევე ექიმების ინფექციური უსაფრთხოების საკითხი, რაც ნებისმიერი სახელმწიფოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოზიციებიდან ახალ საშიშროებას წარმოადგენს ნარკომანიის, ჰემოკონტაქტური ვირუსული ჰეპატიტებისა და აივ/შიდსის ფართოდ გავრცელება, რომელიც განაპირობებს სტომატოლოგიური მომსახურების დროს ინფიცირების რისკების ზრდას. ამ სიას სულ ახლახანს დაემატა COVID-19-ის გამომწვევი ახალი კორონავირუსი, რომელმაც შეგვახსენა, რომ ჩვენ ვცხოვრობთ ეკო-ეპიდემიოლოგიის ერაში.

მსოფლიოში ქრონიკული ვირუსული პათოლოგიების ზრდის ტემპები გვაფიქრებინებს, მოიძებნოს ინფექციური უსაფრთხოების ხარისხის გაუმჯობესების გზები სამედიცინო დახმარების და განსაკუთრებით სტომატოლოგიური მომსახურების პროცესში, ვინაიდან სტომატოლოგიური კლინიკები მიმართვიანობით ერთ-ერთი პირველია სამედიცინო დაწესებულებებს შორის.

თავის მხრივ, პროფესიული დასწებოვნების რაოდენობის ზრდა მოწმობს მედიცინის მუშაკთა მაღალ პარენტერალურ დატვირთვაზე. მიუხედავად ამისა, პრაქტიკაში ყველა ექიმი როდი იცავს იკვ-ის წესებს. ამ თემაზე ჩატარებულმა არაერთმა კვლევამ გამოავლინა არამარტო ინფექციის უსაფრთხოების წესების დარღვევები, არამედ ხელი შეუწყო მოსახლეობის სტომატოლოგიური მომსახურების ხარისხის გარკვეულწილად გაუმჯობესებას კვლევის შედეგებით გათვალისწინებული ნაკლოვანებების გამოსწორების საშუალებით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის არსებით ამოცანას წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის ტრავმათა რეგისტრაციის სისტემის სრულყოფა, უსაფრთხოების კორპორატიული კულტურის მეთოდური გაუმჯობესება, ასევე თანამედროვე უსაფრთხო ტექნოლოგიების დანერგვა სამედიცინო მომსახურების გაწევისას და ეროვნული ნორმატიული ბაზის აყვანა საერთაშორისო სტანდარტების დონეზე.

2019 წლის 31 დეკემბრიდან ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული დაავადება (COVID-19) სწრაფად გავრცელდა მთელს მსოფლიოში. 2020 წლის 30 იანვარს ჯანმო-მ ვითარება საერთაშორისო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საგანგებო მდგომარეობად გამოაცხადა, ხოლო 2020 წლის 11 მარტს კორონავირუსის (COVID-19) ეპიდაფეთქებას პანდემიის სტატუსი მიენიჭა. ამავე დროიდან მოყოლებული ჯანმო-მ არაერთი რეკომენდაცია გასცა სტომატოლოგიური მომსახურების, როგორც ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის, უსაფრთხო მიწოდებისათვის. პანდემიის პირველი ტალღის შემდგომ, ჯანმო-ს მოწოდებას სტომატოლოგიური გეგმიური მომსახურებების გადავადების შესახებ, არ დაეთანხა აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრი (CDC) და სტომატოლოგთა ასოციაცია (ADA) იმ არგუმენტით, რომ სტომატოლოგია არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აუცილებელი, განუყოფელი ნაწილი და პირის ღრუს ჯანმრთელობას გავლენა აქვს ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე. აღნიშნულმა ინსტიტუციებმა განაახლეს იპკ-ის გაიდლაინები პაციენტებისა და პერსონალის ინფექციური უსაფრთხოების ზომების გამკაცრებული მოთხოვნებით, მათ შორის პანდემიის პირობებისთვის. ეპიდაფეთქების დროს საქართველოში მიღებული რეგულაციები ითვალისწინებს საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ დადგენილ მოთხოვნებს. 2020 წლის 11 მაისიდან სტომატოლოგიურ კლინიკებს შეეძლოთ გეგმიურ მომსახურებაზე გადასვლა სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მონიტორინგით გათვალისწინებული მოთხოვნების დაკმაყოფილების შემდეგ. უნდა აღინიშნოს, რომ პირველ თვეებში შეტყობინება სავალდებულო შემოწმებაზე სააგენტოში წარადგინა სტომატოლოგიური დაწესებულებების დაახლოებით 15%-მა. გაჩერებული კლინიკების ამუშავების დაბალი აქტიურობა გამოწვეული იყო არა მარტო ერთჯერად საშუალებებზე შექმნილი დეფიციტის და იდს-ის სავალდებულო მარაგის ფინანსური ტვირთის მიზეზით, არამედ იპკ-ის მოთხოვნებთან აღნიშნული კლინიკების შეუსაბამობის გამო.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უსაფრთხოებისთვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს ინფექციების პრევენცია და კონტროლი წარმოადგენს, რაზეც ჯანმო არაერთგზის მიუთითებს მის მიერ გაცემულ რეკომენდაციებში.

ამასთანავე, განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შესახებ ინფორმაცია არ არის სანდო, რასაც საქართველოს მაგალითიც ადასტურებს: საქართველოში 3,7 მლნ მოსახლეზე წლიურად ფიქსირდება სამედიცინო

მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის საშუალოდ 200 შემთხვევა, ხოლო ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის იმავე რაოდენობაზე – დაახლოებით 20 ათასი შემთხვევა. საქართველოში სმა ინფექციების შესახებ არსებული მწირი მონაცემები არ იძლევა თავიდან აცილებადი ხარჯის იდენტიფიცირების შესაძლებლობას. დიდი ბრიტანეთის ეროვნული აუდიტის სამსახურის 2009 წლის ანგარიშის მიხედვით კი 2006-2008 წლებში ინგლისის ეროვნულმა ჯანდაცვის სისტემამ დაზოგა დაახლოებით 97 მლნ-დან 204 მლნ ფუნტ სტერლინგამდე, მხოლოდ ერთი ნოზოკომიური ინფექციის 41%-ით შემცირების ხარჯზე (აუდიტის სამსახური, 2018).

ჯანმო-ს 2016 წლის რეკომენდაციებში მოცემულია ის ძირითადი კომპონენტები, რომლებსაც უნდა მოიცავდეს იპკ-ის სისტემის ეროვნული პროგრამა. აღნიშნული პროგრამა უნდა ითვალისწინებდეს ნათლად განსაზღვრულ მიზნებს, ფუნქციებს, ინფექციების პრევენციაზე პასუხისმგებელ სპეციალისტებს, სადაც განსაზღვრული უნდა იყოს პასუხისმგებლობის მასშტაბები. პროგრამა ასევე უნდა ითვალისწინებდეს სმა ინფექციების პრევენციისა და ანტიბიოტიკორეზისტენტობის შემცირებაზე მიმართულ ეფექტიან პრაქტიკებს. პროგრამის განსახორციელებლად განსაზღვრული უნდა იყოს ტექნიკური ჯგუფი, რომელსაც გავლილი ექნება იპკ-ის სისტემის სპეციალური ტრენინგი, მიღებული ექნება გადაწყვეტილების აღსრულების უფლებამოსილება და დაგეგმილი აქტივობების მიხედვით განსაზღვრული ექნება საჭირო ბიუჯეტი. პროგრამა მხარდაჭერილი უნდა იყოს სახელმწიფო სტრუქტურების მიერ. იპკ-ის პროგრამების ძირითადი კომპონენტების შესახებ გაიდლაინში (ჯანმო, 2016) ექსპერტებს და სხვადასხვა ქვეყნების წარმომადგენლებს მოჰყავთ თვალსაჩინო მაგალითები, რომ ეფექტიანად დანერგილმა მდგრადმა ეროვნულმა პროგრამამ შეამცირა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების რაოდენობა.

ეროვნული სტრატეგიის მნიშვნელობის მიუხედავად, ქვეყანაში არ არის შემუშავებული იპკ-ის სისტემის ერთიანი სტრატეგია, რომელიც უზრუნველყოფდა მოცემული მიმართულებით ქვეყანაში ერთიანი ზედამხედველობის პოლიტიკის არსებობას. იპკ-ის სისტემის ელემენტები მხოლოდ ფრაგმენტულად არის ასახული 2017-2020 წლების ანტიმიკრობული რეზისტენტობის საწინააღმდეგო და 2016-2020 წლების C ჰეპატიტის ელიმინაციის ეროვნულ სტრატეგიებში, რაც არ არის საკმარისი პოლიტიკის განსასაზღვრად (აუდიტის სამსახური, 2018).

ანტიმიკრობული რეზისტენტობის საწინააღმდეგო ეროვნული სტრატეგიის მიზანია მოცემული მიმართულებით პოლიტიკის დანერგვის ხელშეწყობა საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელიც იკვ-ის სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია. სტრატეგია მოიცავს შემდეგ ძირითად ამოცანებს:

- ინფექციების კონტროლის და პრევენციის გაძლიერება;
- მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიების შესაძლებლობების გაძლიერება;
- ცნობიერების ამაღლება და განათლება.

სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის სავალდებულო მოთხოვნად არ არის გათვალისწინებული მიკრობიოლოგიურ ლაბორატორიაზე წვდომა, რაც შესაძლოა ამცირებდეს სმა ინფექციების გამოვლენის და დაფიქსირების შესაძლებლობას.

იკვ-ის სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია სამედიცინო დაწესებულებებში სუფთა და ჰიგიენური გარემოს არსებობა, რისთვისაც გამოიყენება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (დკსჯც) მიერ რეგისტრირებული სადეზინფექციო საშუალებები. არსებული სარეგისტრაციო პროცედურები და მოთხოვნები არ არის კონკრეტული, რაც ზრდის ისეთი საშუალებების რეგისტრაციის რისკს, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებენ კანონმდებლობით განსაზღვრულ ნორმებს (https://sao.ge/files/auditi/inpheqciebis_kontrolis_auditis_angarishi.pdf).

იკვ-ის სისტემის ეროვნული სტრატეგია, მოცემული საკითხების გარდა, უნდა მოიცავდეს სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების ზედამხედველობის სისტემის შექმნას, რომელიც უზრუნველყოფს სანდო ინფორმაციის მოპოვებას სამედიცინო დაწესებულებებში იკვ-ის მიმართულებით არსებულ მდგომარეობაზე და მათი პრევენციისთვის საჭირო ღონისძიებებს, რაც არ არის ანტიმიკრობული რეზისტენტობის და C ჰეპატიტის ეროვნული სტრატეგიების შემადგენელი ნაწილი.

ეროვნული სტრატეგიის არარსებობა გავლენას ახდენს სამინისტროს დაქვემდებარებული ერთეულების მიერ განხორციელებულ აქტივობებზე. კერძოდ, ერთიანი პოლიტიკის არარსებობა აფერხებს კოორდინირებულ მუშაობას იკვ-ის სისტემის გაუმჯობესებისა და სმა ინფექციების ოპტიმალურ მაჩვენებლამდე შემცირების მიმართულებით.

ეროვნული სტრატეგია და მასში განსაზღვრული შეფასების ინდიკატორები საშუალებას მისცემს სამინისტროს, შეაფასოს ინფექციის პრევენციის კუთხით მიღწეული პროგრესი და დაგეგმოს შესაბამისი ღონისძიებები.

2014 წლიდან სტომატოლოგიური მომსახურება განისაზღვრა, როგორც მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა და შესაბამისად, დაექვემდებარა საქმიანობის დაწყების შესახებ რეგულირების სააგენტოში სავალდებულო შეტყობინებას. ვინაიდან სტომატოლოგიური დაწესებულებები წარმოადგენენ ინფექციის გავრცელების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფს, ტექნიკური რეგლამენტი ავალდებულებს დაწესებულებებს, ჰქონდეთ იპკ-ისათვის საჭირო ინფრასტრუქტურული გარემო და გააჩნდეთ შესაბამისი კვალიფიკაციის ადამიანური რესურსი. 2018 წელს ტექნიკურ რეგლამენტში განისაზღვრა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული იპკ-ის განხორციელების მოთხოვნა. თუმცა, სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებებისგან განსხვავებით, სტომატოლოგიური დაწესებულების საქმიანობის დაწყების ეტაპზე, საქართველოში მოქმედი რეგულაციები არ ითვალისწინებს სავალდებულო მოთხოვნების შემოწმებას (ცხრილი N1).

ცხრილი N1.

სტაციონარული და სტომატოლოგიური საქმიანობის კონტროლი დაწყებამდე და მიმდინარეობისას.

კონტროლი	სტაციონარი	სტომატოლოგია
საქმიანობის დაწყებამდე	+	×
საქმიანობის მიმდინარეობისას	+	+

იპკ-ის სისტემის შემოწმება შერჩევითი კონტროლით რეგულირების სააგენტოს მიერ ხდება წელიწადში ერთხელ, მათი საქმიანობის მიმდინარეობისას. ამასთანავე, მინისტრის ბრძანებით განსაზღვრულია შერჩევითი კონტროლის კრიტერიუმები, რომელთა საფუძველზე რეგულირების სააგენტო შეარჩევს შესამოწმებელ სამედიცინო დაწესებულებებს. მოცემული კრიტერიუმების ნუსხა არ ითვალისწინებს ახლად გახსნილი სტომატოლოგიური დაწესებულების შერჩევას.

მოცემულ საკითხთან დაკავშირებით განსხვავებული პრაქტიკა გვხვდება ევროპის ქვეყნებში. მაგალითად, ინგლისში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და მუდმივი

მონიტორინგის მიზნით, ერთი და იგივე ორგანიზაცია არეგისტრირებს და ამოწმებს სტაციონარულ და სტომატოლოგიურ დაწესებულებებს. რეგისტრაციის ეტაპზე მოწმდება, რამდენად აკმაყოფილებს დაწესებულება შესაბამისი სერვისისათვის განსაზღვრულ სავალდებულო მოთხოვნებს და შემდეგ სხვადასხვა წყაროდან, მათ შორის პაციენტისგან, მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ხდება დაწესებულებებზე მუდმივი მეთვალყურეობა და პერიოდული ინსპექტირება.

საქმიანობის დაწყებამდე ან საქმიანობის დაწყების საწყის ეტაპზე ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნების შეუმოწმებლობა ზრდის რისკს, რომ სტომატოლოგიური დაწესებულებები საქმიანობას განახორციელებენ მოთხოვნების დაცვის გარეშე მანამ, სანამ რეგულირების სააგენტოს მიერ არ განხორციელდება მათი შერჩევითი კონტროლი. აღნიშნულმა შესაძლოა უარყოფითი გავლენა იქონიოს როგორც პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ასევე იპკ-ის სისტემის ეფექტიან მართვაზე. 2018 წლის მაისის მდგომარეობით, ქვეყანაში მოქმედებდა 1,526 სტომატოლოგიური დაწესებულება. სააგენტოს მიერ 2015-2017 წლებში განხორციელებული შემოწმების შედეგად გამოვლინდა, რომ შემოწმებული სტომატოლოგიური დაწესებულებების 54% ვერ აკმაყოფილებს იპკ-ის მოთხოვნებს. ამათგან, იპკ-ის სისტემის მიმართულებით ტექნიკური რეგლამენტის ცალკეული მოთხოვნის ყველაზე მეტი დარღვევა გამოვლინდა დეზინფექციისა და სტერილიზაციის (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) სათანადო რეჟიმითა და აღრიცხვით უზრუნველყოფის პროცესში: 2015 წელს აღნიშნული მოთხოვნა დარღვეულია შემოწმებული სტომატოლოგიური დაწესებულებების 55%-ში, 2016 წელს – 48%-ში და 2017 წელს – 51%-ში.

პანდემიის პერიოდში, 2020 წლის 21 ოქტომბერს, რეგულირების სააგენტოდან ჩვენ მიერ გამოთხოვილ ინფორმაციაზე საპასუხო წერილში აღნიშნულია:

„საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შრომის პირობების ინსპექტირების დეპარტამენტმა რეკომენდაციების შესრულებაზე საქართველოს რეგიონებში განახორციელა 494

სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების კონტროლი

საქმიანობის აღდგენის მიზნით. შემოწმების შედეგად 478 სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელმა დაწესებულებამ დააკმაყოფილა მინისტრის 2020 წლის 8 მაისის N01-193/ო ბრძანებით გათვალისწინებული მოთხოვნები, ხოლო 16 სტომატოლოგიური მომსახურების

მიმწოდებელ დაწესებულებას არ მიეცა შემოწმების შედეგების შესაბამისად საქმიანობის განახლების უფლება. სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ, მონიტორინგი განხორციელდა თბილისის მასშტაბით. 11.05.2020-15.10.2020 წწ. პერიოდში, მონიტორინგი ჩატარდა - 630 დაწესებულებაში. აქედან, 48 დაწესებულებას, გამოვლენილი ხარვეზების გამო უარი ეთქვა გეგმიური სტომატოლოგიური სერვისის განხორციელებაზე, ხოლო- 582 დაწესებულებაზე გაიცა თანხმობა“.

ირკვევა, რომ COVID-19 რეგულაციების დადგენიდან ხუთ თვეში რეგისტრირებული კლინიკების მხოლოდ 73%-მა გაიარა შემოწმება. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ქვეყანაში ჯერ კიდევ ეწევიან საქმიანობას არარეგისტრირებული კლინიკები, ნათელი გახდება, რომ შემოწმება რეალურად გაიარა დაწესებულებათა გაცილებით ნაკლებმა წილმა (%) და საეჭვოა, რომ დაურეგისტრირებელი სტომატოლოგიური საქმიანობის მიმწოდებლები აკმაყოფილებდნენ იპკ-ის მოთხოვნებს. არსებული მონაცემების მიხედვით კი, შემოწმებული კლინიკების დაახლოებით 6%-მა ვერ მიიღო საქმიანობის განახლების უფლება (3,2%-რეგიონები, 7,6%-თბილისი).

2020 წლის 15 ოქტომბერს ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებმა დკსჯც-დან მიიღეს წერილი, სადაც აღნიშნულია: „სამედიცინო პერსონალში ინფექციის გავრცელების დროულად იდენტიფიცირებისა და შემდგომი ფართომასშტაბიანი გავრცელების პრევენციის მიზნით, საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 6 ოქტომბრის N1938 განკარგულებით ცვლილება შევიდა საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 15 ივნისის № 975 განკარგულებით დამტკიცებულ „კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) სავალდებულო ტესტირებას დაქვემდებარებულ პრიორიტეტულ პირთა ნუსხასა და ჩატარების წესში“. აღნიშნული განკარგულების საფუძველზე, კორონავირუსზე სავალდებულო პჯრ (PCR) ტესტირებას დაქვემდებარა ამბულატორიულ და სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული მთელი სამედიცინო პერსონალი (მ.შ. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის მიმწოდებელი ფიზიკური პირები)“; თუმცა, აღნიშნულ პერიოდში, სავალდებულო ტესტირების ჩამონათვალში არ იქნა გათვალისწინებული სტომატოლოგიური კლინიკები, მიუხედავად საქართველოს წითელ ეპიდ-ზონაში გადანაცვლებისა. ჩამონათვალში ექიმი სტომატოლოგები შეიყვანეს 6 თვის დაგვიანებით, ხოლო კლინიკებში დასაქმებული სხვა

პერსონალი არ იქნა გათვალისწინებული. გარდა ამისა, არ ხდებოდა სტომატოლოგიური კლინიკების Covid-19-ის ანტიგენის სწრაფი ტესტებით უზრუნველყოფა.

საქართველოში დღესდღეობით არ ჩატარებულა უსაფრთხო სტომატოლოგიური მომსახურების შეფასება პაციენტების პერსპექტივიდან და მომავალ სტომატოლოგებს შორის. ქვეყანაში დღემდე ჯეროვნად არ შეფასებულა ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის მდგომარეობა სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში, თუ არ ჩავთვლით აღნიშნული საკითხის შესახებ ერთკომპონენტთან ცალკეულ კვლევებს. წინამდებარე სამეცნიერო ნაშრომი ითვალისწინებს სტომატოლოგიური კლინიკებისთვის სპეციფიკურ იპკ-ის ყველა იმ საბაზისო საკითხს, რაც ჩამოყალიბებულია საერთაშორისო გაიდლაინებში (იმუნიზაცია, გარემო ზედაპირების წმენდა და დეზინფექცია, სტერილური ინსტრუმენტები და მოწყობილობები, უსაფრთხო ინექციის პრაქტიკა, ბასრ საგნებთან მოპყრობის უსაფრთხოება, ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები, ხელის ჰიგიენის ტრენინგები, სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობა და მართვა, პოსტ-ექსპოზიციური ქცევა, სტომატოლოგიური დანადგარის წყლისა და მილების ინფექციური უსაფრთხოება და სხვ.).

პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე, შეირჩა სამეცნიერო კვლევა, რომელიც ქვეყნის მასშტაბით შეისწავლის არსებულ იპკ-ს დონეს და სისტემის ნაკლოვანებებს სტომატოლოგიურ დარგში. არსებული ფონის გათვალისწინებით შეირჩა წარმოდგენილი სამეცნიერო კვლევა და მისი დიზაინი. ქვეყანაში სტომატოლოგიური მომსახურების იპკ-ის სისტემის ორგანიზაციის სრულყოფილი შეფასებისათვის, საკითხის მასშტაბურობიდან გამომდინარე, კვლევა ჩატარდა არა მხოლოდ სამედიცინო პერსონალის მონაწილეობით, არამედ ასევე, სტომატოლოგი სტუდენტებისა და პაციენტების ჩართულობითაც.

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ინფექციების კონტროლის სისტემის შეფასება საქართველოს სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში და ინფექციების პრევენციული მიდგომების ოპტიმიზაცია.

კვლევის ობიექტი

სამეცნიერო კვლევის ობიექტს წარმოადგენდა სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციების კონტროლის სისტემა საქართველოში.

საკითხის მასშტაბურობიდან გამომდინარე, სამეცნიერო კვლევის სუბიექტებს წარმოადგენდნენ სტომატოლოგიური დაწესებულების პერსონალი და სტომატოლოგიური პაციენტები.

დასახული ამოცანები

1. საქართველოს სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში ჯვარედინი ინფექციების კონტროლის მიმართ სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (KAP) შესწავლა-შეფასება.
2. უსაფრთხო სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ პაციენტთა ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (KAP) შესწავლა-შეფასება.
3. საქართველოში სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციების კონტროლის სისტემის შეფასება და მისი შედარება საერთაშორისო პრაქტიკასთან.
4. პრევენციული ღონისძიებებისა და რეკომენდაციების შემუშავება სტომატოლოგიური დაწესებულებების იკ-ის ხარისხის ოპტიმიზაციისათვის.

კვლევის ჰიპოთეზა

1. სტომატოლოგიური კლინიკების პერსონალის ნაწილი სათანადოდ არ არის ინფორმირებული და არ აქვს საკმარისი ცოდნა ინფექციური კონტროლის საკითხების შესახებ.
2. იკ-ის საკითხებზე სტომატოლოგიური პერსონალის დაბალ ინფორმირებულობას მნიშვნელოვნად განაპირობებს სასწავლო პროგრამებში ინფექციის კონტროლის დოზირებული სწავლება.
3. სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში, სადაც ტარდება იკ-ის ღონისძიებები, ინფექციური უსაფრთხოების დონე უფრო მაღალია.
4. მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს არ აქვს სათანადო ცოდნა იმ რისკების თაობაზე, რომელიც თან ახლავს სტომატოლოგიურ სერვისებს.
5. საქართველოში სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციების კონტროლის სისტემა საჭიროებს გაუმჯობესებას და ოპტიმიზაციას.

კვლევის მეცნიერული სიახლე:

კვლევამ, რომელიც ჩატარდა სტომატოლოგიური პერსონალისა და პაციენტების ჩართულობით, მოგვცა ახალი, უფრო სრულყოფილი მონაცემები სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციური უსაფრთხოების მდგომარეობის შესახებ, კერძოდ:

1. პირველად განისაზღვრა სტომატოლოგიური პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (KAP) დონე ინფექციების კონტროლის მიმართ ინფექციური უსაფრთხოების ყველა კომპონენტის გათვალისწინებით.
2. პირველად იქნა დადგენილი უსაფრთხო სტომატოლოგიური სერვისების მიმართ პაციენტების ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (KAP) დონე.
3. პირველად იქნა წარმოდგენილი იპკ-ის საკითხებზე პერსონალისა და პაციენტების მონაცემების შედარებითი შეფასება.
4. კვლევის შედეგებისა და დასკვნების გათვალისწინებით შემუშავდა სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის პაკეტი: სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (SOPs), ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა და დაინერგა სუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“.
5. შემუშავდა ანტიმიკრობული პრეპარატებით მკურნალობის მონიტორინგის ჟურნალის ახალი ვარიანტი დარგის სპეციფიკის გათვალისწინებით.
6. კვლევის შედეგებისა და დასკვნების გათვალისწინებით სუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“ დაინერგა იპკ-ის მონიტორინგის მეთოდები და ნაკლოვანებების გამოსწორების მიზნით გაიწერა იპკ-ის ტრენინგების გეგმა.
7. არსებული ფონის გათვალისწინებით, სუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“ შემუშავდა ინფექციის კონტროლის პროტოკოლი სტუდენტებისათვის, პრაქტიკული სწავლების უსაფრთხოდ წარმართვის უზრუნველსაყოფად.
8. სტომატოლოგიური საქმიანობის სანებართვო პირობების ნაკლოვანებების გათვალისწინებით და კვლევის შედეგების განხილვის საფუძველზე, პირველად იქნა გაკეთებული განაცხადი „ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის მხარდაჭერის გუნდის“ შექმნის აუცილებლობაზე სტომატოლოგიური დარგის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

9. პირველად იქნა დადგენილი სტომატოლოგიის სასწავლო პროგრამისთვის ინფექციის კონტროლის ცოდნისა და უნარების მინიმალური მოთხოვნები დარგის სპეციფიკის გათვალისწინებით, შემუშავდა სასწავლო თემატიკა.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

1. სტომატოლოგიური საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირებადი სანებართვო პირობების კანონმდებლობით გათვალისწინება შექმნის შესაძლებლობას საწყის ეტაპზე გამოვლინდეს არსებული ნაკლოვანებები და შესაბამისი რეაგირების პირობებში შემცირდეს დარღვევების მაჩვენებელი, რაც ხელს შეუწყობს როგორც პაციენტების უსაფრთხოებას ასევე, იპკ-ის სისტემის ეფექტიან მართვას.
2. სტომატოლოგიური დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის იპკ-ის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკა (KAP) საქართველოში არასათანადო დონეზეა და მოითხოვს გაუმჯობესებას სამივე ასპექტში, მომსახურებასთან ასოცირებული ინფიცირების რისკების შემცირების მიზნით.
3. სტატისტიკურად დასტურდება კორელაციური კავშირი იპკ-ის გატარებულ ღონისძიებებსა (სოპ-ების შემუშავება, ტრენინგები იპკ-ის საკითხებზე, იპკ-ზე პასუხისმგებელი პირის დანიშვნა, B ჰეპატიტზე იმუნიზაცია, ადმინისტრაციის მიერ პერსონალის იდს-ით უზრუნველყოფა, ცოდნა-რომ ყველა პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული და სხვ.) და კლინიკის ინფექციის პრევენციის უკეთეს შედეგებს შორის.
4. სტომატოლოგიური კლინიკების იპკ-ის საკითხების პაციენტების პერსპექტივიდან აღქმა და კრიტიკულად შეფასება, წარმოადგენს ერთის მხრივ, მოტივაციას სტომატოლოგებისათვის - გააუმჯობესონ უსაფრთხოების ზომები და მომსახურების ხარისხი და მეორეს მხრივ, აუცილებლობას პაციენტებისთვის - ჩართულნი იყვნენ თავიანთ უსაფრთხო მკურნალობაში. გამომდინარე ზემოთქმულიდან, საჭიროა იპკ-ის საკითხებში პაციენტების ცოდნის გაუმჯობესება.
5. სტომატოლოგიური იპკ-ის სისტემის გასაუმჯობესებლად და მომსახურებასთან ასოცირებული ინფიცირების რისკების შესამცირებლად განისაზღვრა შემდეგი საკითხები:

სტომატოლოგიური დარგის რეგულირება სანებართვო პირობებით და ამავე პირობებზე სრული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა;
 დიპლომამდელ სწავლებაში „ინფექციის კონტროლი სტომატოლოგიაში“ საკითხების მეტი მოცულობით სწავლება;
 „იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის“ შექმნა ქვეყნის მასშტაბით, რომელიც უზრუნველყოფს პერსონალის დიპლომის შემდგომ განათლებას აკრედიტებული ტრენინგებით, საჭირო ინფორმირებულობას ნორმატიული ბაზის შესახებ და იპკ-ის ღონისძიებების დაგეგმვა-განხორციელებაში დახმარებას.

კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება:

1. ნაშრომში თავმოყრილია სტომატოლოგიური მომსახურების იპკ-ის პრობლემატური საკითხები და გამოწვევები, სისტემის მარეგულირებელი საკანონმდებლო ნორმატიული ბაზა და მათი შედარება საერთაშორისო სტანდარტებთან; განხილულია სტომატოლოგიური საქმიანობის სანებართვო პირობების ნაკლოვანებები საერთაშორისო გამოცდილებასთან შედარებით.
2. ნაშრომში წარმოდგენილია კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები სტომატოლოგიური პერსონალის მიერ სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების დაცვის ხარისხის შესახებ.
3. ნაშრომში წარმოდგენილია კვლევით მიღებული მონაცემები პაციენტების ინფორმირებულობის დონის შესახებ უსაფრთხო სტომატოლოგიური სერვისების მიმართ.
4. კვლევით მიღებული შედეგებისა და სტომატოლოგიური საქმიანობის სანებართვო პირობების ნაკლოვანებების გაანალიზების საფუძველზე, ნაშრომში დასაბუთებულია საქართველოში „იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდების“ ჩამოყალიბების საჭიროება, სტომატოლოგიური დარგის სპეციფიკის გათვალისწინებით.
5. ნაშრომში განხილულია „იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის“ არსი, ფუნქციები და სერვისით სარგებლობის უპირატესობები.
6. საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“ ჩამოყალიბდა და ფუნქციონირებს იპკ-ის დანაყოფი, ნაშრომში წარმოდგენილი „იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის“ ანალოგიური კომპეტენციების გათვალისწინებით.

7. კვლევით მიღებული შედეგების გაანალიზების საფუძველზე დადგენილია სტომატოლოგიური ფაკულტეტების სასწავლო პროგრამაში ინფექციის კონტროლის საკითხების სწავლების გაძლიერების აუცილებლობა: განისაზღვრა იკ-ის აუცილებელი ცოდნა-უნარები სტომატოლოგიური სასწავლო პროგრამებისათვის, ჩამოყალიბდა თემატიკა და სილაბუსის მაგალითის ვარიანტი (დანართი N1).
8. ნაშრომში წარმოდგენილია სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (SOPs), რომელიც შემუშავდა არსებული ფონის გათვალისწინებით და პრაქტიკულად გამოიყენება სუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“.
9. სუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტის“ ინიციატივით და დკსჯც-ის დახმარებით ჩამოყალიბდა „ანტიმიკრობული პრეპარატებით მკურნალობის მონიტორინგის ჟურნალი“-ს ახალი ფორმა, რომელმაც ჩაანაცვლა სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში საწარმოებელი ძველი ფორმა.
10. ანტიმიკრობული რეზისტენტობის ფონის გათვალისწინებით საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტის“ ბაზაზე შემუშავდა და დაინერგა ანტიმიკრობული თერაპიის ადაპტირებული პროგრამა.

ნაშრომის აპრობაცია

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის I სტუდენტურ კონფერენციაზე „საზოგადოების ჯანმრთელობის რისკები და მათი მართვა“ (თბილისი, 16.06.2016); ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის IV სტუდენტურ კონფერენციაზე „მედეა-Cura Mediana“ (თბილისი, 21.06.2019); საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სამეცნიერო-საკონსულტაციო სადისერტაციო საბჭოს მიერ ონლაინ ჩატარებულ შიდა დაცვაზე (თბილისი, 21 იანვარი, 2021წ.).

პუბლიკაციები:

გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომების საერთო რაოდენობა - 7, მათ შორის 4 ნაშრომში ასახულია დისერტაციის ძირითადი შედეგები.

1. რეპარაციული ოსტეოგენეზის სტიმულატორის გამოყენება ქრონიკული პერიოდონტიტის კომპლექსურ მკურნალობაში. თსსუ სტუდენტთა LVIII სამეცნიერო

- კონფერენციის მოხსენებითი მასალები, თბილისი, 1995, გვ.143-147 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ქ. გოგილაშვილი).
2. Assessment of Quality of Medical Services at Georgian Dental Clinics. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 1, Supplement 1, June 2016 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი).
 3. Iatrogenesis. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 1, Supplement 2, June 2017 (ავტორები: მ. ჯიქია, ე. გიგინეიშვილი, თ. ჩიტალაძე, ნ. სულაშვილი).
 4. Role of Tobacco in the Development of Oral Leukoplakia and Oral Cancer. Dentistry, Voume 8, Issue 6 2018 (ავტორები: მ. საბაშვილი, ე. გიგინეიშვილი, მ. ჯიქია, თ. ჩიტალაძე).
 5. Survey of Infection Control Knowledge, Attitudes and Practices among Senior Dental Students at the University of Georgia. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 3, Issue 4, June 2019 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი).
 6. Comparative Survey of Infection Control Knowledge, Attitudes and Practices Before and During Covid-19 Pandemic among Senior Dental Students at the University of Georgia. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 4, Issue 6, July 2020 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი).
 7. Knowledge, attitudes and perception of patients towards cross-infection control measures in dental clinics in Georgia before the Covid-19 pandemic. Georgian Medical News, N 12 (309), 147-152, 2020 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი) - წარდგენილია გამოსაქვეყნებლად.

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა:

დისერტაცია შედგება შესავალის, 7 თავის, კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების, დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურის, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიის, 11 დანართის და თანდართული CD-საგან. დისერტაცია დაწერილია 326 გვერდზე, APA-ს მოთხოვნების დაცვით და შეიცავს 40 ცხრილსა და 67 დიაგრამას. გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 171 წყაროს. თანდართულ CD-ზე ჩაწერილია სადოქტორო დისერტაციისა და მაცნეს (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ელექტრონული ვერსიები, გამოყენებული კითხვარი, მონაცემთა ელექტრონული ბაზა, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომები.

თავი I

ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1. სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციები

ყოველწლიურად ასობით მილიონი პაციენტი ავადდება მსოფლიოში სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული (სმა) ინფექციებით, რომელიც წარმოადგენს ჯანდაცვის სფეროში ყველაზე გავრცელებულ ინფექციას. მისი ჭეშმარიტი გლობალური ტვირთი უცნობია, ზუსტი მონაცემების შეგროვების სირთულიდან გამომდინარე.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია განიმარტება, როგორც ინფექცია, რომელიც განვითარდა სამედიცინო სერვისის (მათ შორის, სტომატოლოგიური, ამბულატორიული, სტაციონარული) მიღების შემდეგ და რომელიც არ აღენიშნებოდა პაციენტს სამედიცინო სერვისზე მიმართვის მომენტში.

ინფექციის პრევენცია და კონტროლი (იპკ) არის ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების პრევენციისა და კონტროლისაკენ.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციით პაციენტები შეიძლება დაავადდნენ ნებისმიერი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში და შეიძლება გამოვლინდეს გაწერის ან დაწესებულების დატოვების შემდეგ. ამას გარდა, სმა დაავადებები მოიცავენ პერსონალის პროფესიულ ინფექციებს. სხვადასხვა ქვეყნის მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ამ დაავადებით მსოფლიოში ყოველწლიურად ასეულობით მილიონი ადამიანი ავადდება. ავადობის ტვირთი საშუალო და დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში ბევრად მაღალია, ვიდრე მაღალი შემოსავლების ქვეყნებში. ინფექციები იწვევენ პაციენტების ბევრად ხანგრძლივ დაყოვნებას სამედიცინო დაწესებულებებში, ხანგრძლივ შრომისუუნარობას, ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტობას, რასაც თან ახლავს უზარმაზარი დამატებითი ფინანსური ტვირთი, ჯანდაცვის სისტემის გაზრდილი დანახარჯები, გაზრდილი სიკვდილიანობა, ემოციური სტრესი პაციენტისა და მისი ოჯახისთვის. დადგენილია, რომ სმა ინფექცია შეიძლება გამოვლინდეს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულების პაციენტს, თუმცა მონაცემები დაავადების ტვირთის შესახებ არასაკმარისია.

სმა დაავადებები რჩება ფარულ და რთულ პრობლემად, რამდენადაც მსოფლიოში არცერთ სამკურნალო დაწესებულებას არ შეუძლია განაცხადოს ამ საკითხის მოგვარების შესახებ. საავადმყოფოსშიდა ინფექციებით დასნებოვნების რისკ-ფაქტორები იცვლება სამედიცინო დაწესებულებისა და ქვეყნის შემოსავლების დონის მიხედვით. ყველაზე დიდი რისკი მოდის განვითარებად ქვეყნებზე, თუმცა მათ შესახებ მონაცემები გაცილებით მწირია განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით. იმ ჩვეულებრივ სირთულეებს, რომლებიც შეეხება სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფექციების დიაგნოსტიკას, განვითარებად ქვეყნებში ემატება ლაბორატორიული მონაცემების არასაკმარისობა და არასაიმედოობა, შეზღუდული წვდომა დიაგნოსტიკურ აპარატურაზე და ასევე ჩანაწერთა არადამაკმაყოფილებელი წარმოება (Eriksen/ერიკსენ, 2005).

1.2. სმა ინფექციების ძირითადი რისკ-ფაქტორები და პრობლემის გადაჭრის ძირითადი გზები

ჯანმო-ს მონაცემებით, სმა ინფექციების ძირითადი რისკ-ფაქტორებია:

- ინვაზიური სამედიცინო დანიშნულების საგნებისა და ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი და შეუსაბამო გამოყენება;
- მაღალრისკიანი და რთული პროცედურები;
- პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობა;
- სტანდარტებისა და იზოლირების პროცედურების არასათანადო გამოყენება;
- არაადეკვატური გარემოს ჰიგიენა და ნარჩენების მართვა;
- მწირი ინფრასტრუქტურა;
- არასაკმარისი აღჭურვილობა;
- კადრების ნაკლებობა;
- განათლების ნაკლებობა ინფექციების შესახებ;
- პროცედურების ნაკლებობა;
- უსაფრთხო ინექციისა და სისხლის გადასხმის შესახებ ცოდნის ნაკლებობა;
- ეროვნული გაიდლაინებისა და პოლიტიკის ნაკლებობა.

ჯანმო-ს მონაცემებით, სმა ინფექციების პრობლემის გადაჭრის ძირითადი გზებია:

- სმა ინფექციების გამომწვევი ლოკალური მიზეზების იდენტიფიცირება;

ანგარიშგებისა და ზედამხედველობის სისტემის გაუმჯობესება ეროვნულ დონეზე;
 ზედამხედველობისათვის მინიმალური მოთხოვნების და რესურსების განსაზღვრა, მათ შორის მიკრობიოლოგიურ ლაბორატორიებზე ხელმისაწვდომობა;
 იპკ სისტემის ძირითადი კომპონენტების არსებობა ეროვნულ და დაწესებულებების დონეებზე;
 სტანდარტული პროფილაქტიკური ღონისძიებების დანერგვა, განსაკუთრებით ხელების ჰიგიენა;
 პერსონალის განათლებისა და ანგარიშვალდებულების გაუმჯობესება;
 კვლევების განხორციელება განვითარებადი ქვეყნების ზედამხედველობის პროტოკოლების ადაპტირებისთვის;
 პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების პოტენციური ჩართულობის კვლევა სმა ინფექციების ანგარიშგებისა და კონტროლის მიმართულებით;

*1.3. სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფიცირება -
 ჯვარედინი ინფიცირება სტომატოლოგიაში, ინფექციის გავრცელების გზები*

ბოლო დროს შეინიშნება პაციენტთა რაოდენობის ზრდის სტაბილური დინამიკა, რომლებიც დაავადებულნი არიან სისხლისა და სხვა ბიოლოგიური სითხეების გზით გადამდები ინფექციური დაავადებებით (Ciesielski/ციესიელსკი, 1992; Cleveland et al/ კლეველანდ და სხვანი, 2016). ჯანმო-ს მონაცემებით, საქართველო C ჰეპატიტის გავრცელების მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება (NCDC.ge, 2015). ინფექციური დაავადებების უმრავლესობა საყოველთაოდ გავრცელებულია და მიმდინარეობს უსიმპტომოდ, ან მცირე სიმპტომებით, ამასთან ერთად პაციენტთა დიდი რაოდენობა რჩება გამოუკვლევ. მოქმედი კანონმდებლობით, პაციენტს შეუძლია არ გაამჟღავნოს თავისი დიაგნოზი მკურნალ ექიმთან. სამედიცინო ინვაზიური ჩარევა, მათ შორის სტომატოლოგიური, ზრდის ინფექციური დაავადებების გადაცემის რისკს, როგორც პაციენტიდან ექიმზე, ასევე პაციენტიდან პაციენტზე. მოსახლეობის უსაფრთხო მომსახურებისთვის და პერსონალის დაინფიცირების რისკების აღმოსაფხვრელად შემუშავებულია ინფექციური კონტროლის რიგი რეკომენდაციებისა (Dickinson & Bebermeyer/დიკინსონი & ბებერმეიერი, 2013; <http://www.cdc.gov>, 2016).

გარდა ამისა, საყურადღებოა, რომ პაციენტის პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი წარმოადგენს პირველ კლინიკურ ზონას მთელი რიგი ინფექციური დაავადებების გამოვლენისათვის, რომელიც ბიოლოგიური სითხეებით გადამდებია (CDC, 2005). ამდენად, სტომატოლოგები, ერთის მხრივ იმყოფებიან რისკ-ჯგუფში, მეორე მხრივ კი, სწორედ მათ შეუძლიათ პირველებმა დასვან ინფექციური დაავადების დიაგნოზი და ადრეულ სტადიაზე, დროულად მიმართონ პაციენტები სპეციალისტებთან (CDC, 2002; Reznik/რეზნიკი, 2005; Nazemismalman, Vahabi, Bayat, & Ansari/ნაზემისალმან, ვაჰაბი, ბაიატ & ანსარი, 2016).

სმა ინფექციური დაავადებების თავიდან ასაცილებლად სამედიცინო დაწესებულებებისთვის შემუშავებულ იქნა ინფექციური უსაფრთხოების საერთაშორისო უნივერსალური წესები. ეს წესები მოიცავს ინფორმაციას ინფიცირების რისკის მინიმიზაციის აუცილებელ ღონისძიებებზე, ასევე ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების სარგებლობის შესახებ, რომელთა გამოყენება ამცირებს ინფიცირების რისკებს სტომატოლოგიურ კლინიკაში და იცავს როგორც პაციენტებს, ასევე კლინიკის პერსონალს (Abichandani & Nadiger/აბიჩანდანი & ნადიგერ, 2013; Jawdekar/ჯავდეკარ, 2013)

სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში ინფექციის გავრცელების სამი გზა არსებობს:

პაციენტიდან პაციენტებზე;

პაციენტიდან პერსონალზე (პროფესიული დასნებოვნება);

ინფიცირებული პერსონალიდან პაციენტზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ უფრო ხშირად გვხვდება შემთხვევა, როდესაც ჯანდაცვის სისტემა გვევლინება, როგორც ინფექციის გავრცელების გარემო. პერსონალის დასნებოვნება არის გაცილებით იშვიათი, ხოლო პერსონალისგან პაციენტის ინფიცირების მხოლოდ ერთეული შემთხვევებია აღწერილი, რაც დიდ რეზონანს იწვევს საზოგადოებაში.

სტომატოლოგიური მომსახურებისას პათოგენების ტრანსმისიის გზებია:

პირდაპირი კონტაქტი პაციენტის სისხლთან და პირის ღრუს სითხეებთან;

არაპირდაპირი კონტაქტი კონტამინირებულ საგნებთან, მაგ., სამედიცინო

ხელსაწყოებთან;

კონიუნქტივის, ცხვირის, ან პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის კონტაქტი წვეთებთან,

აეროზოლებთან, რომელიც ინფიცირებული პაციენტის მიკროორგანიზმებს შეიცავს და

მოკლე მანძილზე ვრცელდება (მაგ., ცემინების, ხველების ან საუბრის დროს);

ჰაერში მიკროორგანიზმების ინჰალაცია, რომლებსაც შეუძლიათ ხანგრძლივი დროის მანძილზე შეწონილ მდგომარეობაში ყოფნა (Betul/ბეტულ, 2013; GSA News, 2015, N17). სტომატოლოგიური მომსახურების დროს პაციენტები და სამედიცინო პერსონალი შეიძლება დაინფიცირდეს ისეთი სხვადასხვა პათოგენებით, როგორებიცაა:

C ჰეპატიტის ვირუსი (HCV);

B ჰეპატიტის ვირუსი (HBV);

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (HIV);

ციტომეგალოვირუსი;

მარტივი ჰერპესის ვირუსის I და II ტიპი;

ტუბერკულოზის მიკობაქტერია (TB);

სტაფილოკოკები;

სტრეპტოკოკები;

ვირუსები და ბაქტერიები, რომლითაც კოლონიზებული ან ინფიცირებულია პირის ღრუ ან რესპირატორული ტრაქტი (Kohli & Puttaia/კოჰლი & პუტაია; GSA News, 2015, N17).

შესაძლოა მოხდეს ისეთი დაავადებების ტრანსმისია, როგორიცაა:

ყბაყურა;

წითურა;

წითელა;

ებოლა;

მძიმე მწვავე რესპირატორული სინდრომი (SARS);

ახლო აღმოსავლეთის რესპირატორული სინდრომი (MERS-CoV);

სეზონური გრიპი;

H1N1 და H5N1;

სოკოვანი დაავადებები;

ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული დაავადება (COVID-19) და სხვ.

ამ უკანასკნელზე უნდა აღინიშნოს, რომ 2020 წლის 11 მარტს ჯანმო-მ ახალი კორონავირუსის (COVID-19) ეპიდემიის დაწყებას გამოაცხადა.

(დკსჯც, 2020).

რიგმა კვლევებმა აჩვენა, რომ სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის ხელები ან ხელთათმანები შეიძლება დაბინძურდეს გრამ-უარყოფითი ბაქტერიებით, *S. aureus*,

ენტეროკოკით ან *C.difficile*, მაშინაც კი როცა ისინი ასრულებენ „სუფთა“ პროცედურებს, ან ეხებიან პაციენტების დაუზიანებელ კანს (Rigges/რიგგეს, 2007).

პაციენტებთან, ან მათ გარშემო არსებულ კონტამინირებულ ობიექტებთან კონტაქტის შემდგომ მიკროორგანიზმები ცოცხლობენ სხვადასხვა დროის განმავლობაში (2 წთ-დან 60 წთ-მდე). მედპერსონალის ხელები შეიძლება განთესილი იყოს საკუთარი რეზიდენტური მიკროფლორით (Vernon/ვერნონ, 2006).

სახიფათო ნარჩენებისა და ბასრი ინსტრუმენტების არასწორმა უტილიზაციამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ექიმებისა და იმ პერსონალის ინფიცირება, რომლებიც ნარჩენების მართვაზე არიან პასუხისმგებლები. გარდა ამისა, არასწორი უტილიზაცია წარმოადგენს საფრთხეს გარემოსა და მოსახლეობისათვის. შემთხვევითმა ჩხვლეტამ შეიძლება გამოიწვიოს ინფიცირება და შემდგომ ინფექციის სისხლის გზით გავრცელება (ჯანმო - უსაფრთხო ინექციის მეთოდური მასალები, 2010).

ბოლო პერიოდში გამოქვეყნებულია მრავალი სამეცნიერო პუბლიკაცია, რომლებიც ეძღვნება სტომატოლოგიებისა და მათი პაციენტების დაინფიცირების შესაძლო რისკებს მკურნალობის პროცესში ან დაუყოვნებლივ მის მერე და შუქდება ყველა შესაძლო გზა: პირდაპირი კონტაქტის, სისხლში-სისხლით კონტაქტის, სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის (სდწ) სისტემისდან, თუ მკურნალობისას წარმოქმნილი აეროზოლებიდან. ინფექციის გადაცემიდან მის დაავადებად ჩამოყალიბებაში მრავალი ფაქტორი მონაწილეობს. ჯვარედინი ინფექციის ტრანსმისიის პრობლემა თითქმის ყველგან არსებობს, თუმცა პათოგენური მიკროორგანიზმების გადაცემა აუცილებლად არ იწვევს მასპინძლის ინფექციურ დაავადებებს. მეცნიერები გამოყოფენ სამ ძირითად ფაქტორს, რომლებიც განაპირობებენ, ზრდიან ან ამცირებენ დაავადების რისკებს. ყველაზე მნიშვნელოვანია მიკროორგანიზმის ვირულენტობა, ან მისი პათოგენურობის კლასი; ასევე განიხილება ზემოქმედების სიხშირე, რაც ნიშნავს, რომ მიკროორგანიზმი ნაკლებად იწვევს ინფექციას, როდესაც არ არის (ხშირად) კონტაქტში მგრძნობიარე მასპინძელთან, ან როდესაც მკურნალობის ტიპიდან გამომდინარე, მიკროორგანიზმის დოზა ვერ აღწევს ინფიცირების შესაძლებლობას; მესამე ფაქტორს წარმოადგენს გადაცემის რისკი (მკურნალობის ტიპი: პირდაპირი კონტაქტი, წყლის სისტემიდან, აეროზოლიდან). ამ სამი ფაქტორის გადამრავლებით შესაძლებელია მივიღოთ ინფიცირების შესაძლო რისკის მნიშვნელობა (Volgenant & Soet/ვოლგენანტ & სოეტ, 2018).

პაციენტებიც და სტომატოლოგებიც (DHCP- dental health care professionals) შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მიკროორგანიზმების მასპინძლები, პათოგენების ერთგვარი „რეზერვუარები“, შესაბამისად, არსებობს ორივე მხარის დაავადების ალბათობა სტომატოლოგიური მკურნალობისას: პირდაპირი კონტაქტით (სისხლით-სისხლში ჩათვლით), ან ჩასუნთქვა-ჩაყლაპვით (ბიოაეროზოლების), მათ შორის სტომატოლოგიური დანადგარის წლის სისტემიდან.

ინფექციის გადაცემა (ტრანსმისია) პირდაპირი კონტაქტით

პირდაპირი კონტაქტის საშუალებით ჯვარედინი ინფიცირება სტომატოლოგიურ კლინიკებში თითქმის გარდაუვალი პრობლემაა; ეს შეიძლება მოხდეს ხელით, არასწორად სტერილიზებული ინსტრუმენტებით, ან ნემსით ტრავმის დროს. ინფიცირების ამ ტიპის მასშტაბის დადგენა რთულია. არაპათოგენური მიკროორგანიზმების გადაცემა არ ქმნის სამედიცინო პრობლემებს, რადგან არ ვითარდება ინფექციური დაავადებები. ჯანდაცვის სფეროს ბოლოდროინდელი ცნობები ყურადღებას ამახვილებს სპეციფიკურ პათოგენურ მიკროორგანიზმებზე, რომელთა იდენტიფიცირდება ადვილია მასპინძელზე მათი ზემოქმედების გამო.

ერთ-ერთი კარგად შესწავლილი მიკროორგანიზმია მეთიცილინ-რეზისტენტული ოქროსფერი სტაფილოკოკი (MRSA), მკურნალობასთან დაკავშირებული დიდი რაოდენობის გართულებების, ინფიცირების და განკურნების სირთულის გამო (Boswihi & Udo/ბოსვიჰი & უდო, 2018)

MRSA-ს გადაცემა შეიძლება მოხდეს პირდაპირი ან არაპირდაპირი კონტაქტით. ცნობილია, რომ MRSA-ს გადაცემის დინამიკა საავადმყოფოს გარემოში კომპლექსურია და ასოცირდება სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების ხანგრძლივობასთან (Chow et.al/ჩოუ და სხვანი, 2017). სტომატოლოგიაში, სადაც პაციენტებსა და პერსონალს შორის კონტაქტის დრო შედარებით მოკლეა, მოსალოდნელია, რომ MRSA გადაცემა ნაკლებად მოხდეს.

MRSA ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია როგორც ცხვირის, ისე პირის ღრუსში (Lewis et al/ლევისი და სხვანი, 2015). სტომატოლოგიაში ჩატარებული რამდენიმე გამოკვლევით აღინიშნა, რომ MRSA უფრო ხშირად გვხვდება ცხვირის ღრუში ან სტომატოლოგი სტუდენტების ხელებზე (საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, როცა სტუდენტებს პაციენტთან კონტაქტი არ აქვთ), თუმცა ურთიერთსაწინააღმდეგო დასკვნებიც იქნა

ნაჩვენები (Baek, & Yoo/ბაეკ & იოო, 2016). პრევალენტობის მხრივ განსხვავებები შეიძლება გამოწვეული იყოს ქვეყნების მიხედვით, მაგალითად, ჰიგიენის (ხელის) ღონისძიებების გამოყენებისას. ეს კვლევები მიუთითებს იმაზე, რომ DHCP მეტ-ნაკლებად მონაწილეობს MRSA გადაცემაში, თუმცა, გადაცემის სიხშირე სტომატოლოგიურ კლინიკებში შედარებით დაბალია და მთავარი გამავრცელებელი, სავარაუდოდ, პაციენტია. მაშინაც კი, თუ DHCP გახდება MRSA-ს მიერ კოლონიზებული, შემდგომი გადაცემის შანსი შეზღუდულია. ამისათვის, MRSA უნდა გადაეცეს შემდეგ პაციენტს ჰაერით ან პირდაპირი კონტაქტით. ტრანსმისის მიზეზი შესაძლოა გახდეს ინფიცირებული ზედაპირები, რადგან გავრცელებულია ინფორმაცია მათი MRSA-თი კოლონიზაციის შესახებ (Petti & Polimeni/პეტი & პოლიმენი, 2011). აქედან გამომდინარე, როდესაც სტომატოლოგიური კლინიკის ზედაპირები არ არის საკმარისად გაწმენდილი და დეზინფიცირებული, შეიძლება მოხდეს MRSA-ს მსგავსი პათოგენების გავრცელება (Chowdhary et al/ჩოუდარი და სხვანი, 2018), და პირიქით, ინფექციის კონტროლის შესაბამისი ზომები უზრუნველყოფს MRSA-ს გადაცემის რისკის შემცირებას.

მას შემდეგ, რაც MRSA (გადაცემა) კარგად არის შესწავლილი ჯანდაცვაში, ზემოხსენებული კვლევებიდან მიღებული შედეგები, სავარაუდოდ, მიანიშნებს სხვა მიკროორგანიზმებზე, მაგალითად, ისეთებზე, როგორებიცაა *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Norovirus* და *Candida albicans*, რომელთა შემთხვევაში ასევე შესაძლებელია პირდაპირი გადაცემა და დაავადების გამოწვევა. მკვლევარებმა ვოლგენანტმა და სოეტმა (2018) დააჯგუფეს მიკროორგანიზმები სტომატოლოგიურ კლინიკაში ტრანსმისიის შესაძლო გზების მიხედვით:

პირდაპირი კონტაქტით ტრანსმისია:

ვირუსები: Herpes simplex virus (ტიპი 1 და 2); *Norovirus*, *Coxsackievirus*.

ბაქტერიები: *Staphylococcus aureus*; *Escherichia coli*.

სისხლის გზით გადაცემადი:

ვირუსები: ჰეპატიტები (HBV, HCV, HDV); აივ (Human immunodeficiency virus -HIV).

ბაქტერიები: *Neisseria gonorrhoeae*; *Treponema pallidum*.

აეროზოლებით და სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის სისტემიდან ტრანსმისია:

ვირუსები: Cytomegalovirus; Measles virus; Mumps virus; Respiratory viruses (influenza, rhinovirus, adenovirus); Rubella virus.

ბაქტერიები: Streptococcus pyogenes; Mycobacterium tuberculosis; Legionella pneumophila; Pseudomonas aeruginosa.

ინფექციის პირდაპირი კონტაქტის საშუალებით შესაძლო გადაცემის კიდევ ერთი მაგალითია ღრუიანი ინსტრუმენტების გამოყენება. სტომატოლოგიაში აღიარებული გამოწვევაა და არაერთი გამოკვლევაა ჩატარებული ისეთი ინსტრუმენტების გაწმენდისა და დეზინფექციის მეთოდების ეფექტურობის შესახებ, როგორებიცაა მაღალი სიჩქარის ბუნიკები და აერომოტორები (Deshpande & Smith/დემჰანდე & სმიტ, 2015.). ბაქტერიების, სოკოების და ვირუსების არსებობა სტომატოლოგიურ ღრუიან ინსტრუმენტებზე და მის შიგნით დადგენილია ანდერსენის et al. მიერ (Andersen, Fiehn & Larsen/ანდერსენ, ფინ & ლარსენ, 1999). ბუნიკების გაწმენდა ეთანოლიანი (70%) ქსოვილის გამოყენებით არასაკმარისია მიკრობული დაბინძურების აღმოსაფხვრელად (Pinto et al/პინტო და სხვანი, 2017). ავტორები მიუთითებენ, რომ უნდა მოხდეს ამგვარი ინსტრუმენტების არა მხოლოდ ექსტერიერის, არამედ ასევე ინტერიერის სწორად გაწმენდა და დეზინფექცია, რადგან ღრუიანი ინსტრუმენტები შეიცავს როგორც ავადმყოფის, ისე წყლის/ჰაერის მიწოდების სისტემის დაბინძურებულ ნაწილაკებს. უფრო მეტიც, საკმარისი რაოდენობის გაიდლაინები და წესები შემუშავებული, თუ როგორ უნდა მოხდეს ბუნიკების დეკონტამინაცია, მაგრამ DHCP-ს უმეტესი ნაწილი არ იცავს ამ სახელმძღვანელო პრინციპებს (Osegueda-Espinosa et al/ოსეგუდა-ესპინოზა და სხვანი, 2017.).

ადრინდელი კვლევები აჩვენებს, რომ შესაძლებელია ჯვარედინი დაინფიცირება სტომატოლოგიური აღჭურვილობით, თუმცა, უდავო მტკიცებულებების მოპოვება გართულებული იყო არასაკმარისი ანგარიშგებების გამო. მიკროორგანიზმი, რომლის გადაცემა დადგენილია პირის ღრუს ქირურგიულ პრაქტიკაში, არის C ჰეპატიტის ვირუსი (HCV). 4000-ზე მეტ სტომატოლოგიურ პაციენტში HCV – ს შესაძლო გადაცემის შესასწავლად გამოიყენეს მოლეკულური ტიპირების მეთოდები (Weaver/ვეავერ, 2014; Bradley/ბრედლი, 2016). საერთო ჯამში, HCV–დადებითი აღმოჩნდა 89 პაციენტი, მაგრამ მხოლოდ ორ პაციენტს ჰქონდა HCV–ის იდენტური შტამები, რაც ინფექციის გადაცემაზე მეტყველებს. ამ

შემთხვევაში ტრანსმისიის გზა იყო დაბინძურებული ფლაკონის შესაძლო გამოყენება ინტრავენური პრეპარატების მოხმარების დროს. ცხადია, ინფექციის კონტროლის ზომები ამ კონკრეტულ შემთხვევაში არაადეკვატური იყო (Hanley/ჰანლეი, 2013).

სტომატოლოგიური ინსტრუმენტებით პირდაპირი გზით ინფიცირების კიდევ ერთი შესაძლო შემთხვევა დაფიქსირდა დიდ ბრიტანეთში, აღჭურვილობის წმენდა-დეზინფექციის გაიდლაინის არასათანადოდ დაცვის გამო. HCV-ზე ტესტირება ჩატარდა ოთხნახევარ ათასზე მეტ პაციენტს. მათგან ხუთ პაციენტს დაუდგინდა HCV (ვოლგენანტ & სოეტ, 2018), თუმცა, ამ შემთხვევის შემდგომი შესწავლა ან დადასტურება სამეცნიერო ჟურნალებში არ გამოქვეყნებულა.

ამ მონაცემებით ირკვევა, რომ არსებობს ინფექციის გამომწვევი პათოგენების გადაცემა პაციენტებსა და სტომატოლოგიურ აღჭურვილობას შორის და პირიქით.

მიკროორგანიზმების ტრანსმისია ყოველთვის არ იწვევს დაავადებას და დამოკიდებულია რისკ-კონტაქტის სიხშირეზე და პათოგენების ვირულენტობაზე, მკურნალობის ტიპზე და მეთოდებზე.

ინფექციის გადაცემა (ტრანსმისია) სისხლის გზით

სტომატოლოგიურ კლინიკაში ინფექციის ტრანსმისიის ყველაზე მაღალი რისკ-ფაქტორია პათოგენების პირდაპირი ტრანსპორტირება სისხლიდან (მაგ, პაციენტის) სისხლში (მაგ, DHCP-ში). ლიტერატურაში ამგვარი ექსპოზიციური ავარიები აღწერილია მედიცინის ყველა დარგში, განსაკუთრებით კი მრავლადაა სტომატოლოგიაში და მოიხსენიება, როგორც სისხლისმიერი ექსპოზიციური შემთხვევა, ინციდენტი (Blood Exposure Accidents (BEAs)). DHCP-ს ხშირად უწევს მუშაობა ბასრი ინსტრუმენტებით და ნემსებით მხედველობის არის მიღმა, შესაბამისად, სამსახურეობრივი მოვალეობის შესრულებისას ექსპოზიციის რისკიც მაღალია (Pervaiz, Gilbert & Ali/პერვაიზ, გილბერტ & ალი, 2018). ჯანმრთელობისთვის ამ რისკის აშკარა გამოხატულებაა DHCP-ს შორის B ჰეპატიტის სეროპოზიტიური ინდივიდების მაღალი პრევალენტობა. წარსულში HBV ინფექცია DHCP-ებისთვის შედარებით გავრცელებულ პროფესიულ დაავადებას წარმოადგენდა. მას შემდეგ, რაც HBV-ს ვაქცინაცია სტომატოლოგებისათვის სავალდებულო გახდა მრავალ ქვეყანაში, მისი პრევალენტობა მკვეთრად დაეცა (კლეველანდ და სხვანი 1996), თუმცა DHCP-ს ყველა წარმომადგენელი ჯერ არ არის აცრილი HBV-ს წინააღმდეგ, რის გამოც BEA-ზე მსოფლიოში მოდის B ჰეპატიტის

ინფექციების 37–39% (Cooke & Stephens/ქუუკე & სტეფენს, 2017). კლეველანდის მიმოხილვაში (2016), რომელიც ეხებოდა აშშ-ში სისხლის გზით გამოწვეული პათოგენების გადაცემას, აღწერილია სამი ანგარიში HBV და HCV-ის ჯვარედინი ინფექციის შესახებ სტომატოლოგიურ კლინიკაში. ორი ანგარიში ეხებოდა იზოლირებულ გადაცემას პაციენტებს შორის, ხოლო ერთმა კვლევამ აღწერა HBV გადაცემა სამ პაციენტზე და ორ DHCP-ზე. სამივე შემთხვევაში დაფიქსირდა ინფექციის კონტროლის ზომების მრავლობითი ნაკლოვანებები, რაც არ გამორიცხავდა BEA-ს შემთხვევებსაც (Redd et al/რედ და სხვანი 2007; Radcliffe et al/რედკლიფ და სხვანი, 2009). ახლო აღმოსავლეთსა და ჩრდილოეთ აფრიკაში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, C ჰეპატიტის გადაცემის სამედიცინო შემთხვევათა თითქმის 5% მოდის სტომატოლოგიურ ქირურგიაზე (Mahmud, Kouyoumjian, Al Kanaani, Chemaitelly & Abu-Raddad/მაჰმუდ, კოუიომიჯიან, ალ კანაანი, ჩემაიტელი & აბუ-რადდად, 2018).

BEA-ს შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს პოსტკონტაქტური პროფილაქტიკა ინფექციის თავიდან ასაცილებლად. გაანგარიშებულია, რომ ნემსის ჩხვლეტის შედეგად მიღებული შედეგების მკურნალობა ძვირადღირებულია და დამთრგუნველია ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და პაციენტებისათვის (ქუუკე & სტეფენს, 2017).

პაკისტანში ჩატარებული ბოლოდროინდელი კვლევა გამოხატავს მოსაზრებას საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავებისა და ჯანდაცვის დეპარტამენტის ჩამოყალიბების შესახებ, რომელიც ხელს შეუწყობს DHCP-ს შორის BEA-ს შემთხვევების შემცირებას (პერვაიზ, გილბერტ & ალი, 2018). ნიდერლანდებში ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ BEA-ების 16% განიხილებოდა HBV, HCV და აივ შესაძლო გადაცემის მაღალი რისკის მქონე ინციდენტებად (van Wijk et al/ვან ვიჯკ და სხვანი, 2012). ამ კვლევის მიხედვით, ჰოლანდიელი სტომატოლოგების HBV-ს ვაქცინაციის მაჩვენებელი იყო 98%, ხოლო კვლევაში მონაწილე სტომატოლოგების 32%-მა აღნიშნა მინიმუმ ერთი შემთხვევითი ჩხვლეტის შესახებ. მედიცინის დანარჩენი დარგების წარმომადგენლებთან შედარებით მაღალი მაჩვენებელი შეიძლება გამოწვეული იყოს სტომატოლოგების მიერ ადგილობრივი ანესთეზიის ხშირი ჩატარებით.

კვლევების მიხედვით, DHCP-სა და სტუდენტებს შორის BEA-ს შესახებ ცოდნა არასაკმარისია. ასევე აღწერილია ტრავმების გაცხადებისგან თავის შეკავების ფაქტები, რასაც აღარ მოსდევს შესაბამისი პოსტ-კონტაქტური პროფილაქტიკა (კკპ). შემთხვევათა ნაწილში პერსონალი თავს

არიდებს საყვედურს, ნაწილი კი პროფესიონალური კონსულტაციის გარეშე, თავად წყვეტს ექსპოზიციის სიმძიმეს და თვლის, რომ შემთხვევა უმნიშვნელო იყო. აქედან გამომდინარე, მოსალოდნელია, რომ BEA-ს რიცხვი გაცილებით მეტია, ვიდრე გაცხადებულია ანგარიშებში და სისხლის გზით პათოგენების გადაცემა DHCP-სა და პაციენტებს შორის ასევე უფრო ხშირია, ვიდრე რეგისტრირებულია (Winchester et al/ვინჩესტერ და სხვანი, 2012; Hbib et al/ჰბიბი და სხვანი, 2018). პერსონალისგან განსხვავებით, პაციენტის დაინფიცირება BEA-ს შემდეგ უფრო დაბალია, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც DHCP სწორად იყენებს ინფექციის პრევენციის ზომებს. რეკომენდებულია უსაფრთხო ინჟინრული მოწყობილობების, ან ინექციის გაუმჯობესებული ტექნიკის დანერგვა, მაგრამ BEA-ების შემთხვევათა რაოდენობის შემცირება ჯერ არ დაფიქსირებულა (Schuurmans, Lutgens, Groen & Schneeberger/შურმანს, ლუტგენს, გროენ & შნეებერგერ, 2018).

ინფექციის გადაცემა (ტრანსმისია) სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის (სდწ) მილებიდან და აეროზოლებით

ლიტერატურაში აღწერილი მიკროორგანიზმების გადაცემის (ტრანსმისია) მესამე გზაა სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის მილებით (dental unit water lines -DUWLs) და აეროზოლებით. DUWL-ებიდან წყალი გამოიყენება მოწყობილობების გაცივების მიზნით და აუცილებელია უსაფრთხო სტომატოლოგიური მკურნალობისათვის. პარალელურად, გაგრძელებისთვის საჭირო წყალი მიკროორგანიზმების (პათოგენური) შესაძლო წყაროა. წყლის დაბინძურება შეიძლება მოხდეს პაციენტისგან წყლის უკუგადადინებისას DUWL-ებში, აგრეთვე შემომავალი წყლის მიკროორგანიზმებისგან, ეს უკანასკნელი კი DUWL-ების დაბინძურების მთავარ მიზეზს წარმოადგენს (ლევისი და სხვანი, 1992). DUWL-ების პირველი გამოყენებიდან მალევე მილების შიგნიდან იქმნება მრავალსახეობრივი ბიოფირი. DUWL-ის ტენიანი გარემო, ოთახის ტემპერატურასთან ერთად, მილებში გამოყენებული ქსოვილები (პოლიმერები, როგორიცაა პოლიურეთანი, პოლივინილ ქლორიდი, სილიკონის რეზინი) და მოჭიდების ხელსაყრელი ზედაპირი ქმნიან იდეალურ გარემოს ბიოფირებისთვის (Barbeau et al/ბარბეაუ და სხვანი, 1996). როგორც DHCP, ასევე პაციენტები ექცევიან DUWL- დან (დაბინძურებული) წყლის პირდაპირი (შხეფები/დალევა) ან არაპირდაპირი გზით მავნე ზემოქმედების ქვეშ (ჰაერიდან, სტომატოლოგიური ბუნიკებით წარმოქმნილი აეროზოლების საშუალებით) (Coleman, O'Donnell, Shore & Russell/კოლემან, ოდონელ, შორე & რასელ, 2009).

აეროზოლები არის პატარა თხევადი წვეთები (ან მყარი ნაწილაკები), რომლებიც ტრიალებენ ჰაერში. აეროზოლები და შხეფები შეიძლება შეიცავდეს მიკროორგანიზმებს. ჰაერში შეწონილი პათოგენები შეიძლება გავრცელდეს სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში არამარტო „ჩვეულებრივი“ აქტივობის შედეგად, როგორიცაა ლაპარაკი, ხველა და ცემინება, არამედ სტომატოლოგიური ინსტრუმენტების (მაგ. აირმოტორები, მაღალი სიჩქარის ბუნუკები, ულტრაბგერითი ინსტრუმენტები) გამოყენებითაც. აეროზოლების მიერ გავრცელებულმა მიკროორგანიზმებმა შეიძლება გამოიწვიონ ისეთი დაავადებები, როგორებიცაა გრიპი, ჩვეულებრივი გაციება, ასევე ისეთი რესპირატორული დაავადებები, როგორიცაა ტუბერკულოზი და ლეგიონერების დაავადება. DHCP-ის და სამკურნალო კაბინეტების დაბინძურება მიკროორგანიზმებით ხდება DUWL-დან (Veena HR et al/ვეენა და სხვანი, 2015; Watanabe et al/ვატანაბე და სხვანი, 2018).

აეროზოლებით ან წვეთებით/შხეფებით დაბინძურება დამოკიდებულია მაღალი სიჩქარის ბუნიკებისა და გამწოვების, ელტრაბგერითი აპარატების სწორად გამოყენებაზე და მკურნალობის ტიპზე (Holloman, Mauriello, Pimenta & Arnold/ჰოლომან, მაურიელო, პიმენტა & არნოლდ, 2015).

როდესაც DUWL წყლის ხარისხი არ აკმაყოფილებს მიკრობიოლოგიურ მოთხოვნებს, ეს იწვევს პათოგენების პირდაპირ ან არაპირდაპირ გადაცემას და შესაძლოა გამოიწვიოს სხვადასხვა დაავადება. დაბინძურებული წყლიდან ყველაზე ხშირად გამოვლენილი პათოგენებია *Legionella* და *Pseudomonas* სახეობები, მაგრამ DUWL-ში ასევე აღმოჩენილია პირობითად-პათოგენური სახეობები, როგორებიცაა *Propioniumbacterium*, *Mycobacterium* და *Stenotrophomonas* (Costa et al/კოსტა და სხვანი, 2015). წყალგაყვანილობაში ხშირად შეისწავლიან *Pseudomonas aeruginosa*-ს, დაავადებასთან მისი ასოცირების გამო (მაგ. კისტოზური ფიბროზი). შესწავლის საგანია სხვა სახეობებიც, მაგალითად *Achromobacter* და *mycobacteria*, რომლებიც ასევე წყალგაყვანილობიდან გადაეცემა მასპინძელს და აავადებს მას (Smith et al/სმიტ და სხვანი, 2014; Abdouchakour et al/აბდუჩაკურ და სხვანი, 2015; Ji et al/ჯი და სხვანი, 2016; Peralta et al/პერალტა და სხვანი, 2015). უფრო მეტიც, გრამ-უარყოფითი ბაქტერიების არსებობამ DUWL-ში შეიძლება გამოიწვიოს ენდოტოქსინების წარმოშობა სტომატოლოგიური დაწესებულების წყალსა და ჰაერში (Singh et al/სინგჰ და სხვანი, 2010).

Legionella pneumophila მეტ ყურადღებას იმსახურებს, რადგან ცნობილია, რომ მას შეუძლია გამოიწვიოს ლეგიონერების დაავადება, თუმცა შეიძლება გამოიწვიოს ასევე Pontiac-ის ცხელება და ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია, რომელთა დიაგნოზირება ხშირად გამწვანებულია. ინფექცია შეიძლება გამოიწვიოს აეროზოლის ინჰალაციამ, ან *Legionella*-თი დაბინძურებული წყლის ასპირაციამ.

ბიოფირში სხვადასხვა ბაქტერიების არსებობა დადებითად მოქმედებს *Legionella pneumophila*-ს ცხოველყოფელობაზე (Guerrieri et al/გუერიერი და სხვანი, 2007). ის პოზიტიურად არის დაკავშირებული ასევე ამებასთან, რადგანაც *Legionella* მის შიგნით იზრდება (FDI, 2016; van der Kooij et al/ვან დერ კოჯიდა სხვანი, 2017).

მრავალი გამოკვლევა ორიენტირებულია *Legionella pneumophila*-ს წყალში არსებობის რისკების შეფასებაზე, მაგრამ ინფექციებთან ასოცირდება აგრეთვე ლეგიონელას არა-პნევმოფილიური სახეობები, მაგალითად, როგორიცაა *Legionella anisa* (Vaccaro et al/ვაკარო და სხვანი, 2016).

ბოლო ათწლეულში სტომატოლოგიაში დაფიქსირდა ლეგიონელოზის ორი შემთხვევა (Ricci et al/რიკი და სხვანი, 2012). ამასთან, იმის მიუხედავად, რომ სტომატოლოგიური მკურნალობის შემდეგ ორი ადამიანი გარდაიცვალა ლეგიონიელას-პნევმონიისგან, ისევ განხილვის საგნად რჩება, ლეგიონელას წყარო (დაბინძურებული) DUWL- ები იყო, თუ ბაქტერიას სხვა წარმოშობა ჰქონდა. ორივე შემთხვევაში, *Legionella*-ს გადაცემა მოხდა სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში (Petti & Vitali/პეტი & ვიტალი, 2017) არაერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ როდესაც *Legionella* იმყოფება DUWL- ში, სავარაუდოდ DHCP დროთა განმავლობაში გამოიმუშავებს ანტისხეულებს ამ ბაქტერიის საწინააღმდეგოდ, თუმცა სხვა კვლევები ეწინააღმდეგება ამ შედეგებს (Borella et al/ბორელა და სხვანი, 2008). პეტიტისა და ვიტალის მეტაანალიზმა აჩვენა (2017), რომ ანტი-ლეგიონელას ანტისხეულების გაზრდილი პრევალენტობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული კვლევის ადგილზე. იმის გამო, რომ ძალიან ცოტაა კვლევები, სადაც ერთდროულად იქნებოდა შესწავლილი ლეგიონელას კონცენტრაცია DUWL- ში და ამ ბაქტერიების საწინააღმდეგო ანტისხეულების მომატება პერსონალში, არ არსებობს სამეცნიერო მტკიცებულებები, რომლებიც საბოლოოდ ნათელს მოფენდა ამ საკითხს. ამასთან, ზემოთ განხილული კვლევები მიუთითებს იმაზე, რომ

პათოგენების გადატანის რისკი წყლიდან პაციენტზე ან DHCP-ზე, მიუხედავად დაბალი მაჩვენებლისა, მაინც არსებობს (პეტი, 2016; 2017).

ვინაიდან ნაკლები ცნობები მოიპოვება განვითარებადი ქვეყნებიდან, სადაც ჰიგიენის დონე უფრო დაბალია, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში, სავარაუდოა, რომ სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში პერსონალისა და პაციენტების ინფიცირების რისკი არცთუ ისე დაბალი იქნება; ამას ემატება განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის დაბერებაც, რაც კიდევ უფრო ზრდის დაუცველი პაციენტების ადვილად ინფიცირების რისკს. შესაბამისად, ალბათობა იმისა, რომ ჯვარედინი ინფექციები გამოიწვევს დაავადებას, მნიშვნელოვნად იზრდება.

კვლევების უმეტესობა, რომელიც აღწერს ჯვარედინ ტრანსმისიას სტომატოლოგიაში, შესწავლის ობიექტად იყენებს ბაქტერიებს და ნაკლები ყურადღება ეთმობა ვირუსებს, რომლებიც მრავლად მოიპოვება DUWL-ში. ცნობების სიმცირე აიხსნება მოლეკულური ტიპირების მეთოდოლოგიების შეზღუდული ხელმისაწვდომობით.

მიმდინარე მიმოხილვაში აღწერილი კვლევის ანგარიშების გათვალისწინებით, სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში შესაძლებელია ჯვარედინი ინფიცირება. შესაბამისად, ინფექციის პროფილაქტიკური ზომების მაღალი სტანდარტის დაცვა უნდა გახდეს DHCP-ის მთავარი საზრუნავი, მათი და პაციენტების ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის. ამის გათვალისწინებით, საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ კვლევების თანახმად, DHCP-ს ცოდნა ჯვარედინი ინფექციების, ინფიცირების და მათი პროფილაქტიკის შესახებ არასაკმარისია (Ramich, Eickholz & Wicker S/რამიჩ, ეიკჰოლც & ვიკერ, 2017). ეს უნდა იყოს გათვალისწინებული დიპლომის შემდგომი განათლებისა და სასწავლო ტრენინგების პროგრამების დაგეგმვის ყველა დონეზე.

პათოგენების გადაცემის რისკი სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში ბოლომდე ცნობილი არ არის და მნიშვნელოვანი განსჯის საგანია. პაციენტთა სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა და მიკროორგანიზმების ვირულენტობის მომატება (რეზისტენტობა) მოსალოდნელს ხდის, რომ მომავალში პათოგენების გადაცემა (ტრანსმისია) უფრო ხშირად გამოიწვევს ინფექციური დაავადებების განვითარებას. ამიტომ, სტომატოლოგიურ კლინიკებში DHCP სრულად უნდა იყოს ინფორმირებული ინფექციის კონტროლის სტანდარტების შესახებ.

1.4. აშშ-ის CDC-ის სტატისტიკა სტომატოლოგიურ კლინიკებში ინფექციების ტრანსმისიის შესახებ

1981 წელს ჰიგიენისტი სტომატოლოგი, რომელსაც აღენიშნებოდა ხელის დერმატიტი, ტუჩის ჰერპესით დაავადებულ პაციენტს მოემსახურა ხელთათმანის გამოყენების გარეშე. 4 დღის შემდეგ, მას მერე რაც ჰიგიენისტს გამოუვლინდა სიმპტომები, გამოიკვლიეს ამ პერიოდში მის მიერ ნამკურნალევი 46 პაციენტი, საიდანაც 20-ს დაუდგინეს მარტივი ჰერპესით (human herpes type I) ინფიცირება, ხოლო ჰიგიენისტის მიერ ხელთათმანის გამოყენების შემდეგ აღმოჩნდა, რომ ნამკურნალევი პაციენტებიდან არცერთი აღარ დაინფიცირებულა.

1987 წლის ინგლისის ანგარიშში აღწერილია *Pseudomonas aeruginosa*-ს ინფექციის ტრანსმისია სტომატოლოგიური დანადგარის წყლიდან კიბოთი დაავადებულ 2 პაციენტში. 2011 წელს ქ. რომში (იტალია) გარდაიცვალა 82 წლის ქალბატონი, სტომატოლოგიური მომსახურების შემდგომ პერიოდში, ლეგიონელას დაავადებით (*Legionella Pneumophila*) ინფიცირების შედეგად.

1974-1987 წწ. აშშ-ში დაფიქსირდა 6 სტომატოლოგი ქირურგისა და 5 ზოგადი სტომატოლოგისაგან 175 პაციენტის B ჰეპატიტით ინფიცირების დოკუმენტირებული ფაქტი 11 სხვადასხვა ინსტანციაში. შემთხვევათა უმრავლესობაში ექიმები რუტინულად არ იყენებდნენ ხელთათმანებს მომსახურების დროს.

2001 წელს აშშ-ის CDC-ის ანგარიშში დაფიქსირებულია B ჰეპატიტით პაციენტიდან პაციენტზე ინფიცირების ერთი შემთხვევა.

2009 წელს აშშ-ში, დასავლეთ ვირჯინიის შტატში, პორტატულ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მოხდა B ჰეპატიტის გადადების ხუთი შემთხვევა (რედკლიფი და სხვანი, 2013), მათ შორის სამი - კბილების ექსტრაქციის, ერთი - კბილთა რესტავრაციის და ერთიც - ჰიგიენური წმენდის დროს. B ჰეპატიტის ვირუსი გამოუვლინდა სამ პაციენტს და პერსონალის ორ მოხალისე თანამშრომელს. მიზეზებს შორის განიხილებოდა პაციენტებს შორის ბუნიკების გასტერილების ხარვეზები, მოხალისეთა არასაკმარისი ტრენინგი ინფექციური უსაფრთხოების საკითხებში და უსაფრთხო ინექციების შესახებ.

2013 წელს აშშ-ში პირველად დაფიქსირდა დოკუმენტაციით პაციენტიდან პაციენტზე C ჰეპატიტის ვირუსის გადაცემის ფაქტი სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში (ვეავერ, 2014). აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით (CDC), გენეტიკურმა ტესტირებამ დაადასტურა, რომ ოკლაჰომას შტატში მოხდა ორი პაციენტის ინფიცირება ქირურგიული სტომატოლოგიური მომსახურების მიღების შედეგად.

სამედიცინო პერსონალიდან პაციენტზე ჰემოკონტაქტური ინფექციების გადაცემის მიმართ საზოგადო ინტერესი გამოიწვია შიდსით დაავადებულთა გამოვლენამ, რომლებიც ერთი და იგივე სტომატოლოგთან მკურნალობდნენ. ისტორია დაიწყო 1990 წელს, როდესაც ერთ-ერთ ახალგაზრდა ქალბატონს (Kimberly Bergalis/კიმბერლი ბერგალის, 1968–1991) დაუდგინეს შიდსის დიაგნოზი. გაირკვა, რომ იგი მკურნალობდა ფლორიდაში სტომატოლოგთან (David J. Acer/დავიდ ჯ. აკერ), რომელსაც იგივე დიაგნოზი 1987 წელს დაუსვეს და მან, ამ ნიადაგზე, დახურა პრაქტიკა; თუმცა აშშ-ის ეპიდემიოლოგიური კვლევის ცენტრმა გამოავლინა 1000-ზე მეტი პაციენტი, რომელთაგანაც ცხრას აღმოაჩნდა შიდსი. მოლეკულურ-ბიოლოგიური მეთოდების გამოყენებამ აჩვენა, რომ 9 შემთხვევიდან მხოლოდ ექვსი პაციენტი დასნებოვნდა სტომატოლოგისგან (პაციენტების 0,54%). ეს ფაქტი რჩება ყველაზე დიდ აფეთქებად სტომატოლოგისგან პაციენტებზე ინფექციის გადაცემის ისტორიაში.

2015 წელს 20 (ჯორჯიის შტატი), ხოლო 2016 წელს 1 (კალიფორნიის შტატი) ბავშვი დაინფიცირდა *M. Abscessus*-ის ტრანსმისიით სტომატოლოგიური დანადგარის წყლიდან პედიატრიული მომსახურების დროს (პულპოტომია). N2 ცხრილით წარმოდგენილია სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის ტრანსმისიის სტატისტიკა.

ცხრილი N2

სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის ტრანსმისიის სტატისტიკა

პათოგენი	წელი	პრაქტიკა	ინფიცირების N	გავრცელების გზა
HBV	1974-1987	11 კლინიკა	175	ექიმი→პაციენტი
Herpes virus Type I	1981	ჰიგიენისტი	20	ჰიგიენისტი→პაციენტი
<i>P. aeruginosa</i>	1985	კლინიკა	2	სდწ→პაციენტი

HIV	1987-1990	კერძო პრაქტიკა	6	ექიმი→პაციენტი
HBV	2001	ქირურგიული სტომატოლოგია	1	პაციენტი→პაციენტი
HBV	2009	პორტატული კლინიკა	5	3 პაციენტი, 2 მოხალისე
<i>L. Pneumophila</i>	2011	ქირურგიული სტომატოლოგია	1	სდწ→პაციენტი
HCV	2013	ქირურგიული სტომატოლოგია	1	პაციენტი→პაციენტი
<i>M.abscessus</i>	2015-2016	ბავშვთა სტომატოლოგია	21	სდწ→პაციენტი

წყარო: Miller, Ch. H. (2017). *Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team (6th ed)*. Elsevier.

1.5. იკვ-ის უსაფრთხოების წესების დაცვა

ვირუსული ჰეპატიტების, შიდსის და სხვა ინფექციური დაავადებების ფართოდ გავრცელებისა და კონტაგიოზურობის გამო, შემუშავებულ იქნა სანიტარული წესები და ნორმები, რომლებიც მიმართულია დაავადებების გავრცელების რისკის შემცირებისაკენ სამკურნალო დაწესებულებებში და მათ შორის, სტომატოლოგიურ კლინიკებში. უსაფრთხოების უნივერსალური წესების (CDC, 2003) გამოყენება საშუალებას იძლევა მინიმუმამდე შემცირდეს სმა ინფექციური დაავადებების გადადების რისკი სტომატოლოგიური მომსახურების გაწევის დროს. უნივერსალური წესების განახლება აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC) მიერ 2016 წლის ივნისში მოხდა, ხოლო 2020 წელს, COVID-19 პანდემიასთან დაკავშირებით, განხორციელდა ბოლო განახლება. ცნობილია, რომ სმა დაავადებები წარმოადგენს ყველა სამედიცინო დაწესებულების გლობალურ პრობლემას. ამასთან დაკავშირებით, ინსტრუმენტებისა და დანადგარების მიმართ ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის მოთხოვნები მნიშვნელოვნად არის გამკაცრებული (ADA, 2016).

ინფექციური დაავადებების გავრცელება და სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში მისი გადადების საშიშროება აიძულებს პაციენტებს ყურადღება მიაქციონ სტომატოლოგის

გარეგნულ სახეს, თუ რამდენად იყენებს იგი სპეციალურ ანტისეპტიკურ ხსნარებს, ინდივიდუალურ დაცვის საშუალებებს. ექიმს უნდა ესმოდეს, რომ უსაფრთხოების წესების იგნორირებამ შეიძლება პაციენტს უზიძგოს, რომ მიმართოს უფრო საიმედო სამკურნალო კლინიკას (Barlean et al/ბარლენ და სხვანი, 2012; Baseer/ბასსერ, 2013; Barlean/ბარლენ, 2015).

ინფექციური უსაფრთხოება სტომატოლოგის ყოველდღიურ მოღვაწეობაში იწყება ხელების სწორი ჰიგიენით, რომელიც მოითხოვს სხვადასხვა ანტისეპტიკებისა და დასაბანი საშუალებების აუცილებელ გამოყენებას, მიკროორგანიზმებისაგან ხელის კანის გასათავისუფლებლად (CDC, 1994; WHO, 2009.07; Naik/ნაიკ, 2014). მიუხედავად სიმარტივისა, პერსონალი ინფექციური უსაფრთხოების წესებს, სამწუხაროდ, ყოველთვის მტკიცედ არ იცავს, რაც ხშირ შემთხვევებში ხელს უწყობს ინფექციის გამომწვევთა ტრანსმისიას სტომატოლოგიურ კლინიკებში (Ahme/აჰმე, 2014; კლეველანდ, 2012).

განსაკუთრებით საშიშია პარენტერალური ვირუსული ინფექციების გადადება, რადგან მათ ხანგრძლივი უსიმპტომო მიმდინარეობა ახასიათებთ და გარეგნული ნიშნებით სტომატოლოგს ყოველთვის არ შეუძლია ავადმყოფობის ამოცნობა (Alavian, Mahboobi & Karayiannis/ალავიან, მაჰბოობი & კარაიანის, 2013; Sendikadiwa & Rwenyonyi/სენდიკადივა & რენიონი, 2015).

სამედიცინო პერსონალის დასნებოვნება პაციენტისგან და პირიქით, სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, მაგრამ ჯვარედინი ინფიცირების ყველაზე დიდ რაოდენობას შეადგენს ინფექციების ტრანსმისია ერთი პაციენტიდან სხვა პაციენტებზე. ყველაზე ხშირად დასნებოვნება გამოწვეულია სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური წესებისა და ნორმების დარღვევით, დაბინძურებული ინსტრუმენტებისა და მოწყობილობების გამოყენების შედეგად. სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში სმა ინფექციური დაავადებები იწვევენ ყველაზე მძიმე და ხშირ გართულებებს (მაჰბოობი და სხვანი, 2013).

ისევე, როგორც ადრე, ბოლოდროინდელმა კვლევებმაც აჩვენა სმა ინფექციური დაავადებების აღმოფხვრის მნიშვნელობა, გართულებებთან ბრძოლის თავიდან აცილებისათვის. ამ ასპექტების გათვალისწინებით, შეიქმნა ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესები, თუმცა, შემუშავებული ტრადიციული მეთოდები გამოსადეგი აღმოჩნდა ინფექციური დაავადებების მხოლოდ გარკვეული ნაწილისთვის. ბოლო ათწლეულში ფართოდ გავრცელებული ვირუსული დაავადებების პროფილაქტიკისთვის კი ასეპტიკისა

და ანტისეპტიკის ტრადიციული მეთოდების გამოყენება შეზღუდული და ნაკლებეფექტურია; მსგავს ვირუსულ დაავადებებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პარენტერალურად გადამდებ ინფექციებს - აივ/შიდსს და ვირუსულ ჰეპატიტებს.

UNAIDS-ის (2011) მონაცემებით, აივ/შიდსის თითოეულ რეგისტრირებულ შემთხვევაზე შეიძლება მოდიოდეს 10-15 დაურეგისტრირებელი შემთხვევა. ვაქცინის არარსებობის გამო ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ღონისძიებას წარმოადგენს ინფექციური კონტროლი.

სხვადასხვა ქვეყნებში არსებული კანონმდებლობით, ექიმ სტომატოლოგს არ შეუძლია უარი უთხრას პაციენტს სამედიცინო დახმარებაზე მაშინაც კი, როდესაც მას დიაგნოსტიკურად დადგენილი აქვს აივ/შიდსი. არსებობს ბევრი სახელმწიფო პროგრამა სისხლის გზით გადამდები ინფექციების დიაგნოსტიკისა და პროფილაქტიკისათვის. რუსეთში ტარდება ექიმ სტომატოლოგთა სავალდებულო გამოკვლევები ინფექციური სტატუსის დასადგენად (Budnyak/ბუდნიაკ, 2011), თუმცა პაციენტის კანონიერი უფლება, არ გაამჟღავნოს თავისი დიაგნოზი, რისკის ქვეშ აყენებს ექიმ სტომატოლოგსა და კლინიკის მთელ პერსონალს. ეს დაკავშირებულია იმასთან, რომ სტომატოლოგიური პროცედურების უმრავლესობა არ გამორიცხავს სამედიცინო ინსტრუმენტებისა და ექიმის ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების კონტაქტს პირის ღრუს ქსოვილებთან, მათ შორის პაციენტის სისხლთან, ჩირქთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან (რეზნიკ, 2006).

ბასრი ინსტრუმენტებით ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების დაზიანების შემთხვევაში, როდესაც ინსტრუმენტები ინფიცირებული პაციენტის ბიოლოგიური სითხეებით არის კონტამინირებული, ექიმის ჯანმრთელობის რისკი შეფასებულია, როგორც 1: 300 (ბუდნიაკ, 2011). გარდა ამისა, მიუხედავად იდს-ის ფართოდ გამოყენებისა, სტომატოლოგიური მომსახურების დროს წარმოიქმნება ინფექციის გადაცემის რისკი როგორც პაციენტიდან პაციენტზე, ასევე პაციენტიდან სამედიცინო პერსონალზე (რეზნიკ, 2006; ბუდნიაკ, 2011).

სამწუხაროდ, პრაქტიკაში ყველა ექიმი არ იცავს ინფექციური უსაფრთხოების წესებს (CDC, 2003; განახლება 2016; 2020.), რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის არასათანადო კონტროლით ინფექციური უსაფრთხოების თვალთახედვით (კლეველანდ & Bonito/ბონიტო, 2012).

ჩატარებული სხვადასხვა კვლევების მიზანი იყო სტომატოლოგების მიერ ინფექციური უსაფრთხოების უნივერსალური წესების დაცვის ხარისხის შესწავლა. წესები მოწოდებულია

სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში ინფექციური დაავადებების გადაცემის რისკის მინიმიზაციისათვის. კვლევის შედეგებმა არამარტო გამოააშკარავა იკ-ის პროცედურების ჩატარებისას დაშვებული შეცდომები, არამედ, აღნიშნული საკითხების სტომატოლოგიური ფაკულტეტის სასწავლო პროგრამაში ჩართვის მეშვეობით გააუმჯობესა მოსახლეობის სტომატოლოგიური მომსახურების ხარისხი (Bednarsh/ბედნარშ, 2006; ბუდნიაკ, 2011).

სამედიცინო მანიპულაციების დროს, უსაფრთხოების ამაღლების მიზნით, აუცილებელია ექიმ-სტომატოლოგთა დროული ვაქცინაცია B ჰეპატიტის წინააღმდეგ პროფილაქტიკისთვის. ინფიცირების სხვა მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენს დეზინფექციის წესებისა და რეჟიმის დაცვა, სამედიცინო ინსტრუმენტების წინა სასტერილიზაციო გაწმენდა და სტერილიზაციის წესების დაცვა; ერთჯერადი სარგებლობის ინსტრუმენტების, შპრიცების, ნერწყვგამწოვების და სხვ. გამოყენების გაფართოება.

რამდენადაც სისხლისა და სხვა ბიოლოგიური სითხეების მეშვეობით შეიძლება მოხდეს ვირუსული ჰეპატიტების, აივ/შიდსის და სხვა ინფექციური დაავადებების გადაცემა, მედიცინის მუშაკები უნდა იცავდნენ უნივერსალური სიფრთხილის ზომებს ყველა პაციენტთან, მიუხედავად იმისა, არსებობს თუ არა მონაცემები ეპიდემიოლოგიური ანამნეზისა და სპეციფიკური ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის შესახებ. ყოველი პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული.

სტომატოლოგიური მანიპულაციების ჩატარება გარდაუვალია პირის ღრუს ლორწოვანის გარსის დაზიანებისა, თუ სისხლდენის გარეშე, რაც იწვევს სტომატოლოგიური ინსტრუმენტების, ანაბეჭდების ან პროთეზების ინფიცირებას. სტომატოლოგთან ხშირად ხვდებიან პაციენტები, რომელთაც არ იციან თავიანთი დაავადებების შესახებ, ან არ უმხელენ ექიმს მის შესახებ. შეიძლება პაციენტს ავადმყოფობა ჰქონდეს ინკუბაციის სტადიაში და ინფიცირების წყარო გახდეს სხვა პაციენტებისთვის, ან კლინიკის პერსონალისთვის.

ზოგიერთ ქვეყანაში ტარდება ექიმ-სტომატოლოგთა აუცილებელი გამოკვლევები ინფექციური დაავადებების დასადგენად. აივ/შიდსის, ჰეპატიტებისა და სხვა ჰემოკონტაქტური ინფექციების თანამედროვე ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია მოითხოვს რადიკალურ პროფილაქტიკურ მიდგომებს. გაზრდილია მოთხოვნები ინფექციების გამომწვევების განადგურებისკენ მიმართული დეზინფექციური ღონისძიებების მიმართ.

ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლაში დეზინფექცია გამოიყენება როგორც პროფილაქტიკური, ასევე ეპიდსაწინააღმდეგო მიზნით.

სტომატოლოგიური მომსახურების დროს წარმოიქმნება ინფექციის გადაცემის რისკი პაციენტიდან პაციენტზე, პაციენტიდან სამედიცინო პერსონალზე, პერსონალიდან პაციენტზე. ამდენად, სტომატოლოგიურ კლინიკებში აუცილებელია როგორც პაციენტების, ასევე სამედიცინო პერსონალის ინფიცირების შემთხვევების მუდმივი მონიტორინგი და ინფექციური უსაფრთხოების რეკომენდაციების დაცვის მუდმივი კონტროლი.

ავარიული სიტუაციები - ინციდენტები, ტრავმები

ინფექციის კონტროლის ახალი გაიდლაინის თანახმად (ბრძანება № 01-455/ო, 14.09.2020.), ბიოლოგიური სითხეებით ექსპოზიციის მართვის მიმოხილვაში აღნიშნულია, რომ: „ექსპოზიცია შეიძლება მოხდეს ნემსის ჩხვლეტით, მჭრელ იარაღთან შეხებით, სისხლის ან ბიოლოგიური სითხეების გაშხეფებით. მართვა მოიცავს პირველად დახმარებას, რისკების შეფასებას, HBV, HCV, HIV ინფექციების შესახებ შეტყობინებას, ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკით უზრუნველყოფას. პროფილაქტიკა ექსპოზიციის შემდეგ უნდა ჩატარდეს დაუყოვნებლივ. იგი მოიცავს სამედიცინო სტატუსის შეფასებას, შემდგომ მოვლასა და პრევენციას, რაც სპეციფიკურია ყოველი ეტიოლოგიური აგენტისთვის“.

სხვადასხვა ლიტერატურაში მოწოდებული ავარიული სიტუაციების რისკების შემცირების ღონისძიებები აერთიანებს 5 ძირითად ჯგუფს:

შემდგომი დაგვარად შეიცვალოს ინექციები სამკურნალწამლო საშუალებების სხვა გზებით შეყვანით, გამოყენებულ იქნეს უნემსო ინექტორები, უარი ითქვას მახვილ და ბასრ ინსტრუმენტებზე (მაგ, ნემსები ბლაგვი დაბოლოებით, მაკრატლები მახვილი წვერის გარეშე და სხვ.);

მაღალტექნოლოგიური საინჟინრო გადაწყვეტილებები, რომლებიც ამცირებენ ავარიული სიტუაციების რისკებს (მაგ. ნემსის ავტომატურად გამანადგურებელი);

ადმინისტრაციული ღონისძიებები, რომლებიც ემსახურება უნივერსალური სიფრთხილის ზომების დაცვას;

სამუშაო გარემოს უსაფრთხო და ადეკვატური ერგონომიული ღონისძიებების ორგანიზება;

ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების რუტინული გამოყენება, როგორცაა სათვალეები, სახის დამცავი ფარი, ნიღბები, ხელთათმანები, სპეცტანსაცმელი და სხვ.

ჯანმო-ს მონაცემებით, შემთხვევითი ჩხვლეტით სამი მილიონი მედიცინის სპეციალისტი სხვადასხვა დროს დაავადდა შემდეგი ინფექციებით (%):

37% - B ჰეპატიტი;

39% -C ჰეპატიტი;

5,5% - აივ/შიდსი.

(ჯანმო - უსაფრთხო ინექციისა და შემდგომი პროცედურების მეთოდური მასალების კომპლექტი, 2011).

კვლევამ აჩვენა, რომ საფრანგეთში, ტრავმატიზაციის ალბათობის შემამცირებელი სხვადასხვა სპეციალური მოწყობილობათა დანერგვით, 1990-დან 2000 წლამდე პერიოდში ტრავმების რაოდენობა შემცირდა 90%-ით: 4,7 ტრავმა 100 000 პროცედურაზე (Lamontagne et al/ლამონტანე და სხვანი, 2007).

იაპონიაში ჩატარებული (Fukuda & Yamanaka/ფუკუდა & იამანაკა, 2016) მულტიცენტრული კვლევის (რომელიც მიმდინარეობდა 2009-2014 წლებში) თანახმად, SEDs-ის (safety-engineered devices - უსაფრთხო საინჟინრო მოწყობილობები) გამოყენება მნიშვნელოვნად ამცირებს NSIs-ების (needle stick injury-ნემსით ჩხვლეტა) ინციდენტობას. მაგ.: ქირურგიული ნემსების შემთხვევაში 100 000 დანადგარზე გათვლით SEDs-ის გამოყენებით ინციდენტობა იყო 1.47, ხოლო მის გარეშე - 16.50; საინექციო შპრიცების შემთხვევაში: 2.10 და 14.95 შესაბამისად. დასკვნების გათვალისწინებით, ავტორები რეკომენდაციას უწევენ უსაფრთხო საინჟინრო დანადგარების გამოყენებას პროფესიული საფრთხეების აღსაკვეთად და ჯანდაცვის უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად.

ცხადია, რომ რაც არ უნდა მაღალი იყოს ჰემოკონტაქტური ინფექციების გავრცელება პოპულაციაში ან ჯანდაცვის დაწესებულების პაციენტებს შორის, თუ არ არის ავარიული სიტუაცია, დასნებოვნების ალბათობა ნულამდე ეცემა; მაგრამ რეალობა სულ სხვაგვარია: დანიაში კვლევებმა აჩვენა, რომ ავარიულ სიტუაციათა 72%-ის თავიდან აცილება შესაძლებელი იქნებოდა უნივერსალური სიფრთხილის ზომების დაცვის შედეგად. ეს ციფრები გვიჩვენებს, რომ შემთხვევათა 28%-ის თავიდან აცილება შეუძლებელი იყო. აშშ-ში

ავარიული სიტუაციების 20% დაკავშირებული იყო მოულოდნელ და წინასწარ გაუთვალისწინებელ მოვლენებთან, დანარჩენი კი გამოწვეული იყო ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების არასათანადო შესრულებით (ცისიელსკი, 2003).

ვიკერ (2007) და ავტორების თანახმად, ტრავმათა მხოლოდ 13,2% შეიძლება თავიდან აცილებულიყო საორგანიზაციო ღონისძიებების დახმარებით, ხოლო 34% - უფრო უსაფრთხო ინსტრუმენტების გამოყენებით. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, არსებული სიტუაცია, სიფრთხილის გამოჩენის თვალსაზრისით, ძნელად თუ ჩაითვლება მისაღებად, თუმცა სარწმუნო არც ისაა, რომ ავარიული სიტუაციები სრულიად გაქრება.

პოსტკონტაქტური პროფილაქტიკა მკვეთრად ამცირებს (თითქმის 5-ჯერ) დასნეოვნების ალბათობას, თუმცა ლიტერატურაში უკვე აღწერილია შიდსით დაინფიცირების ოცდაათამდე შემთხვევა, მიუხედავად იმისა, რომ ჩატარებული იყო ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა (Tomkins & Ncube/ტომკინს & ნკუბე, 2005).

სტომატოლოგთა გამოკითხვის შედეგების ანალიზმა დიდ ბრიტანეთში (Gore et al/გორე და სხვანი, 1994) აჩვენა, რომ ბასრი იარაღებით მიყენებული ტრავმები შეადგენს 1,7-ს თითო სტომატოლოგზე წელიწადში, მათ შორის 30% შეიძლება მიეკუთვნოს საშუალო და მაღალი რისკის დასნეოვნების ტრავმებს. მართალია, ტრავმების უმეტესი ნაწილი მოდიოდა ცალკეულ სპეციალისტებზე, თუმცა რეალურად, სტომატოლოგთა მხოლოდ 56% იქნა წელიწადში ტრავმირებული (ეს კი ნიშნავს, რომ მათ შორის, ვინც ტრავმა მიიღო, ტრავმების რიცხვი კიდევ უფრო მეტია - ანუ წელიწადში 3).

ბრაზილიაში (Rodrigues/როდრიგეს, 2006) სტომატოლოგებს შორის ნემსით ტრავმამ შეადგინა 2 შემთხვევა წელიწადში, თუმცა მხოლოდ 31%-მა განაცხადა ამის თაობაზე (ტრავმების სიხშირე 62,8/100 სტომატოლოგზე წელიწადში).

ინდოელი მკვლევარების მიერ ჩატარებული კვლევა (Pavithran et al/ პავიტრან და სხვანი, 2015) ასახავდა, თუ როგორია სტომატოლოგების (მათ შორის სტუდენტების) ბასრი ინსტრუმენტებითა და ნემსით ჩხვლეტის შემდგომი ქმედება, გაშუქდა პოსტკონტაქტური პროფილაქტიკის ცოდნის, მისდამი დამოკიდებულებისა და პრაქტიკაში გამოყენების დონე. გამოკვლევების 81,5% აცრილი იყო B ჰეპატიტის წინააღმდეგ. გამოკითხული მონაწილეების 27,5%-ს აღენიშნებოდა NSI (needle stick injury - ნემსით ჩხვლეტა) წინა 12

თვის განმავლობაში, რომელთა 41,80% გამოწვეული იყო ნემსზე ხუფის დახურებით. მონაწილეთა 29,09%-მა თავი შეიკავა ნემსით ჩხვლეტის შემთხვევის გაცხადებისგან, დასჯისა და გაკიცხვის შიშით.

ტაივანში ჩატარებული კვლევით (Lee, Kok, Cheng, Lin & Lin/ლიი, კოკ, ჩენგ, ლინ & ლინ, 2014) სულ 56 NSI შემთხვევა დაფიქსირდა, მათ შორის 31 ქირურგიული მკურნალობის დროს. მთელ სტომატოლოგიურ პერსონალში NSI-ის წლიურმა სიხშირემ შეადგინა 8.19%. ინციდენტობა ერთ პირზე იყო - 21,28% - ინტერნებისთვის, 7.50% - რეზიდენტებისთვის, 6,77% - ექთნებისთვის, 3.33% - ტექნიკური პერსონალისთვის და 0.85% - მოწვეული ექიმებისთვის.

კლეველანდ და ავტორებმა (2012) ჩაატარეს კვლევა 6,825 სტომატოლოგის მონაწილეობით, რომლის მიზანი იყო გაერკვია 2003 წელს აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ შემუშავებული გაიდლაინის - „სტომატოლოგიური დაწესებულებების ინფექციური კონტროლის შესახებ“ - იმპლემენტაციის ეფექტურობა შემდეგი ოთხი რეკომენდაციის გათვალისწინებით:

ინფექციის კონტროლის კოორდინატორის არსებობა;

წყლის ხარისხის შემოწმება კლინიკაში;

ავარიული სიტუაციების დოკუმენტირება;

უსაფრთხო სამედიცინო მოწყობილობათა გამოყენება, როგორცაა უსაფრთხო ნემსები და სკალპელები;

კვლევით მიღებული შედეგების მიხედვით: 34% არ იყენებს არცერთს, ან ასრულებს მხოლოდ ერთ რეკომენდაციას; 40% იცავს ორ-სამ რეკომენდაციას, ხოლო 26% სამ-ოთხ რეკომენდაციას.

გარდა ტრავმებისა, ასევე დიდ როლს თამაშობს პაციენტის სისხლის შესაძლო კონტაქტი პერსონალის ლორწოვანზე, პირველ რიგში თვალებზე. რიგმა კვლევებმა, რომელიც ემყარებოდა დამცავ ეკრანზე (სახის ფარზე) არსებული სისხლის ანალიზებს, აჩვენა, რომ მსგავსი საშიშროება ფართოდაა გავრცელებული. მაგ., ავსტრალიაში ჩატარებული კვლევით აღმოჩნდა, რომ ოპერაციის შემდეგ ქირურგთა დამცავი ეკრანის 44% სისხლით არის

დასვრილი (Marasco & Woods/მარასკო & ვუდს, 2008), დიდი ბრიტანეთის გამოკვლევებით - 51% (Berridge, Lees, Chamberlain & Jones/ბერიდგე, ლეეს, ჩემბერლაინ & ჯონეს, 1993).

საკმაოდ ხშირია ხელთათმანების მთლიანობის დარღვევის შემთხვევები. საფრანგეთში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ოპერაციების დასრულების შემდეგ ტესტირებული ხელთათმანების 15% პერფორირებულია. ორმაგი ხელთათმანების გამოყენებით პერფორაცია მცირდება 5%-მდე (Johanet, Chosidow, Marmuse & Benhamou/ჯოჰანეტ, ჩოსიდოუ, მარმუსე & ბენჰამოუ, 1996). სტომატოლოგიური მომსახურების დროს ხელთათმანების მთლიანობის დარღვევამ შეადგინა 2,9% (Avery, Gallagher & Birnbaum/ავერი, გალაჰერ & ბირნბაუმ, 1999).

ამასთან საგულისხმოა, რომ ხელთათმანები, ნემსის ჩხვლეტის შემთხვევაშიც კი, დაბლა სწევენ რისკებს: ქირურგიული ხელთათმანი 52%-ით ამცირებს პაციენტის სისხლის რაოდენობას, რომელიც ხვდება საინექციო ნემსით ტრავმირებისას (Krikorian/კრიკორიან, 2007).

Makama/მაკამა და ავტორები (2016) აღნიშნავენ, რომ ორმაგი ხელთათმანით სარგებლობა 90%-ზე მეტ შემთხვევაში იცავს ქირურგებს და პაციენტებს. კვლევის შედეგების მიხედვით, ორმაგი ხელთათმანის გამოყენების დროს (512 ცალი) მხოლოდ 1,17% (6 ცალი) შიდა ხელთათმანი იყო დაზიანებული.

ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომელთა შორის ტრავმათა რაოდენობა დაბალი შემოსავლებისა და შიდსის მეტად გავრცელების ქვეყნებში არ არის იმაზე დაბალი, ვიდრე განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებელია. ლიტერატურაში არსებული მონაცემების განხილვით და იმის გათვალისწინებით, რომ ავარიული სიტუაციები სრულად არ აღირიცხება, შეიძლება ჩაითვალოს, რომ მათი რაოდენობა დიდად არ განსხვავდება ევროპის განვითარებული ქვეყნებისა და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებისგან. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ავარიულ სიტუაციათა რაოდენობა საკმაოდ მაღალია ყველა რეგიონში და შეადგენს წელიწადში 2-ს ჯანდაცვის სისტემის დაბალრისკიანი სპეციალობის პერსონალისთვის, ხოლო მაღალრისკიან სპეციალობებში 3-დან 5-მდე მერყეობს. ავარიული სიტუაციების რისკები განსხვავდება ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა პერსონალისთვის. განსხვავება არსებობს ექიმებსა და მედღებს შორის და უფრო ხშირად ავარიულ სიტუაციებში ხვდებიან განვითარებული ქვეყნების მედღები; მაგ., იაპონიაში ტრავმირებულთა უმეტესობა (72,2%)

არიან მედდები (ბენეტტ და სხვანი, 2007). ასევე ესპანეთში, აშშ-სა და კანადაშიც ექთნების ტრავმატიზაციის მაღალი დონე ფიქსირდება (25,5 და 56,9 -100-დან შესაბამისად) (Clarke, Schubert & Körner/კლარკი, შუბერტ & კორნერ, 2009.).

დიდ ბრიტანეთში ყველაზე მეტი საავარიო სიტუაცია რეგისტრირებულია ექთნების შემთხვევაში (47%), სტომატოლოგები და სხვა პროფესიის ექიმები კი მეორე ადგილზე არიან (41%) (Tomkins/ტომკინს, 2014), თუმცა გერმანიაში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ტრავმების სიხშირის მხრივ, ექიმები ლიდერობენ - 55,1% (ვიკერ, 2007).

იტალიაში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ასევე ყველაზე მეტი ტრავმები მოდის 5 წელზე ნაკლები სამუშაო სტაჟის მქონე პერსონალზე. ასე რომ, ექთნებისა და სტომატოლოგების გარდა, კიდევ ერთ დიდ რისკ-ჯგუფში შედიან ახალგაზრდა სპეციალისტები: მედიცინის დარგის სტუდენტები, საექთნო საქმის სტუდენტები, რეზიდენტები, ახალგაზრდა მედდები და ექიმები. დიდ ბრიტანეთში ნაჩვენები იყო, რომ კლინიკური გამოცდილების არმქონე სტუდენტები ხშირად ვარდებიან ავარიულ სიტუაციებში, რომელთა რაოდენობაც ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება (Stewardson, Palenik, McHugh & Burke/სტუარდსონ, პალენიკ, მაკჰუ & ბურკე, 2002).

NSI მოვლენები, როგორც წესი, ხდება ახალბედა, გამოუცდელ პერსონალში და სტუდენტ-რეზიდენტებში (ლიი და სხვანი, 2014). შეცდომების სიხშირეზე ასევე გავლენას ახდენენ სხვადასხვა ფაქტორები: მაგ, ივლისიდან სექტემბრამდე დროის მონაკვეთი - სწორედ ამ პერიოდში უერთდებიან ინტერნები კლინიკას; დღის მონაკვეთი (11:00 დან 14:00) - როდესაც ლანჩის დროა; კვირის რომელი დღეა (სამუშაო კვირის შუა პერიოდი - ოთხშაბათი და ბოლო - პარასკევი) და მორიგეობის დროის მიწურულს.

დიდი ბრიტანეთის კვლევებმა აჩვენა, რომ ტრავმები ძირითადად გამოწვეული იყო იმ ფაქტით, რომ მოხმარებისთვის, ან პროცედურის შემდეგ ბასრი ინსტრუმენტები სპეციალურ კონტეინერში არ თავსდებოდა (ტომკინს, 2014). ავარიული სიტუაციების თითქმის 36% გამოწვეული იყო უნივერსალური სიფრთხილის ზომების დარღვევით. მათი დაახლოებით 10% დაკავშირებული იყო პიროვნულ შეცდომებთან, თუ გადაღლასთან, შემთხვევათა მეოთხედს წარმოადგენდა პაციენტთა ქმედებები, რომელთა თავიდან აცილებაც შეუძლებელი იყო.

სტუდენტებს უფრო ნაკლები გამოცდილება აქვთ, ვიდრე მოქმედ ექიმებს, ამიტომ სტომატოლოგიურ პროგრამებში უნივერსალური დაცვის ზომების დანერგვა ყველაზე ეფექტური გზაა ჯვარედინი ინფექციების გავრცელების გასაკონტროლებლად. სტომატოლოგიური პროგრამები პასუხისმგებელნი არიან ინფექციის სათანადო კონტროლის სტრატეგიების აღსრულებაზე და შესაბამისი იმუნიზაციის ხელშეწყობის გზით, ჯანსაღი გარემოს ჩამოყალიბებაზე, სადაც დაცული იქნებიან როგორც სტომატოლოგები, ასევე პაციენტები (Alshiddi/ალშიდდი, 2015; AL-Essa & AlMutairi/ალ-ესსა & ალმუტაირი, 2017).

სტომატოლოგი სტუდენტები არიან მომავალი პროფესიონალები, რომლებიც მოსახლეობას გაუწევენ სტომატოლოგიურ მომსახურებას ინფექციის კონტროლის იმ წესების დაცვით, რომელსაც შეისწავლიან სტუდენტური პრაქტიკის განმავლობაში (Assiri et al/ასსირი და სხვანი, 2018).

მიუხედავად იმისა, რომ ინფექციის კონტროლის პროცედურების სტანდარტიზაციას დიდი ყურადღება ეთმობა, სტომატოლოგების მხოლოდ მცირე ნაწილი იცავს მას სათანადოდ კლინიკურ პრაქტიკაში და გამონაკლისს არც სტომატოლოგიური სასწავლებლების სტუდენტები წარმოადგენენ (Alharbi et al/ალჰარბი და სხვანი, 2019). მნიშვნელოვანია სტუდენტებთან ეფექტური კომუნიკაცია და სწავლება სტომატოლოგიური პროცედურების დროს გადამდები დაავადებების შესაძლო გავრცელების შესახებ. საჭიროა ძალისხმევა, რომ მოხდეს სტუდენტთა სათანადოდ ინფორმირება და მოტივაცია ინფექციის კონტროლის ზომების რუტინულად და სწორად გამოყენებისათვის. სტომატოლოგიურ პროგრამებზე, უკვე განხორციელებული ინფექციის კონტროლის პოლიტიკის მიუხედავად, ინფექციის კონტროლის რეკომენდაციების დაცვა კვლავ გამოწვევად რჩება (Deogade et al/დეოგადე და სხვანი, 2018; Rahman et al/რაჰმან და სხვანი, 2017).

დასწავლების ალბათობა

ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ ქირურგიული პროცედურების 0,3-4%-ს თან სდევს ტრავმები ე.წ. მეორადი კონტაქტით, როდესაც მატრავმირებელი ობიექტი გაივლის ქირურგის ქსოვილებს და ამის შემდეგ ისევ მყარდება კონტაქტი პაციენტის ჭრილობასთან (Moloughney/მოლონეი, 2001). თუ წარმოვიდგენთ, რომ ექიმს უწევს წელიწადში 150 ტრავმული პროცედურის შესრულება, მაშინ თავისი 30-წლიანი კარიერის განმავლობაში

ინფიცირებული ქირურგი დაასნებოვნებს საშუალოდ ერთ პაციენტზე ნაკლებს, ან სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ერთი დასნებოვნება მოვა ორ ასეთ ქირურგზე. ამავდროულად, C ჰეპატიტით დაავადებული დაასნებოვნებს 1-4 პაციენტს, ხოლო B ჰეპატიტით დაავადებული - 4-დან 12-მდე პაციენტს.

B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დაწყებამდე ქირურგთა ავადობა 10-ჯერ, ხოლო ლაბორატორიის პერსონალის ავადობა 4-6-ჯერ უსწრებდა მოსახლეობის დაინფიცირების მაჩვენებელს. ავტორები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ შიდსით ინფიცირებული ნემსით ჩხვლეტისას დასნებოვნების დიაპაზონი მერყეობს 0,24%-დან 0,65%-მდე, თუმცა ზოგი მეცნიერი თვლის, რომ დასნებოვნება გაცილებით მაღალია.

იკ-ის ახალი გაიდლაინის მიხედვით (ბრძანება № 01-455/ო, 2020), ნემსის ჩხვლეტის შემთხვევაში ინფექციის გადადების რისკი პაციენტისგან სამედიცინო პერსონალზე ფასდება შემდეგნაირად:

B ჰეპატიტი – 3-10% (30%-მდე)

C ჰეპატიტი – 0,8-3%-მდე

HIV ინფექცია – 0,3% (ლორწოვან გარსებზე ექსპოზიციის შემთხვევაში რისკი – 0,1%)

სხვა ლიტერატურული მონაცემებით, B ჰეპატიტის შემთხვევაში ჩხვლეტით დასნებოვნების რისკი არის 6-30%.

იკ-ის ხარისხის განსაზღვრა, კითხვარების გამოყენება

სტომატოლოგიურ კლინიკაში ექიმთა დასნებოვნების ალბათობა და პაციენტიდან პაციენტზე სმა ინფექციური დაავადებების გადაცემა, პირველ რიგში, დამოკიდებულია მთელი მედპერსონალის მიერ ინფექციური კონტროლის ყველა ინსტრუქციისა და რეკომენდაციის ყოველდღიურ და კეთილსინდისიერ შესრულებაზე (Oosthuysen, Potgieter & Fossey/ოსტისენ, პოტგიეტერ & ფოსსეი, 2014).

პერესონალისა და პაციენტების დასნებოვნების რისკის შემცირება შესაძლებელია ნორმატიული დოკუმენტაციით რეკომენდებული წესების განუხრელი დაცვით.

ინფექციური კონტროლის ხარისხის განსაზღვრის ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს ექიმთა ანონიმური ანკეტირება უსაფრთხოების უნივერსალური წესების დაცვის შესახებ. ასეთი ანკეტირებით შესაძლებელია გაირკვეს რეალური პრობლემები, რომლებიც არსებობს უშუალოდ ექიმის სავარძელში, ან ზოგადად, სტომატოლოგიურ კლინიკაში (Khami, Razeghi & Mirmohammadi/ხამი, რაზეგი & მირმოჰამადი, 2016).

სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში პერსონალის მიერ სანიტარული წესების შესრულების ეფექტურობის განსაზღვრის მიზნით საზღვარგარეთ შემუშავებულ იქნა ანკეტა „Survey on Dental Infection Control & Occupational Safety“. აღნიშნული ანკეტა მოიცავს კითხვებს, რომლებიც ეხება ინფექციურ კონტროლსა და სტომატოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოებას. ანკეტის შემუშავება ნაკარნახევი იყო, ერთის მხრივ, მრავალი ინფექციური დაავადების ფართოდ გავრცელებითა და უსიმპტომოდ მიმდინარეობით და მეორეს მხრივ, პაციენტიდან პაციენტზე დაავადების გადაცემის მაღალი რისკით.

აღნიშნული ანკეტა მოიცავს კითხვებს, რომლებიც ეხება სტომატოლოგიური კლინიკის პირობებში ინფექციური უსაფრთხოების უნივერსალური წესების დაცვას. სტომატოლოგთა ანკეტირება ტარდება ანონიმურად. კითხვარის პირველი განყოფილება დემოგრაფიულია და ეხება სქესს, ასაკს, სამუშაო ადგილს, სტაჟსა და ა.შ. ამის შემდეგ მოდის კითხვები ტრავმებზე, რომლებიც მიღებულია მუშაობის დროს და შესაძლოა იმ პაციენტების მკურნალობისას, რომლებსაც სისხლის გზით გადამდები ინფექციური დაავადებები აღენიშნებათ. ანკეტა ასევე მოიცავს კითხვებს ასეპტიკა-ანტისეპტიკისა და ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების შესახებ.

ანკეტის შემუშავების საჭიროება მოითხოვა იმ ფაქტმა, რომ ბოლო ოცი წლის განმავლობაში აშშ-სა და ევროპაში სწრაფი გავრცელება ჰპოვა შიდსმა და ჰეპატიტებმა. მიუხედავად იმისა, რომ რეკომენდაციები ინფექციური კონტროლის შესახებ შეიქმნა ჯერ კიდევ გასული საუკუნის 60-იან წლებში, მაინც არსებობს სტომატოლოგიური მომსახურების დროს სხვადასხვა ინფექციური დაავადებების გადაცემის საშიშროება. ანკეტა „Survey on Dental Infection Control & Occupational Safety“ შემუშავებულ იქნა 1997 წელს ტეხასის სამედიცინო მეცნიერებათა უნივერსიტეტის ბეილორის სტომატოლოგიური კოლეჯის მკვლევართა მიერ და დიდი ბრიტანეთის ლონდონის საუნივერსიტეტო კოლეჯის ისტმანის სტომატოლოგიური ინსტიტუტის თანამონაწილეობით. მოცემული ანკეტით იკვლევდნენ ინფექციური

უსაფრთხოების საკითხებს აშშ-სა და აზიის ქვეყნების სტომატოლოგიურ კლინიკებში. კვლევებში მონაწილეობა მიიღო 1873 ექიმმა.

ჩატარებული კვლევების მიხედვით დადგინდა, რომ აშშ-ს სტომატოლოგთა ცოდნის დონე ინფექციური კონტროლის შესახებ გაცილებით მაღალია აზიის ქვეყნების რესპონდენტებთან შედარებით. ამ უკანასკნელთა შორის გამოვლინდა განსაზღვრული ნაკლოვანებები ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენების კუთხით. მაგ., ისინი არ იყენებდნენ სტერილურ ქირურგიულ ხელთათმანებს; ასევე, სხვადასხვა ბიოლოგიური სითხეების შეშხეფების თავიდან აცილების მიზნით, გარდა ნიღბისა, არ სარგებლობდნენ დაცვის სხვა საშუალებებით. აზიის ქვეყნებში გამოვლინდა რიგი ნაკლოვანებებისა, რომლებიც უკავშირდება ინსტრუმენტების სტერილიზაციას და ზედაპირების დამუშავებას, რის გამოც აზიელ ექიმთა დიდი რაოდენობა ფიქრობს, რომ სტომატოლოგიური მომსახურების გაწევის დროს იმყოფებიან ჰემოკონტაქტური გზით გადამდები ინფექციებით დაავადების მაღალი რისკის ქვეშ, რასაც ვერ ვიტყვით აშშ-ის რესპონდენტებზე (პუტტაიაჰ, 1996).

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევების დროს აზიის ქვეყნები გაერთიანებული იყო ერთ ჯგუფში, მათ შორის, რა თქმა უნდა, ინფექციური კონტროლის დონე საგრძნობლად ვარირებდა. მაგ: სამხრეთ კორეისა და ტაივანის შედეგები უფრო ახლოს იყო აშშ-ს მონაცემებთან, აზიის სხვა ქვეყნებში კი ინფექციური კონტროლის შედარებით დაბალი დონე დაფიქსირდა. აღნიშნულმა კვლევამ გამოავლინა ინფექციური კონტროლისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ცოდნის, მიმართებისა და პრაქტიკის განსხვავებული დონე აზიისა და აშშ-ის სტომატოლოგებს შორის. განისაზღვრა აუცილებლობა, რომ აზიის სტომატოლოგიურ უნივერსიტეტებში გაეზარდათ ინფექციური კონტროლის სწავლების საათების რაოდენობა.

1.6. პაციენტების უსაფრთხოება; პაციენტების დამოკიდებულება სტომატოლოგიაში იპკ-ის მიმართ

ჯანმოს პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის პროგრამა

მსფლიო ასამბლეის რეზოლუციის (WHA55-18, 2002) შესაბამისად, 2004 წელს, ჯანმო-მ შექმნა პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის პროგრამა. რეზოლუციის რეკომენდაციით, ჯანმო-ს წევრმა სახელმწიფოებმა უნდა შექმნან და განამტკიცონ მეცნიერულად

დასაბუთებული სისტემები პაციენტთა უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად. რეზოლუცია შეეხება ასევე სამკურნალო საშუალებების, სამედიცინო აღჭურვილობისა და ტექნოლოგიების მონიტორინგს. ამავდროულად, შეიქმნა პაციენტთა უსაფრთხოების მსოფლიო ალიანსი, რომელიც საფუძვლად დაედო ლონდონის დეკლარაციას პაციენტთა უსაფრთხოების შესახებ. ალიანსის გლობალურ ამოცანას წარმოადგენს სმა მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორების გამოვლენა პაციენტების უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად. დღეისათვის განსაზღვრულია სამი ასეთი ამოცანა:

ამოცანა 1: სისუფთავე აუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოებას

ჯანმო-სა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული სამუშაოები მოწმობს, რომ სამედიცინო მომსახურების დროს ყველაზე მეტი ინფიცირება ხდება განვითარებად ქვეყნებში. ამ ინფექციათა უმრავლესობა აცილებადია ხელების ჰიგიენის დაცვის საშუალებით. ჯანდაცვის დაწესებულებების თანამშრომლებმა უნდა დაიბანონ ხელები დადგენილ დროს და დადგენილი წესით. სამედიცინო დაწესებულებებში ხელების ჰიგიენის გაუმჯობესების მიზნით, ჯანმო-ს ხელმძღვანელობითა და ჯანდაცვის პერსონალის მხარდაჭერით, ყოველწლიურად ტარდება გლობალური კამპანია „გადაარჩინეთ ადამიანების სიცოცხლე - დაიცავით ხელების სისუფთავე“ (ხელების ჰიგიენის სახელმძღვანელო. ჯანმო, 2013).

ინფექციური კონტროლის პრევენციული ღონისძიებების უმრავლესობა, ჰიგიენის ჩათვლით, არის უბრალო, მარტივი, იაფი და ეფექტური, მაგრამ მათ განსახორციელებლად საჭიროა ანგარიშგება და პერსონალის ქცევის შეცვლა. ამისთვის შეიქმნა ჯანმო-ს კამპანიაში - „სუფთა ხელები“- მონაწილე ქვეყნების ქსელი. ცოდნის გაცვლისა და ურთიერთსწავლების საფუძველზე ეს არაფორმალური ქსელი მხარს უჭერს ძალისხმევას და ქმედებებს, რომლებიც მკვეთრად ცვლის სამედიცინო პერსონალის ქცევებს ხელების ჰიგიენის დაცვის მხრივ, რაც თავის მხრივ შეამცირებს სმა ინფექციების ტვირთს და განამტკიცებს პაციენტთა უსაფრთხოებას გლობალურ დონეზე.

ამოცანა 2: პაციენტები პაციენტთა უსაფრთხოებისთვის (პპუ)

პპუ - შეიქმნა პაციენტებისა და მომხმარებლების გლობალური ქსელის შექმნის მიზნით, რომელიც მართული იქნება პაციენტებისა და პაციენტთა ორგანიზაციების მიერ, მათივე

უსაფრთხოების დაცვისათვის. ეს პროგრამა ხაზს უსვამს პაციენტთა და მომხმარებელთა განსაკუთრებულ როლს მსოფლიო მასშტაბით სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოების ხარისხის გაძლიერებაში.

ამოცანა 3: უსაფრთხო ქირურგია გადაარჩენს სიცოცხლეს

ეს პროგრამა შეიქმნა ჯანმო-ს ქვეგანყოფილების მიერ „პაციენტთა უსაფრთხოების“ ჩარჩოებში, ქირურგიული ჩარევებისას სიკვდილობის შესამცირებლად მთელ მსოფლიოში. განისაზღვრა ათი ძირითადი ამოცანა, რომლებიც გაერთიანებულია ჯანმო-ს საკონტროლო ჩამონათვალში ქირურგიული უსაფრთხოების შესახებ.

პაციენტთა უსაფრთხოების საკითხებზე ანგარიშგება და ცოდნის მოპოვება: პრიორიტეტული მიმართულებები სტომატოლოგიაში

ჯანმო-ს საერთაშორისო სამუშაო ჯგუფმა დ. ბეიტსის ხელმძღვანელობით შეადგინა გლობალურ პრიორიტეტთა ჩამონათვალი იმ სფეროების კვლევებისთვის, სადაც მნიშვნელოვანი პრობლემებია ცოდნის მხრივ, ხოლო ინფორმირებულობას შეუძლია დიდი წვლილი შეიტანოს პაციენტის უსაფრთხოების გაუმჯობესებაში და ზიანის დონის შემცირებაში. სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან დაკავშირებული პრიორიტეტული მიმართულებებია:

- ადგილობრივად მისაღები და ეფექტური გადაწყვეტილებები;
- მიღებული გადაწყვეტილებების ხარჯთ-ეფექტურობა;
- უხარისხო და ფალსიფიცირებული პრეპარატები;
- კომპეტენტურობა, სწავლება და უნარები;
- სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციები;
- საფრთხის შემცველი სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ხასიათი;
- ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენების უნარი;
- უსაფრთხო ინექციის პრაქტიკა;
- სისხლთან მუშაობის უსაფრთხო პრაქტიკა;
- კომუნიკაცია და კოორდინაცია;
- უსაფრთხოების კულტურა;
- ფარული საორგანიზაციო შეცდომები;

ადამიანური ფაქტორი პროცედურების განხორციელებისას;
 ინფორმაციული ტექნოლოგიები და სისტემები ჯანდაცვაში;
 პაციენტის როლი უსაფრთხოების ორგანიზებაში;
 ადამიანური ფაქტორი სხვადასხვა აპარატურით და დანადგარებით სარგებლობისას;
 სამკურნალწამლო საშუალებების არასასურველი ზემოქმედება.

გაიცა რეკომენდაცია პრიორიტეტთა ჩამონათვალის პერიოდულად გადახედვის შესახებ. პაციენტთა უსაფრთხოების სფეროში ყველაზე მნიშვნელოვანია ცოდნა იმისა, თუ როგორ უნდა უმკურნალონ პაციენტებს ზიანის მიყენების გარეშე. ანგარიშების სისტემის ძირითადი როლი იმაში მდგომარეობს, რომ ჯანდაცვის შეცდომების გააანალიზების შედეგად გაუმჯობესდეს პაციენტთა უსაფრთხოების დონე. სამედიცინო მომსახურების გაწევის დროს პაციენტთა და პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, როგორც სისტემის ფუნდამენტური პრინციპი, ათასწლეულის დასაწყისიდან მოყოლებული, გამოწვევად რჩება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვისთვის. სმა ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში გაცილებით მაღალია მაღალი შემოსავლების ქვეყნებთან შედარებით. სმა ინფექციების გავრცელების გლობალური ტვირთის სრული სურათი ცნობილი არ არის, რადგან არ არსებობს საერთაშორისო უნიფიცირებული ანგარიშების სისტემები, აღრიცხვიანობა, პაციენტისთვის მიყენებული ზიანის შეფასების კრიტერიუმები.

სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების მაღალი რისკები და საშიშროება განპირობებულია დარგის სპეციფიური მახასიათებლების კომპლექსით; სტომატოლოგია აერთიანებს პროფილაქტიკურ, თერაპიულ, ქირურგიულ, მათ შორის მაღალტექნოლოგიური მომსახურების სახეებს, რომელთაგან თითოეულს აქვს მისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკური რისკები და დაინფიცირების საშიშროება. ცალკე განხილვის საგანია უსაფრთხო და ხარისხიანი სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად პაციენტთა უფლებების დაცვის რეალური მექანიზმების არარსებობა.

იპკ-ის მიმართ სტომატოლოგიური პაციენტების დამოკიდებულება

პაციენტთა უსაფრთხოების კვლევები დაიწყო ჯერ კიდევ 1950-1960 წლებში, თუმცა იმ დროისთვის ამ პრობლემას სათანადო ყურადღება არ ეთმობოდა. ფაქტიურმა მონაცემებმა დაგროვება დაიწყო გასული საუკუნის 90-იან წლებში. მათ შორის მთავარი იყო პრაქტიკის

კვლევები აშშ-ში, კერძოდ კი ჰარვარდში (1991 წ.). შემდეგი კვლევები ჩატარდა ავსტრალიაში, დიდ ბრიტანეთსა და კვლავ აშშ-ში; მათი საშუალებით მიღებულმა დამატებითმა მონაცემებმა პაციენტთა უსაფრთხოების პრობლემა მსოფლიო სამედიცინო საზოგადოების ყურადღების ცენტრში მოაქცია (WHO, Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide, 2011). უცხოურ ლიტერატურაში ბევრია ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორ იცავენ სტომატოლოგები ინფექციური უსაფრთხოების უნივერსალურ წესებს თავიანთ ყოველდღიურ საქმიანობაში. შემუშავებული და აპრობირებულია სპეციალური კითხვარები, რომლებიც საშუალებას იძლევა შეფასდეს ექიმთა ცოდნა და შესაძლებლობა მოცემულ სფეროში. რაც შეეხება იკ-ის მიმართ სტომატოლოგიური პაციენტების დამოკიდებულების კვლევებს, ლიტერატურული ცნობები ნაკლებად მოიპოვება.

ცნობილია, რომ კლინიკაში ინფექციების კონტროლის მიმართ პაციენტთა გაზრდილ მოლოდინებს შეუძლია სტომატოლოგიური სერვისების უსაფრთხოების გაუმჯობესება. აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრი (CDC) დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს პაციენტთა ინფორმირებულობას და საზოგადოების განათლების მიზნით შემუშავებული აქვს რამდენიმე ონლაინ სასწავლო მასალა. აქცენტები კეთდება იმ მოსაზრებაზე, რომ ადეკვატურ განათლებას შეუძლია მნიშვნელოვნად შეამციროს ჯვარედინი ინფექციები. სხვადასხვა ავტორთა ნაშრომებში აღწერილია სტომატოლოგიაში იკ-ის წესების მიმართ პაციენტთა ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა, რომელიც ლიტერატურულ წყაროებში ცნობილია KAP აბრევიატურის სახით (Knowledge, Attitude, Practice). სტატიებში აღწერილია პაციენტთა შეხედულება იდს-ის გამოყენების აუცილებლობაზე და მათ პროტექტორულ ფუნქციაზე, სხვადასხვა გადამდებ დაავადებებზე და გავრცელების გზებზე, სტერილიზაციის სახეებზე და სხვ. პაციენტების ინფორმირებულობის დონეს აკავშირებენ ისეთ სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან, როგორებიცაა სქესი, ასაკი, განათლების სტატუსი, შემოსავალი, საცხოვრებელი ადგილი და ა.შ.

ლიტერატურაში აღწერილია პაციენტების მოთხოვნები ექიმების მიმართ, რომლებიც იდს-ის მოხმარებასთან ასოცირდება. ჩრდილოეთ ინდოეთის ქალაქ ნაშიკში ჩატარებული კვლევის თანახმად, პაციენტების 45.8% დაინტერესდა ინსტრუმენტების სტერილობის საკითხით, 24.5%-მა მოსთხოვა ექიმს სამედიცინო ნაღბის გაკეთება, ხოლო 32,3%-მა ხელთათმანების გამოყენება (Mahajan et al/მაჰაჯან და სხვანი, 2020).

ინდოეთის კიდევ ერთი ქალაქის (ჯაბალპური) გამოკვლეული მოსახლეობის მოსაზრებით, ექიმმა უნდა გამოიყენოს ხელთათმანები (97.7%), ნილაბი (93.5%) და დამცავი სათვალე (43.6%). პაციენტების უმრავლესობა (95,3%) უარს იტყოდა მკურნალობაზე, თუ ექიმი არ იყენებს ხელთათმანსა და ნილაბს; გამოკითხულთა 73,3% არ იმკურნალებდა სტომატოლოგთან, თუ მას არ ექნებოდა ჩატარებული B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო აცრა; მათი 79.2% არ მივიდოდა იმ კლინიკაში, სადაც HBV და აივ/შიდსით ინფიცირებული პაციენტებიც მკურნალობენ. პაციენტების 92.7%, 72.3% და 23.1% ფიქრობს, რომ ხელთათმანები, ნილაბი და სათვალე იცავს როგორც პაციენტს, ასევე ექიმს, შესაბამისად. 44,9% აღნიშნავს, რომ ავტოკლავირება არის სტერილიზაციის საუკეთესო მეთოდი (დეოგადე და სხვანი, 2016).

იორდანიაში პაციენტთა შესახებ კვლევამ გამოავლინა, რომ მათი 83,5% თვლის, რომ ექიმმა უნდა გამოიყენოს ხელთათმანი აუცილებლად და 65,8% დარწმუნებულია, რომ ხელთათმანს შეუძლია ჯვარედინი ინფექციისგან დაცვა. 74,8% თვლის, რომ ნილაბი აუცილებლად უნდა ეკეთოს ექიმს, რომელიც დაიცავს პაციენტს ინფიცირებისგან (52,3%); დამცავი სათვალის აუცილებელი გამოყენება აღნიშნა მხოლოდ 24%-მა (ბარგოუტ და სხვანი, 2012).

საუდის არაბეთის ქალაქ ჯედას მაცხოვრებლებში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ცოდნის დონე იკ-ის საკითხების შესახებ ავტორმა შეაფასა, როგორც დაბალი - 39,5%, საშუალო - 38,7% და დამაკმაყოფილებელი - 21,8%. პრაქტიკის შესახებ კი მონაცემები გადანაწილდა შემდეგნაირად: მხოლოდ მცირე ნაწილი დაინტერესდა ინსტრუმენტების სტერილიზაციის საკითხით (9,3%) და მოითხოვა ექიმისგან ნილაბის (13,3%) და ხელთათმანის (16,4%) გამოყენება (Ibrahim al/იბრაჰიმ და სხვანი, 2017).

კვლევა ჩატარდა ასევე საუდის არაბეთში (ქ. რიადი), რომლითაც ირკვევა, რომ პაციენტების 30,5% ფიქრობს, რომ ხელთათმანების და ნილაბის გამოყენება მხოლოდ ექიმებს იცავს, ქალებს უფრო მეტად აღელვებთ იკ-ის საკითხები, ხოლო კაცებს პაციენტებს შორის იდს-ის გამოცვლის სიხშირე (ALAgil & Mubayrlik/ალაგილ & მუბაირლიკ, 2017).

რუმინეთის ქალაქ იასიში ჩატარდა კვლევა, რომელიც იკ-ის მიმართ პაციენტების დამოკიდებულებას შეისწავლიდა განათლების სტატუსის გათვალისწინებით. ნახევარზე მეტმა მონაწილემ გამოთქვა იკ-ის საკითხებში ჩართულობის სურვილი. იდს-ის გამოყენების შესახებ პაციენტების 96% ფიქრობს, რომ ის მნიშვნელოვანია ინფექციის გავრეცელების პრევენციისათვის, ქალებს უფრო მეტად აღელვებთ ეს საკითხი (62,3%), ვიდრე მამაკაცებს

(37,7%). პროტექტორული ფუნქციის მნიშვნელობას აღნიშნავს გამოკითხულთა 89,6% ხელთათმანების შემთხვევაში, 75,5% ნიღბისა და 16,5% დამცავი სათვალის შემთხვევაში. რაც უფრო მაღალია პაციენტის განათლების სტატუსი, მით მეტად სურს მას, რომ ექიმმა გამოიყვალოს ხელთათმანი ყოველ პაციენტზე - 72,4%, საშუალო (31,4%) და დაბალი (16,2%) განათლების სტატუსის მქონე მონაწილეთაგან განსხვავებით. განათლების დაბალი სტატუსის პაციენტთა 84,7% არ იმკურნალებდა კლინიკაში, სადაც აივ/შიდსით ინფიცირებულ პაციენტებსაც ემსახურებიან, განსხვავებით საშუალო დონის განათლების პაციენტებისგან, რომელთა 55,3% მზადაა იმკურნალოს ამგვარ კლინიკაში და მათი უმრავლესობა კაცია (65,5%). განათლების დაბალი სტატუსის პაციენტების 32,1% ფიქრობს, რომ ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობაზე. პაციენტების 78,9%-ის აზრით, ხელების ჰიგიენა ინფექციის ტრანსმისიის პრევენციისათვის უმნიშვნელოვანესია, თუმცა ეს მაჩვენებელი იცვლება იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი ხელთათმანს იყენებს და 37,9% ფიქრობს, რომ ხელების დაბანა ამ დროს აუცილებლობას აღარ წარმოადგენს. განათლების მაღალი სტატუსის პაციენტებს უფრო მეტად აწუხებთ B (63,8%) და C (44,2%) ჰეპატიტის ვირუსებით დაინფიცირება მკურნალობის დროს, განსხვავებით განათლების დაბალი სტატუსის პაციენტებისაგან, რომლებსაც უფრო აღელვებთ აივ ინფექციით დაავადების ალბათობა (40,3%) (Barleani et al/ბარლენი და სხვანი, 2017).

1.7. COVID-19 მსოფლიო პანდემია და სტომატოლოგია

2020 წლის 30 იანვარს ჯანმო-მ კორონავირუსის 2019-2020 წლის ეპიდემია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საერთაშორისო საფრთხედ გამოაცხადა, 11 მარტს კი პანდემიად აღიარა. ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) გავრცელების პრევენციისა და მართვის უზრუნველყოფის მიზნით, საერთაშორისო ორგანიზაციებმა (CDC, ADA, OSHA, FDA და სხვ.) ახალი რეგულაციები დააწესეს სტომატოლოგიური მომსახურებისათვის. პროცედურების თავისებური მახასიათებლების გამო, რაც გულისხმობს დიდი რაოდენობით წვეთების და აეროზოლების გამოყოფას, სტომატოლოგიური საქმიანობა ინფექციის მაღალი გავრცელების რისკ-ჯგუფში შედის. ჯანმო-მ სტომატოლოგიური

დაწესებულებებისთვის გასცა რეკომენდაცია, რომ COVID-19-ის გამო გადაევადებინათ მომსახურების მიწოდება.

2020 წლის მარტში, როდესაც აშშ-ში COVID-19-ის შემთხვევებმა დაიწყო მატება, ADA-მ მოუწოდა სტომატოლოგებს შეეჩერებინათ ყველა სერვისის მიწოდება, გადაუდებელი დახმარების გარდა, სანამ არ იქნებოდა მეტი ინფორმაცია პანდემიისა და სტომატოლოგიურ პაციენტებზე, პროფესიონალებზე და საზოგადოებაზე მისი გავლენის შესახებ.

მოგვიანებით, COVID-19-თან დაკავშირებით ADA-მ და აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრმა (CDC) გამოსცეს შუალედური მითითებები და გაიდლაინები სტომატოლოგებისთვის. ADA-ს მითითებები მოითხოვს იდს-ის მაღალ დონეს - ნიღბებს, რესპირატორებს, სათვალეებსა და სახის ფარებს, ასევე რაბერდამით იზოლაციას და მაღალი მოცულობის გამწოვებს, ულტრაბგერითი წმენდის ნაცვლად ხელის ინსტრუმენტებით სკალირებას (კბილების წმენდა ქვების და ნადებისაგან) აეროზოლების წარმოქმნის შესამცირებლად.

უკვე მოგვიანებით, აგვისტოს თვეში (2020 წ.) ამერიკის სტომატოლოგთა ასოციაცია, დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მხარდაჭერით, კატეგორიულად აღარ ეთანხმება ჯანმოს მოსაზრებას გეგმიური მომსახურების გადავადების შესახებ, იმ მოტივით, რომ „სტომატოლოგია არის ჯანდაცვის აუცილებელი, განუყოფელი ნაწილი და პირის ღრუს ჯანმრთელობას გავლენა აქვს ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე“ (Gehani/გეჰანი, ADA.org; 12.08.2020). ADA-ს პრეზიდენტი, გეჰანი აღნიშნავს, რომ ”ბოლო რამდენიმე თვის განმავლობაში მილიონობით პაციენტი უსაფრთხოდ ეწვია თავის სტომატოლოგს მომსახურების სრული სპექტრის მისაღებად. იდს-ის სათანადო გამოყენებით, სტომატოლოგიური დახმარება უნდა გაგრძელდეს გლობალური პანდემიის ან სხვა კატასტროფული სიტუაციების დროს”.

Peng/პენგ (2020) სტატიაში აღწერს ახალი კორონავირუსის (SARS-CoV-2) შესაძლო გადაცემის გზებს და პრევენციის მეთოდებს სტომატოლოგიურ კლინიკებში. ავტორი გამოყოფს ვირუსის ტრანსმისიას ჰაერის, პირდაპირი კონტაქტის და დაბინძურებული ზედაპირების საშუალებით.

აეროზოლურ-წვეთოვანი გავრცელება წარმოდგენს 2019-nCoV-ის ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემას, რადგანაც სტომატოლოგიური პროცედურების დროს მაღალი სიჩქარის ბუნიკების, ულტრაბგერითი აპარატების გამოყენებისას წარმოიქმნება მრავლობითი

აეროზოლები და წვეთები/შხეფები, რომლებიც შეიცავენ პაციენტის ნერწყვს, ზოგჯერ სისხლსაც და შესაბამისად, შესაძლოა შეიცავდნენ ვირუსებსაც. ამგვარად, ინფიცირებული პაციენტის ხველასა და სუნთქვასთან დამატებით წარმოქმნილი აეროზოლები, მცირე ზომის გამო, სანამ ზედაპირზე ან სასუნთქ გზებში მოხვდებიან, დიდი ხნის განმავლობაში შეწონილ მდგომარეობაში რჩებიან ჰაერში, რაც იწვევს სტომატოლოგიურ კლინიკაში პერსონალის, ან ჯანმრთელი პაციენტების დაავადებას.

კონტაქტური ტრანსმისია სტომატოლოგიურ კლინიკაში გამოწვეულია პერსონალის ხშირი შეხებით პაციენტების სითხეებთან, ქსოვილებთან, დაბინძურებულ ინსტრუმენტებთან ან ზედაპირებთან. გარდა ამისა, სტომატოლოგებისა და პაციენტების პირის და ცხვირის ღრუს, ასევე კონიუნქტივის ლორწოვან გარსზე ზემოქმედებს მიკროორგანიზმების შემცველი აეროზოლური წვეთები, რომლებიც წარმოიქმნება და მცირე მანძილზე ვრცელდება ინფიცირებული ინდივიდის ნიღაბის გარეშე საუბრისას, თუ ხველება/დაცემინების დროს. კორონავირუსები - SARS-CoV, MERS-CoV ან HCoV რამდენიმე დღე ინარჩუნებენ ცხოველმყოფელობას ისეთ ზედაპირებზე, როგორიცაა მეტალი, მინა, პლასტმასი. ამრიგად, დაბინძურებული ზედაპირები, რომლებზეც დალექილია ინფიცირებული პაციენტებისგან წარმოქმნილი აეროზოლები, წარმოადგენენ კორონავირუსული გადაცემის პოტენციურ წყაროს. გარდა ამისა, ცნობილია, რომ ოთახის ტემპერატურაზე და ტენიან გარემოში ვირუსი ცხოველმყოფელობას ინარჩუნებს 2 საათიდან 9 დღემდე. ამრიგად, სტომატოლოგიურ კლინიკაში სუფთა და მშრალი გარემოს შენარჩუნება ხელს შეუწყობს 2019-nCoV-ის მავნე ზემოქმედების შემცირებას.

1.8. COVID-19-ის პერიოდში დარგის რეგულაციები საქართველოში

COVID-19 პანდემიის დროს დადგენილ საერთაშორისო რეკომენდაციებს თავიდანვე გამოეხმაურა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და ოპერატიულად მიიღო სათანადო ზომები.

სამინისტრომ გამოსცა სამუშაო ადგილებზე ახალი კორონავირუსის (COVID-19) გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით ზოგადი რეკომენდაციები (2020). 25 მარტს გამოიცა მინისტრის ბრძანება N01-123/ო, ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2)

გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) გავრცელების პრევენციისა და მართვის უზრუნველყოფის მიზნით გასატარებელ ღონისძიებათა შესახებ, რომლის „პ“ პუნქტით განისაზღვრა რეკომენდაციები სტომატოლოგიური დაწესებულებებისათვის ახალი კორონავირუსით (SARS -CoV- 2) გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) გავრცელების შემთხვევაში. N15 დანართის შესაბამისად, ბრძანების თანახმად, გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება არ უნდა განხორციელდეს 1 მაისამდე; თუმცა ეპიდსიტუაციიდან გამომდინარე, 1 მაისს გამოიცა ახალი ბრძანება - N 01-183/ო, 2020 წლის 25 მარტის N01-123/ო ბრძანებაში ცვლილებების შეტანის თაობაზე, რომლის მიხედვითაც, გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურების განხორციელების უფლებამ 22 მაისამდე გადაიწია. როგორც აღინიშნა, ბრძანების N15 დანართით განისაზღვრა პანდემიის პირობებში რეკომენდაციები სტომატოლოგიური დაწესებულებებისათვის. გარდა გეგმიური მომსახურების განხორციელების გადავადებისა, დანართში ჩამოთვლილია, რა შემთხვევაში შეიძლება გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურების მიწოდება: სისხლდენა, აბსცესი, ტრავმული დაზიანება, მწვავე ტკივილი, შეშუპება. კორონავირუსის ინფექციის გავრცელების პრევენციისა და კონტროლის მიზნით, სტომატოლოგიური სერვისის მიწოდებულ დაწესებულებებს ბრძანებით განესაზღვრათ დამატებითი რეკომენდაციები:

არ იქნას გამოყენებული მაღალი სიჩქარის ბუნიკები, ულტრაბგერითი და ჰაერჭავლოვანი აპარატები, შესაბამისად არ ჩატარდეს მანიპულაციები, რომლის დროსაც წვეთები და აეროზოლები გამოიყოფა.

რესპირატორული დაავადებების კლინიკური სიმპტომების არსებობისას განხილულ იქნეს მომსახურების გადავადების შესაძლებლობა გამოჯანმრთელებამდე.

თუ სტომატოლოგიური ჩარევის გადავადება შეუძლებელია, გადაუდებელი სერვისი განხორციელდეს იკ-ის ღონისძიებების ზედმიწევნით დაცვით.

ბრძანების მიხედვით, ახალი წესების დაცვა ხდება სტომატოლოგიურ კლინიკაში შემოსვლისთანავე, რაც გულისხმობს: პაციენტის ხელების ჰიგიენას, ქირურგიული ნიღბის მორგებას, სოციალურ დისტანცირებას.

კლინიკებს მოეთხოვებათ გამართული სავენტილაციო სისტემა და ჰაერის ოპტიმალური (21°C) ტემპერატურა, მომსახურების მიწოდება ერთსავარძლიან კაბინეტში, მჭიდროდ დახურული კარის პირობებში; მანიპულაციის დაწყებამდე პაციენტმა უნდა გამოივლოს

პირის ღრუს ანტისეპტიკური სავლები; სავალდებულოა: ოთხ ხელში მუშაობის პრინციპის დაცვა, საიზოლაციო სისტემის (რაბერდამი) გამოყენება, მაღალი სიმძლავრის ნერწყვგამწოვის გამოყენება, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საჭიროებისას ექსტრაორალური რენტგენის (ორთოპანტომოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია) გამოყენება.

სერვისის განხორციელებისას სტომატოლოგი აღჭურვილი უნდა იყოს შემდეგი იდს-ით:

ერთჯერადი რესპირატორი N95 (აუცილებელია აეროზოლის წარმოქმნასთან დაკავშირებული მანიპულაციების წარმოებისას), ან ქირურგიული ნიღაბი;
ერთჯერადი სამედიცინო (არასტერილური) ხელთათმანი;
ერთჯერადი წყალგაუმტარი სამედიცინო ხალათი;
თვლების დამცავი საშუალებები (სათვალე, ფარი);
ბაზილები.

ზოგადად, დაწესებულებაში ყველა პირი უნდა ატარებდეს ქირურგიულ ნიღაბს, მათ შორის მოსაცდელში, რეგისტრატურაში. ნიღაბი უნდა გამოიცვალოს პაციენტის მომსახურების დასრულებისთანავე. კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ხელის ჰიგიენის ზედმიწევნით დაცვა, კლინიკის ყველა ზედაპირის დასუფთავება და საფუძვლიანი დეზინფექცია.

8 მაისს მინისტრმა გამოსცა ბრძანება NN⁰ 01-193/ო „საქართველოში ახალი კორონავირუსის (COVID-19) გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის რეკომენდაციების, ფუნქციონირების წესისა და შეტყობინების ფორმის დამტკიცების თაობაზე“. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების მიხედვით, 11 მაისიდან სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს და შრომის პირობების ინსპექტირების დეპარტამენტის წარმომადგენლები, შემოსული განცხადებების საფუძველზე, დაიწყებდნენ სტომატოლოგიური დაწესებულებების მონიტორინგს.

სტომატოლოგიურ კლინიკებს უნდა შეევსოთ განაცხადი და გადაეგზავნათ შემდეგ ელექტრონული ფოსტის მისამართზე - dent@moh.gov.ge. შეტყობინების ფორმა და მისი შევსების ინსტრუქცია, ასევე რეკომენდაციები გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის ხელმისაწვდომი იყო სსიპ სამედიცინო და

ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს ვებ-გვერდზე

(<http://rama.moh.gov.ge/res/docs/.pdf>). რეკომენდაციები მოიცავდა შემდეგ პუნქტებს:

ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები სტომატოლოგიური პერსონალისთვის;

ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები პაციენტისთვის;

ზოგადი მოთხოვნები Covid-19-ით ინფიცირების რისკის პრევენციისთვის;

ინფრასტრუქტურული მოთხოვნები;

პაციენტების მისაღებ სივრცეში (რესეფშენი) მომუშავე პერსონალის დაცვა;

სტერილიზაცია/დეზინფექცია;

ნარჩენების მართვა;

ინფექციების პრევენცია და კონტროლი.

რეკომენდაციების ყოველ პუნქტში დაწვრილებით აღიწერებოდა იკ-ის შესაბამისი მოთხოვნები.

იმ კლინიკებს, რომელთაც შეავსეს შეტყობინების ფორმა, გაიარეს რეგულირების სააგენტოს გეგმიური მონიტორინგი და სრულად დააკმაყოფილეს რეკომენდაციებით გაწერილი იკ-ის შესაბამისი მოთხოვნები, მიეცა გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურების განხორციელების უფლება.

მინისტრის 18 მაისის № 01-200/ო ბრძანებით დამტკიცდა „COVID-19 პანდემიისას საქართველოში სტომატოლოგიური საქმიანობის წარმართვის შუალედური რეკომენდაციები“ - კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)“. COVID-19 პანდემიისას საქართველოში სტომატოლოგიური საქმიანობის წარმართვის შუალედური რეკომენდაციები (პროტოკოლი) ემყარება დიდი ბრიტანეთის, შოტლანდიის, გერმანიის სტომატოლოგთა ასოციაციების, ჯანმო-ს, აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების (CDC) ეროვნულ რეკომენდაციებს COVID-19-ის პანდემიის პერიოდში სტომატოლოგიური საქმიანობის წარმართვის შესახებ. პროტოკოლის მიზანია სტომატოლოგიური დაავადებების მართვისადმი თანმიმდევრული, დროული, ეფექტური და უსაფრთხო მიდგომის სტიმულირება და ამავდროულად იმ გამოწვევების რეკოგნიცია, რომელთაც ვხვდებით COVID-19-ის პანდემიის დროს.

პროტოკოლი განკუთვნილია სტომატოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში

დასაქმებული ჯანდაცვის პერსონალის, ინფექციის კონტროლის საკითხებზე მომუშავე სპეციალისტების და სტომატოლოგიური დაწესებულებების ადმინისტრაციისთვის. პროტოკოლში აღწერილია COVID-19 პანდემიის დროს პირის ღრუს გავრცელებული დაავადებების მართვის მოდიფიცირებული მექანიზმები. წარმოდგენილი მართვის მეთოდები ძირითადად ფოკუსირებულია სტომატოლოგიურ ტრიაჟზე, ტკივილის ან ინფექციის შემსუბუქებაზე, დისტანციური მართვის და კონსულტაციის (მაგ. ტელეფონი ან ვიდეოკამერა) უზრუნველყოფაზე, ასევე, ზოგიერთ არაურგენტულ მომსახურებაზე იდს-ის გამოყენების წესების მკაცრი დაცვით, სტომატოლოგიური კლინიკის ჯანდაცვის პერსონალის უფლებაზე, მიიღოს სწორი გადაწყვეტილება ყოველი კონკრეტული პაციენტის მკურნალობის მეთოდების შერჩევისას, თუ არ არის დაწესებული სახელმწიფოს მხრიდან დამატებითი შეზღუდვა.

ახალ საერთაშორისო სტანდარტებს მობილიზებული შეხვდა საქართველოს სტომატოლოგიური ასოციაციებიც. საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციამ შეიმუშავა და 27 აპრილს სამინისტროში გადააგზავნა „დროებითი გაიდლაინი სტომატოლოგიური მომსახურების მენეჯმენტისთვის“, რომელიც წარმოადგენს ერთგვარ ალგორითმს პანდემიის პირობებში სტომატოლოგთა დასახმარებლად - „ალგორითმის მიზანია COVID-19 კრიზისის პირობებში სტომატოლოგს და სტომატოლოგიურ დაწესებულებას დაეხმაროს ზუსტად განსაზღვროს, თუ რამდენად გადაუდებელია ან რა დონის რისკის შემცველია კონკრეტული პაციენტი და მანიპულაცია, სწორად შეაფასოს და შესაბამისი მკურნალობა უზრუნველყოს. ალგორითმი შემუშავებულია ამერიკის სტომატოლოგთა ასოციაციისთვის (ADA) და მოდიფიცირებულია საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის ექსპერტთა საბჭოს მიერ, დაფუძნებულია მიმდინარე სამეცნიერო კვლევებზე“ (GSA, 2020). დროებითი გაიდლაინი მოიცავს შემდეგ ნაწილებს:

ალგორითმი 1: დროებითი გაიდლაინი გადაუდებელი და მწვავე პაციენტების განსაზღვრისთვის;

ალგორითმი 2: გადაუდებელი პაციენტების სკრინინგი COVID-19 ინფექციის იდენტიფიცირების მიზნით;

ალგორითმი 3: რისკის შეფასება.

სტომატოლოგიური მანიპულაციის დაწყებამდე:

სტომატოლოგის და სტომატოლოგიური გუნდის მომზადება;
ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები;
COVID-19-ის სკრინინგი და სტომატოლოგიური მანიპულაციების დახარისხება
პაციენტის მოსვლისთანავე.

სტომატოლოგიური მანიპულაციების მსვლელობისას:

სტანდარტები და ინფექციის გადაცემის პრევენციული ღონისძიებები.

სტომატოლოგიური მომსახურების შემდეგ:

პაციენტიდან პაციენტამდე;

პოსტ-ოპერაციული ინსტრუქციები პაციენტისთვის.

გარდა სტომატოლოგიური დაწესებულებებისა, რეკომენდაციები მოწოდებულია ასევე ზოგადად ჯანდაცვის სფეროსთვის: „სამედიცინო დაწესებულებაში ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) შესაძლო და დადასტურებული შემთხვევების მართვისათვის საჭირო ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) გამოყენებისა და სხვა უსაფრთხოების ღონისძიებების რეკომენდაციები“; მინისტრის ბრძანება 01-149/ო „ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციასთან (COVID-19) დაკავშირებული ზოგადი რეკომენდაციები“ (დანართი N1). 04.04.2020წ; და სხვა.

ზემოაღნიშნულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ COVID-19 პანდემიისას საქართველოში სტომატოლოგიური საქმიანობის წარმართვისთვის და ეპიდსიტუაციის დროს მომსახურების უსაფრთხოდ მიწოდებისათვის ოპერატიულად იქნა მიღებული საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისი წესები და რეკომენდაციები. იმ სტომატოლოგიური კლინიკების რიცხვი, რომელთაც გეგმიური სტომატოლოგიის მიწოდების უფლების მოსაპოვებლად 2020 წლის 11 მაისიდან უნდა განეცხადებინათ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოში სავალდებულო შემოწმებისათვის, მონიტორინგის დასაწყის ეტაპზე საკმაოდ მცირე იყო (15%). კლინიკების დაბალი აქტიურობა გამოწვეული იყო, ერთის მხრივ, სავალდებულო ერთჯერადი იდს-ის მარაგის ბაზარზე შექმნილი დეფიციტითა და მაღალი ფასებით, მეორე მხრივ კი - სტომატოლოგიური დაწესებულებების იპკ-ის წესებისა და რეგულაციების (Covid-19-ით ინფიცირების რისკის პრევენციის ზოგადი მოთხოვნების, ინფრასტრუქტურული, სტერილიზაცია-დეზინფექციის, ნარჩენების მართვის, სავალდებულო დოკუმენტაციის წარმოების) მოთხოვნების მიმართ შეუსაბამობით. რიგი

კლინიკები კი დაჯარიმდნენ მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის შესახებ შეტყობინების უგულვებელყოფისათვის; აღმოჩნდა, რომ ეს კლინიკები სტომატოლოგიურ მომსახურებას ეწეოდნენ ჯანდაცვის სამინისტროს რეგულირების სააგენტოში შეტყობინების დატოვების გარეშე.

უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად სტომატოლოგიური მომსახურების მაღალი რისკებისა, სავალდებულო ტესტირებას დაქვემდებარებულ პრიორიტეტულ პირთა ნუსხაში არ იყო გათვალისწინებული სტომატოლოგიური კლინიკების პერსონალი (2020 წლის 6 ოქტომბრის N1938 განკარგულება).

Covid-19-ის პერიოდში ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ განხორციელებული მონიტორინგით პანდემიის პირობებში აუცილებელი მოთხოვნების შემოწმების გარდა, საქართველოს სტომატოლოგიურ კლინიკებში გამოვლინდა იპკ-ის ნაკლოვანებები: პანდემიამდე დაწესებული სტანდარტების შესრულების დაბალი ხარისხი და ზოგ შემთხვევაში შეუსაბამობა, რაც არსებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციიდან გამომდინარე, ფრიად საყურადღებოა და საჭიროებს რეკომენდაციების განუხრელ დაცვას.

თავი II

ინფექციების კონტროლის მიმართ სტომატოლოგიური დაწესებულებების სამედიცინო
პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის შესწავლა-შეფასება

კვლევის მასალები და მეთოდები

2.1. კვლევის ობიექტი

სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციების კონტროლის სისტემის, როგორც კვლევის ობიექტის შეფასებისათვის, ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკვლევ სუბიექტს წარმოადგენს სტომატოლოგიური პერსონალი. ამ თავში წარმოდგენილია საკვლევი თემატიკის პირველი კომპონენტი: ინფექციების კონტროლის მიმართ სტომატოლოგიური დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (KAP) შესწავლა-შეფასება. კვლევის დანარჩენ ორ კომპონენტს, პაციენტებისა და სტუდენტების ჩართულობით, განვიხილავთ მომდევნო (III, IV) თავებში.

2.2. მეთოდოლოგია, კვლევის დიზაინი

საკვლევი თემატიკის პირველი კომპონენტის მიზანია ჯვარედინი ინფექციების კონტროლის ზომების მიმართ საქართველოს სტომატოლოგიური კლინიკების პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (Knowledge, Attitudes and Practice- KAP) შესწავლა-შეფასება. კვლევა შედგება ორი ნაწილისაგან. პირველი, აღწერილობითი ნაწილი მოიცავს რესპონდენტთა სოციო-დემოგრაფიულ მონაცემებს და ინფექციის კონტროლის ყველა ისეთ საკითხს, როგორიცაა: ადმინისტრაციული ღონისძიებები, ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები (იდს), ხელების ჰიგიენა, იმუნიზაცია, პერსონალის უსაფრთხოება, სტერილიზაცია-დეზინფექცია, წყლის ხარისხი და გარემოს ინფექციური უსაფრთხოება, ნარჩენების მართვა და სხვ. კვლევის მეორე, კორელაციური ანალიზის ნაწილში წარმოდგენილია სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლადების განაწილება და კვლევის შედეგები. კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, გამოყენებულ იქნა ჯვარედინ-სექციური და პოპულაციურ-აღწერილობითი ტიპის მეთოდოლოგიები.

2.3. მიზნობრივი ჯგუფი, საკვლევი რეგიონების შერჩევა, საკვლევი ჯგუფის ზომის შერჩევის მეთოდები

მიზნობრივი ჯგუფი

კვლევის მიზნობრივ ჯგუფს წარმოადგენს საქართველოს სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი, ასევე პრაქტიკაზე მყოფი რეზიდენტები და სტუდენტები. მიზნობრივმა ჯგუფმა მოიცვა დარგის ყველა სპეციალიზაციის წარმომადგენელი (თერაპევტი, ქირურგი, ორთოდონტი და ა.შ.) და სხვადასხვა თანამდებობა (დირექტორი, განყოფილების უფროსი, ექიმი და სხვ.).

საკვლევი რეგიონები

საკითხის საფუძვლიანი შესწავლისათვის და კვლევის შედეგების სტატისტიკური სარწმუნოების დასაბუთებისათვის, კვლევა ჩატარდა საქართველოს მასშტაბით, ყველა რეგიონისა და ქ. თბილისის რესპონდენტების მონაწილეობით.

საკვლევი ჯგუფის ზომის შერჩევის მეთოდები

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან მოწოდებული მონაცემების საფუძველზე განისაზღვრა რეგისტრირებული სტომატოლოგიური კლინიკების სრული რაოდენობა მთლიანად საქართველოში და ასევე თითოეული რეგიონის მიხედვით. ეპიდემიოლოგიური გათვლებით (https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm) საკვლევი ჯგუფის ზომა განისაზღვრა 308 კლინიკით მთელი ქვეყნის მასშტაბით. შემდეგ ეტაპზე მოხდა სრული რაოდენობიდან ($n=308$) თითოეული რეგიონისა და ქ. თბილისისათვის მონაწილე კლინიკების აუცილებელი მინიმუმის გამოთვლა, მათი საერთო რაოდენობიდან პროცენტული განაწილების გათვალისწინებით. N3 ცხრილით წარმოდგენილია რეგისტრირებული კლინიკების რაოდენობა, წილი (%) საერთო რაოდენობიდან და კვლევაში მონაწილე კლინიკების აუცილებელი მინიმუმი საქართველოს რეგიონებისა და თბილისის მიხედვით. კვლევაში შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით ნებაყოფლობით მონაწილეობა მიიღო (Random sampling) 308 სტომატოლოგიური კლინიკის 492-მა თანამშრომელმა 2018-2019 წწ. განმავლობაში. რესპონდენტების ჩართულობა განხორციელდა დესჯც-ის თანადგომით.

ცხრილი N3

კლინიკების სრული და საკვლევი რაოდენობები თბილისისა და რეგიონების მიხედვით.

რეგიონი	რეგისტრირებული კლინიკების რაოდენობა და წილი საერთო რაოდენობიდან (%)	კვლევაში მონაწილე კლინიკების რაოდენობა
თბილისი	737 (48%)	147,8
აჭარა	154 (10%)	30,8
გურია	38 (2.5%)	7,7
იმერეთი	152 (9.9)	30
კახეთი	113 (7.3%)	22,48
მცხეთა-მთიანეთი	23 (1.5%)	4,62
რაჭა-ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთი	2 (0.1%)	0,3
სამგრელო-ზემო სვანეთი	106 (7%)	21,56
სამცხე-ჯავახეთი	23 (1.5%)	4,62
ქვემო ქართლი	104 (7%)	21,56
შიდა ქართლი	84 (5.5%)	16,94
სულ	1536 (100%)	308,38

წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო & კვლევის მასალები

2.4. კვლევის ინსტრუმენტი, ეთიკური ასპექტები

საკვლევ ინსტრუმენტს წარმოადგენს თვითადმინისტრირებადი, ანონიმური კითხვარი-ანკეტა, რომელიც შედგება 53 დახურული კითხვისგან (იხ. თანდართული CD). საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის ჰუმანურ საკითხთა საბჭოს მიერ გაცემულ იქნა თანხმობა კითხვარების კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენების თაობაზე. კითხვარი ანონიმურია და არ შეიცავს ისეთ კითხვებს, რომლითაც შესაძლებელი იქნება პიროვნების იდენტიფიცირება. კვლევის შედეგები გამოყენებულ იქნა მხოლოდ სამეცნიერო მიზნით და მოიცავს სტომატოლოგიური მომსახურების იპკ-თან დაკავშირებულ საკითხებს.

კითხვარების სტრუქტურული აქტუალიზაციისათვის გათვალისწინებულ იქნა საერთაშორისო გამოცდილება და დამატებით, დესჯც-ის რეკომენდაციები. საკვლევი კითხვარი მოიცავს სოციო-დემოგრაფიულ მონაცემებს და ინფექციის კონტროლის ყველა საკითხს, რომელსაც ითვალისწინებს სტომატოლოგიის დარგის სპეციფიკა. კითხვარის საშუალებით შესაძლებელია განისაზღვროს ჯვარედინ- ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების მიმართ სტომატოლოგიური პერსონალის ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა (Knowledge, Attitudes and Practice- KAP).

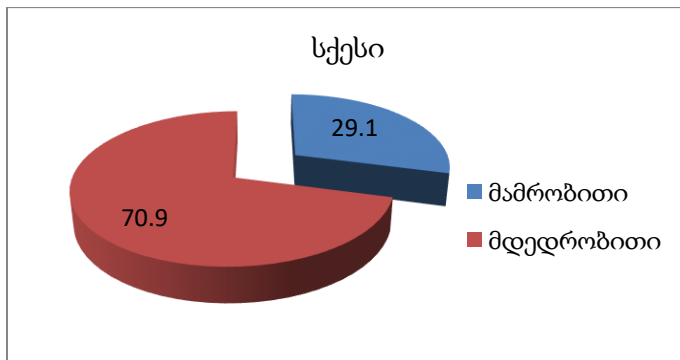
2.5 ცვლადები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზის სტრუქტურა:

ჯვარედინ-სექციური კვლევის (Cross-sectional study) სახელდებითი ცვლადებისთვის (Nominal variables) გამოყენებულ იქნა აღწერილობითი სტატისტიკის მეთოდები. დიქტომურ ცვლადებს შორის კავშირის დასადგენად გამოყენებულ იქნა კორელაციური ანალიზი (95%-იანი სარწმუნოების დონე - Confidence level). ინტერპრეტაციისათვის გამოყენებულ იქნა χ^2 ტესტი (Pearson's chi-square test), სადაც χ^2 ადასტურებს ორ ცვლადს შორის კავშირის სიძლიერეს, ხოლო Pearson-ის კოეფიციენტი (P value) განსაზღვრავს კავშირის სანდოობას. ნულოვანი ჰიპოთეზის მართებულობის ალბათობა ($p < 0.05$) მიჩნეულ იქნა, როგორც სტატისტიკურად სარწმუნო. ნაშრომის კვლევის შედეგებში წარმოდგენილია სტატისტიკურად სარწმუნო კორელაციური კავშირის მონაცემთა განაწილება. მონაცემთა ბაზის სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა სტატისტიკური პროგრამა SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23-ე ვერსიის საშუალებით (IBM SPSS Statistics, for Windows, Version 23.0. Armonk, NY).

2.6. კვლევით მიღებული შედეგები

დესკრიპტული ანალიზი; სოციო-დემოგრაფიული მონაცემები

საკვლევი პოპულაცია შეადგინა 308 სტომატოლოგიური კლინიკის 492-მა რესპონდენტმა საქართველოს მასშტაბით. გამოკითხულთა შორის ქალი იყო 70,9% ($n=349$), კაცი - 29,1% ($n=143$) (დიაგრამა N1).

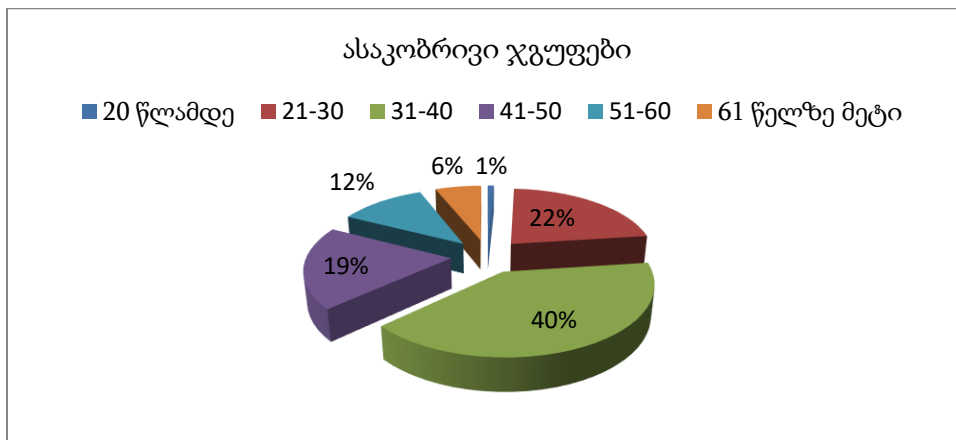


დიაგრამა N1.

რესპონდენტთა სქესი

რესპონდენტებმა შეადგინეს შემდეგი ასაკობრივი ჯგუფები: 20 წლამდე - 0,8%; 21-30წწ - 22,2%;

31-40წწ - 40,2%; 41-50წწ - 19,3%; 51-60წწ - 11,4% და 61 წელზე მეტი - 6,1% (დიაგრამა N2).



დიაგრამა N2.

ასაკობრივი ჯგუფები

რესპონდენტთა მინიმალური ასაკია - 20 წ, მაქსიმალური - 75 წ, საშუალო - 39,37 წწ, ხოლო ყველაზე ხშირი - 38 წ (ცხრილი N4).

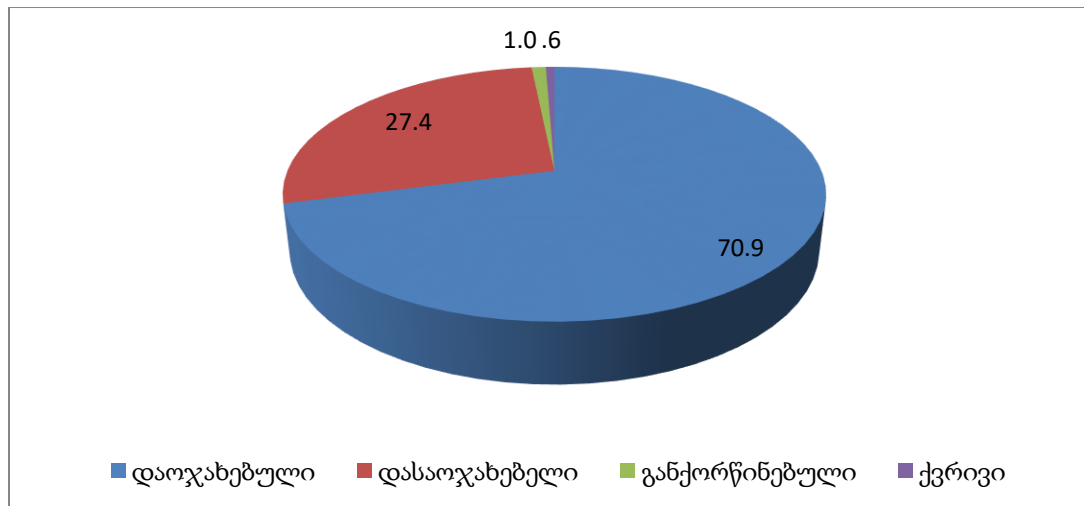
ცხრილი N4.

რესპონდენტთა ასაკის განაწილება

N	Valid	492
	Missing	0
Mean		39,37
Mode		38

Minimum	20
Maximum	75

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: დაოჯახებული - 70,9%; დასაოჯახებელი - 27,4%; განქორწინებული - 1%; ქვრივი - 0,6% (დიაგრამა N3).

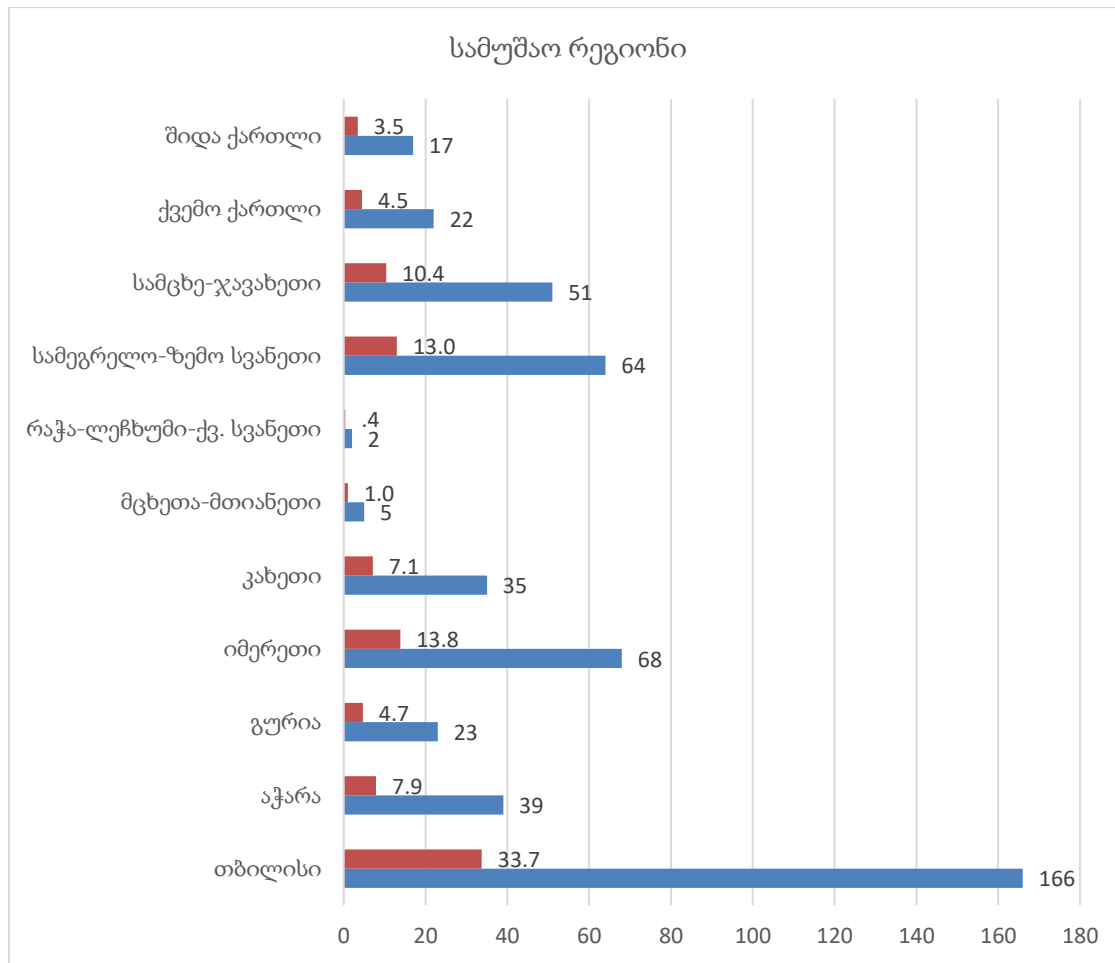


დიაგრამა N3.

ოჯახური მდგომარეობა

სამუშაო რეგიონი, სამუშაო გამოცდილება, თანამდებობა, დარგობრივი სპეციალიზაცია, დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობა.

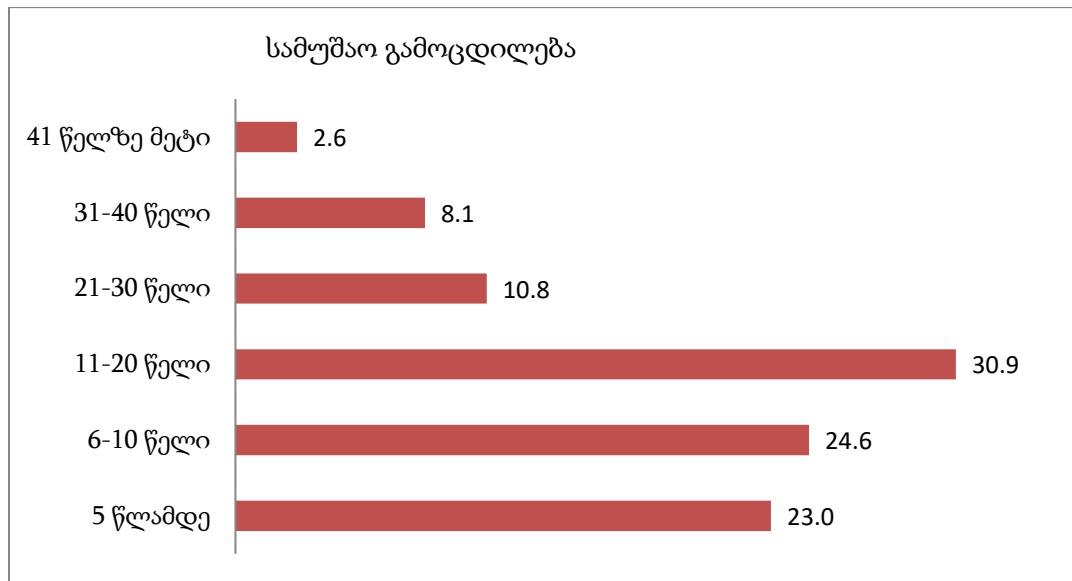
კვლევაში მონაწილეობა მიიღო საქართველოს ათივე რეგიონისა და თბილისის სტომატოლოგიური კლინიკების პერსონალმა, რომელთა რაოდენობაც შემდეგნაირად გადანაწილდა: თბილისი - 166 (33,7%); აჭარა - 39 (7,9%); გურია - 23 (4,7%); იმერეთი - 68 (13,8%); კახეთი - 35 (7,1%); მცხეთა-მთიანეთი - 5 (1%); რაჭა-ლეჩხუმი-ქვ.სვანეთი - 2 (0,4%); სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 64 (13%); სამცხე-ჯავახეთი - 51 (10,4%); ქვ. ქართლი - 22 (4,5%); შიდა ქართლი - 17 (3,5%) (დიაგრამა N4).



დიაგრამა N4.

სამუშაო რეგიონები

რესპონდენტთა სამუშაო გამოცდილება, გამოხატული მუშაობის წლებით, შემდეგნაირად გადანაწილდა: 5 წლამდე მუშაობის სტაჟი - 23%; 6-10წ - 24,6%; 11-20წ - 30,9%; 21-30წ - 10,8%; 31-40წ - 8,1% და 41 წელზე მეტი - 2,6% (დიაგრამა N5). მინიმალური სამუშაო სტაჟი - რამდენიმე თვე; მაქსიმალური - 53წ; საშუალო - 14,24წ; ყველაზე ხშირი - 10წ (ცხრილი N5).



დიაგრამა N5.

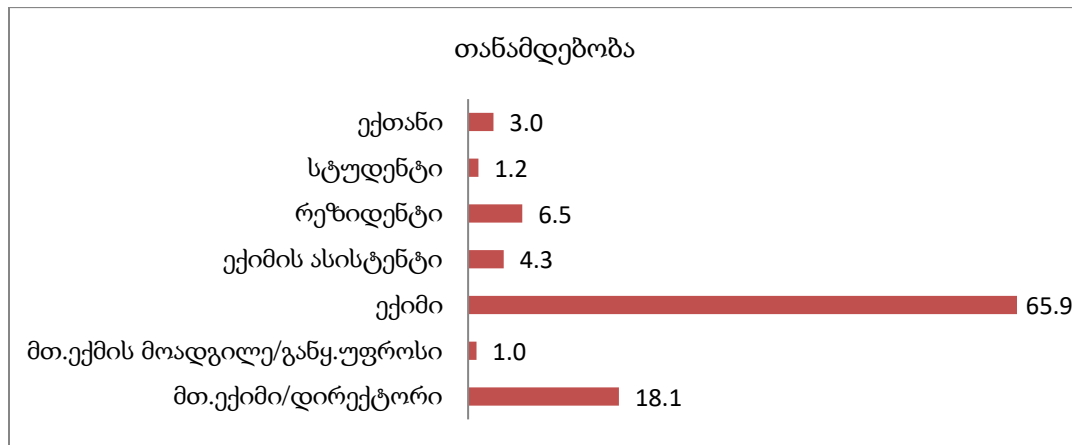
სამუშაო გამოცდილება

ცხრილი N5

სამუშაო გამოცდილება

N	Valid	492
	Missing	0
Mean		14,24
Mode		10
Minimum		0
Maximum		53

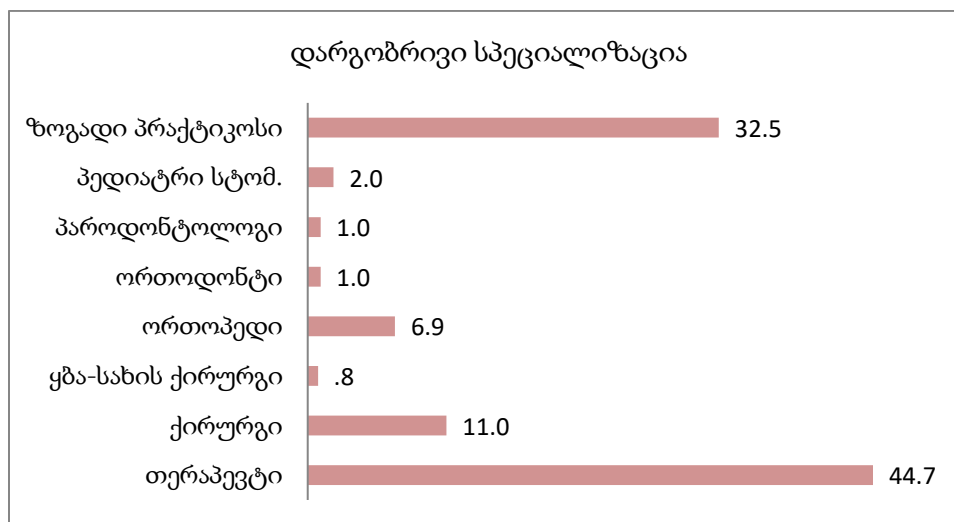
საკვლევ პოპულაციას შეადგენდნენ სტომატოლოგიური კლინიკის თანამშრომლები, რომლებიც განსხვავდებოდნენ თანამდებობრივი პოზიციით, დარგობრივი სპეციალიზაციით და დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო მაჩვენებლებით. ყველა გამოკითხული მუშაობდა კლინიკაში, ან გადიოდა პრაქტიკას როგორც სტუდენტი ან რეზიდენტი. შესაბამისად, ყველა მათგანს მოეთხოვებოდა ინფექციის კონტროლის წესების ცოდნა და დაცვა. კვლევის მონაწილეთა თანამდებობები შემდეგი სახით გადანაწილდა: ექთანი - 3%; სტუდენტი - 1,2%; რეზიდენტი - 6,5%; ექიმის ასისტენტი - 4,3%; ექიმი - 65,9%; მთავარი ექიმის მოადგილე/განყოფილების უფროსი - 1%; მთავარი ექიმი/დირექტორი - 18,1% (დიაგრამა N6).



დიაგრამა N6.

თანამდებობა

სტომატოლოგიური დარგის სპეციალობების მიხედვით რესპონდენტები შემდეგნაირად გადანაწილდნენ: ზოგადი პრაქტიკა - 32,5%; პედიატრი-სტომატოლოგი - 2%; პაროდონტოლოგი - 1%; ორთოდონტი - 1%; ორთოპედი - 6,9%; ყბა-სახის ქირურგი - 0,8%; პირის ღრუს ქირურგი - 11%; თერაპევტი - 44,7% (დიაგრამა N7). რეზიდენტებმა სპეციალიზაცია მიუთითეს სარეზიდენტო პროგრამის მიხედვით; სტუდენტებმა - იმ დროისთვის კურსიული პრაქტიკის მიხედვით; ასისტენტებმა სპეციალიზაციაში აღნიშნეს ის დარგი, რომელშიც უწევდნენ ასისტირებას; ყველა ექთანმა სპეციალიზაციაში მიუთითა ზოგადი პრაქტიკა.



დიაგრამა N7.

დარგობრივი სპეციალიზაცია

რესპონდენტების მიერ დღეში მიღებული პაციენტების რაოდენობა განისაზღვრა

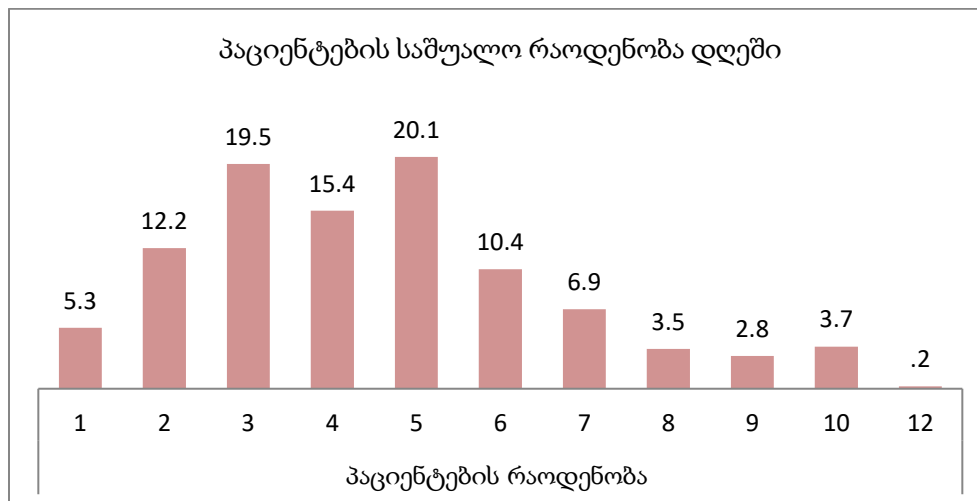
შემდეგნაირად: მაქსიმალური რაოდენობა - 12; მინიმალური - 1; საშუალო - 4,53; ყველაზე ხშირი - 5 (ცხრილი N6).

ცხრილი N6

დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობა

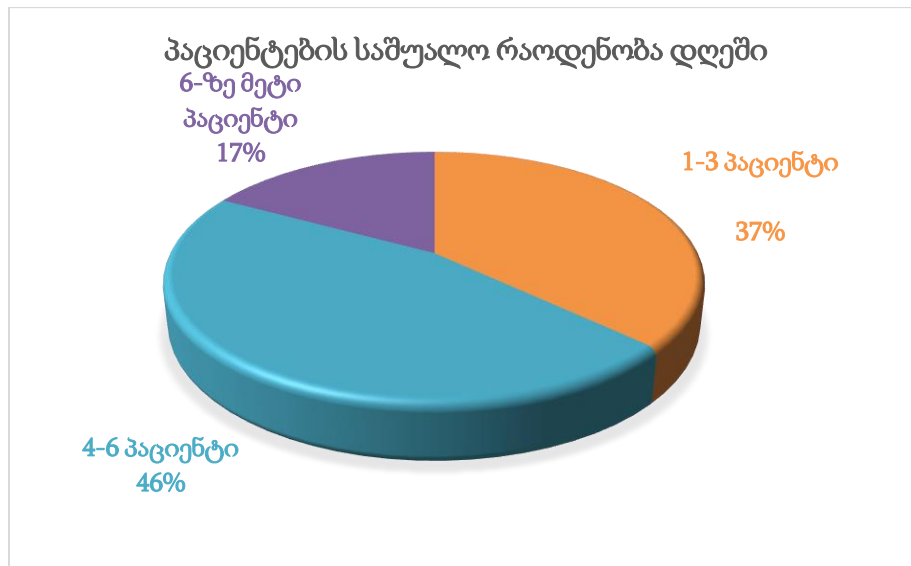
N	Valid	492
	Missing	0
Mean		4,53
Mode		5
Minimum		1
Maximum		12

N8 და N9 დიაგრამაზე მოცემულია დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობების პროცენტული განაწილება. ყველაზე ხშირად გვხვდება დღეში საშუალოდ 5 პაციენტის მკურნალობა (20,1%).



დიაგრამა N8.

პაციენტების საშუალო რაოდენობა დღეში

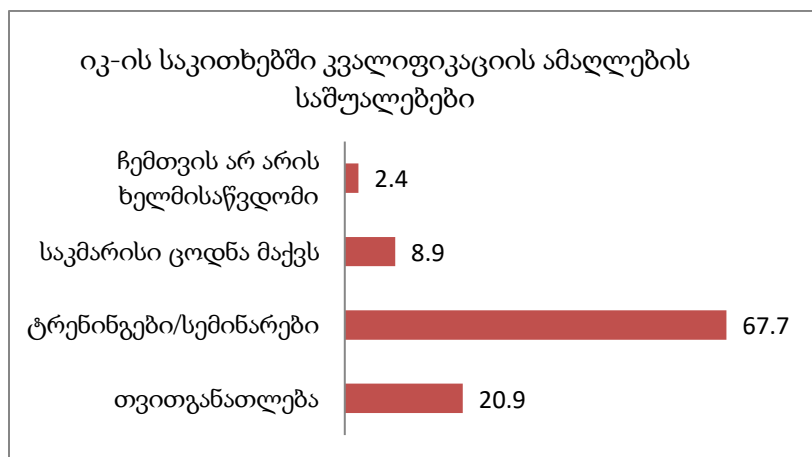


დიაგრამა N9.

პაციენტების საშუალო რაოდენობა დღეში

განათლება და ტრენინგები ინფექციური კონტროლის (იკ) შესახებ

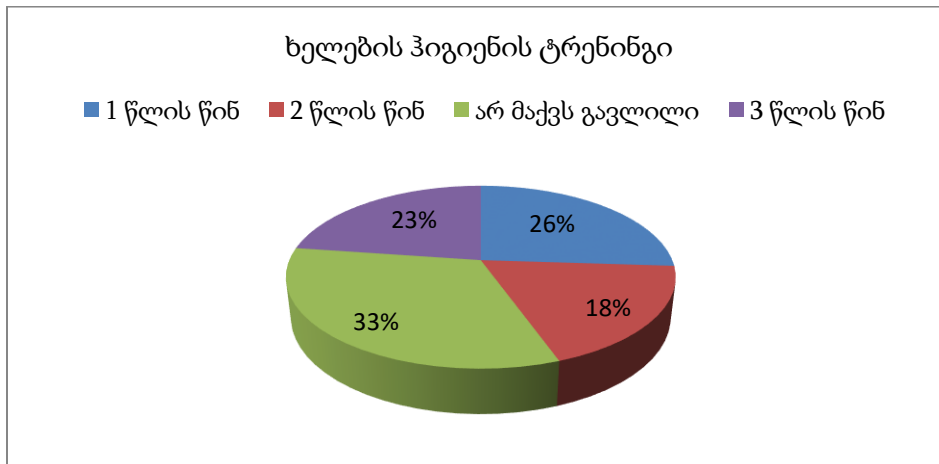
ინფექციური უსაფრთხოების გაუმჯობესება მოითხოვს პერსონალის პერმანენტულ ტრენინგებს და გადამზადებას. შესაბამისად, გამოკვლეულ იქნა იკ-ის საკითხებში კვალიფიკაციის ამაღლების რა საშუალებებს მიმართავენ მონაწილეები. მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რომ 67,7% ესწრება ტრენინგებსა და სემინარებს; 20,9% მიმართავს თვითგანათლებას; 8,9% თვლის, რომ საკმარისი ცოდნა აქვს; 2,4%-თვის ცოდნის გაუმჯობესების საშუალებები ხელმისაწვდომი არ არის (დიაგრამა N10).



დიაგრამა N10.

ინფექციური კონტროლის შესახებ კვალიფიკაციის ამაღლების საშუალებები

რესპონდენტებს გამოკითხეს, თუ როდის გაიარეს ბოლოს ხელების ჰიგიენის ტრენინგი. პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: 1 წლის წინ - 26%; 2 წლის წინ - 18%; 3 წლის წინ - 23%; არ აქვს გავლილი - 33%-ს (დიაგრამა N11).

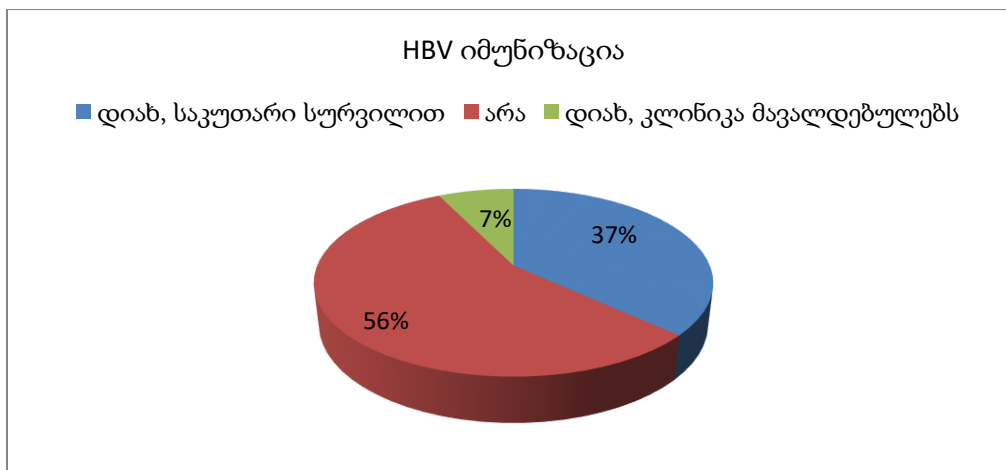


დიაგრამა N11.

ხელების ჰიგიენის ტრენინგის სიხშირე

იმუნიზაცია, მიკროტრავმები, პოსტ-ექსპოზიციური პროფილაქტიკა კლინიკებში

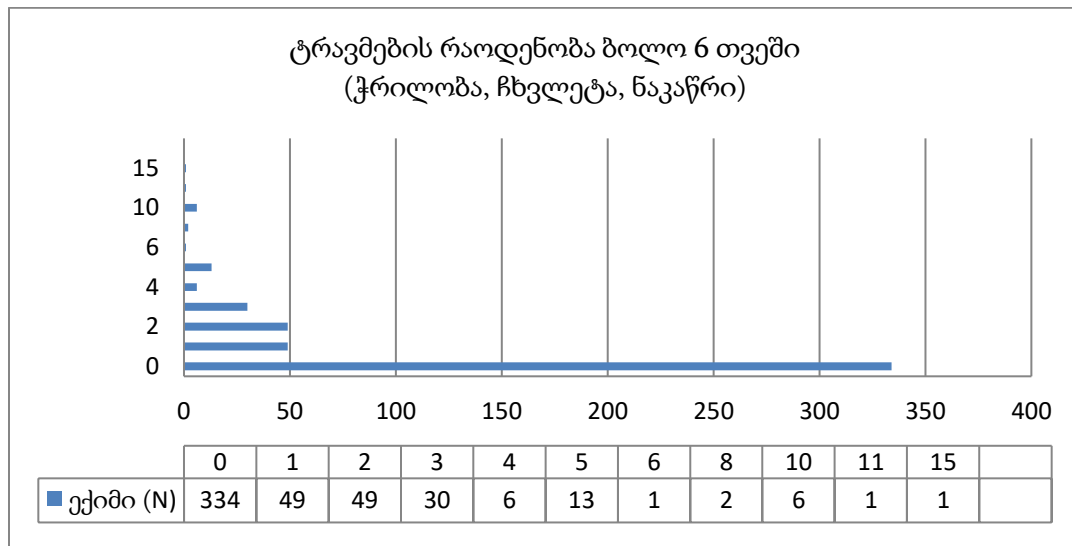
გამოკვლეულ იქნა რესპონდენტებში B ჰეპატიტზე იმუნიზაცია. შედეგად გაირკვა, რომ 56% არ არის აცრილი; 37% საკუთარი სურვილით აიცრა; 7%-მა იმუნიზაცია ჩაიტარა კლინიკის მოთხოვნით (დიაგრამა N12).



დიაგრამა N12.

იმუნიზაცია B ჰეპატიტის წინააღმდეგ

რესპონდენტებში გავარკვეით ბოლო 6 თვის განმავლობაში მიღებული მიკროტრავმების (ჩხვლეტა, ჭრილობა, ნაკაწრი) საშუალო რაოდენობა: 67,9% (n=334) აღნიშნავს, რომ ტრავმა არ მიუღია ამ პერიოდში; რესპონდენტთა 32,1%-ის (n=158) ტრავმათა საერთო რაოდენობამ შეადგინა 434 შემთხვევა, რომლის გადანაწილებას ასახავს N13 დიაგრამა.



დიაგრამა N13. მიკროტრავმების საშუალო რაოდენობა ბოლო 6 თვეში

ირკვევა, რომ ტრავმათა მაქსიმალური რაოდენობა 6 თვეში არის 15, ხოლო საშუალო - 0,88 (ცხრილი N7)

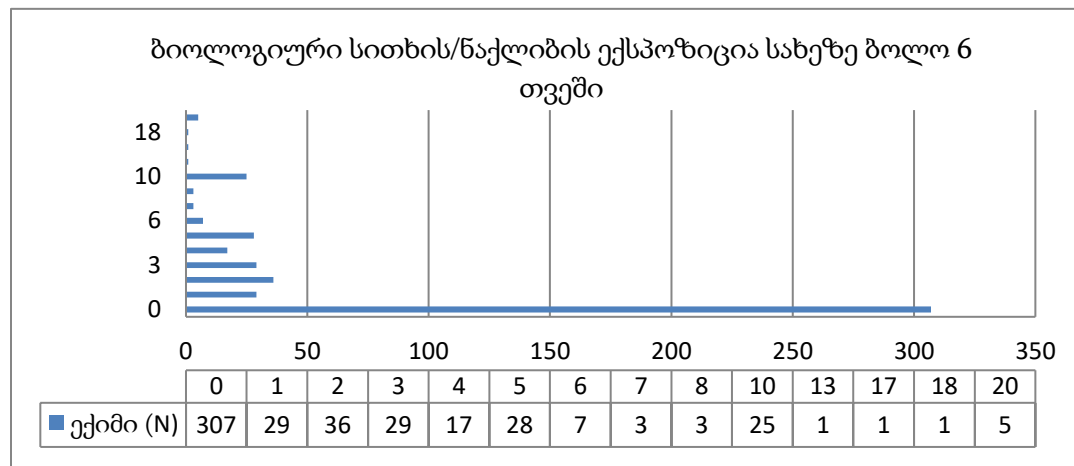
ცხრილი N7

მიკროტრავმების მაქსიმალური და საშუალო რაოდენობა ბოლო 6 თვეში

N	Valid	492
	Missing	0
Mean		.88
Mode		0
Minimum		0
Maximum		15

როგორც ცნობილია, სტომატოლოგიური მკურნალობის დროს მაღალი სიხშირის მბრუნავი იარაღებით, ულტრაბგერითი და აირჭავლოვანი აპარატებით მუშაობისას წარმოიქმნება აეროზოლები და ნაქლიბი; ხშირია ბიოლოგიური სითხეების (ნერწყვი, სისხლი) შხეფების წარმოქმნა და გაფრქვევა. რესპონდენტებს გამოვკითხეთ, ბოლო 6 თვის განმავლობაში

საშუალოდ რამდენჯერ ქონდათ თვალში, პირის ღრუს ან ცხვირის ლორწოვანზე ნაქლიბის ან ქსოვილური სითხის შემზღუდვის თუ შეფრქვევის შემთხვევა. პასუხებით გაირკვა, რომ 62,4%-ის (n=307) შემთხვევაში ამგვარ ფაქტს ადგილი არ ჰქონია; ხოლო 37,6%-ის (n=185) შემთხვევაში ექსპოზიციის საერთო რაოდენობამ ბოლო 6 თვეში შეადგინა 881 შემთხვევა, რომლის განაწილებას ასახავს დიაგრამა N14.



დიაგრამა N14.

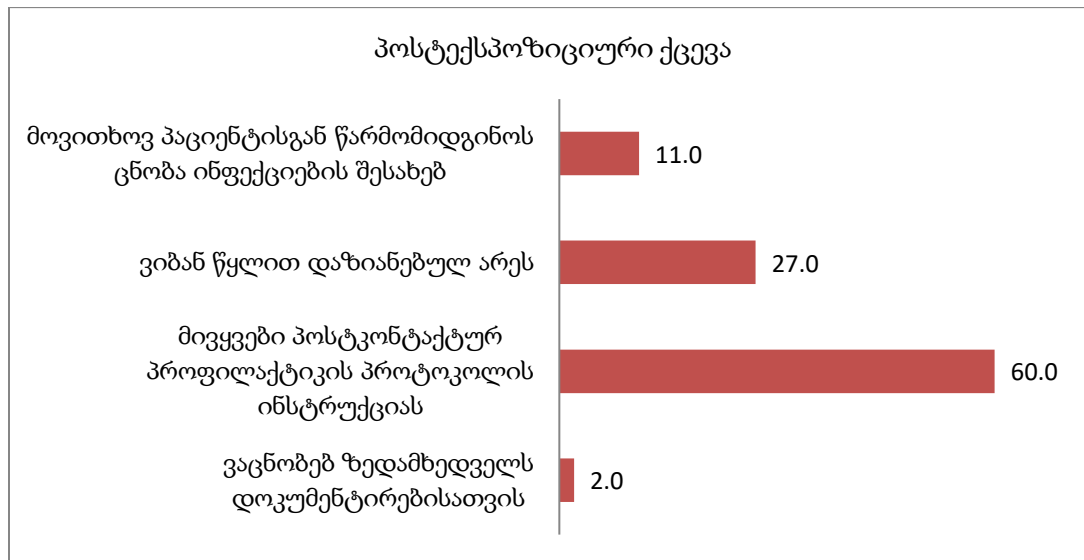
ბიოლოგიური სითხეების და ნაქლიბის ექსპოზიცია სახეზე ბოლო 6 თვის განმავლობაში ირკვევა, რომ ექსპოზიციის მაქსიმალური რაოდენობა არის 20, ხოლო საშუალო - 1,79 (ცხრილი N8).

ცხრილი N8.

ბიოლოგიური სითხეების და ნაქლიბის სახეზე ექსპოზიციის მაქსიმალური და საშუალო რაოდენობა ბოლო 6 თვის განმავლობაში

N	Valid	492
	Missing	0
Mean		1.79
Mode		0
Minimum		0
Maximum		20

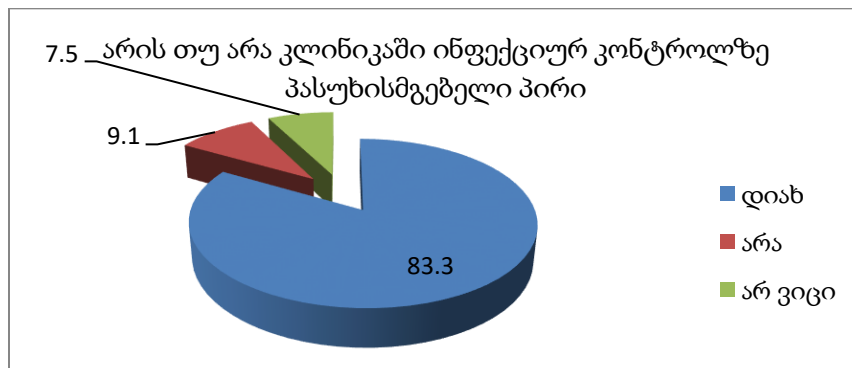
საკვლევ პოპულაციაში გავარკვეით, თუ როგორ იქცევიან რესპონდენტები ინსტრუმენტით ტრავმირების შემთხვევაში. გაირკვა, რომ მათი 11% მოითხოვს პაციენტისგან წარმოადგინოს ცნობა ინფექციების შესახებ; 27% იბანს წყლით დაზიანებულ არეს; 60% ხელმძღვანელობს პოსტ-კონტაქტური პროფილაქტიკის პროტოკოლით; 2% აცნობებს ზედამხედველს (დიაგრამა N 15).



დიაგრამა N15.

პოსტ-ექსპოზიციური ქცევა

სტომატოლოგიური კლინიკის ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების გატარებაში მნიშვნელოვანი წვლილი მიუძღვის ადმინისტრაციას, რომელიც უნდა უზრუნველყოფდეს უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტებს. ამ საკითხს შეეხება რამდენიმე კითხვა, რომელიც საშუალებას იძლევა გაირკვეს კლინიკის ადმინისტრაციის დამოკიდებულება ინფექციის კონტროლისადმი. კითხვაზე - არის თუ არა კლინიკაში ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი - პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: დიახ - 83,3%; არა - 9,1%; არ ვიცი - 7,5% (დიაგრამა N16).

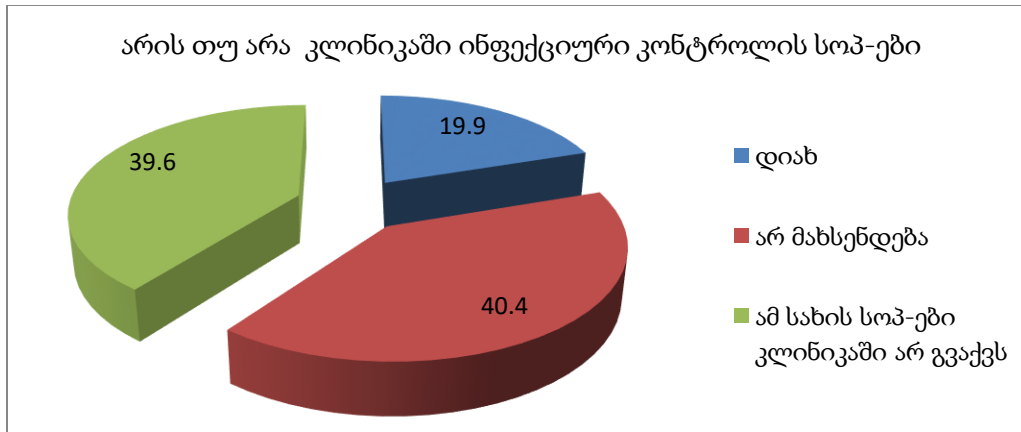


დიაგრამა N16

ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის პოზიციის არსებობა

ინფექციის კონტროლი მოითხოვს სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (სოპ) გაწერას, მათ ხელმისაწვდომობას პერსონალისთვის და განუხრელად აღსრულებას.

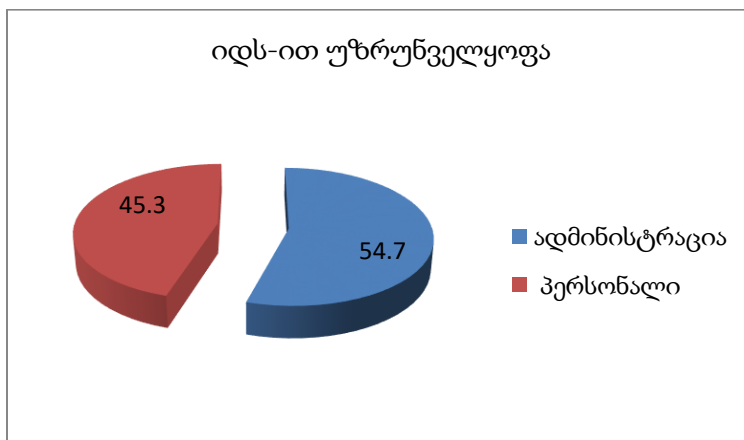
რესპონდენტები გამოიკითხნენ მათ კლინიკებში სოპ-ების არსებობის შესახებ, რაზედაც შემდეგი პასუხები მივიღეთ: დიახ - 19,9%; არ მახსენდება - 40,4%; ამ სახის სოპები არ გვაქვს - 39,6% (დიაგრამა N17).



დიაგრამა N17.

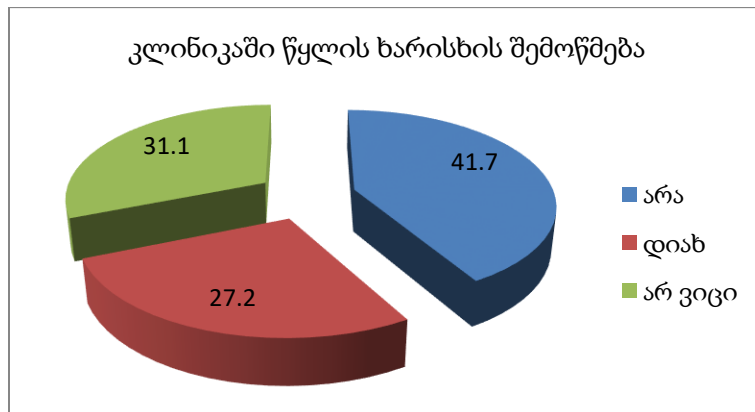
ინფექციის კონტროლის სოპ-ების არსებობა კლინიკაში

ინფექციური უსაფრთხოებისათვის აუცილებელია პერსონალი უზრუნველყოფილი იყოს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით (იდს). მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რომ იდს-ით კლინიკას ამარაგებს არა მარტო ადმინისტრაცია - 54,7%, არამედ პერსონალი დიდ შემთხვევაში თავად ზრუნავს უსაფრთხო მომსახურებაზე - 45,3% (დიაგრამა N18).



დიაგრამა N18. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით უზრუნველყოფა

ინფექციური უსაფრთხოების უზრუნველყოფისთვის მნიშვნელოვანია კლინიკის წყლის ხარისხი, რომელიც გარკვეული პერიოდულობით ლაბორატორიულად უნდა შემოწმდეს ადმინისტრაციის მიერ. რესპონდენტებს ვკითხეთ, მოწმდება თუ არა მათ კლინიკებში პერიოდულად წყლის ხარისხი, რაზედაც შემდეგი პასუხები მივიღეთ: დიახ - 27,2%; არა - 41,7%; არ ვიცი - 31,1% (დიაგრამა N19).

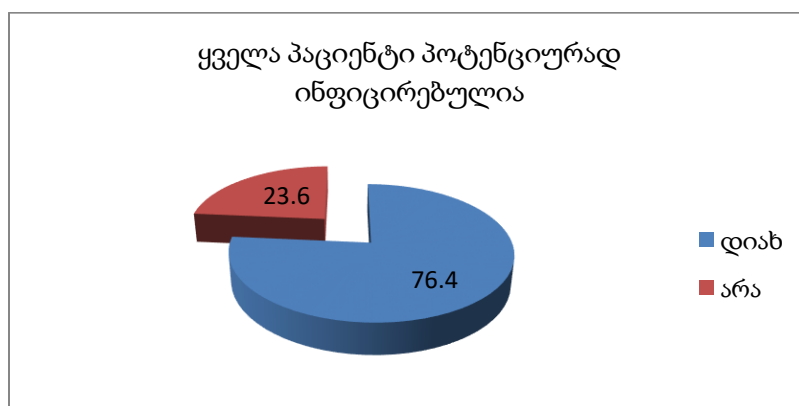


დიაგრამა N19. წყლის ხარისხის შემოწმება კლინიკაში

ინფექციური უსაფრთხოებისთვის ადმინისტრაციამ უნდა უზრუნველყოს ნარჩენების მართვა, სასტერილიზაციო ოთახის კანონმდებლობის მიხედვით ორგანიზაცია და სტერილიზაციის პროცესის ხარისხის მონიტორინგი შესაბამისი დანადგარებითა და ინდიკატორებით. ამ საკითხებს განვიხილავთ კვლევის იმ მონაცემთა შედეგების აღწერისას, რომელიც სტერილიზაციასა და ნარჩენების მართვას შეეხება.

საკვლევი კითხვარი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკა (KAP) ინფექციის კონტროლის საკითხების შესახებ. თავდაპირველად განვიხილავთ რესპონდენტთა „ცოდნას“ აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით.

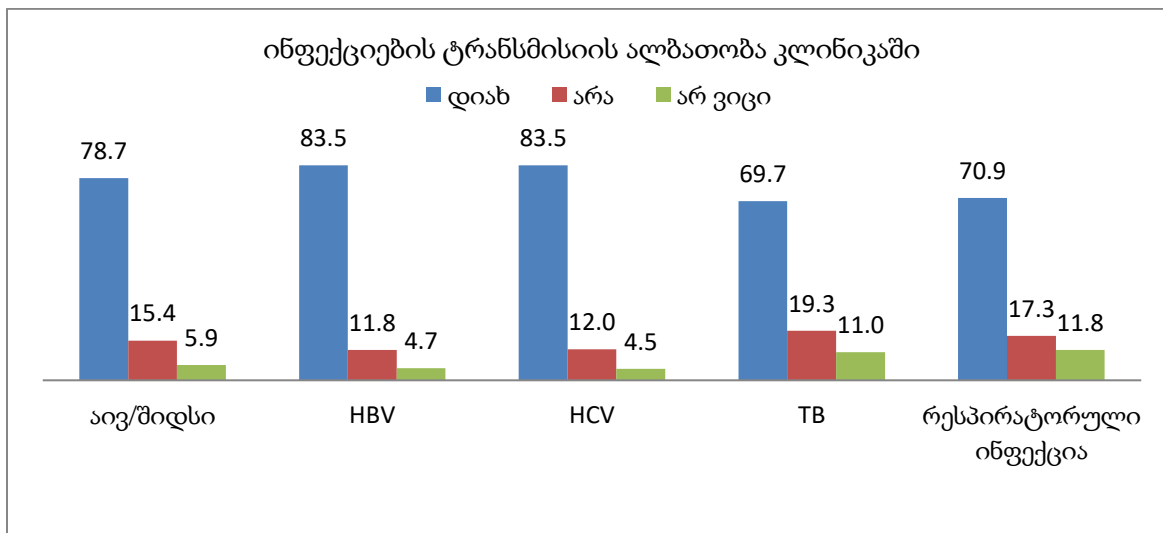
კითხვაზე - თვლით თუ არა, რომ ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია? - პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: დიახ - 76,4%; არა - 23,6% (დიაგრამა N20).



დიაგრამა N20.

ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია?

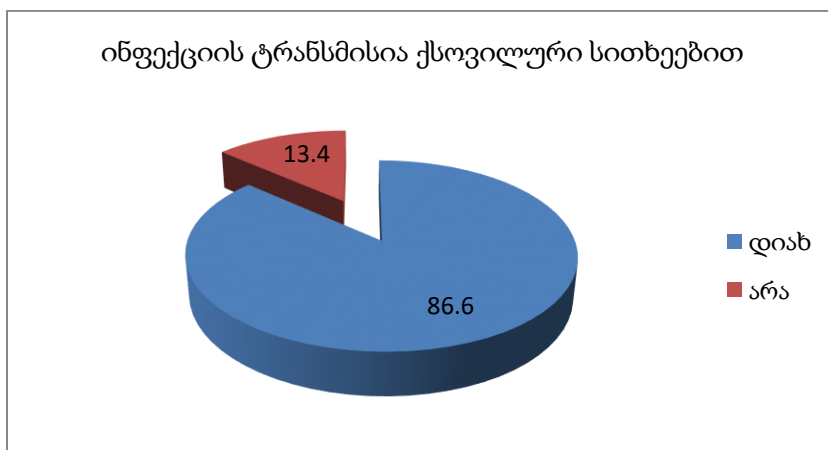
შემდეგი კითხვა შეეხება ისეთი ინფექციების ტრანსმისიის ალბათობას სტომატოლოგიურ კლინიკებში, როგორიცაა აივ/შიდსი, ჰეპატიტი B და C, ტუბერკულოზი და რესპირატორული ინფექციები. დადებითი პასუხები ინფექციების შესახებ შემდეგია: აივ/შიდსი - 78,7%; ჰეპატიტები - 83,5%; ტუბერკულოზი - 69,7%; რესპირატორული ინფექციები - 70,9% (დიაგრამა N21).



დიაგრამა N21.

ინფექციების ტრანსმისიის ალბათობა კლინიკაში

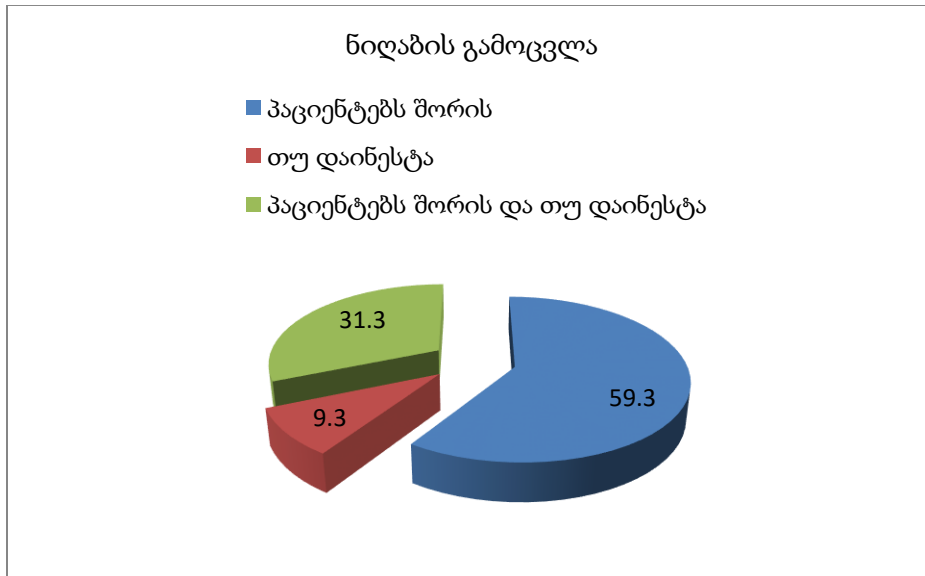
შემდეგი კითხვა ეხება ინფექციის ტრანსმისიის შესაძლო მიზეზებს: შესაძლებელია თუ არა ინფექციის გადადება სისხლით, ნერწყვით ან სხვა ქსოვილური სითხეების ექსპოზიციით. კითხვაზე დადებითად უპასუხა 86,6%-მა; ხოლო უარყოფითად - 13,4%-მა (დიაგრამა N 22).



დიაგრამა N22.

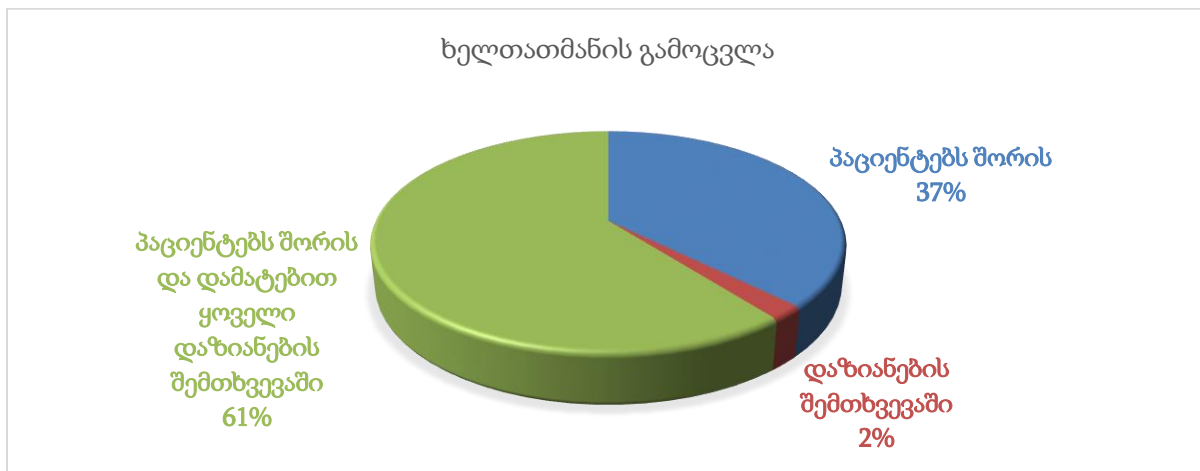
ინფექციის ქსოვილური სითხეებით ტრანსმისიის ალბათობა

შემდეგი კითხვები შეეხება იდს-ის მოხმარების ცოდნას. შეკითხვაზე - როდის ხდება ნიღაბის გამოცვლა? - 59,3%-მა უპასუხა: პაციენტებს შორის; 9,3% - თუ დაინესტა; 31,3% - პაციენტებს შორის და თუ დაინესტა (დიაგრამა N23).



დიაგრამა N23. ნიღაბის გამოცვლა

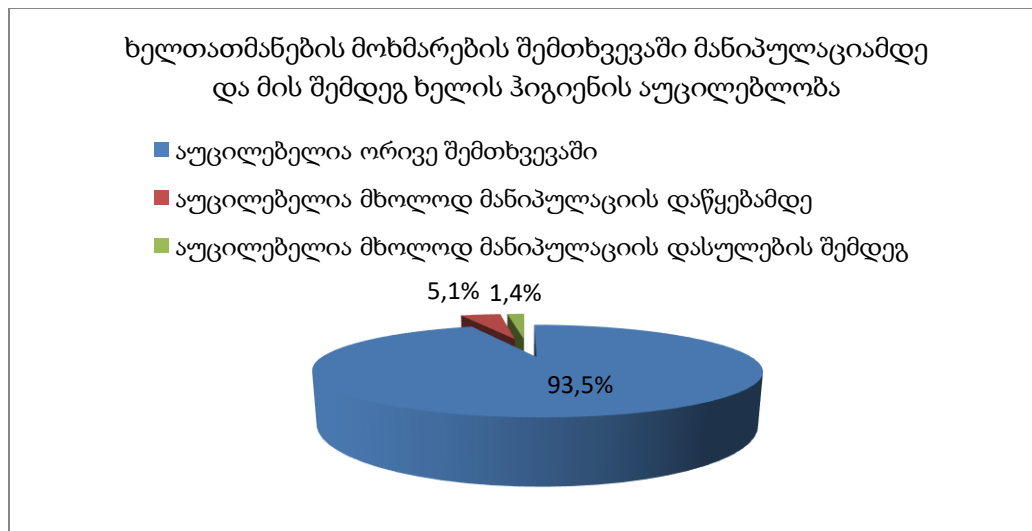
კითხვაზე - როდის ხდება ხელთათმანის გამოცვლა? - პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: პაციენტებს შორის - 37%; დაზიანების შემთხვევაში - 2%; პაციენტებს შორის და დამატებით ყოველი დაზიანების შემთხვევაში - 61% (დიაგრამა N24).



დიაგრამა N24. ხელთათმანის გამოცვლა

შემდეგი კითხვა ეხება ხელების ჰიგიენის ცოდნას: თვლით თუ არა, რომ თუ ხელთათმანს ხმარობთ, აუცილებელი არ არის სამკურნალო მანიპულაციის დაწყებამდე და მის შემდეგ ხელის დაბანა? - პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: აუცილებელია ორივე შემთხვევაში

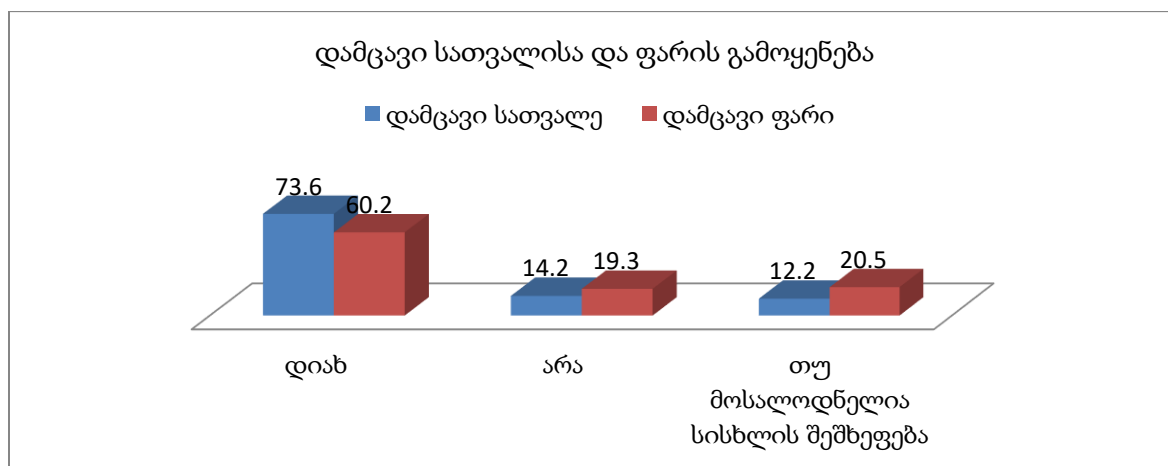
- 93,5%; აუცილებელია მხოლოდ მანიპულაციის დაწყებამდე - 5,1%; აუცილებელია მხოლოდ მანიპულაციის დასრულების შემდეგ - 1,4% (დიაგრამა N25).



დიაგრამა N25. ხელების ჰიგიენის ცოდნა

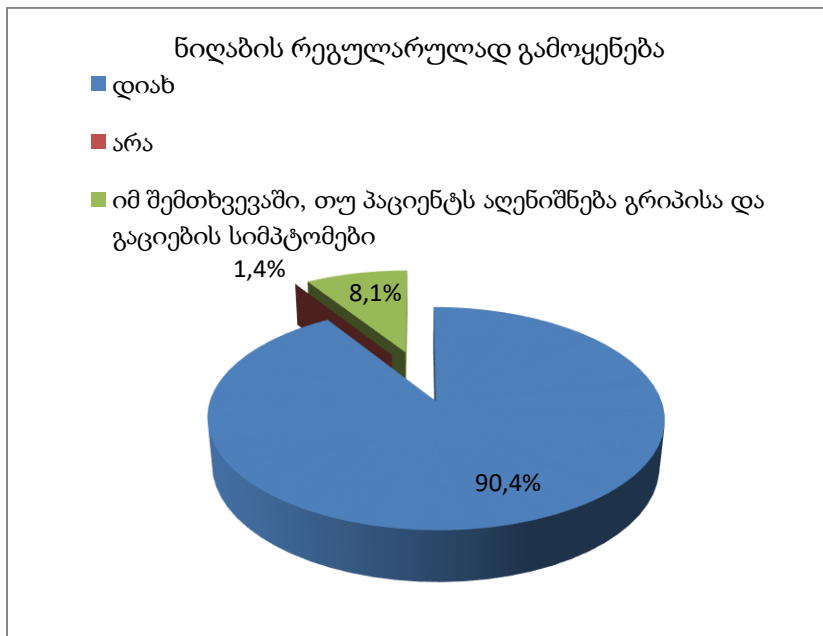
კითხვარი საშუალებას იძლევა გავარკვიოთ პერსონალის არა მარტო „ცოდნა“ (Knowledge), არამედ „პრაქტიკა“ (Practice) იდს-ის გამოყენებასთან დაკავშირებით, ანუ რამდენად ასრულებენ სტომატოლოგები უსაფრთხო მომსახურების რეკომენდაციებს.

მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რეგულარულად იყენებენ თუ არა რესპონდენტები სახის დამცავ ფარს და დამცავ სათვალეს. სათვალის გამოყენების შემთხვევაში პასუხები შემდეგია: დიახ - 73,6%; არა - 14,2%; თუ მოსალოდნელია სისხლის შეშხეფება - 12,2%. დამცავი ფარის შემთხვევაში: დიახ - 60,2%; არა - 19,3%; თუ მოსალოდნელია სისხლის შეშხეფება - 20,5% (დიაგრამა N26).



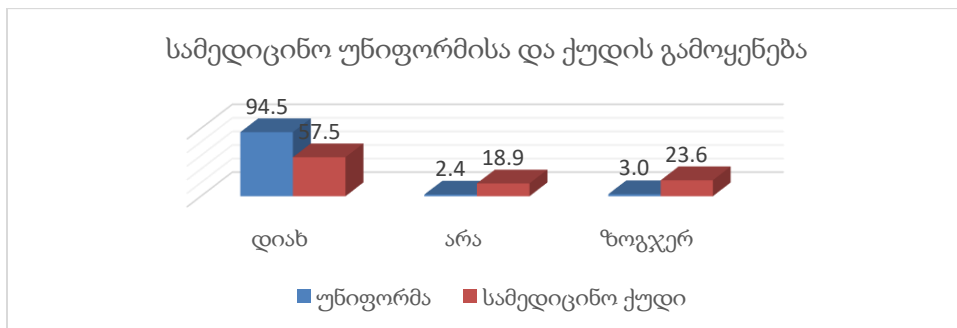
დიაგრამა N26. დამცავი სათვალისა და ფარის გამოყენება

კითხვაზე - რეგულარულად იყენებთ ნილას? - შემდეგი შედეგები მივიღეთ: დიახ - 90,4%; არა - 1,4%; იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აღენიშნება გრიპისა და გაციების სიმპტომები - 8,1% (დიაგრამა N27).



დიაგრამა N27. ნილას რეგულარულად გამოყენება

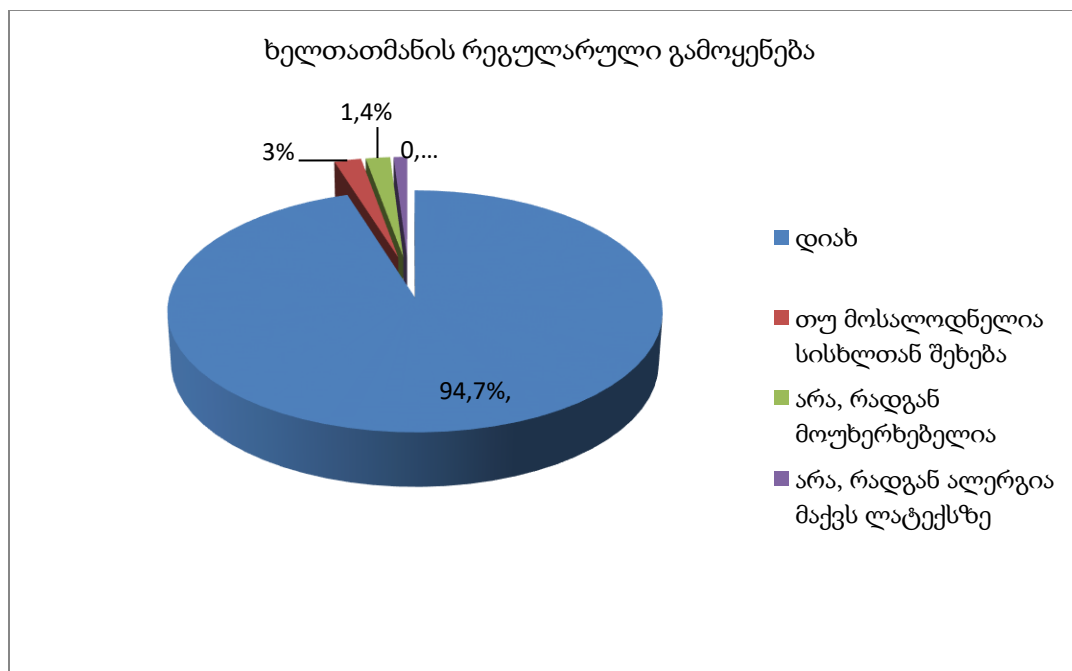
შემდეგი კითხვით ირკვევა, რეგულარულად იყენებს თუ არა პერსონალი უნიფორმასა და ქუდს. უნიფორმის რეგულარული გამოყენება: დიახ - 94,5%; არა - 2,4%; ზოგჯერ - 3%. სამედიცინო ქუდის რეგულარულად გამოყენება: დიახ - 57,5%; არა - 18,9%; ზოგჯერ - 23,6% (დიაგრამა N28).



დიაგრამა N28.

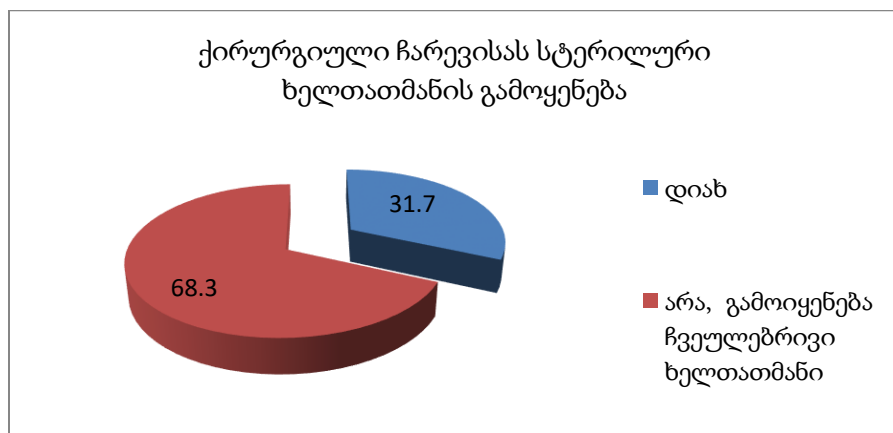
სამედიცინო უნიფორმისა და ქუდის რეგულარულად გამოყენება

კითხვაზე - რეგულარულად იყენებთ ხელთათმანს? - პასუხები შემდეგია: დიახ - 94,7%; თუ მოსალოდნელია სისხლთან შეხება - 3%; არა, რადგან მოუხერხებელია - 1,4%; არა, რადგან ალერგია მაქვს ლატექსზე - 0,8% (დიაგრამა N29).



დიაგრამა N29. ხელთათმანის რეგულარული გამოყენება

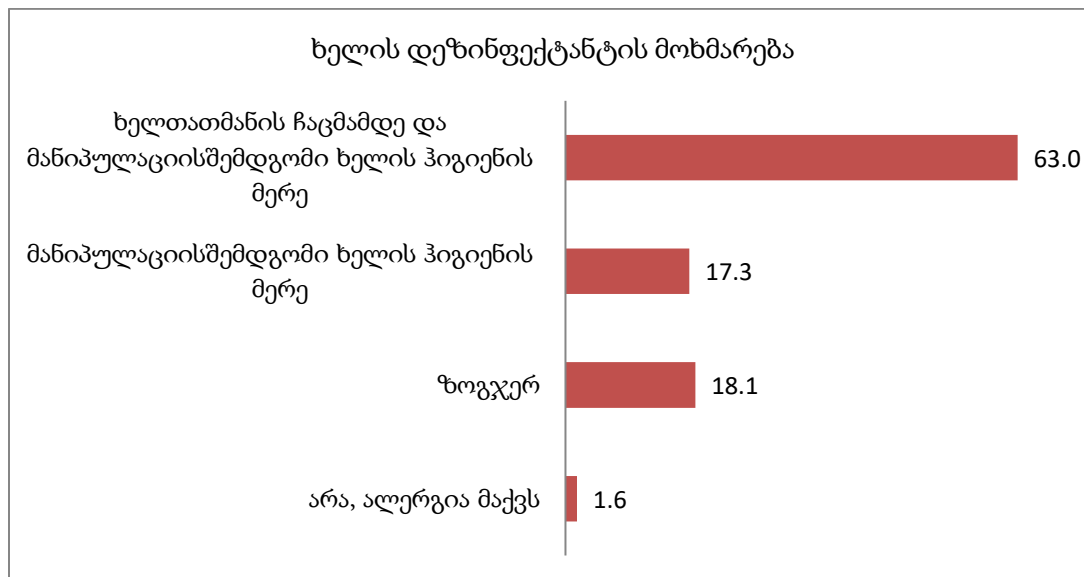
კითხვაზე - რეგულარულად გამოიყენება თუ არა ქირურგიული ჩარევისას (მათ შორის კბილის ექსტრაქციისას) სტერილური ხელთათმანი - პასუხად მივიღეთ: დიახ - 31,7%; არა, გამოიყენება ჩვეულებრივი ხელთათმანი - 68,3% (დიაგრამა N30).



დიაგრამა N30.

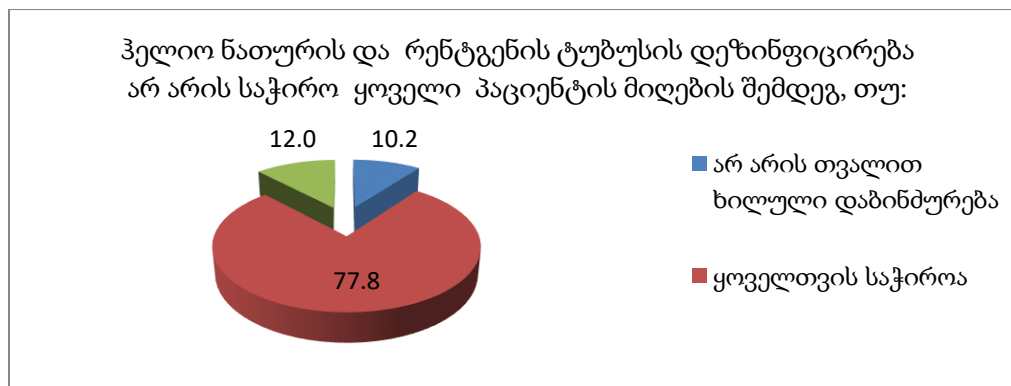
სტერილური ხელთათმანის გამოყენება

შეკითხვაზე - რეგულარულად ხმარობთ ხელის დეზინფექტანტს? - შემდეგი პასუხები მივიღეთ: არა, ალერგია მაქვს - 1,6%; ზოგჯერ - 18,1%; მანიპულაციის შემდგომი ხელის ჰიგიენის შემდეგ - 17,3%;
 ხელთათმანის ჩაცმამდე და მანიპულაციის შემდგომი ხელის ჰიგიენის მერე - 18,1% (დიაგრამა N31).



დიაგრამა N31. ხელის დეზინფექტანტის მოხმარება

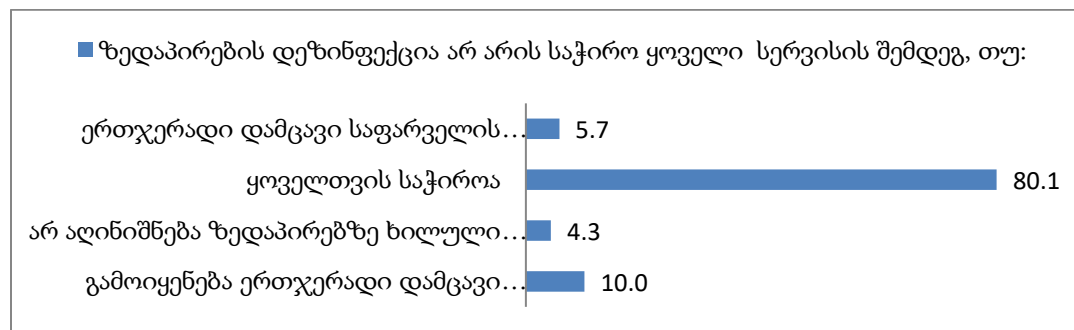
შემდეგი კითხვები შეეხება გარემო ზედაპირებისა და სტომატოლოგიური მოწყობილობების დეზინფიცირების ცოდნას. კითხვაზე - ჰელიო ნათურისა და რენტგენის ტუბუსის დეზინფიცირება არ არის საჭირო ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ - პასუხები შემდეგია: თუ არ არის თვალთ ხილული დაბინძურება - 10,2%; ყოველთვის საჭიროა - 77,8%; საჭიროა სამუშაო დღის ბოლოს, რომ ხშირმა წმენდამ არ დააზიანოს - 12% (დიაგრამა N32).



დიაგრამა N32.

აპარატურის დეზინფიცირების აუცილებლობა

კითხვაზე - ზედაპირების დეზინფექცია არ არის საჭირო ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ - პასუხები შემდეგია: თუ არ აღინიშნება ზედაპირებზე თვალთ ჩილული დაბინძურება - 4,3%; გამოიყენება ერთჯერადი დამცავი საფარველი - 10%; ყოველთვის საჭიროა - 80,1%; გამოიყენება ერთჯერადი დამცავი საფარველი და ზედაპირებზე არ აღინიშნება თვალთ ჩილული დაბინძურება - 5,7% (დიაგრამა N33).



დიაგრამა N33.

ზედაპირების დეზინფექციის აუცილებლობის ცოდნა

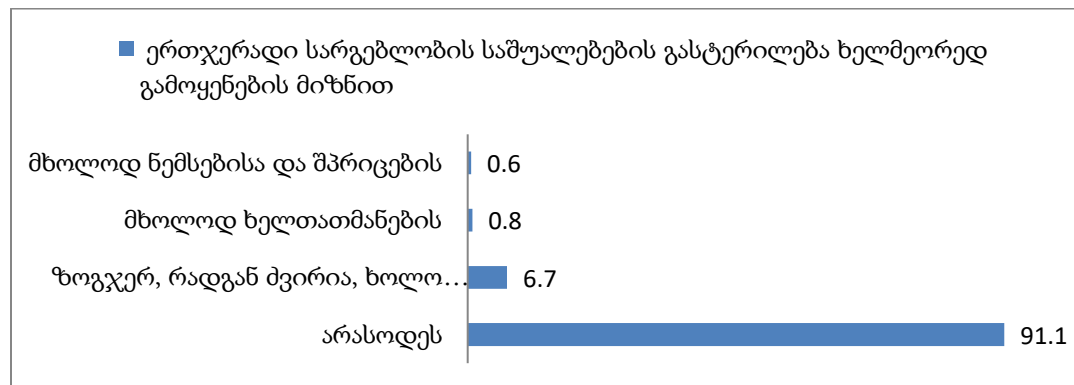
შემდეგი კითხვებით შესაძლებელია პერსონალის მიერ უსაფრთხოების წესების „პრაქტიკაში“ გამოყენების შეფასება, რაც გადამწყვეტია სმა ინფექციების პრევენციისათვის.

მომდევნო კითხვა შეეხება ერთჯერადი სარგებლობის საშუალებების ხმარების წესს: -

მიმართავთ ერთჯერადი საშუალებების (ნემსები, შპრიცები, ნერწყვამწოვები,

აპლიკატორები, ხელთათმანები) გასტერილებას მათი ხელმეორედ გამოყენების მიზნით? -

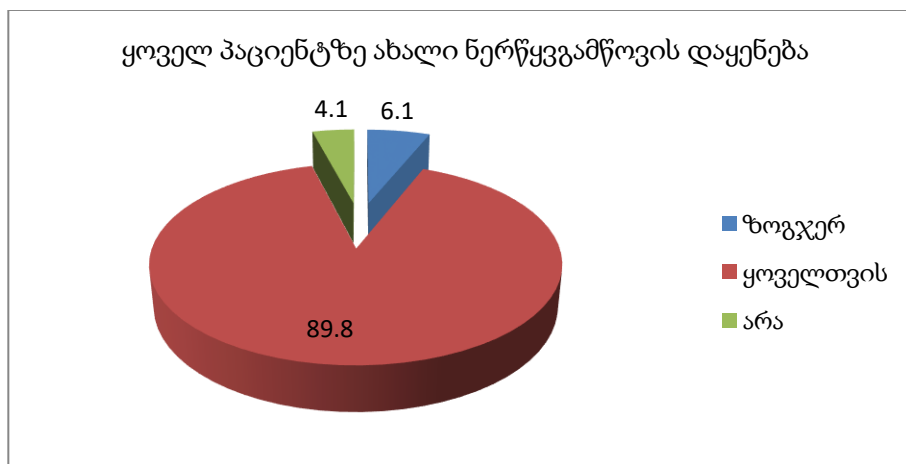
პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: არასოდეს - 91,1%; ზოგჯერ, რადგან ძვირია, ხოლო სტერილიზაცია უზრუნველყოფს უსაფრთხოებას - 6,7%; მხოლოდ ხელთათმანების - 0,8%; მხოლოდ ნემსებისა და შპრიცების - 0,6% (დიაგრამა N34).



დიაგრამა N34.

ერთჯერადი საშუალებების ხელმეორედ გამოყენების პრაქტიკა

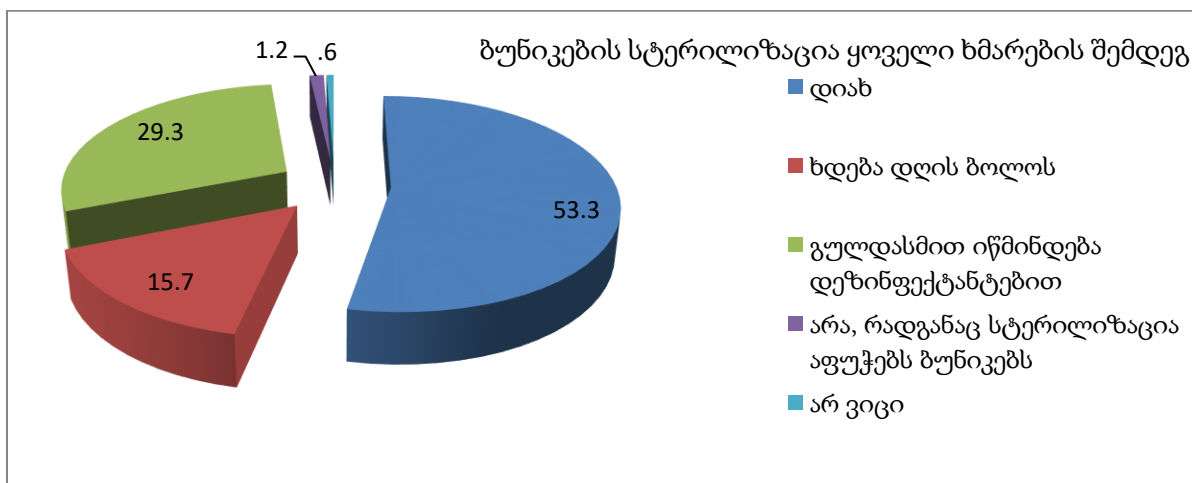
კითხვაზე - ხდება თუ არა კლინიკაში ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენება ყოველ პაციენტზე? - პასუხები არის შემდეგი: ყოველთვის - 89,9%; ზოგჯერ - 6,1%; არა - 4,1% (დიაგრამა N35).



დიაგრამა N35.

ყოველი პაციენტისთვის ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენება

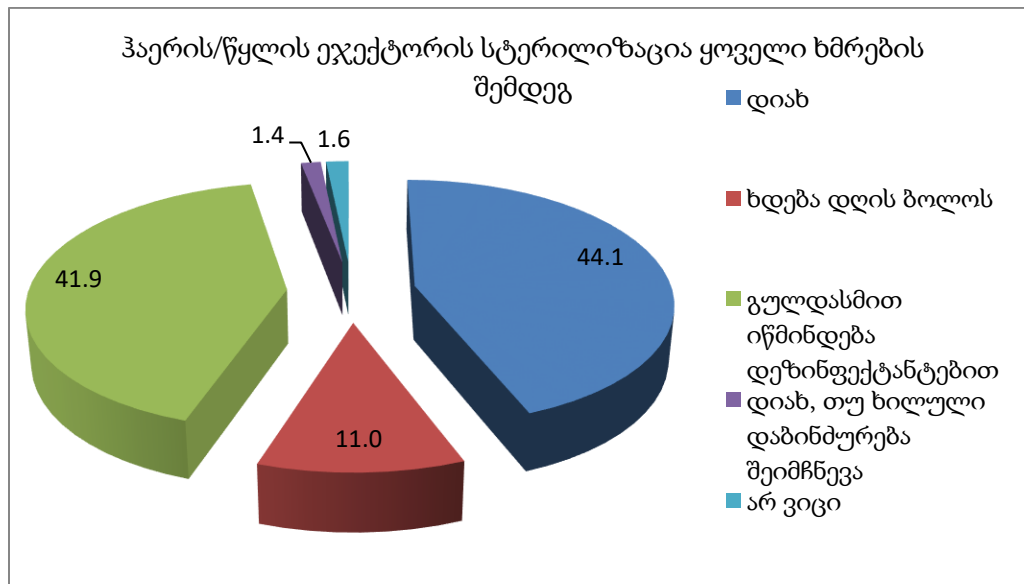
შემდეგი კითხვები შეეხება ბუნიკებისა და ეჯექტორების (წყალი/ჰაერი) სტერილიზაციის აუცილებლობას ყოველი მოხმარების შემდეგ. მონაცემთა ანალიზით ირკვევა რესპონდენტების „პრაქტიკული“ გამოცდილება ამ საკითხთან დაკავშირებით. კითხვაზე - კლინიკაში ხდება ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი გამოყენების შემდეგ? - პასუხები არის შემდეგი: დიახ - 53,3%; ხდება დღის ბოლოს - 15,7%; გულდასმით იწმინდება დეზინფექტანტებით - 29,3%; არა, რადგანაც სტერილიზაცია აფუჭებს ბუნიკებს - 1,2%; არ ვიცი - 0,6% (დიაგრამა N36).



დიაგრამა N36.

ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი გამოყენების შემდეგ

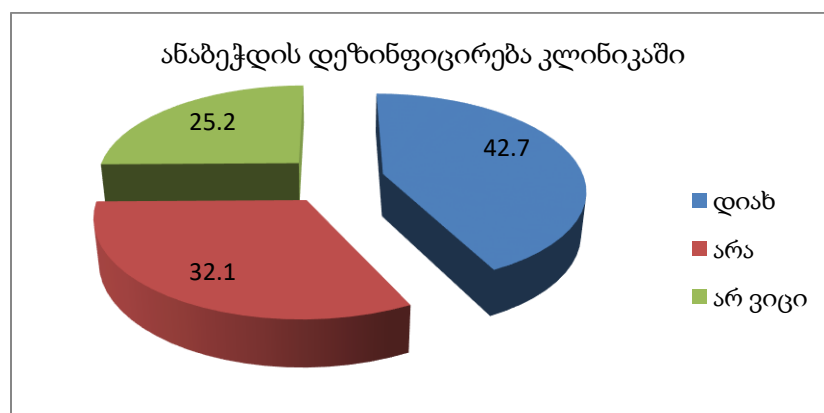
კითხვაზე - სტერილდება თუ არა ჰაერის/წყლის ექვეტორი ყოველი გამოყენების შემდეგ - შემდეგი პასუხები მივიღეთ: დიახ - 44,1%; ხდება დღის ბოლოს - 11%; გულდასმით იწმინდება დეზინფექტანტებით - 41,9%; დიახ, თუ შეიმჩნევა ხილული დაბინძურება - 1,4%; არ ვიცი - 1,6% (დიაგრამა N37).



დიაგრამა N37.

ჰაერის/წყლის ექვეტორის სტერილიზაცია ყოველი გამოყენების შემდეგ

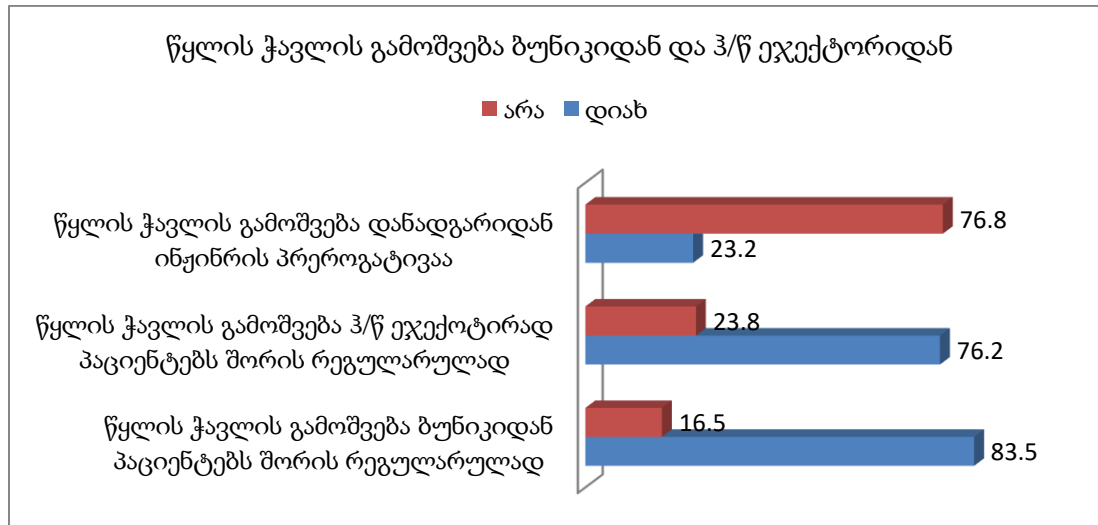
გამოვიკვლიეთ ასევე, უტარდება თუ არა კლინიკაში დეზინფიცირება აღებულ ორთოპედიულ ანაბეჭდებს; პასუხად მივიღეთ შემდეგი: დიახ - 42,7%; არა - 32,1%; არ ვიცი - 25,2% (დიაგრამა N38).



დიაგრამა N38.

ორთოპედიული ანაბეჭდების დეზინფიცირება კლინიკებში

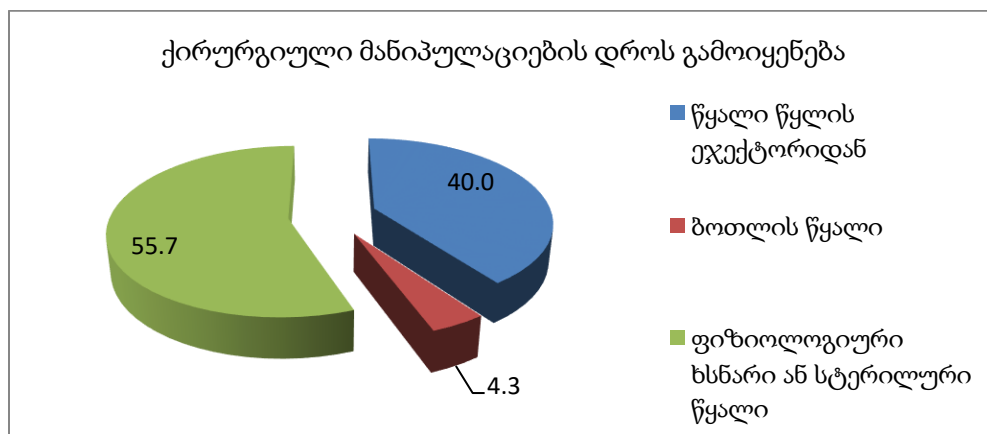
ასრულებენ თუ არა სტომატოლოგები პაციენტებს შორის დანადგარიდან (ბუნიკებიდან, ჰაერისა და წყლის ეჯექტორებიდან) წყლის ჭავლის გამოშვებას, ირკვევა შემდეგი პასუხებიდან. ბუნიკიდან: დიახ - 83,5%; არა - 16,5; ეჯექტორიდან: დიახ - 76,2%; არა - 23,8%; ეს ინჟინრის პრეროგატივაა: დიახ - 23,2% არა - 76,8% (დიაგრამა N39).



დიაგრამა N39.

წყლის ჭავლის გამოშვება ბუნიკიდან და ეჯექტორიდან

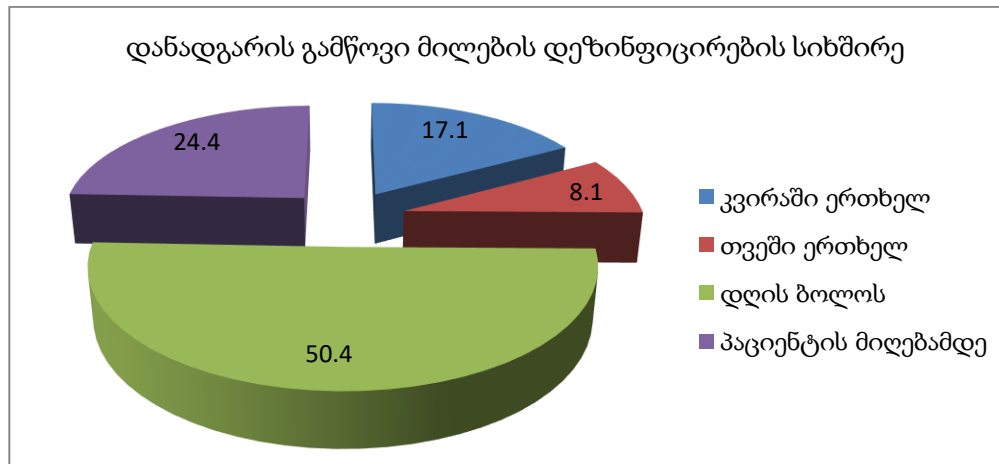
კითხვარით გავარკვეეთ პერსონალის „ცოდნა“ ქირურგიული მანიპულაციების დროს წყლის გამოყენების თაობაზე. რესპონდენტებმა პასუხებში აღნიშნეს, რომ ქირურგიული ჩარევების დროს შესაძლებელია გამოიყენონ: წყალი ეჯექტორიდან - 40%; ბოთლის წყალი - 4,3%; ფიზიოლოგიური ხსნარი ან სტერილური წყალი - 55,7% (დიაგრამა N40).



დიაგრამა N40.

ქირურგიული მანიპულაციების დროს წყლის გამოყენება

ინფექციური უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია სტომატოლოგიური დანადგარების გამწოვი მილების სისტემის დეზინფიცირება. ამ პროცედურის ჩატარების პერიოდულობის შესახებ გამოვკითხეთ ჩვენი რესპონდენტები. მათი პასუხების მიხედვით, გამწოვი მილების დეზინფექცია უნდა მოხდეს: კვირაში ერთხელ - 17,1%; თვეში ერთხელ - 8,1%; დღის ბოლოს - 50,4%; პაციენტის მიღებამდე - 24,4% (დიაგრამა N41).



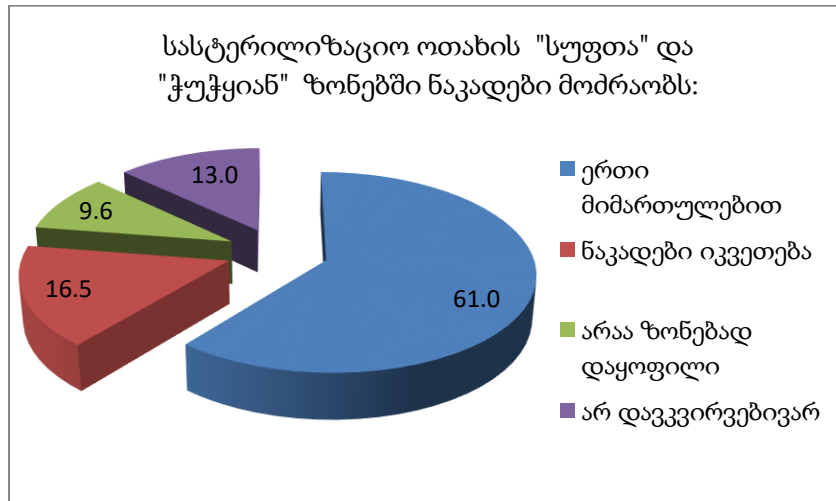
დიაგრამა N41.

სტომატოლოგიური დანადგარის გამწოვი მილების დეზინფიცირების სიხშირე

სტომატოლოგიური კლინიკების ინფექციურ უსაფრთხოებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს დეზინფექცია-სტერილიზაციის წესების განუხრელად დაცვა. კვლევაში მონაწილეობდა კლინიკის სხვადასხვა რგოლის წარმომადგენელი: ექიმები, ექთნები, ასისტენტები, განყოფილების უფროსები, რეზიდენტები, სტუდენტები (რომლებიც იმ დროისთვის პრაქტიკას გადიოდნენ კლინიკაში). დეზინფექციის და სტერილიზაციის პროცედურების შესრულება ექთნებისა და ასისტენტების პირდაპირ მოვალეობას წარმოადგენს, თუმცა, საკითხის მნიშვნელოვნებიდან გამომდინარე, კვლევის ამ კომპონენტზე გამოკითხულ იქნა კლინიკურ პროცესებში ჩართული უკლებლივ ყველა მონაწილე. კვლევის მონაცემთა ანალიზით შესაძლებელია არა მარტო რესპონდენტთა ცოდნის, არამედ კლინიკური უსაფრთხოების საკითხებისადმი მათი „დაკვირვება-დამოკიდებულების“ შეფასება. შემდეგი კითხვები შეეხება სასტერილიზაციო ოთახის მოწყობას, ინსტრუმენტების ტრანსპორტირებას კლინიკაში, სტერილიზაციის სახეებსა და პროცესს და ა.შ. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კლინიკის ადმინისტრაციამ უნდა უზრუნველყოს ინფრასტრუქტურის გამართულობა და აღჭურვა საკანონმდებლო ბაზასთან შესაბამისად. უმნიშვნელოვანეს ელემენტს წარმოადგენს

დეკონტამინაციის ოთახის მოწყობა საინჟინრო-არქიტექტურული მოთხოვნების გათვალისწინებით და დეზინფექცია-სტერილიზაციის სრულფასოვნად წარმართვისთვის საჭირო დანადგარებითა და მასალებით უზრუნველყოფა.

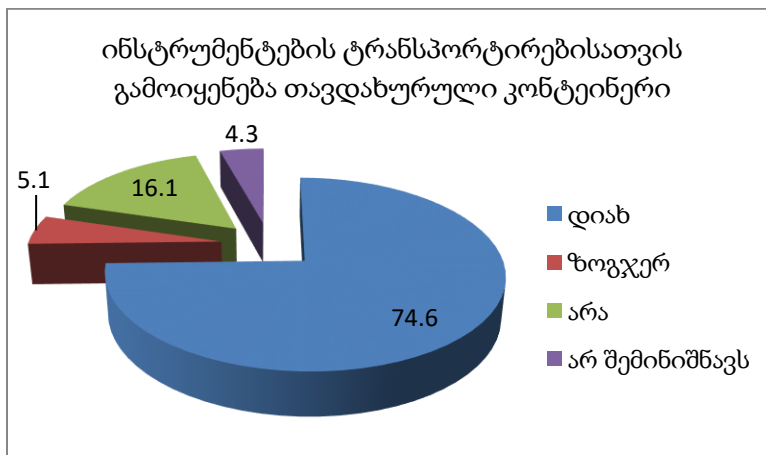
სასტერილიზაციო ოთახები დაყოფილია „სუფთა“ და ჭუჭყიან“ ზონებად, სადაც ნაკადები არ უნდა იკვეთებოდეს. კვლევის მონაცემებით ირკვევა შემდეგი: ნაკადები მოძრაობენ ერთი მიმართულებით - 61%; ნაკადები იკვეთება - 16,5%; სასტერილიზაციო არ არის ზონებად დაყოფილი - 9,6%; არ დავკვირვებივარ -13% (დიაგრამა N42).



დიაგრამა N42.

სასტერილიზაციო ოთახის მოწყობა

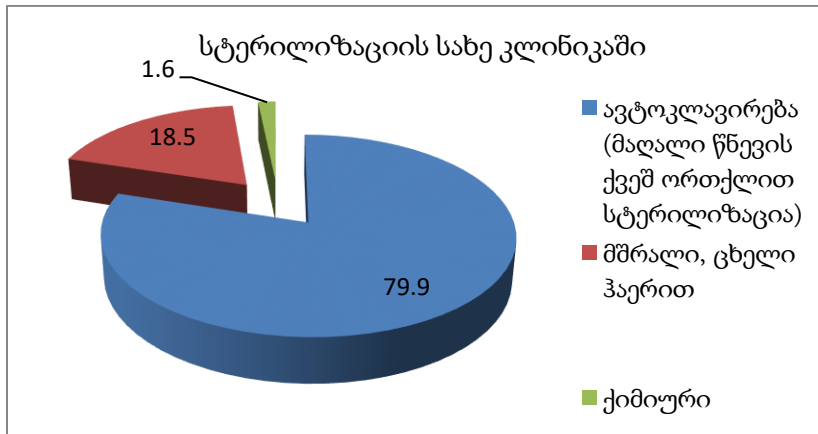
რესპონდენტები გამოიკითხნენ, გამოიყენება თუ არა მათ კლინიკაში ინსტრუმენტების ტრანსპორტირებისთვის თავდახურული კონტეინერები: დიახ - 74,6%; არა - 16,1%; ზოგჯერ - 5,1%; არ შემინიშნავს - 4,3% (დიაგრამა N43).



დიაგრამა N43.

ინსტრუმენტების ტრანსპორტირება კლინიკაში

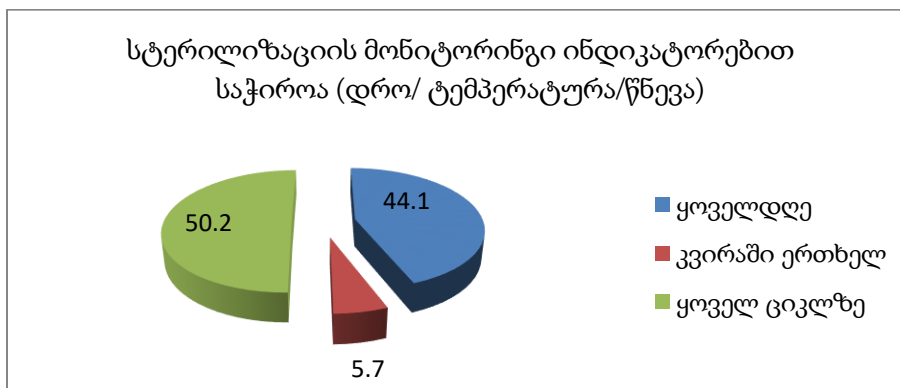
კვლევის მონაწილეები გამოიკითხნენ მათ კლინიკებში ინსტრუმენტების სტერილიზაციის ტიპებთან დაკავშირებით. პასუხების შედეგები შემდეგია: ავტოკლავირება (მაღალი წნევის ქვეშ ორთქლით სტერილიზაცია) - 79,9%; მშრალი, ცხელი ჰაერით - 18,5%; ქიმიური - 1,6% (დიაგრამა N44).



დიაგრამა N44.

სტერილიზაციის სახე კლინიკაში

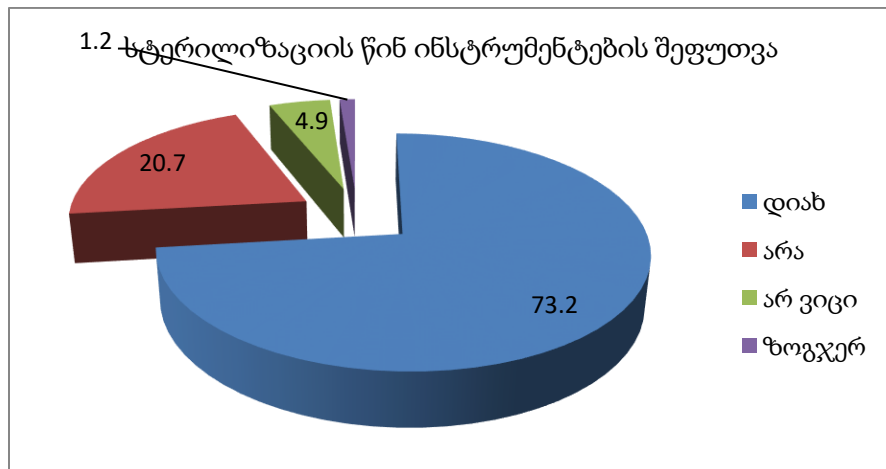
ინსტრუმენტების სტერილიზაციის მონიტორინგი ხორციელდება სპეციალური ინდიკატორებით, რომელიც საშუალებას იძლევა განისაზღვროს პროცედურის შესრულების სისწორე და ხარისხი (ხანგრძლივობა, ტემპერატურა, წნევა). რესპონდენტებში გავარკვეით, თუ რა სიხშირით უნდა წარმოებდეს ინდიკატორების გამოყენება სტერილიზაციის კონტროლისთვის. პასუხად მივიღეთ შემდეგი მონაცემები: ყოველ ციკლზე - 50,2%; ყოველდღე - 44,1%; კვირაში ერთხელ - 5,7% (დიაგრამა N45).



დიაგრამა N45.

სტერილიზაციის მონიტორინგის სიხშირე ინდიკატორებით

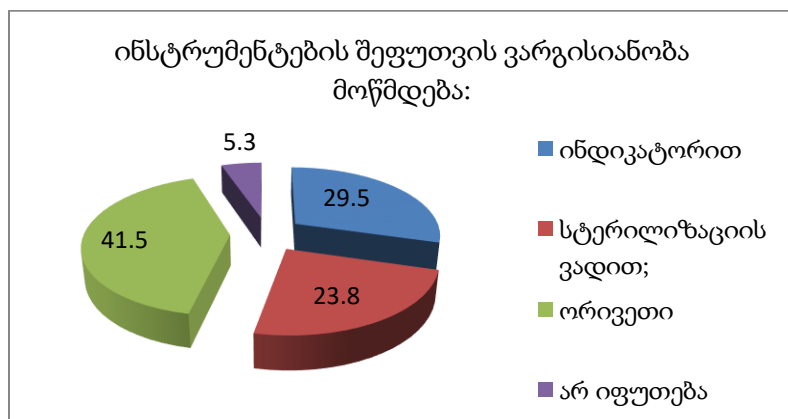
ავტოკლავირებამდე ინსტრუმენტები ექვემდებარება შეფუთვას, შემდგომში მათი სტერილურად შენახვის მიზნით. ჩვენ დავინტერესდით, იფუთება თუ არა ინსტრუმენტები იმ კლინიკებში, რომელთა პერსონალმაც ჩვენი საკვლევი პოპულაცია შეადგინა. პასუხები შემდეგია: 73,2% - დიახ; 20,7% - არა; 4,9% - არ ვიცი; 1,2% - ზოგჯერ (დიაგრამა N46).



დიაგრამა N46.

სტერილიზაციის წინ ინსტრუმენტების შეფუთვა

შესაფუთი ქაღალდით (რომელსაც თავად დაჰყვება ინდიკატორის ზოლი) ხდება ინსტრუმენტების დაპაკეტება თარიღის (ან მოქმედების ვადის) მითითებით. პერსონალი გამოვკითხეთ, თუ როგორ ახდენენ ინსტრუმენტების შეფუთვის ვარგისიანობის შემოწმებას. პასუხად მივიღეთ შემდეგი: ინდიკატორით - 29,5%; სტერილიზაციის ვადით - 23,8%; ორივე პარამეტრით - 41,5%; ინსტრუმენტები არ იფუთება - 5,3% (დიაგრამა N47).

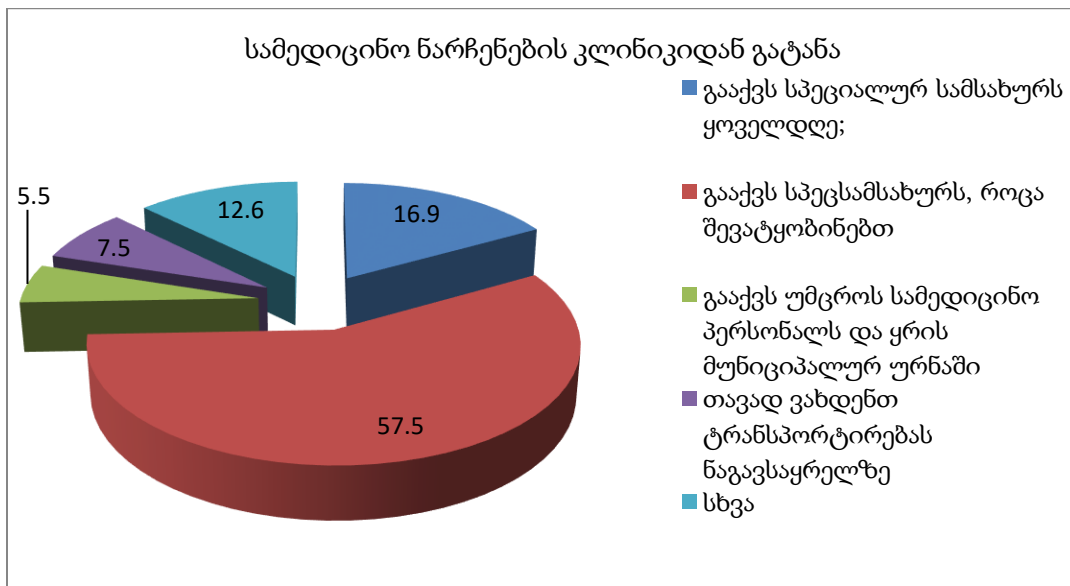


დიაგრამა N47.

ინსტრუმენტების შეფუთვის ვარგისიანობის შემოწმება

როგორც აღვნიშნეთ, ადმინისტრაციული ღონისძიებები გადამწყვეტი ფაქტორია კლინიკის ინფექციური უსაფრთხოებისათვის. გარდა დეზინფექცია-სტერილიზაციის სტანდარტების მიხედვით აღსრულების მატერიალურ-ტექნიკური რესურსებით უზრუნველყოფისა, ადმინისტრაციამ უნდა იზრუნოს სტომატოლოგიური დაწესებულების ნარჩენების მართვის საკანონმდებლო ბაზასთან შესაბამისობაზე. კლინიკა უნდა მარაგდებოდეს სხვადასხვა დანიშნულების კონტეინერებით, უნდა ხდებოდეს ნარჩენების შესაბამისი სეგრეგაცია, უნდა არსებობდეს სათავსი (კანონმდებლობით მოთხოვნილი პირობების დაცვით) ნარჩენების დროებითი დაყოვნებისათვის და უნდა ხდებოდეს სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო გატანა ლიცენზირებული კონტრაქტორი კომპანიის მიერ, დადგენილ ვადებში.

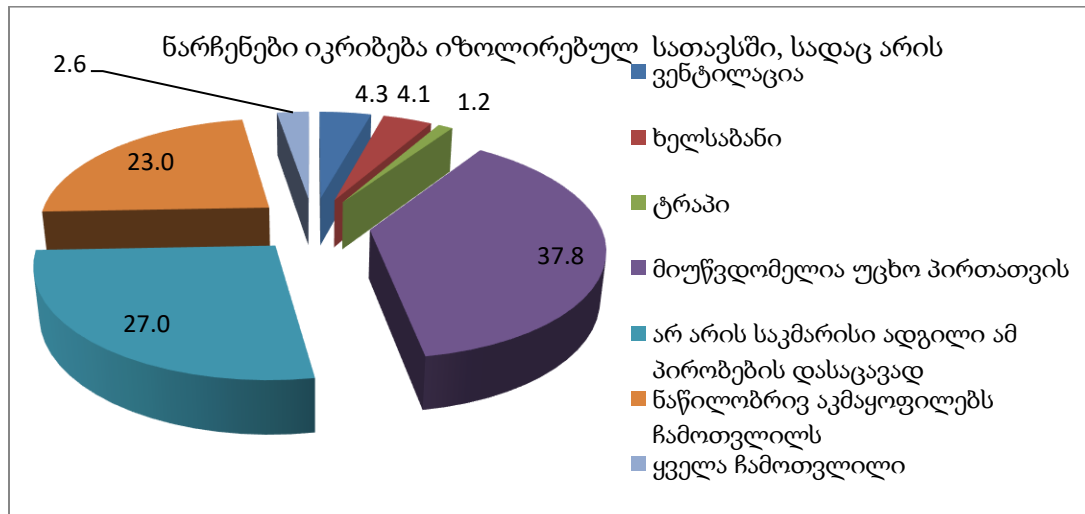
ჩვენი კვლევის ფარგლებში რესპონდენტები გამოვკითხეთ სამედიცინო ნარჩენების გატანასთან დაკავშირებით მათ კლინიკებში მიღებული პრაქტიკის შესახებ. მონაცემთა ანალიზით მივიღეთ შემდეგი პასუხები: 16,9% - გააქვს სპეციალურ სამსახურს ყოველდღე; 57,5% - გააქვს სპეციალურ სამსახურს, როცა შევატყობინებთ; 5,5% - გააქვს უმცროს სამედიცინო პერსონალს და ყრის მუნიციპალურ ურნაში; 7,5% - თავად ვახდენთ ტრანსპორტირებას ნაგავსაყრელზე; 12,6% - სხვა (დიაგრამა N48).



დიაგრამა N48.

სამედიცინო ნარჩენების კლინიკიდან გატანა

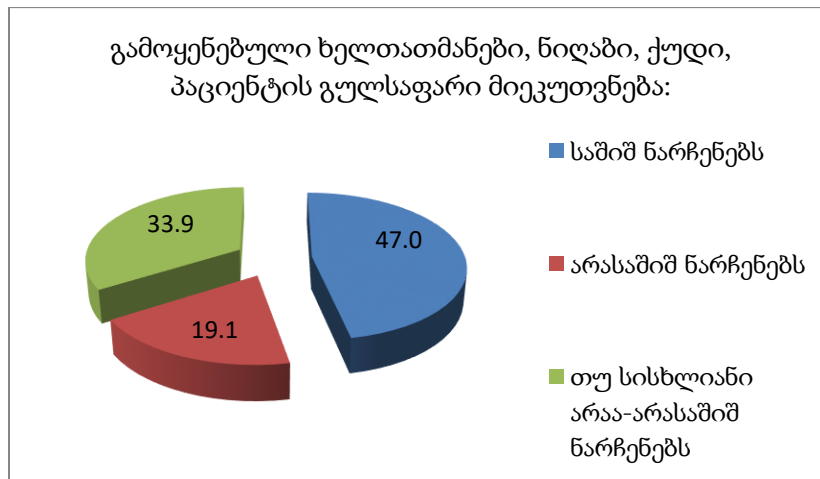
როგორც ზევით აღვნიშნეთ, სათავსი სამედიცინო ნარჩენების დროებითი დაყოვნებისათვის უნდა იყოს იზოლირებული და აკმაყოფილებდეს რამდენიმე პირობას. იგი უნდა იყოს აღჭურვილი ხელსაბანით, ტრაპით, ვენტილაციით და მიუწვდომელი უნდა იყოს უცხო პირთათვის. ამ პირობების შესახებ მონაცემები მოვიპოვეთ ჩვენი რესპონდენტებისაგან. მათ ვთხოვეთ აღვნიშნათ, ჩამოთვლილთაგან რომელ პირობას აკმაყოფილებდა ნარჩენების ოთახი კლინიკაში. პასუხები შემდეგია: ვენტილაცია - 4,3%; ხელსაბანი - 4,1%; ტრაპი - 1,2%; მიუწვდომელია უცხო პირთათვის - 37,8%; ნაწილობრივ აკმაყოფილებს პირობებს - 23%; არ არის საკმარისი ადგილი ამ პირობების დასაცავად - 27%; ყველა პირობას აკმაყოფილებს - 2,6% (დიაგრამა 49).



დიაგრამა N49.

სამედიცინო ნარჩენების დროებითი სათავსის მოწყობა

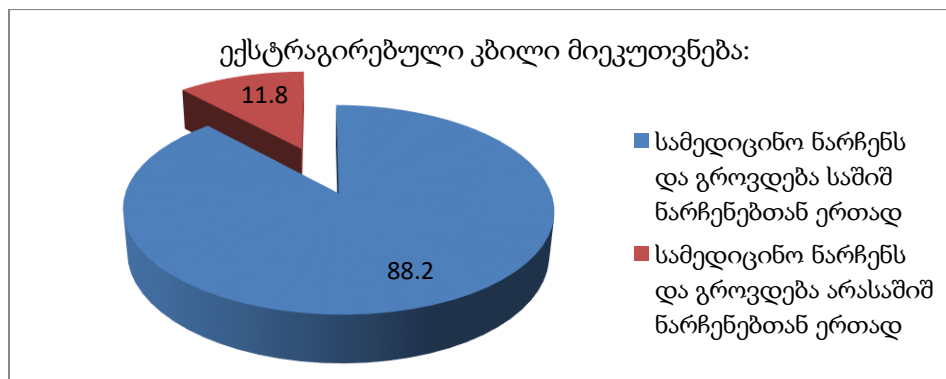
ნარჩენების მართვის საკითხს შეეხება კვლევის ნაწილი, რომელიც ასახავს პერსონალის „ცოდნას“ სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობის შესახებ. შემდეგი კითხვებით შესაძლებელია დავადგინოთ, სწორად მიაკუთვნებენ თუ არა რესპონდენტები სამედიცინო ნარჩენებს საშიშ და არასაშიშ კატეგორიას. პირველი კითხვა შეეხება იდს-ს. პასუხები კითხვაზე - თუ რას მიეკუთვნება გამოყენებული ხელთათმანი, ნიღაბი, ქუდი, პაციენტის გულსაფარი - შემდეგნაირად გადანაწილდა: 47% - საშიშ ნარჩენებს; 19,1% - არასაშიშ ნარჩენებს; 33,9% - თუ სისხლიანი არ არის, არასაშიშ ნარჩენებს (დიაგრამა N50).



დიაგრამა N50.

სამედიცინო ნარჩენების კატეგორიების ცოდნა

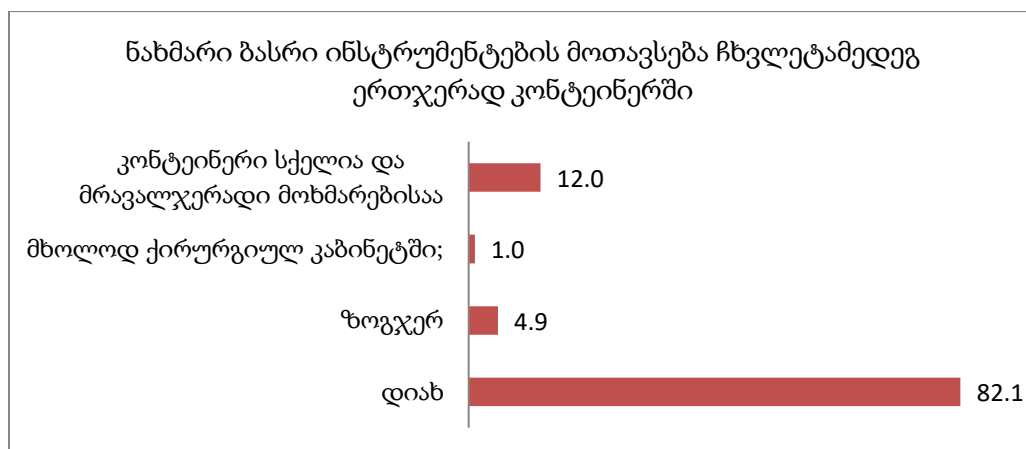
იგივე კითხვით მივმართეთ ექსტრაგირებული კბილების შემთხვევაში. პასუხად მივიღეთ, რომ ექსტრაგირებული კბილი მიეკუთვნება სამედიცინო ნარჩენს და გროვდება: საშიშ ნარჩენებთან ერთად - 88,2%; არასაშიშ ნარჩენებთან ერთად - 11,8% (დიაგრამა N51).



დიაგრამა N51.

ექსტრაგირებული კბილის სამედიცინო ნარჩენების კატეგორიის განსაზღვრა

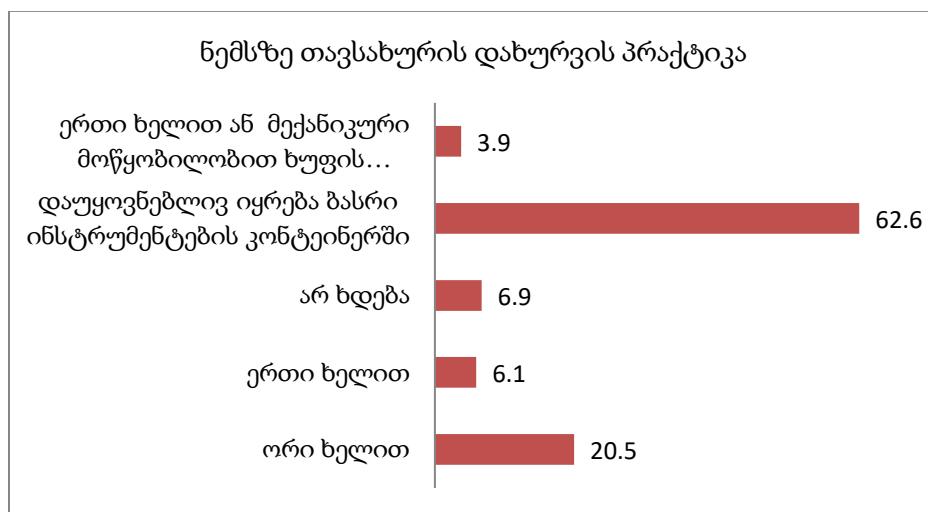
ყველა კლინიკა, მათ შორის სტომატოლოგიურიც, ზედმიწევნით უნდა ასრულებდეს ბასრ ინსტრუმენტებთან მოპყრობის ინსტრუქციებს და სოპ-ებს. კლინიკას უნდა შემუშავებული ჰქონდეს პოსტექსპოზიციური ქცევის პროტოკოლი და მკაცრად კონტროლდებოდეს გამოყენებული ბასრი იარაღების (სკალპელები, ნემსები და სხვა) სპეციალურ ჩხვლეტამდეგ ერთჯერად კონტეინერში მოთავსება შემდგომი ტრანსპორტირებისათვის. კითხვაზე, იქცევიან თუ არა რესპონდენტები ამ პირობების დაცვით, მივიღეთ შემდეგი პასუხები: 82,2% - დიახ; მხოლოდ ქირურგიულ კაბინეტში - 1%; ზოგჯერ - 4,9%; კონტეინერი სქელია და მრავალჯერადად მოვიხმართ - 12% (დიაგრამა N52).



დიაგრამა N52.

გამოყენებულ ბასრ იარაღებთან მოპყრობა

ბასრ იარაღებთან მოპყრობის „ცოდნის“ შეფასებას უკავშირდება შემდეგი კითხვაც, რომელიც გამოყენებულ ნემსზე ხუფის ჩამოცმის ტექნიკას შეეხება. კითხვაზე, თუ როგორ ახორციელებენ ამ მანიპულაციას, რესპონდენტებმა გვიპასუხეს: დაუყოვნებლივ იყრება ბასრი ინსტრუმენტების კონტეინერში - 62,6%; ერთი ხელის ტექნიკით ან მექანიკური მოწყობილობით ხუფის დასახურად - 3,9%; არ ხდება ხუფის დახურვა - 6,9%; ერთი ხელით - 6,1%; ორი ხელით - 20,5% (დიაგრამა N53).

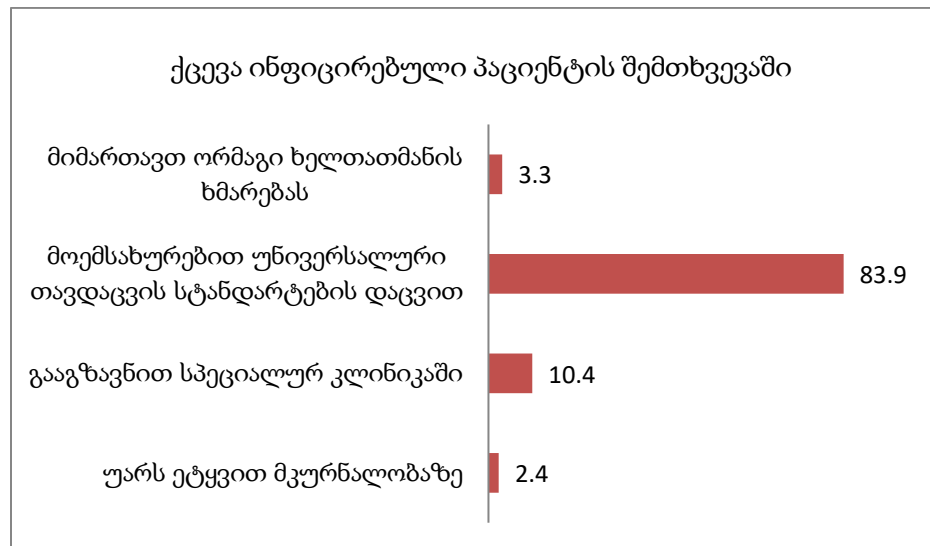


დიაგრამა N53.

ნემსზე ხუფის დახურვის პრაქტიკა

უნივერსალური სიფრთხილის ზომების გათვალისწინებით, ყველა პაციენტი განიხილება, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული. თუმცა, ჩვენ გამოვიკვლიეთ, თუ როგორ

მოიქცეოდნენ რესპონდენტები, თუ ეცოდინებოდათ, რომ პაციენტი ინფიცირებულია: 83,9% - უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტების დაცვა; 3,3% - ორმაგი ხელთათმანის ხმარება; 10,4% - სპეციალურ კლინიკაში გაგზავნა; უარი მკურნალობაზე - 2,4% (დიაგრამა N54).



დიაგრამა N54.

რესპონდენტთა ქვეყა ინფიცირებული პაციენტის შემთხვევაში

2.7. კვლევით მიღებული შედეგები

კორელაციური ანალიზი

ამ თავში წარმოდგენილია სტომატოლოგიური პერსონალის შესახებ კვლევით მიღებული მონაცემების სტატისტიკურად სარწმუნო ურთიერთდამოკიდებულების ამსახველი შედეგები.

დიქტომურ ცვლადებს შორის კავშირის დასადგენად გამოყენებულ იქნა კორელაციური ანალიზი (95%-იანი სარწმუნოების დონე - Confidence level). ინტერპრეტაციისათვის გამოყენებულ იქნა χ^2 ტესტი (Pearson's chi-square test), სადაც χ^2 ადასტურებს ორ ცვლადს შორის კავშირის სიძლიერეს, ხოლო Pearson-ის კოეფიციენტი (P value) განსაზღვრავს კავშირის სანდოობას. ცხრილებში წარმოდგენილია საკვლევი კითხვარის მიხედვით სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი პასუხები, რომლისთვისაც P value < 0,05.

შედეგები რესპონდენტთა სქესის მიხედვით

რესპონდენტების სქესის მიხედვით კვლევის სხვადასხვა ცვლადების სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირების განაწილება წარმოდგენილია N9 ცხრილში ($P < 0,05$).

ცხრილი N9.

რესპონდენტთა სქესის მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილება

ცვლადები	კაცი	ქალი	Chi-Square (P value)
თუ პაციენტი ინფიცირებულია, უარს ეტყვის მკურნალობაზე	4,9%	1,4%	10.639 (,014)
თუ პაციენტი ინფიცირებულია, მოემსახურება უნივერს. თავდაცვის სტანდარტებით	76,2%	87,1%	10.639 (,014)
ივლის ხელთათმანს პაციენტებს შორის და დამატებით ყოველი დაზიანების შემთხვევაში	51,0%	64,5%	10.576 (,005)
ცოდნა: სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია აივ/შიდსის (HIV/AIDS) გადაცემა	81,1%	77,7%	7.826 (,020)
ცოდნა: სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია ტუბერკულოზის (TB) გადაცემა	61,5%	73,1%	6.545 (,038)
ცოდნა: სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია რესპირატორული ინფექციის (RI) გადაცემა	61,5%	74,8%	8.874 (,012)

მამაკაცი და ქალი ექიმების პასუხების მნიშვნელობებს შორის სხვაობა (ცხრილში

წარმოდგენილი სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლადების მიხედვით) მერყეობს 3,4%-13,5% ფარგლების დიაპაზონში. ირკვევა, რომ მდებრობითი სქესის ექიმები ნაკლებად ამბობენ უარს ინფიცირებული პაციენტების მკურნალობაზე (1,4%), ვიდრე მამაკაცი ექიმები (4,9%) და მეტად იყენებენ უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტებს მომსახურების დროს (87,1%), ვიდრე მამრობითი სქესის ექიმები (76,2%). ხელთათმანების გამოცვლის მაჩვენებელიც უფრო მაღალია (64,5%) ქალ ექიმებს შორის, მამაკაცებისგან განსხვავებით (51%); სტომატოლოგიურ

კლინიკაში ინფექციების ტრანსმისიის შესახებ ცოდნის დონე უფრო მაღალია ქალ ექიმებს შორის TB, RI შესახებ, ხოლო HIV/AIDS-ის შემთხვევაში - მამაკაცებს შორის.

შედეგები სამუშაო რეგიონის მიხედვით

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 492 ექიმმა, მათ შორის 33.7% (n=166) დასაქმებულია თბილისში, ხოლო 66,3% (n=326) - საქართველოს ათივე რეგიონში (დიაგრამა N4). სტატისტიკური ანალიზისთვის შეიქმნა ახალი ჯგუფი: „თბილისი/რეგიონები“, სადაც „თბილისში“ გაერთიანებულია დედაქალაქში მომუშავე ექიმი რესპონდენტები, ხოლო „რეგიონებში“ - საქართველოს ათივე რეგიონში დასაქმებული კვლევის მონაწილენი. N10 ცხრილში წარმოდგენილია კვლევის სხვადასხვა ცვლადების სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირების განაწილება სამუშაო ადგილის მიხედვით ($P < 0,05$).

ცხრილი N10.

რესპონდენტთა სამუშაო ადგილის მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილება (თბილისი-რეგიონები)

ცვლადები	თბილისი	რეგიონები	Chi-Square (P value)
ხელის ჰიგიენის ტრენინგი 1 წლის წინ	30,7%	23,6%	15.745 (,001)
ცოდნა: სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია ტუბერკულოზის (TB) გადაცემა	77,1%	66,0%	15.281 (,000)
ცოდნა: სტომ. კლინიკაში შესაძლებელია რესპირატორული ინფექციის (IR) გადაცემა	75,9%	68,4%	7.329 (,026)
იდს-ს მომარაგებას უზრუნველყოფს ადმინისტრაცია	71,1%	46,3%	27.222 (,000)
რეგულარულად იყენებს ნიღაბს	96,4%	87,4%	10.234 (,006)
რეგულარულად იყენებს სამედიც. ქუდს	65,7%	53,4%	7.282 (,026)
მანიპულაციამდე და მისი დასრულებისას იტარებს ხელის ჰიგიენას (ხელთათმანის ხმარებისას)	97,6%	91,4%	10.600 (,005)
არასოდეს მიმართავს ერთჯერადი საშუალებების ხელმეორედ გამოყენებას	99,4%	88,0%	20.013 (,000)

კლინიკაში ბუნიკებს ასტერილებენ ყოველი გამოყენების შემდეგ	75,9%	41,7%	71.406 (,000)
კლინიკაში რეგულარულად არ მოწმდება წყლის ხარისხი	27,1%	49,1%	33.249 (,000)
იკ-ის ტრენინგზე დასწრება	66,9%	68,1%	9.997 (,019)
ტრავმის შემთხვევაში მიჰყვება პოსტ-კონტაქტურ პროტოკოლს	57,2%	61,3%	21.983 (,000)
რეგულარულად ხმარობს სათვალეს	62,7%	79,1%	17.195 (,000)
ყოველ პაციენტზე ახალ ნერწყვგამწოვს აყენებს	89,8%	89,9%	8.590 (,014)
ცოდნა: ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგიური ხსნარის ან სტერილური წყლის გამოყენება	51,8%	57,7%	10.868 (,004)

მონაცემებით ირკვევა, რომ ერთი წლის წინ ხელის ჰიგიენის ტრენინგი თბილისში მომუშავე ექიმებიდან უფრო მეტ სტომატოლოგს გაუვლია (30,7%), ვიდრე რეგიონებში დასაქმებულებს (23,6%); შესაბამისად, ხელის ჰიგიენასაც უფრო რუტინულად იტარებენ თბილისში (97,6%), რეგიონებთან შედარებით (91,4%); ინფექციის ტრანსმისიის შესახებ ცოდნა (TB, IR) უფრო მეტმა ექიმმა გამოავლინა თბილისში; დედაქალაქის კლინიკებში ადმინისტრაციის მიერ იდს-ით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი უკეთესია (71,1%), ვიდრე რეგიონების სტომატოლოგიურ კლინიკებში (46,3%); თბილისში ექიმები უფრო ხშირად იყენებენ ნიღაბსა და სამედიცინო ქუდს (შესაბამისად: 96,4%; 65,7%), ვიდრე რეგიონებში (შესაბამისად: 87,4%; 53,4%); თუმცა სათვალეების გამოყენებას უფრო ხშირად მიმართავენ რეგიონში (შესაბამისად: 79,1%; 62,7%); ერთჯერად საშუალებებს ხელმეორედ არასოდეს იყენებს ექიმების უმრავლესობა, თუმცა განსხვავება მონაცემებს შორის აქაც სტატისტიკურად სარწმუნოა: თბილისი - 99,4%; რეგიონები - 88,0%; თბილისის სტომატოლოგიურ კლინიკებში ბუნიკების ყოველი გამოყენების შემდეგ გასტერილების მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია (75,9%) რეგიონებთან შედარებით (41,7%). განსხვავებამ 34,2% შეადგინა; რეგიონების ექიმების კლინიკების თითქმის ნახევარში (49,1%) არ მოწმდება წყლის ხარისხი, თბილისის კლინიკების შემთხვევაში - 27,1%. ინფექციის კონტროლის ტრენინგებზე დასწრების მაჩვენებელი მცირედ განსხვავდება, თუმცა რეგიონები ამ საკითხში მცირედ უსწრებენ

თბილისს (შესაბამისად: 68,1%; 66,9%). ასევე მცირე განსხვავებით, თუმცა უკეთესი მაჩვენებელი დაფიქსირდა, რეგიონების ექიმების შემთხვევაში პოსტ-კონტაქტური პროტოკოლის მიყოლასა (შესაბამისად: 61,3%; 57,2%) და ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგიური ხსნარის/სტერილური წყლის გამოყენებაში (შესაბამისად: 57,7%; 51,8%); ყოველ პაციენტზე ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენების მაჩვენებელი თითქმის იდენტურია თბილისსა და რეგიონებში (შესაბამისად: 89,8%; 89,9%).

შედეგები სამუშაო გამოცდილების მიხედვით

ექიმთა სამუშაო გამოცდილება წარმოდგენილია 6 ჯგუფად (დიაგრამა N5), მუშაობის სტაჟიდან გამომდინარე (ინტერვალი: <5 წ-დან 41 წ-ის ჩათვლით). ცხრილი N11 ასახავს საკვლევი ცვლადების სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილებას ($P<0,05$) სამუშაო გამოცდილების მიხედვით. უნდა აღინიშნოს, რომ რეკომენდაციებით გათვალისწინებული ხელის ჰიგიენის ყოველწლიური ტრენინგის გავლის მაჩვენებელი ყველა ჯგუფში დაბალია (15,4%-30,3%), ამ კომპონენტში ლიდერობენ 11-20 წლის სტაჟის მქონე ექიმები. სახის დამცავი ფარის რეგულარულ გამოყენებასთან დაკავშირებით ყველა ჯგუფში დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნება: 40%-66,9%; მნიშვნელოვანი სხვაობაა დამცავი სათვალის გამოყენების მხრივ: 85% (სტაჟი: 21-30 წ) - 56,6% (<5 წ); წყლის ჭავლის გამოშვების მაჩვენებელი ბუნიკიდან და ჰაერის/წყლის ექვეტორიდან ყველაზე დაბალია 31-40 წ სტაჟის მქონე ექიმების ჯგუფში. მნიშვნელოვანი სხვაობა დაფიქსირდა გამოყენებულ ნემსებთან სწორად მოპყრობის მიხედვით: 49,6% (<5 წ) - 81,1% (21-30 წ); ყველა ჯგუფში დაბალი მაჩვენებელი აქვს ორთოპედიული/ორთოდონტიული ანაბეჭდის დეზინფიცირებას: 27,4%-52,5%; ფოტოპოლიმერიზაციის ნათურის/რენტგენის ტუბუსის დეზინფიცირების საკითხის ცოდნის დონე ყველაზე დაბალია 21-30 წ სტაჟის ჯგუფის ექიმებში; აღსანიშნავია, რომ ყოველი გამოყენების შემდეგ ბუნიკის სტერილიზაციის მაჩვენებელი დაბალია სამუშაო გამოცდილების ყველა ჯგუფში: 37,5%-62,8%.

ცხრილი N11

რესპონდენტთა გამოცდილების შედეგების მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილება

გამოცდილება (მუშაობის წლები)

ცვლადები	<5	6-10 წ	11-20 წ	21-30 წ	31-40 წ	41 <	Chi-Square (P value)
ხელის ჰიგიენის ტრენინგი 1 წლის წინ	25,7%	25,6%	30,3%	24,5%	17,5%	15,4%	27.441 (,025)
რეგულარულად იყენებს სათვალეს	56,6%	73,6%	78,3%	85,0%	84,6%	73,6%	30.289 (,001)
რეგულარულად იყენებს სახის დამცავ ფარს	54,0%	66,9%	65,8%	56,6%	40,0%	61,5%	18.349 (,049)
რეგულარულად იყენებს უნიფორმას	100,0%	98,3%	90,8%	94,3%	92,5%	61,5%	45.628 (,000)
რეგულარულად იყენებს ხელის დეზინფექტანტს	53,1%	64,5%	67,8%	62,3%	67,5%	69,2%	25.993 (,038)
მიმართავს წყლის ჭავლის გამოშვებას ბუნიკიდან	81,4%	88,4%	86,2%	83,0%	67,5%	76,9%	11.154 (,048)
მიმართავს წყლის ჭავლის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ეჯექტორიდან	77,0%	78,5%	80,9%	73,6%	57,5%	61,5%	11.724 (,039)
გამოყენებული ნემსი დაუყოვნებლივ იყრება ბასრი ინსტრუმენტების კონტეინერში	49,6%	62,0%	67,1%	81,1%	60,0%	61,5%	35.759 (,016)
დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდს	27,4%	45,5%	49,3%	43,4%	52,5%	38,5%	23.507 (,009)
ცოდნა: ფოტპოლიმზ რენტგენ. ტუბუსის დეზინფიცირება ყოველი მოხმარების შემდეგ	83,2%	79,3%	78,9%	66,0%	67,5%	84,6%	19.624 (,033)
კლინიკაში ხდება ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი მოხმარების შემდეგ	62,8%	57,9%	52,0%	41,5%	37,5%	38,5%	36.145 (,015)

შედეგები დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობის მიხედვით

დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობის მიხედვით შეიქმნა ექიმთა 3 ჯგუფი.

პირველ ჯგუფში გაერთიანდნენ ექიმები, რომლებიც დღეში საშუალოდ 3 პაციენტზე

ნაკლებს ემსახურებიან, მეორე ჯგუფის ექიმები საშუალოდ იღებენ 4-6 პაციენტს, ხოლო

მესამე ჯგუფის ექიმები საშუალოდ 6-ზე მეტ პაციენტს მკურნალობენ ყოველდღიურად. N12 ცხრილში წარმოდგენილია ცვლადების სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილება დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობის ჯგუფების მიხედვით ($P<0,05$).

მონაცემები აჩვენებს, რომ მიღებული პაციენტების რაოდენობის ზრდასთან ერთად მზარდია შემდეგი ცვლადების მნიშვნელობები: ხელის ჰიგიენის ყოველწლიური ტრენინგი; TB ტრანსმისიის ცოდნა; აღებული ანაბეჭდის დეზინფიცირება; სტერილიზაციის წინ ინსტრუმენტების შეფუთვა. ყველა ჯგუფში დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა ჰაერის/წყლის ეჯექტორის ყოველი მოხმარების შემდეგ სტერილიზაციის მიხედვით: 31%-52,7% და ხელთათმანების გამოცვლის წესთან დაკავშირებით: 33,3%-44,2%.

ცხრილი N12

დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობის შედეგების მიხედვით განაწილება

დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობა

ცვლადები	<3 პაციენტი	4-6 პაციენტი	6< პაციენტი	Chi-Square (P value)
ხელის ჰიგიენის ტრენინგი 1 წლის წინ	21,4%	25,7%	36,9%	15.402 (,017)
ცოდნა: სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია ტუბერკულოზის (TB) გადაცემა	69,2%	69,5%	71,4%	10.863 (,028)
ხელთათმანს იცვლის პაციენტებს შორის და დამატებით ყოველი დაზიანების შემთხვევაში	30,8%	44,2%	33,3%	10.791 (,029)
დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდს	34,6%	42,9%	59,5%	16.864 (,002)
კლინიკაში იფუთება ინსტრუმენტები სტერილიზაციის წინ	61,5%	78,3%	84,5%	31.688 (,000)
კლინიკაში ხდება ჰაერის/წყლის ეჯექტორის სტერილიზაცია ყოველი მოხმარების შემდეგ	52,7%	46,9%	31,0%	18.106 (,020)

შედეგები პასუხების მიხედვით კითხვაზე: „ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია“?

უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტის მიხედვით, ყველა პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული, რასაც ეთანხმება კვლევაში მონაწილე ექიმების 76,4%, ხოლო 23% - არ ეთანხმება (დიაგრამა N20). ჩვენი ჰიპოთეზით, ექიმები, რომლებიც იზიარებენ უსაფრთხოების ამ სტანდარტს (I ჯგუფი: „დიახ“), ინფექციის კონტროლის საკითხების ცოდნის უფრო მაღალ დონეს ავლენენ და პრაქტიკაშიც უკეთ ასრულებენ, ვიდრე სტომატოლოგები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებული არ არის (II ჯგუფი: „არა“). N13 ცხრილში წარმოდგენილია ექიმთა ორივე ჯგუფისთვის სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირები სხვადასხვა საკითხებთან მიმართებაში ($P < 0,05$). უნდა აღინიშნოს, რომ II ჯგუფის ექიმები უფრო ხშირად ამბობენ უარს ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობაზე (6,9%), ვიდრე I ჯგუფის ექიმები (1,1%). ჩვენ მიერ წარმოდგენილი ჰიპოთეზა ყველა დანარჩენ საკითხშიც დადასტურდა, რომელიც N13 ცხრილშია მოცემული. ჯგუფების მიხედვით სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლადების მიმართ პასუხების მაჩვენებლებს შორის განსხვავება 5,2%-დან 26,3%-მდე მერყეობს. I ჯგუფის ექიმები უკეთეს ცოდნას ავლენენ სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობისა (ექსტრაგირებული კბილი: I ჯგ. - 90,4%; II ჯგ. - 81,0%; ბასრი ინსტრუმენტები: I ჯგ. - 85,6%; II ჯგ. - 70,7%) და ზედაპირების დეზინფექციის (I ჯგ. - 85,6%; II ჯგ. - 62,1%) საკითხებში; მათ უკეთესი პრაქტიკის მაჩვენებელი აქვთ იდს-ის სწორად გამოყენებაში - ხელთათმანის გამოცვლა: I ჯგ. - 66,8%; II ჯგ. - 40,5%; ნიღბის გამოცვლა: I ჯგ. - 35,4%; II ჯგ. - 18,1%; უნიფორმის ტარება: I ჯგ. - 96,0%; II ჯგ. - 89,7%. I ჯგუფის ექიმები უფრო მეტად იცავენ ინფექციის კონტროლის წესებს: მათი 91,5% მიმართავს ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენებას ყოველ პაციენტზე (II ჯგ. - 84,5%); 93,1% არასოდეს მიმართავს ერთჯერადი საშუალებების გასტერილებას ხელმეორედ გამოყენების მიზნით (II ჯგ. - 87,9%); 79% რეგულარულად მიმართავს პაციენტებს შორის წყლის ჭავლის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ექექტორიდან (II ჯგ. - 67,2%); I ჯგუფის ექიმთა 87,0% ინფიცირებულ პაციენტს ემსახურება უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტების დაცვით. იგივე აღნიშნა II ჯგუფის სტომატოლოგების 74,1%-მა. როგორც მონაცემებით ირკვევა, უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტის მიმართ (რომ „ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია“) ექიმთა შეხედულების მიხედვით ჩვენ მიერ წამოყენებული ჰიპოთეზა სტატისტიკურად სარწმუნოდ დადასტურდა.

ცხრილი N13

კითხვაზე: „ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია?“ - შედეგების მიხედვით განაწილება

ყველა პაციენტი პოტენციურად
ინფიცირებულია

ცვლადები	I ჯგუფი „დიახ“	II ჯგუფი „არა“	Chi-Square (P value)
ინფიცირებულ პაციენტს მოემსახურება უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტების დაცვით	87,0%	74,1%	22.116 (,000)
ინფიცირებულ პაციენტს უარს ეტყვის მკურნალობაზე	1,1%	6,9%	22.116 (,000)
რეგულარულად იყენებს უნიფორმას	96,0%	89,7%	8.384 (,015)
ნიღაბს იცვლის პაციენტებს შორის და თუ დაინესტა	35,4%	18,1%	19.277 (,000)
ხელთათმანს იცვლის პაციენტებს შორის და დამატებით ყოველი დაზიანების შემთხვევაში	66,8%	40,5%	26.972 (,000)
ყოველ პაციენტზე ახალ ნერწყვამწოვს იყენებს	91,5%	84,5%	9.503 (,009)
რეგულარულად მიმართავს პაციენტებს შორის წყლის ჭავლის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ექვექტორიდან	79,0%	67,2%	6.750 (,009)
არასოდეს მიმართავს ერთჯერადი საშუალებების გასტერილებას ხელმეორედ გამოყენების მიზნით	93,1%	87,9%	11.780 (,008)
ცოდნა: ზედაპირების დეზინფექცია საჭიროა ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ	85,6%	62,1%	43.115 (,000)
ცოდნა: ექსტრაგირებული კბილი მიეკუთვნება სახიფათო ნარჩენებს	90,4%	81,0%	7.518 (,006)
ბასრი ინსტრუმენტები იყრება ჩხვლეტამდევე ერთჯერად კონტეინერში	85,6%	70,7%	14.486 (,002)

შედეგები იდს-ით მომარაგების მიხედვით

ინფექციის კონტროლის (იკ) მნიშვნელოვანი ასპექტია დაწესებულების პერსონალის ინდივიდუალური დამცავი საშუალებებით (იდს) უზრუნველყოფა. კვლევაში მონაწილე ექიმების 54,7% აღნიშნავს, რომ იდს-ით კლინიკას უზრუნველყოფს ადმინისტრაცია, ხოლო სტომატოლოგთა 45,3% - თავად ზრუნავს ეკიპირებაზე (დიაგრამა N18). მოსალოდნელია,

რომ იმ კლინიკებში, სადაც ადმინისტრაცია ყურადღებას აქცევს თანამშრომელთა უსაფრთხოებას, იკ-ის სხვადასხვა პროცედურები უფრო გამართულია. საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, N14 ცხრილში წარმოდგენილია ექიმთა ორივე ჯგუფისთვის სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირები სხვადასხვა ცვლადებთან მიმართებაში ($P<0,05$). მონაცემებით ირკვევა, რომ ჯგუფებს შორის პასუხების მაჩვენებლების სხვაობა მერყეობს 5,5%-დან 24,4%-მდე. იმ კლინიკებში, რომელთაც იდს-ით უზრუნველყოფს ადმინისტრაცია, დამცავი საშუალებების რეგულარულად გამოყენების მაჩვენებელი მეორე ჯგუფთან შედარებით უფრო მაღალია (უნიფორმა: I ჯგ. - 97,0%; II ჯგ. - 91,5%. ქუდი: I ჯგ. - 66,2%; II ჯგ. - 47,1%. ქირურგიული ჩარევისას სტერილური ხელთათმანი: I ჯგ. - 42,8%; II ჯგ. - 18,4%). I ჯგუფის კლინიკებში ინსტრუმენტების შეფუთვის მაჩვენებელია -78,1%, ხოლო II ჯგუფში - 67,3%; ჰაერის/წყლის ექვექტორის სტერილიზაცია ყოველი მოხმარების შემდეგ: I ჯგ. - 53,2%; II ჯგ. - 38,1%. ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება თავდახურული კონტეინერით: I ჯგ. - 79,2%; II ჯგ. - 69,1%. სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით: I ჯგ. - 63,6%; II ჯგ. - 57,8%. სტერილიზაციისთვის გამოიყენება ავტოკლავირება: I ჯგ. - 84,8%; II ჯგ. - 74,0%. ინსტრუმენტით ტრავმის მიღების შემთხვევაში მიჰყვება პოსტ-კონტაქტურ პროტოკოლს: I ჯგ. - 64,7%; II ჯგ. - 54,3%. მონაცემთა შედეგებით დასტურდება ჩვენს მიერ წამოყენებული ჰიპოთეზა (ცხრილი N14).

ცხრილი N14

იდს-ით მომარაგების შედეგების მიხედვით განაწილება

იდს-ით მომსახურებას უზრუნველყოფს

ცვლადები	I ჯგუფი ადმინისტრაცია	II ჯგუფი პერსონალი	Chi-Square (P value)
უნიფორმას იყენებს რეგულარულად	97,0%	91,5%	8.696 (,013)
ქუდს იყენებს რეგულარულად	66,2%	47,1%	18.668 (,000)
ქირურგიული ჩარევისას რეგულარულად გამოიყენება სტერილური ხელთათმანი	42,8%	18,4%	33.427 (,000)
კლინიკაში იფუთება ინსტრუმენტები სტერილიზაციის წინ	78,1%	67,3%	17.311 (,001)
ჰაერის/წყლის ექვექტორის სტერილიზაცია ყოველი ხმარების შემდეგ	53,2%	38,1%	15.074 (,005)

ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება თავდახურული კონტეინერით	79,2%	69,1%	19.936 (,000)
სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით	63,6%	57,8%	10.196 (,017)
სტერილიზაციისთვის გამოიყენება ავტოკლავირება	84,8%	74,0%	12.756 (,002)
ინსტრუმენტით ტრავმის მიღების შემთხვევაში მიჰყვება პოსტ-კონტაქტურ პროტოკოლს	64,7%	54,3%	14.968 (,002)

კლინიკაში ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის პოზიციის არსებობის მიხედვით მიღებული შედეგები

სტომატოლოგიურ კლინიკაში უნდა არსებობდეს ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი (ბრძანება N 01-38/ნ; 07.09.2015), რომელმაც უნდა უზრუნველყოს დაწესებულებაში იკ-ის სტანდარტების დაცვა, სოპ-ების შემუშავება, პერსონალის განათლება/ტრენინგები უსაფრთხო მომსახურების შესახებ და ა.შ. ჩვენ მიერ გამოკვლეული კლინიკების უმრავლესობა (83,3%) აკმაყოფილებს აღნიშნულ მოთხოვნას; კლინიკების 9,17%-ს არ ჰყავს დანიშნული იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, ხოლო კვლევაში მონაწილე კლინიკების ექიმთა 7,52%-მა ვერ გაგვცა პასუხი (დიაგრამა N16). ჩვენი ჰიპოთეზის მიხედვით, კლინიკებში, სადაც არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, უკეთესი მდგომარეობაა როგორც უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტების ცოდნის მხრივ, ასევე პრაქტიკაში მათი განხორციელების მიხედვით. N15 ცხრილში წარმოდგენილია სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილება ($P\text{ value}<0.05$) ჯგუფის მიხედვით. I ჯგუფი აერთიანებს კლინიკების პერსონალს, სადაც არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, პასუხით: „დიახ“; ხოლო II ჯგუფის რესპონდენტთა კლინიკებში ასეთი პოზიცია არ არის, პასუხით: „არა“. როგორც ცხრილიდან ირკვევა, I ჯგუფში უფრო მეტმა იცის (78,3%), რომ ყველა პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული, ვიდრე II ჯგუფში (55,6%); კლინიკაში ინფექციურ დაავადებათა ტრანსმისიის ალბათობა I ჯგუფში მეტმა დაადასტურა: HBV - I ჯგ. - 85,4%; II ჯგ. - 66,7%. HCV - I ჯგ. - 85,1%; II ჯგ. - 71,1%. TB - I ჯგ. - 72,0%; II ჯგ. - 40,0%. RI - I ჯგ. - 72,4%; II ჯგ. - 51,1%. I ჯგუფიდან ინფიცირებულ პაციენტს მკურნალობაზე უარს ეტყვის -

1,5%, ხოლო II ჯგუფიდან გაცილებით მეტი - 13,3%; ინფიცირებულ პაციენტს მოემსახურება უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტების დაცვით I ჯგუფის 84,1%, ხოლო II-ში - 75,6%. იდს-ის გამოყენებაც უფრო რეგულარულად ხდება I ჯგუფში: დამცავი სათვალე - 76,3% (II ჯგ. - 60,0%); დამცავი ფარი - 64,6% (II ჯგ. - 42,2%); უნიფორმა - 96,3% (II ჯგ. - 80,0%); ხელთათმანი - 96,3% (II ჯგ. - 80,0%); დეზინფექტანტი - 67,1% (II ჯგ. - 33,3%). ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგიური ხსნარის/სტერილური წყლის გამოყენება I ჯგუფში - 57,3%; II ჯგუფში - 33,3%. კლინიკებში, სადაც არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, უკეთესი მაჩვენებელი აქვს დეზინფექცია-სტერილიზაციის პროცესებს. მაგალითად, დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდებს: I - 46,8%, II - 15,6%; ფოტოპოლიმერიზატორისა და რენტგენის ტუბუსის დეზინფიცირება ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ: I - 80,0%, II - 66,7%; ზედაპირების დეზინფექცია ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ: I - 82,7%; II - 53,3%. ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი გამოყენების შემდეგ: I - 55,6%; II - 35,6%. ჰაერის/წყლის ექექტორის სტერილიზაცია ყოველი მოხმარების შემდეგ: I - 48,5%; II - 40,0%. I ჯგუფში უკეთ არის მოწესრიგებული მოთხოვნები სასტერილიზაციო ოთახის შესახებ და მასში მიმდინარე პროცესები: ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება ხდება თავდახურული კონტეინერით - 77,1% (II - 57,8%); ინსტრუმენტები იფუთება სტერილიზაციის წინ - 76,6% (II - 44,4%); სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით - 65,1% (II - 28,9%); სტერილიზაცია მიმდინარეობს ავტოკლავირებით I - 81,2% (II - 60,0%); მიუხედავად იმისა, რომ წყლის ხარისხის პერიოდულად შემოწმებას კლინიკებში, ზოგადად, დაბალი მაჩვენებელი აქვს, უნდა აღინიშნოს, რომ I ჯგუფში ამ საკითხშიც უკეთესი მდგომარეობაა (31,0%) II ჯგუფთან შედარებით (8,9%); სამედიცინო ნარჩენების მართვაც უკეთესად არის მოგვარებული I ჯგუფში და 77,10% შემთხვევაში კლინიკიდან გააქვს სპეცსამსახურს (II - 44,40%); უნდა აღინიშნოს, რომ სოპ-ების კლინიკაში შემუშავების დონე ზოგადად საკმაოდ დაბალია, თუმცა კლინიკებში, სადაც არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, სოპ-ების მაჩვენებელიც უფრო მაღალია (22,2%), ვიდრე II ჯგუფში, სადაც არ არის იგივე პოზიცია განსაზღვრული (6,7%).

როგორც N15 ცხრილიდან ჩანს, საკვლევი ცვლადების საკმაოდ ბევრი კავშირი აღმოჩნდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი იმის გათვალისწინებით, არის თუ არა კლინიკაში ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი. ყველა მოყვანილი კავშირისთვის P $value < 0.05$, რაც სარწმუნოს ხდის დაშვებას, რომ კლინიკებში, სადაც განსაზღვრულია იკ-ზე

პასუხისმგებელი პირი და მისი მოვალეობები, უკეთ არის დაცული უსაფრთხო მომსახურების პირობები და ადასტურებს ჩვენი ჰიპოთეზის მართებულობას.

ცხრილი N15.

კლინიკაში იკ-ზე პასუხისმგებელი პირის პოზიციის არსებობის მიხედვით მიღებული შედეგების განაწილება

კლინიკაში არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი

ცვლადები	I ჯგუფი „დიახ“	II ჯგუფი „არა“	Chi-Square (P value)
ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია	78,3%	55,6%	12.116 (,002)
კლინიკაში შესაძლებელია HBV გადაცემა	85,4%	66,7%	55.089 (,000)
კლინიკაში შესაძლებელია HCV გადაცემა	85,1%	71,1%	28.608 (,000)
კლინიკაში შესაძლებელია TB გადაცემა	72,0%	40,0%	28.279 (,000)
კლინიკაში შესაძლებელია RI გადაცემა	72,4%	51,1%	13.755 (,008)
ინფიცირებულ პაციენტს უარს ეტყვის მკურნალობაზე	1,5%	13,3%	33.360 (,000)
ინფიცირებულ პაციენტს მოემსახურება უნივერს. თავდაცვის სტანდარტების დაცვით	84,1%	75,6%	33.360 (,000)
რეგულარულად იყენებს სათვალეს	76,3%	60,0%	11.403 (,022)
რეგულარულად იყენებს სახის დამცავ ფარს	64,6%	42,2%	24.574 (,000)
რეგულარულად იყენებს უნიფორმას	96,3%	80,0%	29.169 (,000)
რეგულარულად იყენებს ხელთათმანს	96,3%	80,0%	30.656 (,000)
რეგულარულად ხმარობს ხელის დეზინფექტანტს	67,1%	33,3%	33.621 (,000)
ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგ. ხსნ./სტერილური წყლის გამოყენება	57,3%	33,3%	16.297 (,003)
კლინიკაში პერიოდულად მოწმდება წყლის ხარისხი	31,0%	8,9%	49.574 (,000)
დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდებს	46,8%	15,6%	25.604 (,000)
ინსტრუმენტები იფუთება სტერილიზაციის წინ	76,6%	44,4%	26.090 (,000)

ფოტოპოლიმ. და რენტგენ. ტუბუსის დეზინფიცირება ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ	80,0%	66,7%	13.660 (,008)
ზედაპირების დეზინფექცია ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ	82,7%	53,3%	39.921 (,000)
ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი ხმარების შემდეგ	55,6%	35,6%	32.026 (,000)
ჰაერის/წყლის ექსპოზორის სტერილიზაცია ყოველი მოხმარების შემდეგ	48,5%	40,0%	25.732 (,001)
ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება თავდახურული კონტეინერით	77,1%	57,8%	17.204 (,009)
სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით	65,1%	28,9%	48.274 (,000)
სტერილიზაცია ავტოკლავირებით	81,2%	60,0%	14.112 (,007)
სამედიცინო ნარჩენები კლინიკიდან გააქვს სპეცსამსახურს	77,10%	44,40%	42.041 (,000)
კლინიკაში არის ინფექციის კონტროლის სოპ-ები	22,2%	6,7%	15.011 (,005)

შედეგები ტრენინგების გავლის მიხედვით

ინფექციის კონტროლის საკითხებში ცოდნის დონის გაუმჯობესება შესაძლებელია ტრენინგების გავლით და სემინარებზე დასწრებით. ჩვენი ჰიპოთეზით, პერსონალი, რომელსაც აქვს ტრენინგების გამოცდილება, უკეთეს შედეგებს აჩვენებს იკ-ის ცოდნასა და პრაქტიკაში. კვლევით დავადგინეთ, თუ კვალიფიკაციის ამაღლების რა საშუალებებს მიმართავენ რესპონდენტები: ტრენინგები/სემინარები - 67,7%; თვითგანათლება - 20,9%; არ არის ხელმისაწვდომი - 2,4%-თვის; თვლის, რომ საკმარისი ცოდნა აქვს - 8,9%-ს (დიაგრამა N10). გამოვყავით ორი ჯგუფი: I ჯგუფში გაერთიანდნენ, ისინი, ვისაც გავლილი აქვს ტრენინგი იკ-ის საკითხების შესახებ, ხოლო II ჯგუფში ისინი, ვინც თვლის, რომ საკმარისი ცოდნა აქვს. ცხრილი N16 აღწერს I და II ჯგუფებისთვის სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირების განაწილებას სხვადასხვა ცვლადების მიხედვით ($P\text{ value}<0,05$). აღსანიშნავია, რომ I ჯგუფის მხოლოდ 1,2% ამბობს უარს ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობაზე, ხოლო II ჯგუფიდან 13,6%; ინფიცირებულ პაციენტს მოემსახურება უნივერსალური სტანდარტების დაცვით: I ჯგ. - 87,4%; II ჯგ. - 77,3%; I ჯგუფში უკეთესი ცოდნა აქვთ დაავადებების კლინიკაში ტრანსმისიის შესახებ: TB - 69,1% (II ჯგ. - 52,3%); RI - 70,6% (II ჯგ. - 54,5%); I ჯგუფში უფრო რეგულარულად იყენებენ იდს-ებს: სათვალე - 77,2% (II ჯგ. - 72,7%); დამცავი

ფარი - 67,0% (II ჯგ. - 50%); უნიფორმა - 96,4% (II ჯგ. - 86,4%); I ჯგუფში უფრო ხშირად გამოიყენებენ ხელის დეზინფექტანტს - 69,7%, II ჯგუფისგან განსხვავებით - 43,2%; პრაქტიკაში I ჯგუფი უკეთესად იცავს იკ-ის წესებს, II ჯგუფთან შედარებით: ყოველ პაციენტზე ხდება ახალი ნერწყვამწოვის დაყენება (I ჯგ. - 94,3%; II ჯგ. - 84,1%); რეგულარულად ხდება წყლის ჭავლის გამოშვება ჰაერის/წყლის ეჯექტორიდან (I ჯგ. - 79,9%; II ჯგ. - 72,7%); ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგიური ხსნარის/სტერილური წყლის გამოყენება (I ჯგ. - 59,8%; II ჯგ. - 54,5%); დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდებს (I ჯგ. - 48,3%; II ჯგ. - 45,5%); კლინიკებში, სადაც ტრენირებული პერსონალი ყავთ, მეტად არის დაცული იკ-ის წესები: ინსტრუმენტები იფუთება სტერილიზაციის წინ (I ჯგ. - 79,0%; II ჯგ. - 59,1%); ზედაპირები დეზინფიცირდება ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ (I ჯგ. - 83,8%; II ჯგ. - 56,8%); ბუნიკებს ასტერილებენ ყოველი მოხმარების შემდეგ (I ჯგ. - 56,8%; II ჯგ. - 43,2%); კლინიკაში არის ინფექციურ კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი (I ჯგ. - 88,9%; II ჯგ. - 61,4%); ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება ხდება თავდახურული კონტეინერით (I ჯგ. - 80,8%; II ჯგ. - 61,4%); სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით (I ჯგ. - 65,8%; II ჯგ. - 40,9%); ინსტრუმენტების შეფუთვის ვარგისიანობა მოწმდება ინდიკატორით და ვადით (I ჯგ. - 45,9%; II ჯგ. - 27,3%); სტერილიზაცია ხდება ავტოკლავირებით (I ჯგ. - 85,3%; II ჯგ. - 56,8%); სამედიცინო ნარჩენების მართვის მაჩვენებელიც უკეთესია იმ კლინიკებში, სადაც ტრენირებული პერსონალია დასაქმებული: ექსტრაგირებული კბილები გროვდება საშიშ ნარჩენებთან ერთად (I ჯგ. - 91,3%; II ჯგ. - 84,1%); ნახმარ ბასრ ინსტრუმენტებს აგდებენ ჩხვლეტამდევე ერთჯერად კონტეინერში (I ჯგ. - 85,0%; II ჯგ. - 77,3%); მონაცემების მიხედვით, პერსონალი, რომელსაც გავლილი აქვს იკ-ის ტრენინგები/სემინარები, უკეთეს შედეგს აჩვენებს ყველა კომპონენტში, ვიდრე ექიმები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ საკმარისი ცოდნა აქვთ ინფექციური უსაფრთხოების საკითხებში. იმ საკითხებშიც, რომელთა მიმართაც საზოგადოდ დაბალი მაჩვენებელია მთლიან საკვლევ კონტინგენტში, ტრენირებული პერსონალი უფრო უკეთეს ცოდნასა და პრაქტიკას აჩვენებს არატრენირებულ რესპონდენტებთან შედარებით და შედეგებს შორის განსხვავებები 4,5%-28,5% ინტერვალს შეადგენს. ცხრილში მოყვანილი ყველა მონაცემისთვის $P\text{ value} < 0,05$, რითაც მტკიცდება, რომ ჩვენ მიერ წამოყენებული ჰიპოთეზა სტატისტიკურად სარწმუნოა.

ცხრილი N16.

ტრენინგების გავლის მიხედვით მიღებული შედეგების განაწილება

ცვლადები	I ჯგუფი „გავლილი მაქვს იკ ტრენინგი“	II ჯგუფი „საკმარისი ცოდნა მაქვს“	Chi-Square (P value)
კლინიკაში შესაძლებელია ტუბერკულოზის (TB) გადაცემა	69,1%	52,3%	16.887 (,010)
კლინიკაში შესაძლებელია რესპირატორული ინფექციის (RI) გადაცემა	70,6%	54,5%	15.593 (,016)
ინფიცირებულ პაციენტს უარს ეტყვის მეურნეობაზე	1,2%	13,6%	36.692 (,000)
ინფიცირებულ პაციენტს მოემსახურება უნივერს. თავდაცვის სტანდარტებით	87,4%	77,3%	36.692 (,000)
რეგულარულად იყენებს სათვალეს	77,2%	72,7%	17.834 (,007)
რეგულარულად იყენებს სახის დამცავ ფარს	67,0%	50,0%	31.621 (,000)
რეგულარულად იყენებს უნიფორმას	96,4%	86,4%	13.664 (,034)
რეგულარულად იყენებს ქუდს	63,4%	54,5%	27.069 (,000)
რეგულარულად ხმარობს ხელის დეზინფექტანტს	69,7%	43,2%	27.975 (,001)
ყოველ პაციენტზე ხდება ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენება	94,3%	84,1%	28.647 (,000)
რეგულარულად მიმართავს წყლის ჭავლის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ეჯექტორიდან	79,9%	72,7%	8.202 (,042)
ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგ. ხსნ./სტერილური წყლის გამოყენება	59,8%	54,5%	18.005 (,006)
დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდებს	48,3%	45,5%	22.890 (,001)
ინსტრუმენტები იფუთება სტერილიზაციის წინ	79,0%	59,1%	24.120 (,004)
ზედაპირების დეზინფექცია ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ	83,8%	56,8%	28.556 (,001)
ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი მოხმარების შემდეგ	56,8%	43,2%	23.889 (,021)
კლინიკაში არის ინფექციურ კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი	88,9%	61,4%	41.691 (,000)
ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება თავდახურული კონტეინერით	80,8%	61,4%	26.632 (,002)

სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით	65,8%	40,9%	29.561 (,001)
ინსტრუმენტების შეფუთვის ვარგისიანობის შემოწმება ინდიკატორით და ვადით	45,9%	27,3%	20.447 (,015)
სტერილიზაცია ავტოკლავირებით	85,3%	56,8%	28.004 (,000)
ექსტრაგირებული კბილი გროვდება საშიშ ნარჩენებთან ერთად	91,3%	84,1%	9.795 (,020)
ნახმარ ბასრ ინსტრუმენტებს აგდებენ ჩხვლეტამდე ერთჯერად კონტეინერში	85,0%	77,3%	21.286 (,011)

შედეგები სტომატოლოგიური დარგის სპეციალიზაციის მიხედვით

სტომატოლოგიური დარგის სპეციალიზაციის მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი ($P < 0,05$) გამოვლინდა მხოლოდ ოთხ შემთხვევაში (ცხრილი N17), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ სხვადასხვა მიმართულების სტომატოლოგების ინფექციის კონტროლის საკითხების ცოდნა და სწორი პრაქტიკა მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება, რამდენიმე პოზიციის გარდა. წარმოგიდგენთ ცვლადების ყველაზე მაღალ და დაბალ მნიშვნელობებს სპეციალიზაციის მიხედვით. N17 ცხრილში წარმოდგენილ სტატისტიკურ შედეგებში ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს „ზედაპირების დეზინფექცია ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ“, სადაც ლიდერობენ ბავშვთა სტომატოლოგები (100%), ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ეკუთვნით ორთოდონტებს (40%), განსხვავება პასუხებს შორის მნიშვნელოვანია და შეადგინა 40%. ყველა დარგში დაბალი მაჩვენებელია აღებული ანაბეჭდის დეზინფიცირების საკითხზე: ყბა-სახის ქირურგია - 50%; ორთოდონტია - 20%. ჰაერის/წყლის ექვეტორის სტერილიზაცია ყოველი მოხმარების შემდეგ: ორთოპედია - 52,9%; ბავშვთა სტომატოლოგია - 20%. ცოდნა - „სტერილიზაციის მონიტორინგი ინდიკატორებით საჭიროა ყოველ ციკლზე“: ორთოპედია - 55,9%; ორთოდონტია - 20%.

ცხრილი N17.

სპეციალიზაციის მიხედვით შედეგების განაწილება

ცვლადები	თერაპევტი	ქირურგი	ყბა-სახია ქირურგი	ორთპედი	ორთოდონტი	ზავშვთა სტომატოლოგი	Chi-Square (P value)
დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდებს	34,1%	27,8%	50,0%	44,1%	20,0%	30,0%	52.081 (,000)
ზედაპირების დეზინფექცია ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ	81,4%	68,5%	75,0%	67,6%	40,0%	100,0%	34.670 (,031)
ჰაერის/წყლის ეჯექტორის სტერილიზაცია ყოველი ხმარების შემდეგ	50,5%	48,1%	50,0%	52,9%	40,0%	20,0%	57.108 (,001)
ცოდნა: სტერილიზაციის მონიტორინგი ინდიკატორებით საჭიროა ყოველ ციკლზე	50,9%	42,6%	25,0%	55,9%	20,0%	50,0%	23.911 (,047)

შედეგები B ჰეპატიტზე ჩატარებული იმუნიზაციის მიხედვით

ინფექციის კონტროლის რეკომენდაცია ითვალისწინებს კლინიკის პერსონალის იმუნიზაციის აუცილებლობას, რაც მოწოდებულია შესაბამისი ბრძანებით (№01-6/ნ 22.01.2019). ჩვენს კვლევაში აღვწერეთ B ჰეპატიტზე იმუნიზაციის საკითხი. ირკვევა, რომ ექიმების 56% არ არის აცრილი; 37% აცრილია საკუთარი სურვილით, ხოლო 7% კლინიკის მოთხოვნით (დიაგრამა N12). ცხრილში N18 მოცემულია სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირების განაწილება B ჰეპატიტზე აცრების მიხედვით ($P\text{ value}<0,05$). შედეგი ადასტურებს, რომ იმუნიზებული ექიმები უფრო რეგულარულად იყენებენ იდს-ს (დამცავი სათვალე და ფარი, ქუდი), ხელის დეზინფექტანტს; უფრო ხშირად მიმართავენ წყლის ჭავლის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ეჯექტორიდან; ინსტრუმენტების შეფუთვის მაჩვენებელიც უფრო მაღალია;

კლინიკებში, სადაც ექიმების იმუნიზაცია სავალდებულოა, ყოველ პაციენტზე ახალი ნერწყვგამწოვის გამოყენების მაჩვენებელია 100%; საქართველოს სტომატოლოგიური კლინიკების წყლის ხარისხის კონტროლის სიხშირისა და სოპ-ების არსებობის მაჩვენებლები ზოგადად დაბალია, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიკებში, სადაც იმუნიზებული ექიმები მუშაობენ, უფრო ხშირად ამოწმებენ წყლის ხარისხს და შეიმუშავენ სოპ-ებს. კლინიკის მოთხოვნით იმუნიზებული უფრო მეტი ექიმი ფიქრობს, რომ ზედაპირების დეზინფექცია საჭიროა ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ - 88,9% და მათი კლინიკების სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით - 77,8%, რაც განსხვავდება არაიმუნიზებული ექიმების მაჩვენებლებისაგან - 82,2% და 61,1% შესაბამისად. მონაცემების მიხედვით შეიძლება დავასკვნათ, რომ კლინიკებში, სადაც ყურადღებას აქცევენ იმუნიზაციის საკითხს, ზოგადად უფრო მოწესრიგებული აქვთ იკ-ის სხვა საკითხებიც და პირიქით, დაწესებულებები, რომლებიც მისდევენ იკ-ის პროტოკოლებს, იმუნიზაციას განიხილავენ, როგორც უსაფრთხოების ერთ-ერთ კომპონენტს.

ცხრილი N18

შედეგების განაწილება B ჰეპატიტზე ჩატარებული იმუნიზაციის მიხედვით

იმუნიზაცია B ჰეპატიტის წინააღმდეგ

ცვლადები	დიახ, საერთო სურვილით	დიახ, კლინიკა მავალდებულს	არა	Chi-Square (P value)
რეგულარულად იყენებს სათვალეს	81,8%	80,6%	67,3%	15.190 (,004)
რეგულარულად იყენებს სახის დამცავ ფარს	67,4%	72,2%	53,8%	12.501 (,014)
რეგულარულად იყენებს ქუდს	59,1%	69,4%	54,9%	14.037 (,007)
რეგულარულად ხმარობს ხელის დეზინფექტანტს	63,5%	77,8%	60,7%	16.914 (,010)
ყოველ პაციენტზე ხდება ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენება	93,4%	100,0%	86,2%	10.812 (,029)
რეგულარულად მიმართავს წყლის ჭავლის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ეჯექტორიდან	81,8%	86,1%	71,3%	8.730 (,013)
კლინიკაში პერიოდულად მოწმდება წყლის ხარისხი	31,5%	52,8%	21,1%	20.569 (,000)

ინსტრუმენტები იფუთება სტერილიზაციის წინ	80,7%	88,9%	66,2%	19.211 (,004)
ზედაპირების დეზინფექცია საჭიროა ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ	75,1%	88,9%	82,2%	14.989 (,020)
კლინიკაში არის ინფ. კონტროლის სოპ-ები	23,2%	38,9%	15,3%	14.818 (,005)
სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით	57,5%	77,8%	61,1%	14.355 (,026)

შედეგები ინფექციის კონტროლის სოპ-ების კლინიკაში არსებობის მიხედვით

სტომატოლოგიური მომსახურება განიხილება, როგორც მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა, რომელზეც ვრცელდება სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კონტროლი და პრევენცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით. შესაბამისად, ინფექციური კონტროლის უზრუნველსაყოფად სტომატოლოგიურ კლინიკებში შემუშავებული უნდა იყოს სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (სოპ). ჩვენ მიერ გამოკვლეული კლინიკების ექიმთა შორის სოპ-ების არსებობა დაადასტურა 19,9%-მა (I ჯგ.); 40,4% ვერ იხსენებს (II ჯგ.), ხოლო 39,6%-მა აღნიშნა, რომ სოპ-ები მათ კლინიკაში არ არის (III ჯგ.). პასუხების მიხედვით შეიქმნა სამი ჯგუფი, გამოვლინდა თითოეულის მიმართ სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირები ($P\text{ value}<0,05$) და მონაცემები შეტანილ იქნა N19 ცხრილში. ჩვენი ჰიპოთეზის თანახმად, ის კლინიკები, რომლებშიც შემუშავებულია სოპ-ები, უკეთესად პასუხობენ იკ-ის მოთხოვნებს. მონაცემებით ირკვევა, რომ კლინიკების უმრავლესობაში (92,9%), სადაც იქმნება სოპები (I ჯგუფი), არის ინფექციურ კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი, ხოლო დანარჩენ კლინიკებში დაფიქსირდა ნაკლები მაჩვენებელი (II ჯგ. - 83,4%; III ჯგ. - 78,5%); B ჰეპატიტის იმუნიზაციის მაჩვენებელი ზოგადად დაბალია საკვლევ პოპულაციაში, თუმცა, უფრო მეტი რესპონდენტია იმუნიზებული I ჯგუფში (42,9%), ვიდრე II (37,2%) და III (33,3%) ჯგუფებში. I ჯგუფში უფრო მეტმა რესპონდენტმა იცის, რომ ყველა პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული (84,7%), შედარებით დანარჩენი ჯგუფებთან (II ჯგ. - 77,4%; III ჯგ. - 71,3%); I ჯგუფში უკეთესი ცოდნა გამოავლინეს C ჰეპატიტისა (92,9%) და ქსოვილური სითხეებით (94,9%) დაავადების ტრანსმისიის ალბათობის შესახებ, ვიდრე II (84,4%; 85,4% შესაბამისად) და III (77,9%; 83,6% შესაბამისად) ჯგუფებში. ინსტრუმენტით ტრავმის მიღების შემთხვევაში I ჯგუფის უფრო მეტი რესპონდენტი მიჰყვება პოსტ-

კონტაქტურ პროტოკოლს - 75,5%, ხოლო II და III ჯგუფში შესაბამისად 63,3% და 48,7%; ხელთათმანის სწორად გამოყენება უკეთ ხდება I ჯგუფში, II და III ჯგუფებთან შედარებით - 74,5%; 60,3% და 53,8% შესაბამისად; ხელის დეზინფექტანტს ასევე უფრო ხშირად იყენებენ I ჯგუფში, ვიდრე II და III ჯგუფში: 76,5%; 65,8% და 53,3% შესაბამისად. უკეთესი შედეგია იკ-ის წესების პრაქტიკაში დაცვის მხრივ ასევე I ჯგუფში; მაგალითად, ყოველ პაციენტზე ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენების მაჩვენებელი შემდეგნაირად გადანაწილდა: 94,9%, 94,0% და 83,1% შესაბამისად. ბუნიკიდან და ჰაერის/წყლის ექვექტორიდან რეგულარულად წყლის ჭავლის გამოშვებას მიმართავს I, II და III ჯგუფიდან შესაბამისად: 91,8%; 80,9% და 82,1% - ბუნიკის შემთხვევაში; 89,8%; 74,4% და 71,3% - ექვექტორის შემთხვევაში. ქირურგიული მანიპულაციების დროს გამოიყენება ფიზიოლოგიური ხსნარი ან სტერილური წყალი: 74,5%; 58,3% და 43,6%, შესაბამისად I, II, III ჯგუფებისა. I ჯგუფში უფრო მოწესრიგებულია დეზინფექცია-სტერილიზაციის წესების შესრულების საკითხი, ვიდრე II და III ჯგუფებში. აღებულ ანაბეჭდებს უტარდება დეზინფიცირება: 60,2%; 36,7% და 40,0%, შესაბამისად I, II, III ჯგუფებისა; ზედაპირებს ადეზინფიცირებენ ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ: 93,9%; 78,9% და 74,4%, შესაბამისად I, II, III ჯგუფებისა; სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით: 84,7%; 57,8% და 52,3% შესაბამისად I, II, III ჯგუფებისა; სტერილიზაციის მონიტორინგს ახორციელებენ ინდიკატორებით ყოველ ციკლზე: 63,3%; 47,2% და 46,7% შესაბამისად I, II, III ჯგუფებისა. მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკებში წყლის ხარისხის პერიოდულად შემოწმების დონე საკვლევ პოპულაციაში ზოგადად დაბალია, I ჯგუფში უფრო მაღალი მაჩვენებელია - 39,8%, ვიდრე II და III ჯგუფებში: 29,1% და 19,0% შესაბამისად. სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობა უკეთ იცაიან I ჯგუფში; მაგალითად, გამოყენებული შპრიცები დაუყოვნებლივ იყრება ბასრი ინსტრუმენტების კონტეინერში: 73,5% - I ჯგ; 66,3% - II ჯგ; 53,3% - III ჯგ. ყველა კომპონენტის მიხედვით, რომელიც N19 ცხრილშია მოცემული, კლინიკებში სადაც შემუშავებულია სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, იკ-ის სტანდარტების დაცვის მხრივ უკეთესი შედეგებია, ვიდრე დანარჩენ კლინიკებში, რაც სტატისტიკურად ადასტურებს ჩვენს ჰიპოთეზას ($P\text{ value} < 0,05$).

ცხრილი N19

შედეგების განაწილება კლინიკაში იკ-ის სოკ-ის არსებობის მიხედვით

კლინიკაში არის იკ-ის სოკ-ები

ცვლადები	I ჯგუფი „დიახ“	II ჯგუფი „არ მახსენდება“	III ჯგუფი „არა“	Chi-Square (P value)
B ჰეპატიტის იმუნიზაცია	42,9%	37,2%	33,3%	14.818 (,005)
ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია	84,7%	77,4%	71,3%	6.683 (,035)
კლინიკაში შესაძლებელია C ჰეპატიტის გადაცემა	92,9%	84,4%	77,9%	13.911 (.008)
ქსოვილური სითხეების შეშხეფებით/შესხმით შესაძლებელია ინფექციური დაავადებების გადაცემა	94,9%	85,4%	83,6%	7.566 (,023)
ინსტრუმენტით ტრავმის მიღების შემთხვევაში მიჰყვება პოსტ-კონტაქტურ პროტოკოლს	75,5%	63,3%	48,7%	22.310 (,001)
ხელთათმანს იცვლის პაციენტებს შორის და დამატებით ყოველი დაზიანების შემთხვევაში	74,5%	60,3%	53,8%	12.250 (,016)
რეგულარულად მოიხმარს ხელის დეზინფექტანტს	76,5%	65,8%	53,3%	29.016 (,000)
ყოველ პაციენტზე ხდება ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენება	94,9%	94,0%	83,1%	29.623 (,000)
წყლის ჭავლის გამოშვებას ბუნიკებიდან რეგულარულად	91,8%	80,9%	82,1%	6.224 (,045)
წყლის ჭავლის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ექვეტორიდან რეგულარულად	89,8%	74,4%	71,3%	12.963 (,002)
ქირურგიული მანიპულაციების დროს გამოიყენება ფიზიოლოგიური ხსნარი ან სტერილური წყალი	74,5%	58,3%	43,6%	38.648 (,000)
კლინიკაში პერიოდულად მოწმდება წყლის ხარისხი	39,8%	29,1%	19,0%	24.223 (,000)
გამოყენებული შპრიცები დაუყოვნებლივ იყრება ბასრი ინსტრუმენტების კონტეინერში	73,5%	66,3%	53,3%	30.647 (,000)
აღებულ ანაბეჭდებს უტარდება დეზინფიცირება	60,2%	36,7%	40,0%	18.308 (,000)
ზედაპირების დეზინფექცია საჭიროა ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ	93,9%	78,9%	74,4%	18.528 (,005)
სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით	84,7%	57,8%	52,3%	35.058 (,000)

სტერილიზაციის მონიტორინგი ინდიკატორებით საჭიროა ყოველ ციკლზე	63,3%	47,2%	46,7%	10.853 (,028)
კლინიკაში არის ინფექციურ კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი	92,9%	83,4%	78,5%	15.011 (,005)

ექიმები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ „ქსოვილური სითხეების შეშხეფებით/შესხმით შესაძლებელია ინფექციური დაავადებების გადაცემა“, 81% შემთხვევაში ადასტურებენ, რომ „სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია აივ/შიდსის გადაცემა“, განსხვავებით იმ ექიმებისგან (63,6%), რომლებიც ქსოვილური სითხეებით ინფექციების ტრანსმისიის მოსაზრებას არ ეთანხმებიან. სხვა ინფექციური დაავადებების მიხედვით (ჰეპატიტები, რესპირატორული დაავადებები, TB) სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი არ გამოვლინდა.

ამ მონაცემების სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი წარმოდგენილია ცხრილში N20 ($P\text{ value}<0,05$).

ცხრილი N20

ინფექციის გადადების ცოდნა

ქსოვილური სითხეების შეშხეფებით/შესხმით შესაძლებელია
ინფექციური დაავადებების გადაცემა

ცვლადები	დიახ	არა	Chi-Square (P value)
სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია აივ/შიდსის გადაცემა	81,0%	63,6%	15.647 (,000)

თავი III

უსაფრთხო სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ პაციენტთა ცოდნა- დამოკიდებულება-პრაქტიკის შესწავლა-შეფასება

კვლევის მასალები და მეთოდები

3.1. კვლევის ობიექტი

სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციების კონტროლის სისტემის, როგორც კვლევის ობიექტის შეფასებისათვის, მნიშვნელოვან საკვლევ სუბიექტებს წარმოადგენენ სტომატოლოგიური პაციენტები. ამ თავში წარმოდგენილია საკვლევი თემატიკის მეორე კომპონენტი - უსაფრთხო სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ პაციენტთა ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის შესწავლა-შეფასება. აღნიშნული კვლევის მასალების მიხედვით დაიწერა სტატია „Knowledge, attitudes and practice of patients towards cross-infection control measures in dental clinics in Georgia“ (Georgian Medical News, № 2020. ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი - წარდგენილია გამოსაქვეყნებლად).

3.2. მეთოდოლოგია, კვლევის დიზაინი

საკვლევი თემატიკის მეორე კომპონენტის მიზანია სტომატოლოგიურ კლინიკებში ინფექციური კონტროლის ზომების მიმართ საქართველოს პაციენტთა ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (Knowledge, Attitudes and Practice- KAP) შესწავლა-შეფასება.

კვლევა შედგება აღწერილობითი ნაწილისაგან, რომელიც მოიცავს რესპონდენტთა სოციო-დემოგრაფიულ მონაცემებს და მათი პერსექტივიდან აღქმულ ინფექციის კონტროლის საკითხებს სტომატოლოგიურ კლინიკებში. კვლევის კორელაციური ანალიზის ნაწილში წარმოდგენილია სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლადების განაწილება და კვლევის შედეგები.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, გამოყენებულ იქნა ჯვარედინ-სექციური და პოპულაციურ-აღწერილობითი ტიპის მეთოდოლოგიები.

3.3. კვლევის ინსტრუმენტი, ეთიკური ასპექტები

საკვლევ ინსტრუმენტს წარმოადგენს თვითადმინისტრირებადი, ანონიმური კითხვარი-ანკეტა, რომელიც შედგება სამი ნაწილისგან და მოიცავს 22 დახურულ კითხვას (იხ. თანდართული CD). კითხვარები განიხილა საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის ჰუმანურ საკითხთა საბჭომ. კითხვარი ანონიმურია და არ შეიცავს ისეთ კითხვებს, რომლითაც შესაძლებელი იქნება პიროვნების იდენტიფიცირება. კვლევის შედეგები გამოყენებულ იქნა მხოლოდ სამეცნიერო მიზნით. კითხვარი შეიცავს სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციური კონტროლის ხარისხთან დაკავშირებულ შეკითხვებს, რომლის პირველი ნაწილი მოიცავს სოციო-დემოგრაფიულ მონაცემებს და სტომატოლოგიურ კლინიკაში ვიზიტების სიხშირეს. მეორე ნაწილის კითხვებით შესაძლებელია სტომატოლოგიურ კლინიკებში ისეთი ინფექციის გავრცელების აღბათობისა და კონტროლის მეთოდების შესახებ ცოდნის შეფასება, როგორიცაა სისხლის გზით გადაცემადი ინფექციები (აივ/შიდსი, ვირუსული ჰეპატიტი B და C), ტუბერკულოზი და რესპირატორული ინფექციური დაავადებები. ამავე ნაწილში მოცემულია კითხვები სტომატოლოგიური მომსახურების დროს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (ხელთათმანი, ნიღაბი, დამცავი სათვალე ან ფარი, უნიფორმა და ა.შ.) გამოყენების აუცილებლობის შესახებ. კითხვარის მესამე ნაწილით შესაძლებელია ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების მიმართ სტომატოლოგიური პაციენტების აღქმის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შეფასება.

3.4. მიზნობრივი ჯგუფი, საკვლევი რეგიონების შერჩევა, საკვლევი ჯგუფის ზომის შერჩევის მეთოდები

ჯვარედინ-სექციური კვლევა ჩატარდა საქართველოს ათივე რეგიონისა და ქ. თბილისის მაცხოვრებლებს შორის. სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (<https://www.geostat.ge/ka>) მონაცემებით გაირკვა საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა (3 713 804), ხოლო ეპიდემიოლოგიური გათვლებით (https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm) დადგინდა საკვლევი ერთობლიობის ზომა, რომლის მიხედვითაც მინიმალური რაოდენობა განისაზღვრა 385 რესპონდენტით. შემდეგ ეტაპზე დაანგარიშდა თითოეული რეგიონისა და

ქ. თბილისისათვის მონაწილე პაციენტი რესპონდენტების აუცილებელი მინიმუმი, მათი საერთო რაოდენობიდან ($n=385$) პროცენტული განაწილების გათვალისწინებით. N21 ცხრილში წარმოდგენილია მოსახლეობის რაოდენობა რეგიონების მიხედვით და წილი (%) საერთო რაოდენობიდან. კვლევაში ნებაყოფლობითი მონაწილეობა მიიღო შემთხვევითი პრინციპით შერჩეულმა საქართველოს 577-მა მოქალაქემ 2018-2019 წწ. განმავლობაში. მონაწილეთა რაოდენობა გაცელებით მეტია, ვიდრე საკვლევი რაოდენობის მინიმუმი. რესპონდენტების ჩართულობა განხორციელდა სუ-ის რეგიონული ოფისების თანადგომით.

ცხრილი N21.

მოსახლეობის რაოდენობა და წილობრივი განაწილება საქართველოს რეგიონების მიხედვით

რეგიონი	მოსახლეობის რაოდენობა და წილი საერთო რაოდენობიდან (%)	
თბილისი	1 108 717	(29,85%)
აჭარა	333 953	(8,99%)
გურია	113 350	(3,05%)
იმერეთი	533 906	(14,37%)
კახეთი	318 583	(8,57%)
მცხეთა-მთიანეთი	94 573	(2,54%)
რაჭა-ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთი	32 089	(0,86%)
სამგრელო-ზემო სვანეთი	330 761	(8,90%)
სამცხე-ჯავახეთი	160 504	(4,32%)
ქვემო ქრთლი	423 986	(11,41%)
შიდა ქართლი	263 382	(7,09%)
სულ	3 713 804	(100%)

წყარო: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>

3.5. ცვლადები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზის სტრუქტურა

ჯვარედინ-სექციური კვლევის (Cross-sectional Study) სახელდებითი ცვლადებისთვის (Nominal variables) გამოყენებულ იქნა აღწერილობითი სტატისტიკის მეთოდები. დიქტომურ ცვლადების შორის კავშირის დასადგენად გამოყენებულ იქნა კორელაციური ანალიზი, კროსტაბულაციების პირსონის χ^2 ტესტი (Pearson Chi-Square). ნულოვანი ჰიპოთეზის მართებულობის აღბათობა ($p < 0.05$) მიჩნეულ იქნა, როგორც სტატისტიკურად სარწმუნო. ნაშრომის კვლევის შედეგებში წარმოდგენილია სტატისტიკურად სარწმუნო კორელაციური კავშირის მონაცემთა განაწილება პაციენტების სქესის, განათლებისა და დასაქმების მიხედვით. მონაცემთა ბაზის სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა სტატისტიკური პროგრამა SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23-ე ვერსიის საშუალებით (IBM SPSS Statistics, for Windows, Version 23.0. Armonk, NY). 577 კითხვარიდან გაანალიზებულ იქნა 570 (16 წლამდე რესპონდენტების 7 კითხვარის გამოკლებით).

3.6. კვლევით მიღებული შედეგები

დესკრიპტული და კორელაციური ანალიზი

სოციო-დემოგრაფიული მონაცემები

საკვლევი პოპულაცია შეადგინა 570 რესპონდენტმა. მათ შორის ქალი იყო 71,4% ($n=407$), ხოლო კაცი - 28,6% ($n=163$). რესპონდენტთა განათლების სტატუსი იყო საშუალო, ტექნიკური, არასრული უმაღლესი და უმაღლესი - 14,9%; 3,9%; 51,1%; 30,2% შესაბამისად. გამოკითხულთა 43,0% დასაქმებულია; 8,2% - უმუშევარი; 43,7% - სტუდენტი; 4,0% - მოსწავლე და 1,1% - პენსიონერი. რესპონდენტთა 50,7% თბილისიდან იყო, 49,3% - საქართველოს 10 რეგიონიდან. ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: 68,9% - დასაოჯახებელი; 29,5% - დაოჯახებული; 0,5% - ქვრივი; 1,1% - განქორწინებული. სტომატოლოგთან ბოლო ვიზიტის შესახებ გაირკვა, რომ გამოკითხულთა 43,5% წელს, 27,7% - გასულ წელს, ხოლო 28,8% - კი 2-3 წლის წინ იმყოფებოდა სამკურნალოდ; ასაკობრივი ჯგუფები წარმოდგენილ იქნა 20 წლამდე, 20-30წწ, 31-40წწ, 41-50წწ, 51-60წწ და 60 წელზე მეტი - 38,6%; 34,4%; 9,3%; 8,6%; 5,4% და 3,7% შესაბამისად. შეზღუდული შესაძლებლობა დადგენილი ჰქონდა 8 პირს (ცხრილი N22). მინიმალური ასაკი

განისაზღვრა 16 წლით, ხოლო მაქსიმალური - 88 წლით. საშუალო ასაკი იყო 27.86, ყველაზე ხშირი კი -18 წელი (ცხრილი N23;).

ცხრილი N22.

პაციენტების სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები

ცვლადები		No	%
სქესი	კაცი	163	28,6
	ქალი	407	71,4
ასაკი (წწ)	<20	220	38,6
	20-30	196	34,4
	31-40	53	9,3
	41-50	49	8,6
	51-60	31	5,4
	>60	21	3,7
განათლება	საშუალო	85	14,9
	ტექნიკური	22	3,9
	არასრული უმაღლესი	291	51,1
	უმაღლესი	172	30,2
დასაქმება (სამუშაო სტატუსი)	დასაქმებული	245	43
	უმუშევარი	47	8,2
	სტუდენტი	249	43,7
	მოსწავლე	23	4
	პენსიონერი	6	1,1
საცხოვრებელი ადგილი	თბილისი	289	50,7
	რეგიონები (10)	281	49,3
ოჯახური მდგომარეობა	დასაოჯახებელი	393	68,9
	დაოჯახებული	168	29,5
	ქვრივი	3	0,5
	განქორწინებული	6	1,1
ბოლო ვიზიტი სტომატოლოგთან	წელს	248	43,5
	გასულ წელს	158	27,7
	2-3 წლის წინ	164	28,8
შეზღუდული შესაძლებლობა	დადგენილია	8	1,4
	არ აქვს დადგენილი	562	98,6

ცხრილი N23.

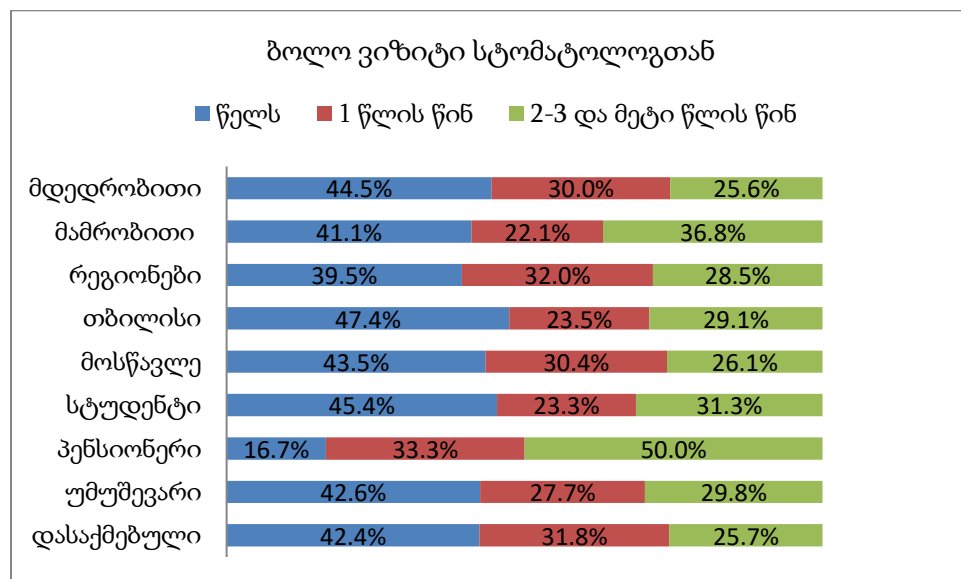
რესპონდენტთა ასაკის განაწილება

	ასაკი
--	-------

N	Valid	570
	Missing	0
Mean		27.86
Median		22.00
Mode		18
Minimum		16
Maximum		88

წყარო: კვლევის მასალები

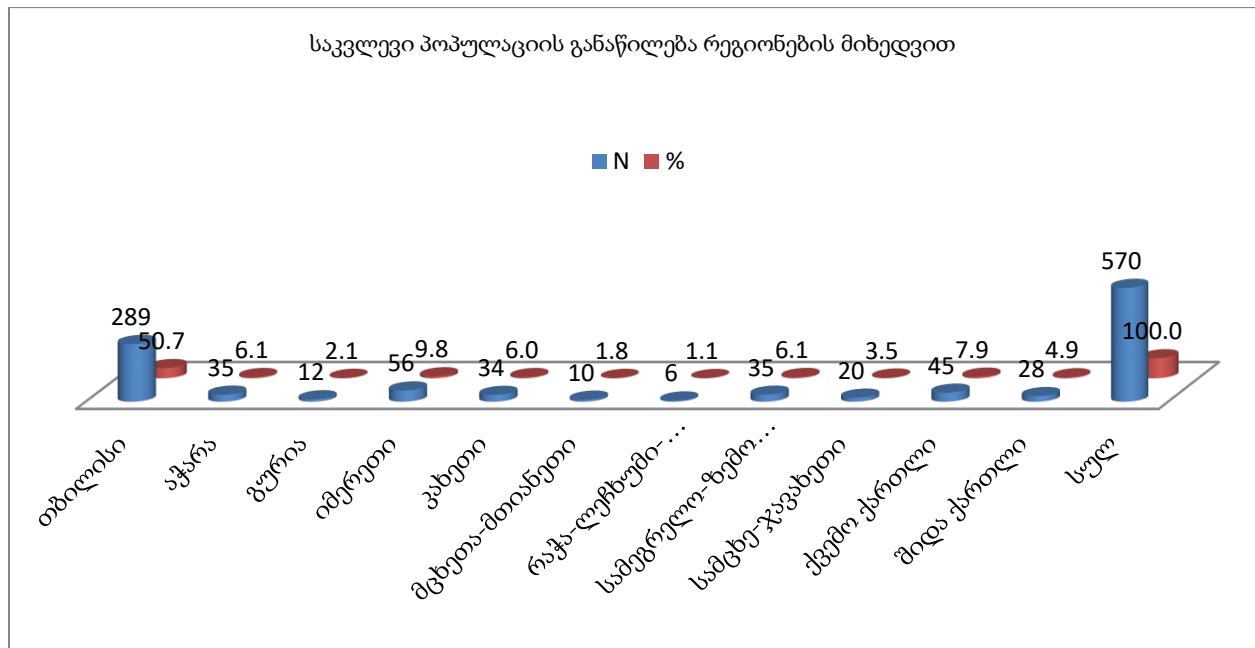
ორკვევა, რომ წელს სტომატოლოგს ყველაზე ხშირად აკითხავდნენ სტუდენტები - 45,4%, ხოლო პენსიონერები ყველაზე ნაკლებად - 16,7%; წელს ქალები უფრო მეტად აქცევდნენ ყურადღებას პირის ღრუს მოვლას მამაკაცებთან შედარებით - 44,5% და 41,1% შესაბამისად (სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი, $P\text{-value}=0,018$); წელს დედაქალაქის მაცხოვრებლები უფრო აქტიურობდნენ - 47,4%, ვიდრე რესპონდენტები რეგიონებიდან - 39,5% (დიაგრამა N55).



დიაგრამა N55.

სტომატოლოგთან ბოლო ვიზიტის განაწილება სოციო-დემოგრაფიული პარამეტრების მიხედვით

რესპონდენტების რაოდენობას და პროცენტულ მაჩვენებელს თითოეული საცხოვრებელი რეგიონის მიხედვით ასახავს დიაგრამა N56.



დიაგრამა N56.

საკვლევი პოპულაციის განაწილება რეგიონების მიხედვით

პაციენტების „ცოდნის“ შეფასება სტომატოლოგიურ კლინიკაში ჯვარედინ-ინფექციური კონტროლის ზომებთან მიმართებაში

კვლევის მეორე ნაწილით გამოიზნული იყო პაციენტების ცოდნის შეფასება

სტომატოლოგიურ კლინიკაში ჯვარედინ-ინფექციური კონტროლის ზომებთან

მიმართებაში. კითხვარების ანალიზით ირკვევა რესპონდენტთა ცოდნა სტომატოლოგიური მომსახურების დროს სხვადასხვა ინფექციის გავრცელების ალბათობის, გავრცელების გზების, იდს-ის გამოყენების აუცილებლობის და ამ საშუალებათა დამცველობითი ფუნქციის შესახებ.

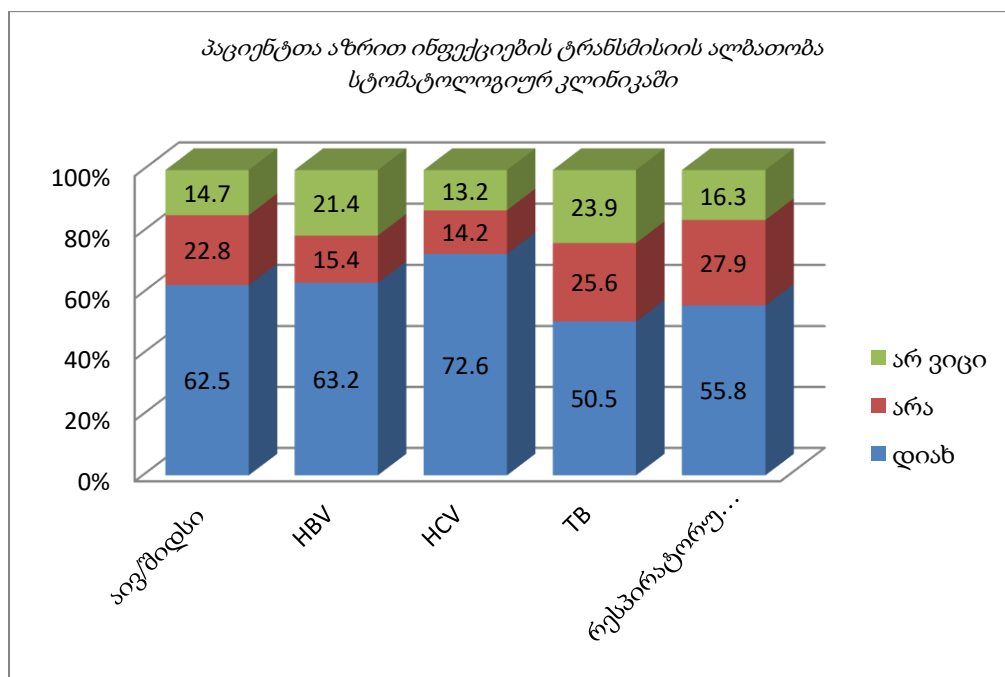
სმა ინფექციებიდან, პაციენტთა ცოდნის გამოსაკვლევად, შერჩეულ იქნა რამდენიმე, მათ

შორის: სისხლის გზით გადაცემადი - აივ/შიდსი, ჰეპატიტი B და C; ტუბერკულოზი და

რესპირატორული ინფექციური დაავადებები (დიაგრამა N57). გამოკვლეულთა 62,5%

ეთანხმება, რომ სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია აივ/შიდსის გადაცემა;

ჰეპატიტი B-ს შესახებ დადებითად უპასუხა 63,2%-მა; ჰეპატიტი C-ზე - 72,6%-მა, ხოლო TB-ზე და რესპირატორულ ინფექციებზე 50,5%-მა და 55,8%-მა შესაბამისად.



დიაგრამა N57.

პაციენტთა აზრით ინფექციების ტრანსმისიის ალბათობა სტომატოლოგიურ კლინიკაში

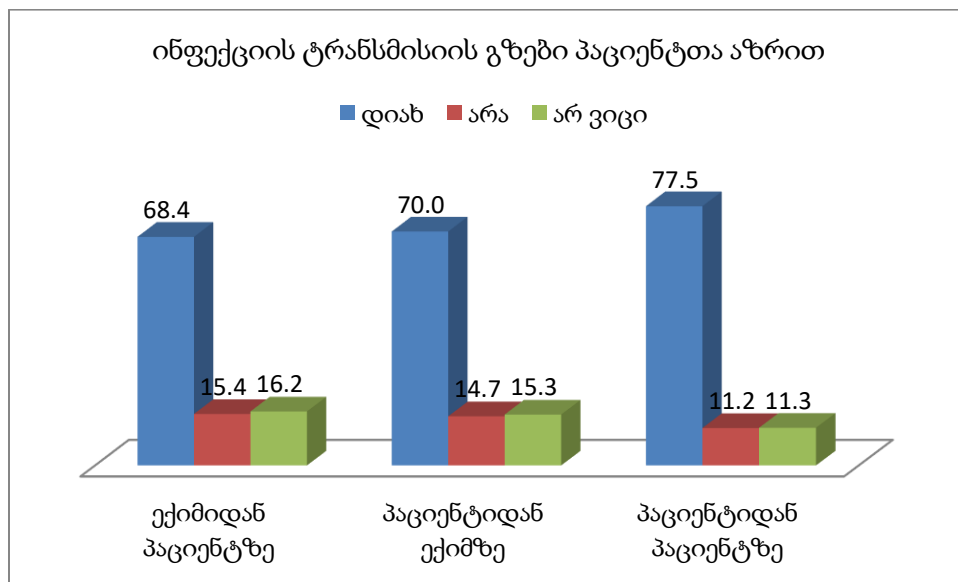
კორელაციური ანალიზით გაირკვა, რამდენად განსაზღვრავს პაციენტების სქესი, განათლება და დასაქმება მათ ცოდნას ინფექციური დაავადებების გადაცემის ალბათობის შესახებ და როგორია კავშირების სიმძლავრე ამ პარამეტრებს შორის (ცხრილი N24). Chi-square ტესტის მონაცემთა ანალიზით გაირკვა, რომ სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირია განათლებასა და გადამდებ დაავადებათა შესახებ პაციენტთა ცოდნას შორის: $P\text{-value}=0.005$; 0.002 ; 0.003 ; და 0.023 შესაბამისად HIV/AIDS; HBV; HCV და რესპირატორული ინფექციებისთვის, ხოლო ტუბერკულოზის შემთხვევაში ეს კავშირი არ არის სტატისტიკურად სარწმუნო ($P\text{-value}>0.05$). სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი სქესსა და გადამდები ინფექციური დაავადების შესახებ ცოდნას შორის დაფიქსირდა მხოლოდ HBV და HCV ჰეპატიტების შემთხვევაში - $P\text{-value}=0.032$ და 0.005 შესაბამისად; ქალებმა მიიღეს ცოდნის შეფასების უფრო მაღალი პროცენტული მაჩვენებლები მამაკაცებთან შედარებით. პაციენტების დასაქმებასა და ინფექციების ცოდნას შორის სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირია HIV/AIDS და HBV, HCV ჰეპატიტების შემთხვევაში, რომელთათვისაც $P\text{-value}=0.004$, 0.023 და 0.000 შესაბამისად, ხოლო ტუბერკულოზისა და რესპირატორული ინფექციური დაავადებების შემთხვევაში სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ურთიერთობა არ გამოვლინდა.

ცხრილი N24.

სტომატოლოგიურ კლინიკაში გადამდები ინფექციური დაავადების შესახებ პაციენტთა ცოდნის განაწილება სქესის, განათლებისა და დასაქმების მიხედვით.

	სქესი		განათლება				დასაქმება					
	კაცი	ქალი	საშუალო	ტექნიკური	არასრ. უმაღლესი	უმაღლესი	დასაქმებული	უმუშევარი	პენსიონერი	სტუდენტი	მოსწავლე	
HIV/AIDS (%)	დიახ	55,2	65,4	44,7	72,7	67,7	61	71,8	59,6	0,5	55,8	43,5
	არა	26,4	21,4	32,9	9,1	21,3	22,1	15,1	29,8	16,7	27,7	39,1
	არ ვიცი	18,4	13,3	22,4	18,2	11	16,9	13,1	10,6	33,3	16,5	17,4
	χ^2 (P value)	5.279 (0.071)		18.774 (0.005)				22.562 (0.004)				
Hepatitis B (%)	დიახ	54	66,8	52,9	59,1	69,1	58,7	73,1	55,3	66,7	55,8	52,2
	არა	17,8	14,3	21,2	18,2	14,4	13,4	10,6	21,3	16,6	19,3	17,4
	არ ვიცი	27,6	18,7	25,9	182	16,2	27,9	16,3	23,4	16,7	24,9	30,4
	χ^2 (P value)	8.820 (0.032)		26.260 (0.002)				23.539 (0.023)				
Hepatitis C (%)	დიახ	65,6	75,4	58,8	68,2	79,7	68,1	82,4	72,3	50	64,7	60,9
	არა	14,1	14,3	22,4	13,6	11,7	14,5	7,8	14,9	0	20,5	17,4
	არ ვიცი	20,2	10,3	18,8	18,2	8,6	17,4	9,8	12,8	50	14,9	21,7
	χ^2 (P value)	10.251 (0.006)		19.608 (0.003)				31.535 (0.000)				
TB (%)	დიახ	44,8	52,8	40	59,1	55,6	50,5	57,1	51,1	33,4	44,6	47,8
	არა	26,4	25,3	31,8	22,7	23,4	25,6	21,6	23,4	33,3	29,7	26,1
	არ ვიცი	28,8	21,9	28,2	18,2	21	23,9	21,3	25,5	33,3	25,7	26,1
	χ^2 (P value)	3.909 (0.142)		9.282 (0.152)				9.035 (0.339)				
რესპირატორული ინფექციები (%)	დიახ	51,5	57,5	41,2	54,5	58,1	55,8	59,2	53,2	33,3	54,6	43,5
	არა	28,2	27,8	41,2	22,8	28,2	27,9	25,3	34	16,7	28,9	34,8
	არ ვიცი	20,2	14,7	17,6	22,7	13,7	16,3	15,5	12,8	50	16,5	21,7
	χ^2 (P value)	2.910 (0.233)		14.712 (0.023)				8.823 (0.357)				

სტომატოლოგიურ კლინიკაში ინფექციის ტრანსმისია შესაძლოა მოხდეს პაციენტიდან ექიმზე, ექიმიდან პაციენტზე ან პაციენტიდან პაციენტზე. საკვლევი კითხვარი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს პაციენტების ცოდნა სტომატოლოგიურ კლინიკაში ინფექციის გადადების გზებისა და მიზეზების შესახებ. კვლევის შედეგების მიხედვით, მონაწილეთა 70% ფიქრობს, რომ ინფექციის ტრანსმისია შესაძლოა მოხდეს პაციენტიდან ექიმზე, 68,4%-ის აზრით - ექიმიდან პაციენტზე და 77,5% უთითებს პაციენტიდან პაციენტზე გადაცემის გზას (დიაგრამა N58).

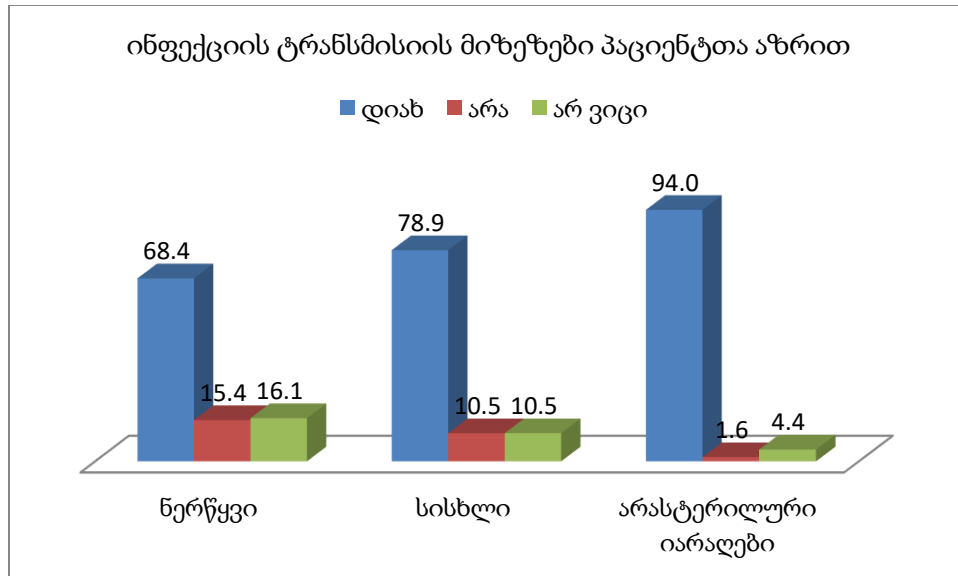


დიაგრამა N58.

პაციენტების ცოდნა ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ

კითხვაზე, თუ რა მიზეზმა შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციის ტრანსმისია, პაციენტების 94%-მა მიუთითა არასტერილური იარაღები, სისხლი - 78,9%-მა, ნერწყვი - 68,4%-მა (დიაგრამა N59).

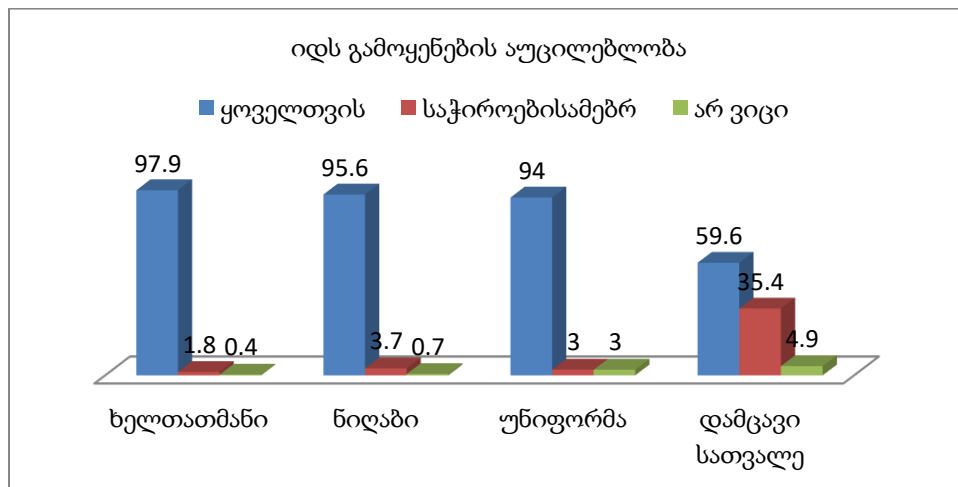
ინფექციის კონტროლის მნიშვნელოვანი ელემენტია ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) რუტინულად გამოყენება სერვისების მიწოდების დროს. შესაბამისად, მოხდა პაციენტთა ცოდნის შეფასება იდს-ის გამოყენების აუცილებლობის შესახებ.



დიაგრამა N59.

ინფექციის ტრანსმისიის მიზეზები პაციენტების აზრით.

კითხვაზე - უნდა იყენებდეს თუ არა სტომატოლოგი მკურნალობისას ხელთათმანს, ნიღაბს, უნიფორმას და დამცავ სათვალეს - რესპონდენტების პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: ხელთათმანი - 97,9%; ნიღაბი - 95,6%; უნიფორმა - 94%; დამცავი სათვალე - 59,6% (დიაგრამა N60).

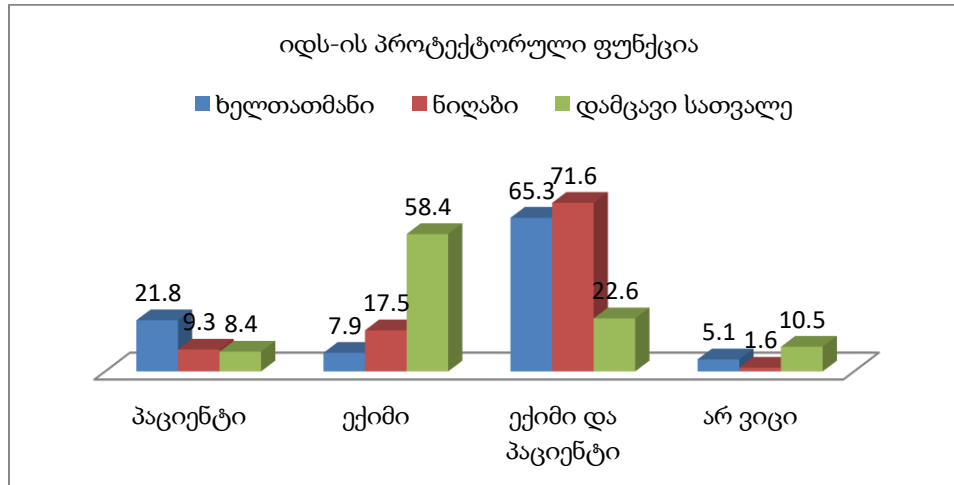


დიაგრამა N60.

იდს გამოყენების აუცილებლობა მკურნალობის დროს

კვლევის საშუალებით შეფასდა პაციენტების ცოდნა ინდივიდუალური დამცავი საშუალებების (იდს) პროტექტორული ფუნქციის შესახებ. იდს-ის გამოყენება როგორც ექიმის, ასევე პაციენტის ინფექციისაგან დასაცავად დადებითად აღნიშნა გამოკითხულთა

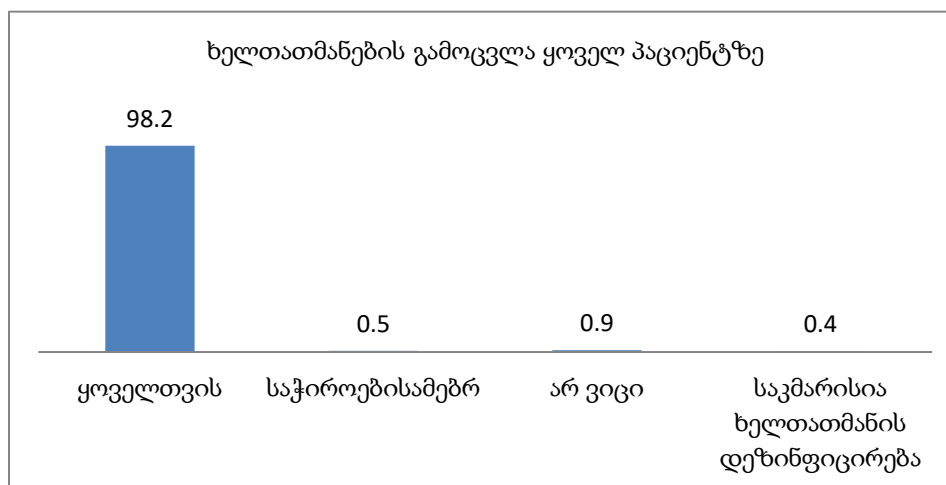
65,3%-მა ხელთათმანების შემთხვევაში; 71,6%-მა წილაბის მოხმარებასთან დაკავშირებით და 22,6%-მა დამცავი სათვალის გამოყენების მიმართ. პაციენტების ნაწილი აღნიშნავდა ან მხოლოდ ექიმის დაცვას აღნიშნული საშუალებების გამოყენებით, ან მხოლოდ პაციენტისას, ან არ ჰქონდა კითხვაზე პასუხი (დიაგრამა 61).



დიაგრამა N61.

იდს-ის პროტექტორული ფუნქცია პაციენტთა აზრით.

ყოველი პაციენტის შემდეგ ექიმის მიერ ხელთათმანების გამოცვლას ეთანხმება გამოკითხულთა უმრავლესობა - 98,2%; პაციენტთა 0,5% თვლის, რომ გამოცვლა უნდა მოხდეს მაშინ, როდესაც ექიმი ჩათვლის საჭიროდ; 0,9%-მა არ იცის და 0,4% თვლის, რომ საკმარისია ხელთათმანების დეზინფიცირება (დიაგრამა N62).

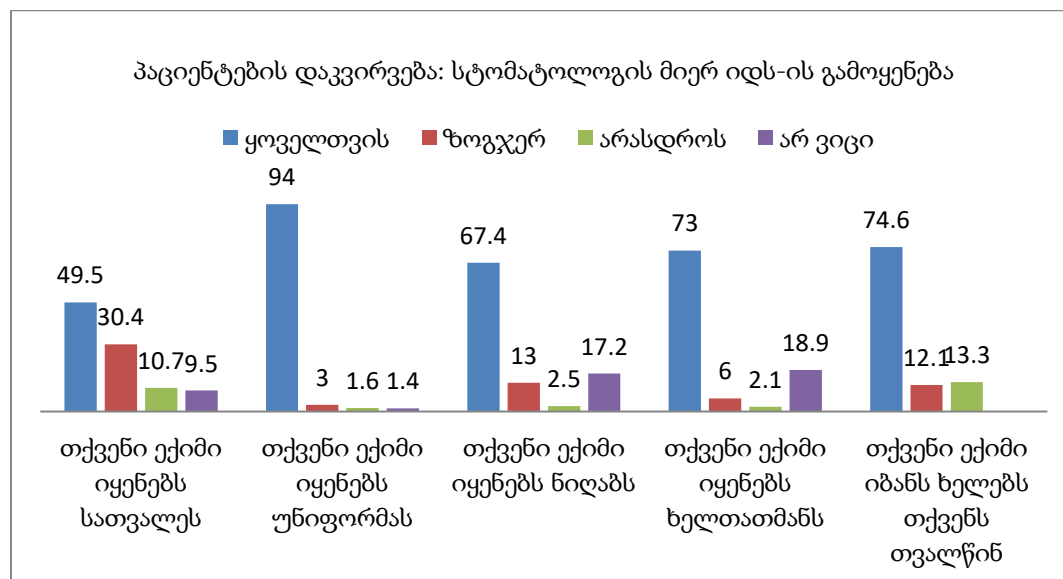


დიაგრამა N62.

ექიმის მიერ ყოველ პაციენტზე ხელთათმანების გამოცვლის აუცილებლობა პაციენტთა აზრით.

ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების მიმართ სტომატოლოგიური პაციენტების აღქმის, „დამოკიდებულებისა“ და „პრაქტიკის“ შეფასება

კვლევის მესამე ნაწილის მონაცემთა გაანალიზებით შესაძლებელია ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების მიმართ სტომატოლოგიური პაციენტების აღქმის, „დამოკიდებულებისა“ და „პრაქტიკის“ შეფასება. თუ კვლევის მეორე ნაწილში ერთ-ერთ პარამეტრს წარმოადგენდა რესპონდენტების „ცოდნის“ დონის განსაზღვრა იდს-ის მოხმარებასთან დაკავშირებით, ამ ნაწილში აქცენტები კეთდება პაციენტების პირად გამოცდილებაზე და დაკვირვებაზე, მკურნალობის დროს სტომატოლოგების მიერ აღნიშნული დამცავი ზარიერების გამოყენებასთან მიმართებაში. მონაცემებით ირკვევა, რომ მონაწილეთა 49,5%-ის ექიმი ყოველთვის იყენებს დამცავ სათვალეს, 94% - უნიფორმას, 67,4% - ნიღაბს, 73% - ხელთათმანს, 74,6%-ის ექიმი კი მათი თანდასწრებით იტარებს ხელის ჰიგიენას (დიაგრამა N63).

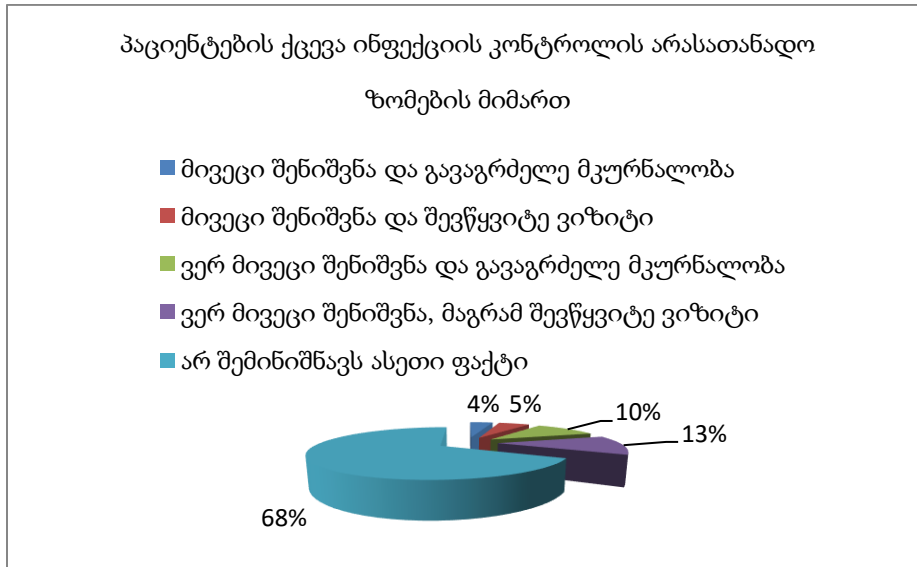


დიაგრამა N63.

პაციენტების დაკვირვება სტომატოლოგის მიერ იდს-ის გამოყენებასთან დაკავშირებით

სტომატოლოგიურ კლინიკაში ინფექციის კონტროლის წესების დაუცველობის გამო (ასეთი ფაქტების არსებობის შემთხვევაში) კვლევაში ჩართული პაციენტები განსხვავებულ ქცევით გამოცდილებას აფიქსირებდნენ, რომელიც ე.წ. „პრაქტიკის“ გამოვლინებას წარმოადგენს იკ-ის ზომების მიმართ და ჩვენი შესწავლის საგანია (Knowledge, Attitude, Practice). პაციენტთა

68% არ აღნიშნავს დარღვევებს, დანარჩენი 32% კი ავლენს სხვადასხვა ქცევით „პრაქტიკას“ (დიაგრამა N64).

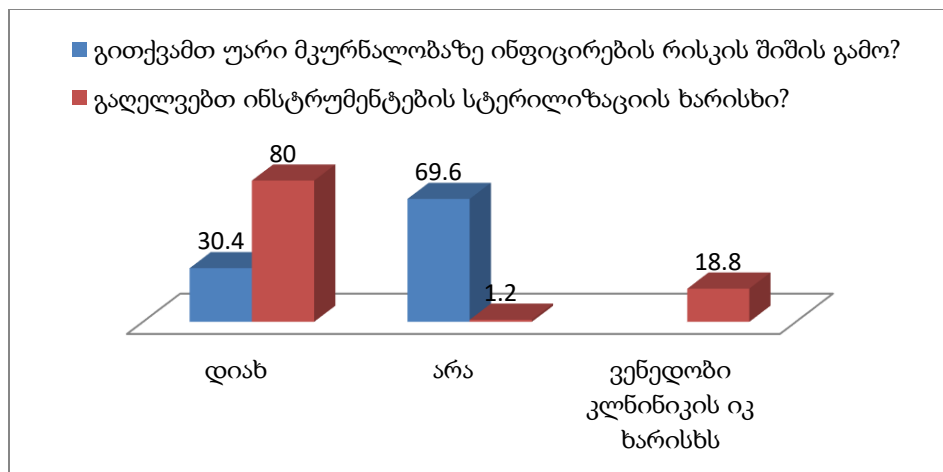


დიაგრამა N64.

პაციენტების დამოკიდებულება, ქცევა და პრაქტიკა ინფექციების კონტროლის არასათანადო ზომების მიმართ.

კვლევის მესამე ნაწილი, რომელიც გამიზნულია იკ-ის ზომების მიმართ რესპონდენტების „პრაქტიკის, ქცევისა და დამოკიდებულების“ შესაფასებლად, გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, ასევე არკვევს, რამდენად აღელვებს პაციენტებს ინსტრუმენტების სტერილიზაციის საკითხი და უთქვამთ თუ არა უარი სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე დაინფიცირების რისკის შიშის გამო.

ირკვევა, რომ პაციენტების 80%-ს აღელვებს სტომატოლოგიური კლინიკის ინსტრუმენტების სტერილიზაციის საკითხი და უფრო მეტიც, მათ 30,4%-ს აღარ მიუმართავს ექიმისთვის ინფიცირების რისკის შიშის გამო; რესპონდენტთა მხოლოდ 18,8% ენდობა კლინიკის იკ-ის ხარისხს (დიაგრამა N65). მონაცემთა ანალიზით გაირკვა, რომ სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირია ($P\text{-value}=0.020<0.05$) პაციენტების განათლების დონესა და უთქვამთ თუ არა მათ უარი მკურნალობაზე ინფიცირების შიშის გამო. ირკვევა, რომ დაინფიცირების საშიშროების გამო მკურნალობას უფრო მეტად თავს არიდებენ პროფესიულ-ტექნიკური განათლების მქონე პაციენტები (45,5%), ხოლო საშუალო (30,6%), არასრული უმაღლესი (29,9%) და უმაღლესი (29,1%) განათლების მქონე რესპონდენტები ნაკლებად ამბობენ უარს მკურნალობაზე დაინფიცირების შიშის გამო (ცხრილი N25).



დიაგრამა N65.

პაციენტების ქცევა-პრაქტიკა და დამოკიდებულება კლინიკის იკ ხარისხის მიმართ.

ცხრილი N25

ინფიცირების საშიშროების აღქმის განაწილება განათლების მიხედვით

	განათლება			
%	საშუალო	ტექნიკური	არასრული უმაღლესი	უმაღლესი
დიახ	30,6	45,5	29,9	29,1
არა	69,4	54,5	70,1	70,9
χ^2 (P value)	15.030 (0.020)			

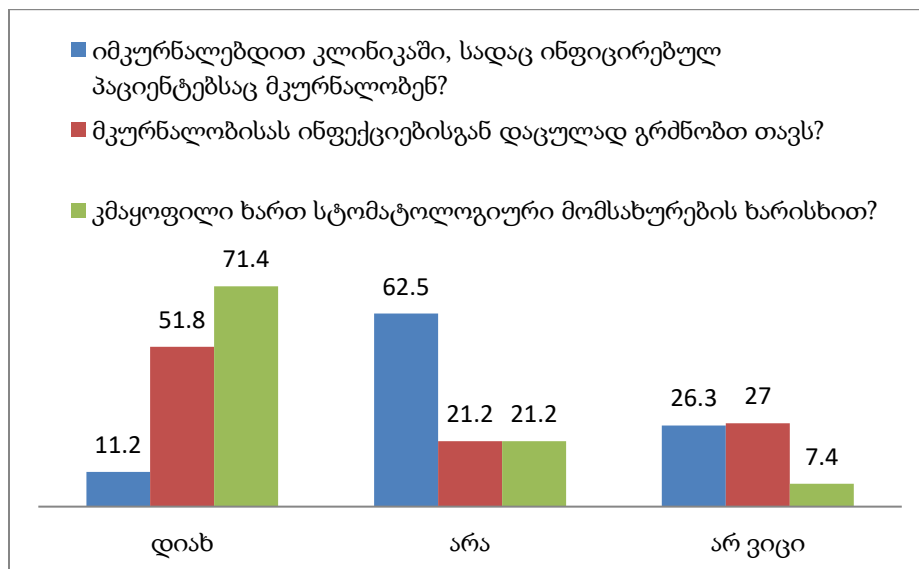
ცხრილი N26

ინსტრუმენტების სტერილიზაციის ხარისხით მღელვარების განაწილება განათლების მიხედვით

	განათლება			
%	საშუალო	ტექნიკური	არასრული უმაღლესი	უმაღლესი
დიახ	75,3	95,5	81,1	78,5
არა	4,7	0	1	0
ვენდობი კლინიკის იკ-ს	20	4,5	17,9	21,5
χ^2 (P value)	15.086 (0.020)			

სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირია ასევე პაციენტთა განათლებასა და მათი ინსტრუმენტების სტერილიზაციის ხარისხით დაინტერესებას შორის ($P\text{-value}=0.020<0.05$). უნდა აღინიშნოს, რომ ამ შემთხვევაშიც ყველაზე მეტი დადებითი პასუხი აქვთ პროფესიულ-ტექნიკური განათლების მქონე პირებს. დასმულ შეკითხვაზე - გადელვებით თუ არა ინსტრუმენტების სტერილიზაციის საკითხი - მათი 95,5% დადებითად პასუხობს; ხოლო პირები, არასრული უმაღლესი განათლებით, უმაღლესი განათლებით და საშუალო განათლებით - 81,1%, 78,5% და 75,3% შესაბამისად (ცხრილი N26). სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი არ დადასტურდა სხვა სოციო-დემოგრაფიულ პარამეტრებსა (სქესი, ასაკი, დასაქმება) და პაციენტების სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლო დაინფიცირების მოლოდინს შორის.

კვლევის მესამე ნაწილი ასევე აღწერს პაციენტების სერვისების ხარისხით კმაყოფილებას, რამდენად დაცულად გრძნობენ ისინი თავს მკურნალობისას, მივიდოდნენ თუ არა იმ კლინიკაში, სადაც შიდსითა და ჰეპატიტებით ინფიცირებულ პაციენტებსაც ემსახურებიან.



დიაგრამა N66.

პაციენტების პრაქტიკა და აღქმა კლინიკის იკ ხარისხის მიმართ.

როგორც ირკვევა, გამოკითხულთა დიდი ნაწილი (62,5%) არ მიმართავდა კლინიკას, სადაც შიდსითა და ჰეპატიტებით ინფიცირებულ პაციენტებსაც მკურნალობენ, რაც სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირით გამოიხატა - პაციენტების სურვილსა (იმკურნალონ

კლინიკაში, სადაც ინფიცირებულ პაციენტებს მკურნალობენ) და განათლება-დასაქმებას შორის ($P\text{-value}=0.005<0.05$; დიაგრამა N66; ცხრილი N27).

ცხრილი N27.

პაციენტების სურვილის, იმკურნალონ ინფიცირებულ პაციენტებთან ერთად კლინიკაში, განაწილება განათლებისა და დასაქმების მიხედვით

%	განათლება				დასაქმება				
	საშუალო	ტექნიკური	არასრული უმაღლესი	უმაღლესი	დასაქმებული	უმუშევარი	პენსიონერი	სტუდენტი	მოსწავლე
დიახ	7.1	0	16.2	6.4	16.3	12.8	33.3	6	4.3
არა	70.6	81.8	57.7	64	55.5	72.3	50	67.5	65.2
არ ვიცი	22.4	18.2	26.1	29.7	28.2	14.9	16.7	26.5	30.4
χ^2 (P value)	18.759 (0.005)				22.177 (0.005)				

Chi-square ტესტის მონაცემთა ანალიზით გაირკვა, რომ ყველაზე დიდი წილი (16,2%) მოდის არასრული უმაღლესის განათლების მქონე პაციენტებზე, სხვა რესპონდენტებთან შედარებით, რომლებიც თანახმა არიან იმკურნალონ კლინიკაში, სადაც მომსახურებას ინფიცირებული პაციენტები იღებენ. ასევე აღსანიშნავია, რომ პროფ-ტექნიკური განათლების მქონე პაციენტების დიდი ნაწილი (81,8%) არ იმკურნალებდა აღნიშნულ კლინიკაში, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე პაციენტების მესამედს უჭირს პასუხის გაცემა (ცხრილი N27). პენსიონერთა 33,3%-ისთვის პრობლემას არ წარმოადგენს ასეთ კლინიკაში ვიზიტი, ხოლო დასაქმებულთა 55,5%, უმუშევართა 72,3%, პენსიონერთა 50%, სტუდენტთა 67,5% და მოსწავლეთა 65,2% არ ეთანხმება ასეთ კლინიკაში მკურნალობას (ცხრილი N27). კვლევის ამავე ნაწილით ირკვევა, რომ რესპონდენტების 71,4% კმაყოფილია სტომატოლოგიური მომსახურების ხარისხით და მხოლოდ 51,8% გრძნობს თავს დაცულად სტომატოლოგიური მკურნალობის დროს ინფექციების ტრანსმისიისგან (დიაგრამა N66).

ცხრილი N28.

მკურნალობის დროს ინფექციისგან დაცულობის პაციენტების აღქმის განაწილება
განათლების მიხედვით

	განათლება			
%	საშუალო	ტექნიკური	არასრული უმაღლესი	უმაღლესი
დიახ	52,9	63,6	51,2	50,6
არა	14,1	18,2	26,5	16,3
არ ვიცი	32,9	18,2	22,3	33,1
χ^2 (P value)	15.030 (0.020)			

უნდა აღინიშნოს სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი ($P\text{-value}=0.020<0.05$; ცხრილი N28) ამ ბოლო პარამეტრსა და პაციენტის განათლების სტატუსს შორის, რომლის მიხედვითაც, ყველაზე დაცულად თავს გრძნობენ პროფ-ტექნიკური განათლების მქონე პირები (63,6%); ყველაზე დაუცველად - რესპონდენტები არასრული უმაღლესი განათლებით (26,5%); ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე პაციენტებს უჭირთ პასუხის გაცემა (33,1%).

თავი IV

რეჟიმე, მიღებული შედეგების განხილვა, დასკვნები

საქართველოს სტომატოლოგიური მომსახურების ინფექციების კონტროლის სისტემის შესაფასებლად, საკითხის მოცულობიდან გამომდინარე, ჩატარდა ორ კომპონენტური კვლევა სტომატოლოგიური პერსონალისა და პაციენტების მონაწილეობით. კვლევის ჩატარებას საფუძვლად დაედო თემასთან დაკავშირებული ლიტერატურული მასალების დამუშავება, დარგის მარეგულირებელი ნორმატიული ბაზის განხილვა, საერთაშორისო გამოცდილებასთან შედარება და ნაკლოვანებების გაანალიზება. შედეგებიდან გამომდინარე, შემუშავდა პრაქტიკული რეკომენდაციები და დასკვნები; დარგის სანებართვო პირობებისა და კვლევით გამოვლენილი ნაკლოვანებების გათვალისწინებით, ჩამოყალიბდა სამეცნიერო სიახლე - „ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის მხარდაჭერის გუნდების“ შექმნის თაობაზე და განისაზღვრა ინფექციის კონტროლის აუცილებელი ცოდნა-უნარები სტომატოლოგიური სასწავლო პროგრამებისათვის.

4.1. სტომატოლოგიური პერსონალის შესახებ აღწერილობითი კვლევის შედეგების განხილვა-კვლევის პირველი კომპონენტი

კვლევის პირველი კომპონენტით გათვალისწინებული იყო სტომატოლოგიური დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა-შეფასება ინფექციების კონტროლის მიმართ. ჯვარედინ-სექციურ კვლევაში ნებაყოფლობითი მონაწილეობა მიიღო ქ. თბილისისა და საქართველოს ათივე რეგიონის 308 სტომატოლოგიური კლინიკის 492-მა თანამშრომელმა 2018-2019 წწ. განმავლობაში.

კვლევის ინსტრუმენტს წარმოადგენდა თვითადმინისტრირებადი კითხვარი.

გამოკითხულთა შორის 70,9% (n=349) ქალი, ხოლო 29,1% (n=143) კაცი რესპონდენტი იყო.

საკვლევ პოპულაციას შეადგენდნენ სტომატოლოგიური კლინიკის თანამშრომლები, რომლებიც განსხვავდებოდნენ თანამდებობრივი პოზიციით, დარგობრივი სპეციალიზაციით და დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო მაჩვენებლებით. ყველა გამოკითხული მუშაობდა კლინიკაში, ან პრაქტიკას გადიოდა, როგორც სტუდენტი ან რეზიდენტი. შესაბამისად ყველა მათგანს მოეთხოვებოდა ინფექციის კონტროლის წესების ცოდნა და დაცვა.

სოციო-დემოგრაფიულ აღწერაში ყველაზე დიდი ჯგუფები სხვადასხვა ცვლადების მიხედვით შემდეგნაირად იყო წარმოდგენილი - თანამდებობა: ექიმები - 65,9%; ასაკობრივი ჯგუფი: 31-40წწ - 40,2%; ოჯახური მდგომარეობა: დაოჯახებული - 70,9%; სამუშაო რეგიონი: თბილისი - 166 (33,7%), რომელსაც მოსდევს იმერეთი - 68 (13,8%) და სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 64 (13%); სამუშაო გამოცდილება: 11-20წ - 30,9%; დარგობრივი სპეციალიზაცია: თერაპევტი - 44,7%; დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობა: 4-6 პაციენტი - 46%.

ინფექციური უსაფრთხოების გაუმჯობესება მოითხოვს პერსონალის პერმანენტულ ტრენინგებს და გადამზადებას. შესაბამისად, დავინტერესდით იკ-ის საკითხებში კვალიფიკაციის ამაღლების რა საშუალებებს მიმართავენ კვლევის მონაწილეები. მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რომ რესპონდენტთა 67,7% ესწრება ტრენინგებსა და სემინარებს, თუმცა იკ-ის ცოდნის მაჩვენებელი იგივე შედეგს არ ასახავს. მონაწილეთა მხოლოდ 26%-ს აქვს ხელის ჰიგიენის ტრენინგი გავლილი 1 წლის წინ; 56%-ს არ აქვს ჩატარებული იმუნიზაცია B ჰეპატიტის წინააღმდეგ. 67,9% (n=334) აღნიშნავს, რომ ბოლო 6 თვის განმავლობაში მუშაობის დროს ტრავმა (ჩხვლეტა, ჭრილობა, ნაკაწრი) არ მიუღია, თუმცა რესპონდენტთა 32,1%-ის (n=158) ტრავმათა საერთო რაოდენობამ შეადგინა 434 შემთხვევა, რაც ფრიად საგულისხმოა. როგორც ცნობილია, სტომატოლოგიური მკურნალობის დროს მაღალი სიხშირის მბრუნავი იარაღებით, ულტრაბერითი და აირჭავლოვანი აპარატებით მუშაობისას წარმოიქმნება აეროზოლები და ნაქლიბი; ხშირია ბიოლოგიური სითხეების (ნერწყვი, სისხლი) შხეფების წარმოქმნა და გაფრქვევა. ბოლო 6 თვის განმავლობაში თვალში, პირის ღრუს ან ცხვირის ლორწოვანზე ნაქლიბის ან ქსოვილური სითხის შემხეფება/შეფრქვევის ფაქტს ადგილი არ ქონია 62,4%-ში (n=307), თუმცა 37,6%-ის (n=185) შემთხვევაში ექსპოზიციის საერთო რაოდენობამ ბოლო 6 თვეში შეადგინა 881 შემთხვევა, რაც ფრიად საყურადღებოა. ტრავმების აღნიშნული მაღალი მაჩვენებლების მიუხედავად, რესპონდენტთა მხოლოდ 60% ხელმძღვანელობს პოსტ-კონტაქტური პროფილაქტიკის პროტოკოლით.

სტომატოლოგიური კლინიკის ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების გატარებაში მნიშვნელოვანი წვლილი მიუძღვის ადმინისტრაციას, რომელიც უნდა უზრუნველყოფდეს უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტებს. ამ საკითხის შესახებ რამდენიმე კითხვით

შესაძლებელია გაირკვეს კლინიკის ადმინისტრაციის დამოკიდებულება იკ-თან მიმართებაში. ინფექციის კონტროლი მოითხოვს სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (სოპ) გაწერას, მათ ხელმისაწვდომობას პერსონალისთვის და განუხრელად აღსრულებას. კითხვაზე - არის თუ არა კლინიკაში იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, დადებითად უპასუხა მონაწილეთა 83,3%-მა, თუმცა, მიუხედავად მაღალი მაჩვენებლისა, რესპონდენტების მხოლოდ 19,9% აღნიშნავს მათ კლინიკებში სოპ-ების არსებობის შესახებ, ხოლო დანარჩენი პასუხები შემდეგია: არ მახსენდება - 40,4%; ამ სახის სოპები არ გვაქვს - 39,6%.

ინფექციური უსაფრთხოებისათვის აუცილებელია პერსონალი უზრუნველყოფილი იყოს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით (იდს). მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რომ ადმინისტრაცია იდს-ით მომარაგებას უზრუნველყოფს გამოკითხული კლინიკების მხოლოდ 54,7%-ს, დანარჩენ შემთხვევაში (45,3%) პერსონალმა თავად უნდა იზრუნოს საკუთარი და პაციენტის უსაფრთხოებისათვის.

ლიტერატურული მიმოხილვიდან ირკვევა, რომ ინფექციური უსაფრთხოების უზრუნველყოფისათვის მნიშვნელოვანია კლინიკის წყლის ხარისხი, რომელიც გარკვეული პერიოდულობით უნდა შემოწმდეს ადმინისტრაციის მიერ ლაბორატორიულად, რასაც კვლევის მიხედვით გამოკითხულთა მხოლოდ 27,2% ადასტურებს.

საკვლევი კითხვარი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკა (KAP) იკ-ის საკითხების შესახებ. თავდაპირველად განვიხილავთ რესპონდენტთა „ცოდნას“ აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით. რესპონდენტების 23,6% თვლის, რომ ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებული არ არის. „ცოდნა“ სტომატოლოგიურ კლინიკებში ინფექციების ტრანსმისიის აღბათობის შესახებ აისახა დადებითი პასუხებით შემდეგი დაავადებების მიხედვით: აივ/შიდსი - 78,7%; ჰეპატიტები - 83,5%; ტუბერკულოზი - 69,7%; რესპირატორული ინფექციები - 70,9%; გამოკითხულთა 13,4% არ თვლის, რომ ინფექციის გადადება შესაძლებელია სისხლით, ნერწყვით ან სხვა ქსოვილური სითხეების ექსპოზიციით;

შემდეგი კითხვები შეეხება იდს-ის მოხმარების ცოდნას. კითხვაზე - როდის ხდება ნიღაბის გამოცვლა - სწორად უპასუხა მხოლოდ გამოკითხულთა 31,3%-მა. იგივე კითხვას ხელთათმანის შესახებ კი - 61%-მა.

კითხვარი საშუალებას იძლევა გავარკვიოთ პერსონალის არა მარტო „ცოდნა“ (Knowledge), არამედ „პრაქტიკა“ (Practice) იდს-ის გამოყენებასთან დაკავშირებით, ანუ რამდენად ასრულებენ სტომატოლოგები უსაფრთხო მომსახურების რეკომენდაციებს. სახის დამცავ სათვალეს რეგულარულად არ იყენებს გამოკითხულთა 14,2%; ხოლო 12,2% სარგებლობს იმ შემთხვევაში, თუ მოსალოდნელია სისხლის შეშხეფება. იგივე კითხვების შედეგები დამცავი ფარის შემთხვევაში, შესაბამისად, არის 19,3% და 20,5%. სამედიცინო ნიღაბს რეგულარულად არ იყენებს რესპონდენტთა 1,4%, ხოლო მათი 8,1% სარგებლობს იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აღენიშნება გრიპისა და გაციების სიმპტომები. სამედიცინო ქუდის რეგულარულად გამოყენება ხდება რესპონდენტების 57,5%-ში. კითხვაზე - რეგულარულად იყენებენ თუ არა ხელთათმანს - პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: დიახ - 94,7%; თუ მოსალოდნელია სისხლთან შეხება - 3%; არა, რადგან მოუხერხებელია - 1,4%; არა, რადგან ალერგია მაქვს ლატექსზე - 0,8%. ხელის დეზინფექტანტს მართებულად იყენებს რესპონდენტების 63%. შემდეგი ნაწილი ეხება გარემო ზედაპირებისა და სტომატოლოგიური მოწყობილობების დეზინფიცირების ცოდნას. ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ ჰელიო ნათურისა და რენტგენის ტუბუსის დეზინფიცირების აუცილებლობას ვერ ხედავს 10,2%, თუ არ არის თვალთ ხილული დაბინძურება; ხოლო 12% თვლის, რომ საკმარისია გაწმენდა სამუშაო დღის ბოლოს, რომ ხშირმა წმენდამ ისინი არ დააზიანოს. რესპონდენტთა აზრით, ზედაპირების დეზინფექცია არ არის საჭირო ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ თუ: არ აღინიშნება ზედაპირებზე თვალთ ხილული დაბინძურება - 4,3%; გამოიყენება ერთჯერადი დამცავი საფარველი - 10%; გამოიყენება ერთჯერადი დამცავი საფარველი და არ აღინიშნება ზედაპირებზე თვალთ ხილული დაბინძურება - 5,7%.

შემდეგი ნაწილით შესაძლებელია პერსონალის ინფექციური უსაფრთხოების წესების პრაქტიკაში გამოყენების შეფასება, რაც გადამწყვეტია სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისათვის. რესპონდენტების მიერ ერთჯერადი საშუალებების ხელმეორედ სარგებლობა ხდება: ზოგჯერ, რადგან ძვირია, ხოლო

სტერილიზაცია უზრუნველყოფს უსაფრთხოებას - 6,7%; მხოლოდ ხელთათმანების - 0,8%; მხოლოდ ნემსებისა და შპრიცების - 0,6%.

ყოველ პაციენტზე ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენება არ ხდება გამოკითხულთა - 4,1%-ში, ხოლო ზოგჯერ მიმართავს - 6,1%;

რესპონდენტების პრაქტიკული გამოცდილება აჩვენებს, რომ ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი გამოყენების შემდეგ ხდება მხოლოდ 53,3%-ში, ხოლო დანარჩენი პასუხები შემდეგნაირად გადანაწილდა: ხდება დღის ბოლოს - 15,7%; გულდასმით იწმინდება დეზინფექტანტებით - 29,3%; არა, რადგანაც სტერილიზაცია აფუჭებს ბუნიკებს - 1,2%; არ ვიცი - 0,6%. იგივე კითხვაზე ჰაერი/წყლის ექვექტორის შემთხვევაში პასუხები შემდეგია: დიახ - 44,1%; ხდება დღის ბოლოს - 11%; გულდასმით იწმინდება დეზინფექტანტებით - 41,9%; დიახ, თუ ხილული დაბინძურება შეიმჩნევა - 1,4%; არ ვიცი - 1,6%. პასუხები ადასტურებს ბუნიკებისა და ე.წ. „პისტოლეტების ცხვრების“ სტერილიზაციის უგულვებელყოფას სტომატოლოგიის დაწესებულებების უმრავლესობაში. მიუხედავად ამისა, პაციენტებს შორის დანადგარიდან (ბუნიკებიდან, ჰაერისა და წყლის ექვექტორებიდან) წყლის ჭავლის გამოშვებას, არ ახორციელებს - 16,5% ბუნიკის შესმთხვევაში და 23,8% - „პისტოლეტის“ შემთხვევაში, რაც დამატებითი სიფრთხილის ზომას ინფექციის ტრანსმისიის პრევენციისთვის.

კლინიკაში აღებული ორთოპედიული ანაბეჭდების მხოლოდ 42,7%-ს უტარდება დეზინფიცირება.

ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგიურ ხსნარს ან სტერილურ წყალს იყენებს გამოკითხულთა მხოლოდ 55,7%.

ინფექციური უსაფრთხოების უზრუნველყოფისთვის მნიშვნელოვანია სტომატოლოგიური დანადგარების გამწოვი მილების სისტემის დეზინფიცირება. პაციენტის მიღებამდე აღნიშნული პროცედურა ხორციელდება 24,4%-ში, დღის ბოლოს მიმართავს - 50,4%, კვირაში ერთხელ - 17,1%, 8,1% - კი პროცედურას ახორციელებს მხოლოდ თვეში ერთხელ.

სტომატოლოგიური კლინიკების ინფექციურ უსაფრთხოებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს დეზინფექცია-სტერილიზაციის წესების განუხრელად დაცვა, რომელთა შესრულებაც ექთნებისა და ასისტენტების პირდაპირ მოვალეობას წარმოადგენს, თუმცა, საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, კვლევის ამ კომპონენტზე გამოკითხულ იქნა კლინიკურ პროცესებში ჩართული უკლებლივ ყველა მონაწილე. კვლევის მონაცემთა ანალიზით

შესაძლებელია არა მარტო რესპონდენტთა ცოდნის, არამედ კლინიკური უსაფრთხოების საკითხებისადმი მათი დაკვირვება-დამოკიდებულების შეფასება. შემდეგი საკითხები აღწერს სასტერილიზაციო ოთახის მოწყობის, ინსტრუმენტების კლინიკაში ტრანსპორტირების, სტერილიზაციის სახეების თუ პროცესის ცოდნასა და მათდამი მიმართებას. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კლინიკის ადმინისტრაციამ უნდა უზრუნველყოს ინფრასტრუქტურის საკანონმდებლო ბაზასთან შესაბამისად გამართულობა და აღჭურვა. უმნიშვნელოვანეს ელემენტს წარმოადგენს დეკონტამინაციის ოთახის მოწყობა და მისი უზრუნველყოფა როგორც საინჟინრო-არქიტექტურული მოთხოვნებით, ასევე დეზინფექცია-სტერილიზაციის სრულფასოვნად წარმართვისთვის საჭირო დანადგარებითა და მასალებით.

სასტერილიზაციო ოთახები დაყოფილია „სუფთა“ და ჭუჭყიან“ ზონებად, სადაც ნაკადები არ უნდა იკვეთებოდეს. კვლევის მონაცემებით ირკვევა, რომ ნაკადები იკვეთება - 16,5%; სასტერილიზაციო არ არის ზონებად დაყოფილი - 9,6%; არ დაკვირვება - 13%. კლინიკაში ინსტრუმენტების ტრანსპორტირებისთვის თავდახურულ კონტეინერებს არ იყენებს - 16,1%; ზოგჯერ იყენებს - 5,1%; არ აქცევს ყურადღებას - 4,3%. ინსტრუმენტების მშრალი, ცხელი ჰაერით სტერილიზაცია ჯერ კიდევ შემორჩენილია 18,5%-ში. ინდიკატორებით სტერილიზაციის ყოველი ციკლის მონიტორინგის შესახებ იცოდა რესპონდენტების მხოლოდ ნახევარმა (50,2%). ინსტრუმენტების შეფუთვა სტერილიზაციამდე არ წარმოებს 20,7%-ში; 4,9%-მა არ იცის, ხოლო 1,2%-ში ხდება ზოგჯერ. შეფუთვის ვარგისიანობის შემოწმება ორივე პარამეტრით (ინდიკატორი, ვადა) ხდება მხოლოდ შემთხვევათა 41,5%-ში. როგორც აღვნიშნეთ, ადმინისტრაციული ღონისძიებები გადამწყვეტი ფაქტორია კლინიკის ინფექციური უსაფრთხოებისათვის. გარდა დეზინფექცია-სტერილიზაციის სტანდარტების მიხედვით აღსრულების მატერიალურ-ტექნიკური რესურსებით უზრუნველყოფისა, ადმინისტრაციამ უნდა იზრუნოს სტომატოლოგიური დაწესებულების ნარჩენების მართვის საკანონმდებლო ბაზასთან შესაბამისობაზე. კლინიკა უნდა მარაგდებოდეს სხვადასხვა დანიშნულების კონტეინერებით, უნდა ხდებოდეს ნარჩენების შესაბამისი სეგრეგაცია, უნდა არსებობდეს სათავსო (კანონმდებლობით მოთხოვნილი პირობების დაცვით) ნარჩენების დროებითი დაყოვნებისათვის და უნდა ხდებოდეს სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო გატანა ლიცენზირებული კონტრაქტორი კომპანიის მიერ, დადგენილ ვადებში.

ჩვენი კვლევის ფარგლებში რესპონდენტები გამოვკითხეთ მათ კლინიკებში მიღებული პრაქტიკის შესახებ სამედიცინო ნარჩენების გატანასთან დაკავშირებით. შედეგად აღმოჩნდა,

რომ სამედიცინო ნარჩენები მხოლოდ შემთხვევათა 16,9%-ში გააქვს სპეციალურ სამსახურს ყოველდღე, ხოლო 5,5%-ში გააქვს უმცროს სამედიცინო პერსონალს და ყრის მუნიციპალურ ურნაში.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სათავსო სამედიცინო ნარჩენების დროებითი დაყოვნებისათვის უნდა იყოს იზოლირებული და აკმაყოფილებდეს რამდენიმე პირობას. იგი უნდა იყოს აღჭურვილი ხელსაბანით, ტრაპით, ვენტილაციით და მიუწვდომელი უნდა იყოს უცხო პირთათვის. ჩამოთვლილთაგან ყველა პირობას აკმაყოფილებს გამოკითხული პერსონალის კლინიკების მხოლოდ 2,6%.

ნარჩენების მართვის საკითხს შეეხება კვლევის ნაწილი, რომელიც ასახავს პერსონალის ცოდნას სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობის შესახებ.

გამოკითხულთა მხოლოდ 47%-მა იცის, რომ გამოყენებული იდს მიეკუთვნება საშიშ ნარჩენებს. 11,8% თვლის, რომ ექსტრაგირებული კბილი არ მიეკუთვნება საშიშ ნარჩენებს. ყველა კლინიკა, მათ შორის სტომატოლოგიური, ზედმიწევნით უნდა ასრულებდეს ბასრ ინსტრუმენტებთან მოპყრობის ინსტრუქციებს და სოპ-ებს. კლინიკას შემუშავებული უნდა ჰქონდეს პოსტ-ექსპოზიციური ქცევის პროტოკოლი და მკაცრად კონტროლდებოდეს გამოყენებული ბასრი იარაღების (სკალპელები, ნემსები და სხვა) სპეციალურ ჩხვლეტამდეგ ერთჯერად კონტეინერში მოთავსება შემდგომი ტრანსპორტირებისათვის, რასაც მიმართავს ჩვენი კვლევის რესპონდენტების დიდი ნაწილი (82,2%), მიმართავს ზოგჯერ - 4,9%, მხოლოდ ქირურგიულ კაბინეტში - 1% და 12% კონტეინერს იყენებს მრავალჯერადად.

ბასრ იარაღებთან მოპყრობის ცოდნის შეფასებას ითვალისწინებს შემდეგი კითხვაც, რომელიც შეეხება გამოყენებულ ნემსზე ხუფის ჩამოცმის ტექნიკას. აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა 20,5% მიმართავს ხუფის ჩამოცმის „ორი ხელის“ ტექნიკას.

უნივერსალური უსაფრთხოების ზომების გათვალისწინებით, ყველა პაციენტი განიხილება, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული. თუმცა, ჩვენ გამოვიკვლიეთ, როგორ მოიქცეოდნენ რესპონდენტები იმ შემთხვევაში, თუ ეცოდინებოდათ პაციენტის დადასტურებული ინფიცირების შესახებ. შედეგად, გამოკითხულთა 10,4% პაციენტს სპეციალურ კლინიკაში გაგზავნიდა, ხოლო 2,4% უარს ეტყოდა მკურნალობაზე.

4.2. კორელაციური ანალიზით მიღებული კვლევის შედეგების განხილვა

კვლევის კორელაციური ანალიზის ნაწილით წარმოდგენილი სტომატოლოგიური პერსონალის შესახებ მონაცემების სტატისტიკურად სარწმუნო ურთიერთდამოკიდებულების ინტერპრეტაციისათვის გამოყენებულ იქნა χ^2 ტესტი (Pearson's chi-square test), სადაც χ^2 ადასტურებს ორ ცვლადს შორის კავშირის სიძლიერეს, ხოლო Pearson-ის კოეფიციენტი (P value < 0,05) განსაზღვრავს კავშირის სანდოობას.

რესპონდენტთა სქესის მიხედვით პასუხების კვლევით ირკვევა, რომ მდედრობითი სქესის ექიმები ნაკლებად ამბობენ უარს ინფიცირებული პაციენტების მკურნალობაზე (1,4%), ვიდრე მამაკაცი ექიმები (4,9%) და მეტად იყენებენ უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტებს მომსახურების დროს (87,1%), ვიდრე მამრობითი სქესის ექიმები (76,2%). ხელთათმანების გამოცვლის მაჩვენებელიც უფრო მაღალია (64,5%) ქალ ექიმებს შორის, მამაკაცებისგან განსხვავებით (51%); სტომატოლოგიურ კლინიკაში ინფექციების ტრანსმისიის შესახებ ცოდნის დონე უფრო მაღალია ქალ ექიმებს შორის TB, RI შესახებ, ხოლო HIV/AIDS-ის შემთხვევაში - მამაკაცებს შორის.

რეგიონების მიხედვით (თბილისი-რეგიონები) მიღებული მონაცემებიდან ირკვევა, რომ ერთი წლის წინ ხელის ჰიგიენის ტრენინგი თბილისში მომუშავე ექიმებიდან უფრო მეტ სტომატოლოგს გაუვლია (30,7%), ვიდრე რეგიონებში დასაქმებულებს (23,6%); შესაბამისად, ხელის ჰიგიენასაც უფრო რუტინულად იტარებენ თბილისში (97,6%), რეგიონებთან შედარებით (91,4%); ინფექციის ტრანსმისიის შესახებ ცოდნა (TB, IR) უფრო მეტმა ექიმმა გამოავლინა თბილისში; ასევე დედაქალაქში არსებული კლინიკების ადმინისტრაცია უფრო მეტად უზრუნველყოფს დაწესებულებას იდს-ით (71,1%), ვიდრე რეგიონების სტომატოლოგიურ კლინიკებში (46,3%); თბილისში ექიმები უფრო ხშირად იყენებენ ნიღაბსა და სამედიცინო ქუდს (შესაბამისად: 96,4%; 65,7%), ვიდრე რეგიონებში (შესაბამისად: 87,4%; 53,4%); თუმცა, სათვალეების გამოყენებას უფრო ხშირად მიმართავენ რეგიონებში (შესაბამისად: 79,1%; 62,7%); ერთჯერად საშუალებებს ხელმეორედ არასოდეს იყენებს ექიმების უმრავლესობა, თუმცა განსხვავება მონაცემებს შორის აქაც სტატისტიკურად სარწმუნოა: თბილისი - 99,4%; რეგიონები - 88,0%; თბილისის სტომატოლოგიურ კლინიკებში ბუნიკების ყოველი გამოყენების შემდეგ გასტერილების მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია (75,9%) რეგიონებთან შედარებით (41,7%); რეგიონების ექიმების

კლინიკების თითქმის ნახევარში (49,1%) არ მოწმდება წყლის ხარისხი, თბილისის კლინიკების შემთხვევაში - 27,1%-ში. ინფექციის კონტროლის ტრენინგებზე დასწრების მაჩვენებელი მცირედ განსხვავდება, თუმცა რეგიონები ამ საკითხში მცირედ უსწრებენ თბილისს (შესაბამისად: 68,1%; 66,9%). ასევე მცირე განსხვავებით, თუმცა უკეთესი მაჩვენებელი დაფიქსირდა რეგიონების ექიმების შემთხვევაში პოსტ-კონტაქტურ პროტოკოლისა (შესაბამისად: 61,3%; 57,2%) და ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგიური ხსნარის/სტერილური წყლის გამოყენებაში (შესაბამისად: 57,7%; 51,8%); ყოველ პაციენტზე ახალი ნერწყვამწოვის დაყენების მაჩვენებელი თითქმის იდენტურია თბილისსა და რეგიონებში (შესაბამისად: 89,8%; 89,9%).

სამუშაო გამოცდილების გათვალისწინებით, ხელის ჰიგიენის ყოველწლიურ ტრენინგზე დასწრების მაჩვენებელი ყველა ჯგუფში დაბალია (15,4%-30,3%). ამ კომპონენტში ლიდერობენ 11-20 წლის სტაჟის მქონე ექიმები. სახის დამცავი ფარის რეგულარულ გამოყენებასთან დაკავშირებით ყველა ჯგუფში დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნება: 40%-66,9%; მნიშვნელოვანი სხვაობაა დამცავი სათვალის გამოყენების მხრივ: 85% (სტაჟი: 21-30 წ) - 56,6% (<5 წ); წყლის ჭავლის გამოშვების მაჩვენებელი ბუნიკიდან და ჰაერის/წყლის ექექტორიდან ყველაზე დაბალია 31-40 წ სტაჟის მქონე ექიმების ჯგუფში. მნიშვნელოვანი სხვაობა დაფიქსირდა გამოყენებულ ნემსებთან სწორად მოპყრობის შესახებ: 49,6% (<5 წ) - 81,1% (21-30 წ); ყველა ჯგუფში დაბალი მაჩვენებელი აქვს ორთოპედიული/ორთოდონტიული ანაბეჭდის დეზინფიცირებას: 27,4%-52,5%; ფოტოპოლიმერიზაციის ნათურის/რენტგენის ტუბუსის დეზინფიცირების საკითხის ცოდნის დონე ყველაზე დაბალია 21-30 წ სტაჟის ჯგუფის ექიმებში; აღსანიშნავია, რომ ყოველი გამოყენების შემდეგ ბუნიკის სტერილიზაციის მაჩვენებელი დაბალია სამუშაო გამოცდილების ყველა ჯგუფში: 37,5%-62,8%.

დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობის გათვალისწინებით მონაცემები აჩვენებს, რომ მიღებული პაციენტების რაოდენობის ზრდასთან ერთად მზარდია შემდეგი ცვლადების მნიშვნელობები: ხელის ჰიგიენის ყოველწლიური ტრენინგი; TB ტრანსმისიის ცოდნა; აღებული ანაბეჭდის დეზინფიცირება; სტერილიზაციის წინ ინსტრუმენტების შეფუთვა. ყველა ჯგუფში დაბალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა ჰაერის/წყლის ექექტორის ყოველი ხმარების შემდეგ სტერილიზაციის მიხედვით: 31%-52,7% და ხელთათმანების გამოცვლის წესთან დაკავშირებით: 33,3%-44,2%.

უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტის მიხედვით, ყველა პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული, რასაც ეთანხმება კვლევაში მონაწილე ექიმების 76,4%, ხოლო არ ეთანხმება 23% (დიაგრამა N20). ჩვენი ჰიპოთეზით, ექიმები, რომლებიც იზიარებენ უსაფრთხოების ამ სტანდარტს (I ჯგუფი: „დიახ“), ინფექციის კონტროლის საკითხების ცოდნის უფრო მაღალ დონეს ავლენენ და პრაქტიკაშიც უკეთ ასრულებენ, ვიდრე სტომატოლოგები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებული არ არის (II ჯგუფი: „არა“). უნდა აღინიშნოს, რომ II ჯგუფის ექიმები უფრო ხშირად ამბობენ უარს ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობაზე (6,9%), ვიდრე I ჯგუფის ექიმები (1,1%). ჩვენ მიერ წარმოდგენილი ჰიპოთეზა ყველა დანარჩენ საკითხშიც დადასტურდა, კერძოდ: რაც შეეხება ცოდნას სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობისა და ზედაპირების დეზინფექციის საკითხებში; იდს-ის სწორად გამოყენებას; ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენებას ყოველ პაციენტზე; ერთჯერადი საშუალებების სათანადოდ გამოყენებას; პაციენტებს შორის წყლის ჭავლის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ექვექტორიდან; ინფიცირებული პაციენტის მომსახურებას უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტების დაცვით; უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტის მიმართ (რომ „ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია“) ექიმთა შეხედულების მიხედვით ჩვენ მიერ წამოყენებული ჰიპოთეზა სტატისტიკურად სარწმუნოდ დასტურდება.

ინფექციის კონტროლის (იკ) მნიშვნელოვანი ასპექტს წარმოადგენს დაწესებულების პერსონალის ინდივიდუალური დამცავი საშუალებებით (იდს) უზრუნველყოფა. მოსალოდნელია, რომ იმ კლინიკებში, სადაც ადმინისტრაცია ყურადღებას აქცევს თანამშრომელთა უსაფრთხოებას, იკ-ის სხვადასხვა პროცედურები უფრო გამართულია. *იმ კლინიკებში, რომელთაც იდს-ით უზრუნველყოფს ადმინისტრაცია, დამცავი საშუალებების რეგულარულად გამოყენების მაჩვენებელი უფრო მაღალია მეორე ჯგუფთან შედარებით.* ჰიპოთეზა სარწმუნო აღმოჩნდა სხვა ცვლადების შემთხვევაშიც, კერძოდ: სტერილიზაციის წინ ინსტრუმენტების შეფუთვა; ჰაერის/წყლის ექვექტორის სტერილიზაცია ყოველი ხმარების შემდეგ; ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება თავდახურული კონტეინერით; სასტერილიზაციოში ნაკადების მოძრაობა ერთი მიმართულებით; სტერილიზაცია ავტოკლავირებით; ინსტრუმენტით ტრავმის მიღების შემთხვევაში პოსტ-კონტაქტურ პროტოკოლით სარგებლობა.

სტომატოლოგიურ კლინიკაში უნდა არსებობდეს ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი (ბრძანება 01-38/ნ; 07.09.2015), რომელმაც უნდა უზრუნველყოს დაწესებულებაში იკ-ის სტანდარტების დაცვა, სოპ-ების შემუშავება, პერსონალის განათლება/ტრენინგები უსაფრთხო მომსახურების შესახებ და ა.შ. ჩვენი ჰიპოთეზის მიხედვით, კლინიკებში, სადაც არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი (I ჯგუფი) უკეთესი მდგომარეობაა როგორც უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტების ცოდნის მხრივ, ასევე პრაქტიკაში მათი განხორციელების მიხედვით, ვიდრე იმ კლინიკებში, სადაც ეს პოზიცია არ არის (ჯგუფი II). I ჯგუფში უფრო მეტმა იცის (78,3%), რომ ყველა პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული, ვიდრე II ჯგუფში (55,6%); ინფექციურ დაავადებათა კლინიკაში ტრანსმისიის ალბათობა I ჯგუფში მეტმა დაადასტურა; I ჯგუფიდან ინფიცირებულ პაციენტს მკურნალობაზე უარს ეტყვის 1,5%, ხოლო II ჯგუფიდან გაცილებით მეტი - 13,3%; ინფიცირებულ პაციენტს მოემსახურება უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტების დაცვით I ჯგუფში 84,1%, ხოლო II-ში - 75,6%. იდს-ის გამოყენებაც უფრო რეგულარულად ხდება I ჯგუფში, მეორესთან შედარებით; ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგ. ხსნ./სტერილური წყლის გამოყენება I ჯგუფში - 57,3%; II ჯგუფში - 33,3%. კლინიკებში, სადაც არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, უკეთესი მაჩვენებელი აქვს დეზინფექცია-სტერილიზაციის პროცესებს. მაგალითად, დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდებს: I - 46,8%, II - 15,6%; ფოტოპოლიმერიზატორისა და რენტგენის ტუბუსის დეზინფიცირება ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ: I - 80,0%, II - 66,7%; ზედაპირების დეზინფექცია ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ: I - 82,7%; II - 53,3%. ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი გამოყენების შემდეგ: I - 55,6%; II - 35,6%. ჰაერის/წყლის ექექტორის სტერილიზაცია ყოველი ხმარების შემდეგ: I - 48,5%; II - 40,0%. I ჯგუფში უკეთ არის მოწესრიგებული სასტერილიზაციო ოთახის შესახებ მოთხოვნები და მასში მიმდინარე პროცესები: ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება ხდება თავდახურული კონტეინერით - 77,1% (II - 57,8%); ინსტრუმენტები იფუთება სტერილიზაციის წინ - 76,6% (II - 44,4%); სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით - 65,1% (II - 28,9%); სტერილიზაცია მიმდინარეობს ავტოკლავირებით - 81,2% (II - 60,0%); მიუხედავად იმისა, რომ წყლის ხარისხის პერიოდულად შემოწმებას კლინიკებში ზოგადად დაბალი მაჩვენებელი აქვს, უნდა აღინიშნოს, რომ I ჯგუფში ამ საკითხშიც უკეთესი მდგომარეობაა (31,0%) II ჯგუფთან შედარებით (8,9%); სამედიცინო ნარჩენების მართვაც უკეთ არის

მოგვარებული I ჯგუფში და 77,10% შემთხვევაში კლინიკიდან გააქვს სპეცსამსახურს (II - 44,40%); უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიკაში სოპ-ების შემუშავების დონე ზოგადად საკმაოდ დაბალია, თუმცა კლინიკებში, სადაც არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, სოპ-ების მაჩვენებელიც უფრო მაღალია (22,2%), ვიდრე II ჯგუფში, სადაც იგივე პოზიცია არ არის განსაზღვრული (6,7%).

ტრენინგები: იკ-ის საკითხებში ცოდნის დონის გაუმჯობესება შესაძლებელია ტრენინგების გავლით და სემინარებზე დასწრებით. ჩვენი ჰიპოთეზით, პერსონალი, რომელსაც აქვს ტრენინგების გამოცდილება, უკეთეს შედეგებს აჩვენებს იკ-ის ცოდნასა და პრაქტიკაში. I ჯგუფში გაერთიანდნენ ის რესპონდენტები, რომლებსაც გავლილი აქვთ ტრენინგი იკ-ის საკითხების შესახებ, ხოლო II ჯგუფში ისინი, რომლებიც თვლიან, რომ საკმარისი ცოდნა აქვთ. აღსანიშნავია, რომ I ჯგუფის მხოლოდ 1,2% ამბობს უარს ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობაზე, ხოლო II ჯგუფიდან 13,6%; ინფიცირებულ პაციენტს მოემსახურება უნივერსალური სტანდარტების დაცვით: I ჯგ. - 87,4%; II ჯგ. - 77,3%; I ჯგუფში უკეთესი ცოდნა აქვთ დაავადებების კლინიკაში ტრანსმისიის შესახებ, მეორესთან შედარებით; I ჯგუფში უფრო რეგულარულად იყენებენ იდს-ებს; I ჯგუფში უფრო ხშირად გამოიყენებენ ხელის დეზინფექტანტს - 69,7%, II ჯგუფისგან განსხვავებით - 43,2%; პრაქტიკაში I ჯგუფი უკეთესად იცავს იკ-ის წესებს, II ჯგუფთან შედარებით: ყოველ პაციენტზე ხდება ახალი ნერწყვგამწოვის დაყენება (I ჯგ. - 94,3%; II ჯგ. - 84,1%); რეგულარულად ხდება წყლის ჭავლის გამოშვება ჰაერის/წყლის ექექტორიდან (I ჯგ. - 79,9%; II ჯგ. - 72,7%); ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგ. ხსნ./სტერილური წყლის გამოყენება (I ჯგ. - 59,8%; II ჯგ. - 54,5%); დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდებს (I ჯგ. - 48,3%; II ჯგ. - 45,5%); კლინიკებში, სადაც ტრენირებული პერსონალი ყავთ, მეტადაა დაცული იკ-ის წესები: ინსტრუმენტები იფუთება სტერილიზაციის წინ (I ჯგ. - 79,0%; II ჯგ. - 59,1%); ზედაპირები დეზინფიცირდება ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ (I ჯგ. - 83,8%; II ჯგ. - 56,8%); ბუნიკებს ასტერილებენ ყოველი ხმარების შემდეგ (I ჯგ. - 56,8%; II ჯგ. - 43,2%); კლინიკაში არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი (I ჯგ. - 88,9%; II ჯგ. - 61,4%); ინსტრუმენტების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება ხდება თავდახურული კონტეინერით (I ჯგ. - 80,8%; II ჯგ. - 61,4%); სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით (I ჯგ. - 65,8%; II ჯგ. - 40,9%); ინსტრუმენტების შეფუთვის ვარგისიანობა მოწმდება ინდიკატორით და ვადით

(I ჯგ. - 45,9%; II ჯგ. - 27,3%); სტერილიზაცია ხდება ავტოკლავირებით (I ჯგ. - 85,3%; II ჯგ. - 56,8%); სამედიცინო ნარჩენების მართვის მაჩვენებელიც უკეთესია იმ კლინიკებში, სადაც ტრენირებული პერსონალია დასაქმებული: ექსტრაგირებული კბილები გროვდება საშიშ ნარჩენებთან ერთად (I ჯგ. - 91,3%; II ჯგ. - 84,1%); ნახმარ ბასრ ინსტრუმენტებს აგდებენ ჩხვლეტამდევე ერთჯერად კონტეინერში (I ჯგ. - 85,0%; II ჯგ. - 77,3%); მონაცემების მიხედვით, პერსონალი, რომელსაც გავლილი აქვს იკ-ის ტრენინგები/სემინარები უკეთეს შედეგს აჩვენებს ყველა კომპონენტში, ვიდრე ექიმები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ საკმარისი ცოდნა აქვთ ინფექციური უსაფრთხოების საკითხებში. იმ საკითხებშიც, რომლებზეც ზოგადად დაბალი მაჩვენებელია მთელ საკვლევ კონტინგენტში, ტრენირებული პერსონალი უფრო უკეთეს ცოდნასა და პრაქტიკას აჩვენებს არატრენირებულ რესპონდენტებთან შედარებით.

სტომატოლოგიური დარგის სპეციალიზაციის მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი ($P < 0,05$) გამოვლინდა მხოლოდ ოთხ შემთხვევაში, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ სხვადასხვა მიმართულების სტომატოლოგების იკ-ის საკითხების ცოდნა და სწორი პრაქტიკა მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება, რამდენიმე პოზიციის გარდა. წარმოგიდგენთ ყველაზე მაღალ და დაბალ მნიშვნელობებს სპეციალიზაციის მიხედვით. წარმოდგენილ სტატისტიკურ შედეგებში ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს - ზედაპირების დეზინფექციას ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ, სადაც ლიდერობენ ბავშვთა სტომატოლოგები (100%). ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ეკუთვნით ორთოდონტებს (40%). ყველა დარგში დაბალი მაჩვენებელია აღებული ანაბეჭდის დეზინფიცირების საკითხზე: ყბა-სახის ქირურგია - 50%; ორთოდონტია - 20%. ჰაერის/წყლის ექვექტორის სტერილიზაცია ყოველი ხმარების შემდეგ: ორთოპედია - 52,9%; ბავშვთა სტომატოლოგია - 20%. ცოდნა - „სტერილიზაციის მონიტორინგი ინდიკატორებით საჭიროა ყოველ ციკლზე“: ორთოპედია - 55,9%; ორთოდონტია - 20%.

ინფექციის კონტროლის რეკომენდაცია ითვალისწინებს კლინიკის პერსონალის *იმუნიზაციის აუცილებლობას*, რაც მოწოდებულია შესაბამისი ბრანებით (№01-6/ნ 22.01.2019). ჩვენს კვლევაში აღვწერეთ B ჰეპატიტზე იმუნიზაციის საკითხი. შედეგები ადასტურებს, რომ იმუნიზებული ექიმები უფრო რეგულარულად იყენებენ იდს-ს (დამცავი სათვალე და ფარი, ქუდი), ხელის დეზინფექტანტს; უფრო ხშირად მიმართავენ წყლის

ჭავჭავის გამოშვებას ჰაერის/წყლის ეკექტორიდან; ინსტრუმენტების შეფუთვის მაჩვენებელიც უფრო მაღალია; კლინიკებში, სადაც ექიმების იმუნიზაცია სავალდებულოა, ყოველ პაციენტზე ახალი ნერწყვგამწოვის გამოყენების მაჩვენებელია 100%; საქართველოს სტომატოლოგიური კლინიკების წყლის ხარისხის კონტროლის სიხშირისა და სოპ-ების არსებობის მაჩვენებლები ზოგადად დაბალია, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიკებში, სადაც იმუნიზებული ექიმები მუშაობენ, უფრო ხშირად ამოწმებენ წყლის ხარისხს და შეიმუშავენ სოპ-ებს. კლინიკის მოთხოვნით იმუნიზებული უფრო მეტი ექიმი ფიქრობს, რომ ზედაპირების დეზინფექცია საჭიროა ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ - 88,9% და მათი კლინიკების სასტერილიზაციოში ნაკადები მოძრაობს ერთი მიმართულებით - 77,8%, რაც განსხვავდება არაიმუნიზებული ექიმების მაჩვენებლებისაგან - 82,2% და 61,1% შესაბამისად. მონაცემების მიხედვით შეიძლება დავასკვნათ, რომ კლინიკებში, სადაც ყურადღებას აქცევენ იმუნიზაციის საკითხს, ზოგადად უფრო მოწესრიგებული აქვთ იკ-ის სხვა საკითხებიც და პირიქით, დაწესებულებები, რომლებიც მისდევენ იკ-ის პროტოკოლებს, იმუნიზაციას განიხილავენ, როგორც მის ერთ-ერთ კომპონენტს.

სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (სოპ): სტომატოლოგიური მომსახურება განიხილება, როგორც მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა, რომელზეც ვრცელდება სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კონტროლი და პრევენცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით. შესაბამისად, ინფექციური კონტროლის უზრუნველსაყოფად სტომატოლოგიურ კლინიკებში შემუშავებული უნდა იყოს სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (სოპ). ჩვენს მიერ გამოკვლეული კლინიკების ექიმთა შორის სოპ-ების არსებობა დაადასტურა 19,9%-მა; 40,4% ვერ იხსენებს, ხოლო 39,6%-მა აღნიშნა, რომ სოპ-ები მათ კლინიკაში არ არის. პასუხების მიხედვით შეიქმნა სამი ჯგუფი: I ჯგუფი - არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი, II ჯგუფი - არ მახსენდება, III ჯგუფი - არ არის იკ-ზე პასუხისმგებელი პირი. ჩვენი ჰიპოთეზის თანახმად, ის კლინიკები, რომლებშიც შემუშავებულია სოპ-ები, უკეთესად პასუხობენ იკ-ის მოთხოვნებს. მონაცემებით ირკვევა, რომ კლინიკების უმრავლესობაში (92,9%), სადაც იქმნება სოპები (I ჯგუფი), არის ინფექციურ კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი, ხოლო დანარჩენ კლინიკებში დაფიქსირდა ნაკლები მაჩვენებელი (II ჯგ. - 83,4%; III ჯგ. - 78,5%); B ჰეპატიტის იმუნიზაცია ზოგადად დაბალია საკვლევ პოპულაციაში, თუმცა, უფრო მეტი რესპონდენტია იმუნიზებული I ჯგუფში (42,9%),

ვიდრე II (37,2%) და III (33,3%) ჯგუფებში. I ჯგუფში უფრო მეტმა რესპონდენტმა იცის, რომ ყველა პაციენტი უნდა განიხილებოდეს, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული (84,7%), დანარჩენ ჯგუფებთან შედარებით (II ჯგ. - 77,4%; III ჯგ. - 71,3%); I ჯგუფში უკეთესი ცოდნა გამოავლინეს C ჰეპატიტისა (92,9%) და ქსოვილური სითხეებით დაავადების ტრანსმისიის ალბათობის შესახებ (94,9%), ვიდრე II (84,4%; 85,4% შესაბამისად) და III (77,9%; 83,6% შესაბამისად) ჯგუფებში. ინსტრუმენტით ტრავმის მიღების შემთხვევაში I ჯგუფის უფრო მეტი რესპონდენტი მიჰყვება პოსტ-კონტაქტურ პროტოკოლს -75,5%, ხოლო II და III ჯგუფში შესაბამისად: 63,3% და 48,7%; ხელთათმანის სწორად გამოყენება უკეთ ხდება I ჯგუფში, II და III ჯგუფებთან შედარებით - 74,5%; 60,3% და 53,8% შესაბამისად; ხელის დეზინფექტანტს უფრო ხშირად იყენებენ I ჯგუფში, ვიდრე II და III ჯგუფში: 76,5%; 65,8% და 53,3% შესაბამისად. ასევე I ჯგუფში უკეთესი შედეგია იკ-ის წესების პრაქტიკაში დაცვის მხრივ; მაგალითად, ყოველ პაციენტზე ხდება ახალი ნერწყვამწოვის დაყენება; ბუნიკიდან და ჰაერის/წყლის ექვეტორიდან რეგულარულად წყლის ჭავლის გამოშვება; ქირურგიული მანიპულაციების დროს ფიზიოლოგ. ხსნარი ან სტერილური წყლის გამოყენება; დეზინფექცია-სტერილიზაციის წესების შესრულების საკითხი; აღებული ანაბეჭდების დეზინფიცირება; სასტერილიზაციოში ნაკადების ერთი მიმართულებით მოძრაობა: 84,7%; 57,8% და 52,3% შესაბამისად I, II, III ჯგუფებისა; სტერილიზაციის მონიტორინგს ახორციელებენ ინდიკატორებით ყოველ ციკლზე: 63,3%; 47,2% და 46,7% შესაბამისად I, II, III ჯგუფებისა. მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკებში წყლის ხარისხის პერიოდულად შემოწმების დონე საკვლევ პოპულაციაში ზოგადად დაბალია, I ჯგუფში უფრო მაღალი მაჩვენებელია - 39,8%, ვიდრე II და III ჯგუფებში: 29,1% და 19,0% შესაბამისად. სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობა უკეთ იცინა I ჯგუფში; მაგალითად, გამოყენებული შპრიცები დაუყოვნებლივ იყრება ბასრი ინსტრუმენტების კონტეინერში: 73,5% - I ჯგ; 66,3% - II ჯგ; 53,3% - III ჯგ. ყველა კომპონენტის მიხედვით, კლინიკებში სადაც შემუშავებულია სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, იკ-ის სტანდარტების დაცვის კუთხით უკეთესი შედეგებია, ვიდრე დანარჩენ კლინიკებში, რაც სტატისტიკურად ადასტურებს ჩვენს ჰიპოთეზას ($P\text{ value}<0,05$).

შეჯამების სახით N29 ცხრილში წარმოდგენილია სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი იკ-ის ღონისძიებების ზეგავლენა სხვადასხვა ცვლადების მიმართ.

ცხრილი N29.

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი იკ-ის ღონისძიებების ზეგავლენა სხვადასხვა ცვლადების მიმართ.

იკ-ის ღონისძიებები (P value<0,05)

ცვლადები (P value<0,05)	ცოდნა: ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია		იკ-ზე პასუხისმგებელი პირის პოზიცია კლინიკაში		იკ-ის სოპები		ტრენინგები		B ჰეპატიტზე იმუნიზაცია		იდს-ით მომარაგებას უზრუნველყოფს	
	კი	არა	არის	არ არის	არის	არ არის	დიახ	"საკმარისი ცოდნა მაქვს"	კლინიკა მავალდებულებს	არა	ადმინისტრაცია	პერსონალი
ინფიცირებულ პაციენტს მოემსახურება უნივერსალური თავდაცვის სტანდარტების დაცვით	87%	74,1%	84,1%	75,6%			87,4%	77,3%				
ინფიცირებულ პაციენტს უარს ეტყვის მკურნალობაზე	1,1%	6,9%	1,5%	13,3%			1,2%	13,6%				
ცოდნა: კლინიკაში შესაძლებელია რესპირატორული ინფექციის გადაცემა			72,4%	51,1%			70,6%	54,5%				
რეგულარულად იყენებს სახის დამცავ ფარს			64,6%	42,2%			67,0%	50,0%	72,2%	53,8%		
რეგულარულად მიმართავს პაციენტებს შორის წყლის ჭავლის	79,0%	67,2%			89,8%	71,3%	79,9%	72,7%	86,1%	71,3%		

გამოშვებას ჰაერის/წყლის ეჯექტორიდან												
ცოდნა: ზედაპირების დეზინფექცია საჭიროა ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ	85,6%	62,1%	82,7%	53,3%	93,9%	74,4%	83,8%	56,8%	88,9%	82,2%		
არასოდეს მიმართავს ერთჯერადი საშუალებების გასტერილებას ხელმეორედ გამოყენების მიზნით	93,1%	87,9%										
ყოველ პაციენტზე ახალ ნერწყვგამწოვს იყენებს	91,5%	84,5%			94,9%	83,1%	94,3%	84,1%	100%	86,2%		
ბუნიკების სტერილიზაცია ყოველი ხმარების შემდეგ			55,6%	35,6%			56,8%	43,2%				
ჰაერის/წყლის ეჯექტორის სტერილიზაცია ყოველი ხმარების შემდეგ											53,2%	38,1%
ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია			78,3%	55,6%	84,7%	71,3%						
კლინიკაში არის ინფექციის კონტროლის სოკ-ები			22,2%	6,7%					38,9%	15,3%		
კლინიკაში პერიოდულად მოწმდება წყლის ხარისხი			31,0%	8,9%	39,8%	19,0%			52,8%	21,1%		
დეზინფიცირება უტარდება აღებულ ანაბეჭდებს			46,8%	15,6%	60,2%	40,0%	48,3%	45,5%				
ფოტოპოლიმ. და რენტგენ. ტუბუსის დეზინფიცირება ყოველი პაციენტის მიღების შემდეგ			80,0%	66,7%								
სტერილიზაციისთვის გამოიყენება ავტოკლავირება			81,2%	60,0%			85,3%	56,8%			84,8%	74,0%

4.3. სტომატოლოგიური პაციენტების შესახებ კვლევის შედეგების განხილვა - კვლევის მეორე კომპონენტი

საკვლევი თემატიკის მეორე კომპონენტით გათვალისწინებული იყო უსაფრთხო სტომატოლოგიური მომსახურების მიმართ პაციენტთა ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა-შეფასება. ჯვარედინ-სექციური კვლევა ჩატარდა საქართველოს ათივე რეგიონისა და ქ. თბილისის მაცხოვრებლებს შორის. კვლევის ინსტრუმენტს წარმოადგენდა თვითადმინისტრირებადი კითხვარი, სტომატოლოგიურ კლინიკებში ინფექციური კონტროლის ზომების მიმართ პაციენტთა ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის (Knowledge, Attitudes and Practice- KAP) შესწავლა-შეფასებისთვის. გამოყენებულ იქნა აღწერილობითი სტატისტიკის მეთოდები, ხოლო დიქტომურ ცვლადების შორის კავშირის დასადგენად - კორელაციური ანალიზი (პირსონის χ^2 -Pearson Chi-Square; $p < 0.05$).

კვლევაში ნებაყოფლობით მონაწილეობა მიიღო შემთხვევითი პრინციპით შერჩეულმა საქართველოს 577-მა (ქალი - 71,4%, კაცი - 28,6%) მოქალაქემ 2018-2019 წწ. განმავლობაში. რესპონდენტთა 50,7% თბილისიდან იყო, 49,3% - საქართველოს 10 რეგიონიდან. სოციო-დემოგრაფიულ აღწერაში ყველაზე დიდი ჯგუფები სხვადასხვა ცვლადების მიხედვით შემდეგნაირად იყო წარმოდგენილი: ასაკი - <20 (38,6%); განათლება: არასრული უმაღლესი - 51,1%; დასაქმება: დასაქმებული - 43%, სტუდენტი - 43,7%; ოჯახური მდომარეობა: დასაოჯახებელი - 68,9%; ბოლო ვიზიტი სტომატოლოგთან: წელს - 43,5%.

კორელაციური ანალიზით ირკვევა, რომ სტომატოლოგთან ბოლო ვიზიტის მიხედვით, მიმდინარე წელს სტომატოლოგს ყველაზე ხშირად აკითხავდნენ სტუდენტები - 45,4%, ხოლო პენსიონერები ყველაზე ნაკლებად - 16,7%; ქალები უფრო მეტად აქცევდნენ ყურადღებას პირის ღრუს მოვლას, მამაკაცებთან შედარებით - 44,5% და 41,1% შესაბამისად (სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი, $P\text{-value} = 0,018 < 0.05$); დედაქალაქის მაცხოვრებლები უფრო აქტიურობდნენ - 47,4%, ვიდრე რესპონდენტები რეგიონებიდან - 39,5%.

ეს კვლევა არის პირველი მცდელობა, რომელიც შეისწავლის სტომატოლოგიური კლინიკების ჯვარედინი ინფექციების კონტროლის მიმართ პაციენტების ცოდნას, დამოკიდებულებასა და პრაქტიკას საქართველოს მასშტაბით. ვინაიდან არ არსებობს უფრო ადრეული სამამულო კვლევები ამ საკითხზე, ბუნებრივია, შედეგების შედარება ძველსა და

ახალ სამეცნიერო ნაშრომებს შორის და ტენდენციების განსაზღვრა შეუძლებელია, თუმცა შეიძლება დასკვნების გამოტანა იმ მონაცემთა ანალიზით, რაც მოძიებული იქნა ჩვენი კვლევის ფარგლებში.

სტომატოლოგიურ კლინიკაში ჯვარედინ-ინფექციური კონტროლის გაიდლაინების დაცვას და უნივერსალური სიფრთხილის ზომების გატარებას სასიცოცხლო მნიშვნელობა ენიჭება სისხლის გზით გადამდები ინფექციების, რესპირატორული და სხვა დაავადებების თავიდან ასაცილებლად.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, რესპონდენტთა მიმართება ინფექციური კონტროლის საკითხებისადმი ფასდებოდა სამი პარამეტრის მიხედვით: ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა (KAP-Knowledge, Attitude, Practice). შევაჯამოთ თითოეული პარამეტრი ცალ-ცალკე.

ცოდნა (Knowledge):

მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რომ პაციენტების მესამედზე მეტმა არ იცის ან არ ეთანხმება, რომ სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია აივ/შიდსით და B ჰეპატიტით დაინფიცირება; თითქმის მესამედმა (27,4%) არ იცის, ან არ ეთანხმება C ჰეპატიტის გავრცელების ალბათობას; უფრო მეტმა, თითქმის ნახევარმა (49,5%) არ იცის, ან არ ეთანხმება, რომ სტომატოლოგიურ კლინიკაში შესაძლებელია ტუბერკულოზით დაავადდეს, თუ სათანადოდ არ არის იკ-ის წესები დაცული; 44,2%-მა არ იცის, ან არ ეთანხმება, რომ რესპირატორული ინფექციური დაავადებები სტომატოლოგიურ კლინიკაში გადამდებია (დიაგრამა N57). დადასტურდა სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი ინფექციების გავრცელების ცოდნასა და რამდენიმე სოციო-დემოგრაფიულ პარამეტრს შორის (ცხრილი N24). კორელაციურმა ანალიზმა აჩვენა, თუ რამდენად განსაზღვრავს პაციენტების სქესი, განათლება და დასაქმება მათ ცოდნას ინფექციური დაავადებების გადადების ალბათობის შესახებ და გაირკვა კავშირების სიმძლავრე ამ პარამეტრებს შორის. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი გამოვლინდა განათლებასა და გადამდებ დაავადებათა შესახებ პაციენტთა ცოდნას შორის: HIV/AIDS; HBV; HCV და რესპირატორული ინფექციებისთვის, $P\text{-value} < 0.05$, ხოლო ტუბერკულოზის შემთხვევაში ეს კავშირი არ არის სტატისტიკურად სარწმუნო ($P\text{-value} > 0.05$). სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი სქესსა და გადამდები ინფექციური დაავადების შესახებ ცოდნას შორის დაფიქსირდა მხოლოდ HBV და HCV ჰეპატიტების შემთხვევაში - $P\text{-value} = 0.032$ და 0.005 შესაბამისად; ქალებმა მიიღეს ცოდნის შეფასების

უფრო მაღალი პროცენტული მაჩვენებლები, მამაკაცებთან შედარებით. პაციენტების დასაქმებასა და ინფექციების ცოდნას შორის სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირია HIV/AIDS და HBV, HCV ჰეპატიტების შემთხვევაში, რომელთათვისაც $P\text{-value}=0.004, 0.023$ და 0.000 შესაბამისად, ხოლო სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ურთიერთობა არ გამოვლინდა ტუბერკულოზისა და რესპირატორული ინფექციური დაავადებების შემთხვევაში.

მონაწილეთა თითქმის მესამედს არასათანადო ცოდნა ჰქონდა ინფექციის გადაცემის შესაძლო გზებზე. ყველაზე დიდი მაჩვენებელი ჰქონდა პაციენტიდან პაციენტზე გადაცემის ალბათობას (77,5%), რასაც არ ეთანხმება/არ იცის გამოკითხულთა 22,5%; ექიმიდან პაციენტზე შესაძლო ინფიცირებას არ ეთანხმება/არ იცის - 31,6%, ხოლო პაციენტიდან ექიმზე არ ეთანხმება/არ იცის - 30% (დიაგრამა N4). რესპონდენტთა 31,6%-მა არ იცის/არ ეთანხმება, რომ ნერწყვით შესაძლებელია ინფექციის გადატანა, ხოლო სისხლით გადაცემის შემთხვევაში - 21,1% არ ეთანხმება, ან არ იცის (დიაგრამა N58).

მონაწილეთა უმრავლესობას დადებითი დამოკიდებულება ჰქონდა სტომატოლოგების მიერ ბარიერული ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენების მიმართ და სათანადო ცოდნაც გამოვლინდა, განსხვავებით დამცავი სათვალეების შემთხვევისაგან, როდესაც 35,4%-მა აღნიშნა, რომ სათვალე უნდა გამოიყენოს ექიმმა საჭიროებისამებრ, ხოლო 4,9%-მა არ იცოდა მისი აუცილებლობის შესახებ (დიაგრამა N59).

იდს-ის პროტექტორული ფუნქციის შესახებ ცოდნის დონეს აჩვენებს დიაგრამა N60. იდს-ის გამოყენებისას როგორც ექიმის, ასევე პაციენტის დაცვა ხელთათმანების შემთხვევაში არ იცის/არ ეთანხმება გამოკითხულთა 34,7%; ნიღაბის შემთხვევაში - 28,4%, ხოლო დამცავი სათვალის შემთხვევაში - 77,4%. ამ მონაცემიდან ირკვევა, რომ დამცავი სათვალეების შემთხვევაში პაციენტებს, ყველა სხვა იდს-თან შედარებით, უფრო დაბალი ცოდნის დონე აქვთ, როგორც სათვალის გამოყენების აუცილებლობის, ასევე მისი პროტექტორული ფუნქციის შესახებ.

პაციენტების უმრავლესობა (98,2%) ეთანხმება, რომ ექიმმა უნდა გამოიყვალოს ხელთათმანი ყოველი პაციენტის შემდეგ (დიაგრამა N61).

კვლევის შემდეგი ნაწილის მიზანი იყო, გაგვერკვია რესპონდენტების დამოკიდებულება, მიმართება თუ აღქმა (Attitude) იკ-ის ზომების მიმართ, ასევე მათი ქცევა და პრაქტიკა (Practice).

ერთ-ერთი კითხვა ეხებოდა, იყენებენ თუ არა კვლევაში მონაწილე პაციენტების სტომატოლოგები იდს-ს. მიზანი იყო გაგვეჩვენა, რამდენად დაკვირვებულნი არიან პაციენტები ექიმების მიმართ მკურნალობის პროცესში. მათი პასუხებით ირკვევა, რომ ნიდაბს რეგულარულად არ იყენებს პაციენტების 32,6%-ის ექიმი, ხოლო არ დაკვირვებია გამოკითხულთა 17,2%. ხელთათმანების შემთხვევაში - პაციენტების 27%-ის ექიმი მას არ მოიხმარს ყოველთვის, ხოლო გამოკითხულთა 18,9%-მა არ იცის; რესპონდენტთა 25,4%-ის ექიმი ხელების ჰიგიენას არ იტარებს პაციენტის თვალწინ; დამცავ სათვალეს არასდროს ატარებს გამოკითხულთა 10,7%-ის ექიმი, ზოგჯერ იყენებს 30,4%-ის ექიმი და მონაწილეთა 9,5% არ დაკვირვებია (დიაგრამა N63).

პაციენტების დიდი ნაწილი (62,5%) არ იმკურნალებდა იმ კლინიკაში, სადაც აივ/შიდსითა და ჰეპატიტებით ინფიცირებულ პაციენტებსაც ემსახურებიან, თავს იკავებს პასუხისგან 26,3%, ხოლო თანახმაა მხოლოდ 11,2% (დიაგრამა N66). ეს მიუთითებს როგორც სტიგმაზე ინფიცირებული პაციენტების მიმართ, ასევე სტომატოლოგიური კლინიკების იკ-ის ღონისძიებებისადმი უნდობლობაზე მომხმარებლების მხრიდან. ამ ვარაუდს ადასტურებს შემდეგი კითხვა, თუ ინფექციებისაგან რამდენად დაცულად გრძნობენ თავს პაციენტები. რესპონდენტთა მხოლოდ 51,8 %-მა უპასუხა დადებითად (აქედან ყველაზე დაცულად თავს გრძნობენ პროფ-ტექნიკური განათლების მქონე პირები - 63,6%, ხოლო ყველაზე დაუცველად - არასრული უმაღლესი განათლების მქონე რესპონდენტები - 26,5%, 21,2% - თავს არ გრძნობს დაცულად, ხოლო 27%-ს უჭირს პასუხის გაცემა (დიაგრამა N66). Chi-square ტესტის მონაცემთა ანალიზით გაირკვა, რომ ყველაზე დიდი წილი (16,2%) მოდის არასრული უმაღლესი განათლების მქონე პაციენტებზე, სხვა რესპონდენტებთან შედარებით, რომლებიც თანახმა არიან იმკურნალონ კლინიკაში, სადაც ინფიცირებული პაციენტებიც იღებენ მომსახურებას. ასევე აღსანიშნავია, რომ ტექნიკური განათლების მქონე პაციენტების დიდი ნაწილი (81,8%) არ იმკურნალებდა აღნიშნულ კლინიკაში, ხოლო უმაღლესი განათლების მქონე პაციენტების მესამედს უჭირს პასუხის გაცემა. პენსიონერთა 33,3%-თვის პრობლემას არ წარმოადგენს ასეთ კლინიკაში ვიზიტი, ხოლო დასაქმებულთა 55,5%, უმუშევართა 72,3%, პენსიონერთა 50%, სტუდენტთა 67,5% და მოსწავლეთა 65,2% არ ეთანხმება ასეთ კლინიკაში მკურნალობას.

ირკვევა, რომ პაციენტების 80%-ს აღელვებს სტომატოლოგიურ კლინიკაში ინსტრუმენტების სტერილიზაციის საკითხი და უფრო მეტიც, მათ 30,4%-ს აღარ მიუმართავს ექიმისთვის ინფიცირების რისკის შიშის გამო; რესპონდენტთა მხოლოდ 18,8% ენდობა კლინიკის იკ-ის ხარისხს. მონაცემთა ანალიზით გაირკვა, რომ სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირია ($P\text{-value}=0.020<0.05$) პაციენტების განათლების დონესა და იმ მაჩვენებელს შორის, უთქვამთ, თუ არა მათ უარი მკურნალობაზე ინფიცირების შიშის გამო. ირკვევა, რომ ინფიცირების საშიშროების გამო უფრო მეტად (45,5%) მკურნალობას თავს არიდებენ პროფესიულ-ტექნიკური განათლების მქონე პაციენტები, ხოლო საშუალო (30,6%), არასრული უმაღლესი (29,9%) და უმაღლესი (29,1%) განათლების მქონე რესპონდენტები ნაკლებად ამბობენ უარს მკურნალობაზე ინფიცირების შიშის გამო. ასევე, სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი გამოვლინდა პაციენტთა განათლებასა და ინსტრუმენტების სტერილიზაციის ხარისხით მათ დაინტერესებას შორის ($P\text{-value}=0.020<0.05$). უნდა აღინიშნოს, რომ ამ შემთხვევაშიც ყველაზე მეტი დადებითი პასუხი აქვთ პროფესიულ-ტექნიკური განათლების მქონე პირებს. დასმულ შეკითხვაზე - გადელვებთ თუ არა ინსტრუმენტების სტერილიზაციის საკითხი - მათი 95,5% დადებითად პასუხობს; ხოლო არასრული უმაღლესი განათლების, უმაღლესი განათლების და საშუალო განათლების მქონე პირები - 81,1%, 78,5% და 75,3% შესაბამისად.

კვლევით განისაზღვრა პაციენტების დამოკიდებულება, ქცევა და პრაქტიკა იკ-ის არასათანადო ზომების მიმართ. ზოგ პაციენტს (4%) მიუცია შენიშვნა იკ-ის ზომების დარღვევის გამო, მაგრამ გაუგრძელებია იგივე კლინიკაში მკურნალობა; იყვნენ ისეთებიც (5%), რომლებსაც შენიშვნის მიცემის მერე დაუტოვებია კლინიკა; საგულისხმოა, რომ პაციენტების მორიდებულმა ნაწილმა (10%) ვერ გამოხატა უკმაყოფილება იკ-ის წესების არასათანადო დაცვის გამო და დარჩა სამკურნალოდ; ხოლო 13%-მა, მართალია, ვერ გამოთქვა პრეტენზია, მაგრამ მკურნალობაზე უარი განაცხადა (დიაგრამა N64).

პაციენტთა დამოკიდებულებას სტომატოლოგიურ კლინიკაში ინფექციური უსაფრთხოების საკითხების მიმართ გავლენა აქვს, ზოგადად, მკურნალობის ხარისხით მათ კმაყოფილებაზე. ამას მოწმობს ის პასუხებიც, რაც მონაცემთა გაანალიზებით მივიღეთ. კითხვაზე - კმაყოფილი ხართ, თუ არა სტომატოლოგიური მომსახურების ხარისხით - პასუხები

შემდეგნაირად გადანაწილდა: დიახ - 71,4%; არა - 21,2%; არ ვიცი - 7,4%; ე.ი. გამოკითხულთა თითქმის 30% არ არის კმაყოფილი მომსახურების ხარისხით.

მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რომ საქართველოში პაციენტების ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა სტომატოლოგიური კლინიკის ჯვარედინი ინფექციის კონტროლის ზომების მიმართ არასათანადო დონეზეა და საჭიროებს გაუმჯობესებას. მოსახლეობის უფრო მეტად ინფორმირებულობის ღონისძიებებში ჩართული უნდა იყოს ჯანდაცვის სამინისტრო, სკოლები, საჯარო ადგილები, მასობრივი კომუნიკაციის ბეჭდვითი ან ელექტრონული საშუალებები, სტომატოლოგიური კლინიკები. უფრო მეტად განათლებული პაციენტი, გარდა იმისა, რომ უკეთ იქნება დაცული, ასევე სტიმული იქნება სტომატოლოგებისათვის, ზედმიწევნით აღასრულონ გაიდლაინები, რომ შეინარჩუნონ კონტინგენტი. წინააღმდეგ შემთხვევაში, დიდი კონკურენციის პირობებში, ინფორმირებული პაციენტი არჩევანს უფრო უსაფრთხო კლინიკაზე შეაჩერებს.

კვლევის მონაცემები ხაზს უსვამს იკ-ის ზომებისადმი პაციენტების დამოკიდებულების მნიშვნელობას, როგორც პერსონალის მოტივაციის მეთოდს, გააუმჯობესოს უსაფრთხოების ზომები და მომსახურების ხარისხი. გარდა ამისა, ჩვენი მონაცემები მოწმობს იკ-ის შესახებ პაციენტების განათლებისა და სწავლების აუცილებლობას და მათ თანამონაწილეობას საკუთარ უსაფრთხო მკურნალობაში.

მოსახლეობის ნდობის მოსაპოვებლად და მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად სტომატოლოგიური კლინიკის პერსონალმა უპირობოდ უნდა დაიცვას იკ-ის გაიდლაინები და უნივერსალური უსაფრთხოების წესები.

4.5. კვლევის ორივე კომპონენტის (პერსონალი, პაციენტები) შედარებითი ანალიზი

კვლევის ამ ნაწილში განვიხილავთ ორივე საკვლევი პოპულაციის - პერსონალისა და პაციენტების - იდენტურ კითხვებზე პასუხების შედარებით ანალიზს.

იდს-ის რეგულარულად გამოყენება

N30 ცხრილიდან ჩანს, რომ პაციენტებმა საკმაოდ კარგად იციან პერსონალის მხრიდან იდს-ის რეგულარულად გამოყენების აუცილებლობის შესახებ (სათვალის გარდა - 59,6%), თუმცა, პრაქტიკაში მათი ექიმები სათანადოდ არ იცავენ მოთხოვნას (ნიღაბის გარდა - 94%). ამავე ცხრილით ჩანს, რომ ამ საკითხის შესახებ პაციენტების ცოდნის დონე უფრო მაღალია, ვიდრე

მათი მკურნალი სტომატოლოგების პრაქტიკაში დაკვირვების მაჩვენებელი იდს-ის გამოყენების შესახებ.

ცხრილი N30

იდს-ის რეგულარულად გამოყენება

იდს-ის რეგულარულად გამოყენება	პრაქტიკაში იყენებენ ექიმები (%)	პაციენტების ცოდნა (%)	პაციენტის ექიმის ქცევა (%)
ნიადაგი	90,4	95,6	67,4
უნიფორმა	94,5	94	94
ხელთათმანი	94,7	97,9	73
სათვალე	73,6	59,6	49,5

ინფექციების ტრანსმისიის აღბათობა კლინიკაში

სტომატოლოგიურ კლინიკაში ინფექციების ტრანსმისიის აღბათობის ცოდნა უკეთ გამოხატეს ექიმებმა, ვიდრე პაციენტებმა (ცხრილი N31).

ცხრილი N31

ინფექციების ტრანსმისიის აღბათობა კლინიკაში

ინფექციების ტრანსმისიის აღბათობა კლინიკაში	ექიმების ცოდნა (%)	პაციენტების ცოდნა (%)
აივ/შიდსი	78,7	62,5
HBV	83,5	63,2
HCV	83,5	72,6
TB	69,7	50,5
RI	70,9	55,8

თავი V

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის სისტემა საქართველოს სტომატოლოგიაში

5.1. იპკ-ის სისტემის მართვა საქართველოში: ზოგადი ინფორმაცია და ნორმატიული ბაზა

საქართველოში ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის სისტემის წარმატებით ფუნქციონირებისათვის საჭირო ძირითადი პრინციპები, ორგანიზაციული და პროცედურული საკითხები გაწერილია შესაბამის მოთხოვნებში, მეთოდოლოგიასა და ადმინისტრირების წესებში, რომლებიც გამოცემულია როგორც მინისტრის ნორმატიული ბრძანებების, ისე საქართველოს მთავრობის დადგენილების სახით. დიაგრამა N67 აჩვენებს, რომ ქვეყანაში ინფექციის პრევენციისა და კონტროლს ახორციელებს სამინისტრო და მის კონტროლს დაქვემდებარებული უწყებები: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC) და რეგულირების სააგენტო (ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში, 2018).

იპკ-ის სისტემის ფუნქციონირებაში ჩართული არიან შემდეგი სუბიექტები:

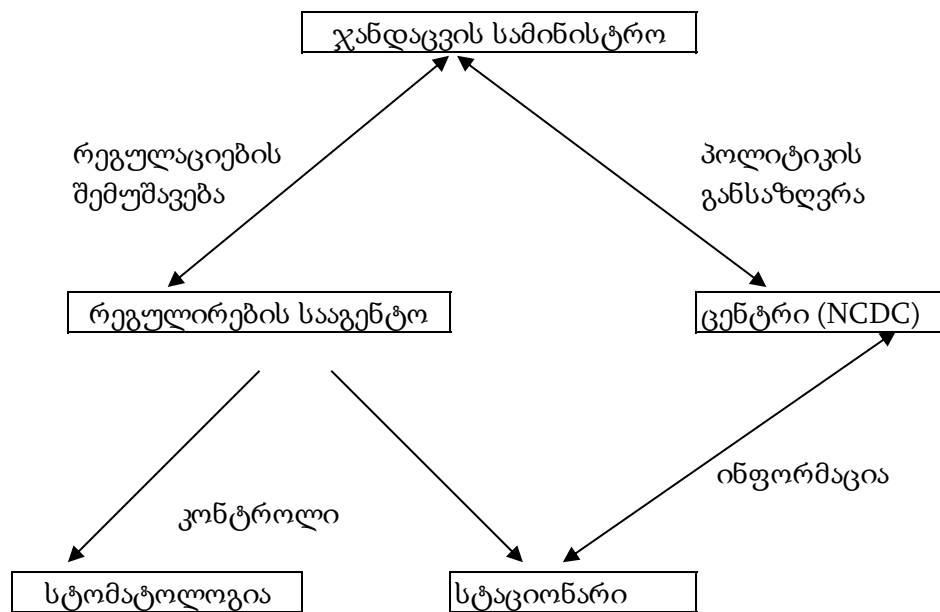
საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო - ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის ფარგლებში შეიმუშავებს პოლიტიკას და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს, ამტკიცებს გაიდლაინებს და ახდენს უფლება-მოვალეობების დელეგირებას მისივე დაქვემდებარებულ უწყებებში;

სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო - ახორციელებს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის პირობების შემოწმებას სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში, რომლებსაც ევალებათ იპკ-ის სისტემის მოთხოვნების შესრულება;

სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი - პასუხისმგებელია ეპიდზედამხედველობის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების მონიტორინგზე, გადამდები და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის მქონე არაგადამდები დაავადებების და ჯანმრთელობის რისკების გამოვლენასა და საჯარო პოლიტიკის და საზოგადოების დროულ ინფორმირებაზე, რომლის ფარგლებში ახდენს ნოზოკომიური ინფექციების შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას და

განალიზებას. ცენტრი განსაზღვრავს სარეგისტრაციო პროცედურებს, პირობებს და არეგისტრირებს სადეზინფექციო საშუალებებს;

სტომატოლოგიური სამედიცინო დაწესებულება - უნდა არსებობდეს ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციის აღრიცხვის, მართვის, ზედამხედველობისა და კონტროლის, ასევე პაციენტის უსაფრთხოების და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით.



დიაგრამა N67

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის სისტემა საქართველოში

წყარო: https://sao.ge/files/auditi/inpheqciebis_kontrolis_auditis_angarishi.pdf

საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის N359 დადგენილებით განისაზღვრა მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების რეგლამენტი.

დოკუმენტი განსაზღვრავს სტომატოლოგიური დაწესებულებების სამედიცინო საქმიანობისადმი მინიმალურ მოთხოვნებს სამედიცინო აპარატურის, ხელსაწყოების, ჰიგიენური პირობებისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებით. აღნიშნული მოთხოვნების შესრულების ადმინისტრირება და სტომატოლოგიური დაწესებულებების რეესტრის წარმოება ევალება რეგულირების სააგენტოს.

ამ დადგენილების მე-7 მუხლის თანახმად, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებული იყო აღნიშნული საქმიანობის დაწყებისა და დასრულების შესახებ ჯანდაცვის სამინისტროს მმართველობაში შემავალი სსიპ “სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოსთვის” ეცნობებინა. 2014 წლამდე, ამავე დადგენილების მე-11 მუხლის თანახმად, შეტყობინების ვალდებულება სტომატოლოგიურ საქმიანობაზე არ ვრცელდებოდა და ექვემდებარებოდა მხოლოდ სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულებას, რომლის მოთხოვნები განისაზღვრა შემდეგი სახით:

1. ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშო, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები).
2. სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა.
3. დეზინფექციისა და სტერილიზაციის (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) სათანადო რეჟიმითა და აღრიცხვით უზრუნველყოფა დადგენილი წესის შესაბამისად.
4. პირობები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უსაფრთხო გადაადგილებისათვის - არ წარმოადგენს აუცილებელ პირობას სტომატოლოგიური სერვისის მიმწოდებელთათვის.
5. აწარმოოს სამედიცინო და სტატისტიკური დოკუმენტაცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით.
6. სამედიცინო პერსონალი, რომელთა სერტიფიკატი/კვალიფიკაცია აკმაყოფილებს კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს.

ამავე რეგლამენტის თანახმად, სტომატოლოგიური კაბინეტის რენტგენის აპარატით აღჭურვისთვის სპეციალური ლიცენზია იყო საჭირო, რომელსაც გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო გასცემდა.

აქვე აღსანიშნავია, რომ დადგენილების მე-9 მუხლის თანახმად, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულების შემოწმება შერჩევითი კონტროლით ხორციელდება, გარდა სტომატოლოგიური საქმიანობისა/მომსახურებისა

(რადგან იმ დროისთვის ის არ წარმოადგენდა შეტყობინებას დაქვემდებარებულ საქმიანობას). ამრიგად, 2005-2014 წლებში საქართველოში სტომატოლოგიური კლინიკები ინფექციების კონტროლის სისტემის მიღმა დარჩა. ვინაიდან სტომატოლოგიური საქმიანობა მაღალი რისკის საქმიანობად მიჩნეული არ იყო, აღნიშნულ პერიოდში სტომატოლოგიური კლინიკების კონტროლის მექანიზმი არ არსებობდა და შესაბამისად, მათი შემოწმება არ ხორციელდებოდა, სასამართლო დავების შემთხვევების გარდა.

2014 წლის 13 თებერვლის №159 დადგენილებით ცვლილებები შევიდა №359 დადგენილებაში, რომლის მიხედვითაც იმავე წლის 1 მაისიდან საქართველოში სტომატოლოგიური კაბინეტებისთვის ახალი რეგულაციები ამოქმედდა და მათ გარკვეული ვალდებულებები დაეკისრა. კერძოდ, ვალდებულება მოეწყო შესაბამისი პანდუსები შშმ (შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე) პირთა უსაფრთხო გადაადგილებისთვის. ასევე, სტომატოლოგიური კაბინეტის ფართობი ერთი ძირითადი სტომატოლოგიური სავარძლის არსებობის შემთხვევაში, იმ დროისთვის განისაზღვრა არანაკლებ 14მ²-ით, ხოლო ყოველ ახალ სავარძელზე დამატებით არანაკლებ 7მ² (მოთხოვნა მოგვიანებით შეიცვალა, იხ. ქვემოთ). ამასთან, სტომატოლოგიურ დაწესებულებას, როგორც მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს, განესაზღვრა თავისი საქმიანობის დაწყების ან დასრულების შესახებ შეტყობინების ვალდებულება სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოსთვის.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა ახალი რეგულაციების შემოღების მიზეზი განმარტა: „სტომატოლოგიური მომსახურების მხრივ საქართველოში სტიქიური სიტუაცია იყო. სტომატოლოგიური კაბინეტის გახსნის მსურველს არანაირი ვალდებულება არ ჰქონდა, რომ ელემენტარულად ეცნობებინა ჯანდაცვის სამინისტროსთვის ამ აქტივობის შესახებ. ამის გამო, არ ვიცით საერთოდ რამდენი კაბინეტი საქართველოში, რა პირობებში ახორციელებენ ამ სერვისებს და რამდენად უსაფრთხოა პაციენტისთვის“ (2014. <http://factcheck.ge>).

სტომატოლოგიური კლინიკებისაგან განსხვავებით, სტაციონარული დაწესებულებებისათვის რეგულირების მეტი მექანიზმი ფუნქციონირებს. კერძოდ, მინისტრის 2012 წლის 19 სექტემბრის ბრძანება №01-63/ნ, „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა

უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“, რომლის მიხედვითაც, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების მიზნით, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში უნდა არსებობდეს ხელმძღვანელობის მიერ შექმნილი ხარისხის მართვის ერთეული, რომელიც თავის საქმიანობას წარმართავს ხელმძღვანელობის მიერ შიდა ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქციით, რომელიც უნდა მოიცავდეს ხარისხის უზრუნველყოფის დროში გაწერილ ღონისძიებებს. ინსტრუქცია ასევე უნდა ითვალისწინებდეს მომსახურების პროცესში მოსალოდნელი რისკების მართვისა და აღმოჩენილ დარღვევებზე რეაგირების გეგმას დაწესებულების სიმძლავრისა და მომსახურების სპეციფიკის გათვალისწინებით. აღნიშნული ბრძანება განკუთვნილია სტაციონარული დაწესებულებებისათვის და არ მოიცავს სტომატოლოგიას. დამატებით უნდა აღინიშნოს, რომ სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებებისგან განსხვავებით, სტომატოლოგიური დაწესებულების საქმიანობის დაწყების ეტაპზე, საქართველოში მოქმედი რეგულაციები არ ითვალისწინებს სავალდებულო მოთხოვნების შემოწმებას.

ინფექციური კონტროლის ეროვნული გაიდლაინის თანახმად, ყველა სამედიცინო დაწესებულება თავისებურად უნიკალურია: პროფილის, სამედიცინო პერსონალის და პაციენტის მიხედვით, ამიტომ, ინფექციური კონტროლის პროგრამა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ადაპტირებული უნდა იყოს მოცემული დაწესებულების თავისებურებებთან და მოთხოვნებთან.

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 24 აპრილის დადგენილება №185 „სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ“, განკუთვნილია ყველა სამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, აგრეთვე იმ საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებისათვის, სადაც წარმოებს ესთეტიკური და კოსმეტიკური პროცედურები ადამიანის კანის საფარველზე.

ტექნიკური რეგლამენტით განსაზღვრული მოთხოვნების შესრულება სავალდებულოა შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელი ფიზიკური და იურიდიული პირისთვის, მიუხედავად მათი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა.

დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ზოგადი პრინციპების მიხედვით, დაწესებულებას უნდა ჰყავდეს ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების სტერილიზაცია/დეზინფექციაზე პასუხისმგებელი პირი.

ასევე რეგლამენტი ავალდებულებს დაწესებულებას, რომ ჰქონდეს გაწერილი ოპერირების წესი/პროცედურა სტერილიზაცია-დეზინფექციის განხორციელებასა და გამოყენებაში არსებული სადეზინფექციო საშუალებების სამუშაო ხსნარების შესახებ.

მნიშვნელოვანია, რომ დაწესებულებაში დეზინფექციისათვის გამოყენებულ უნდა იქნეს დესჯც-ის მიერ რეგისტრირებული საშუალებები (№185 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 19 თებერვლის დადგენილება №108), ხოლო დეზინფექცია/სტერილიზაციასთან დაკავშირებული, ცალკეული სერვისისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური მიდგომები (მ.შ. ტექნოლოგიური) უნდა განისაზღვრებოდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესაბამისი ეროვნული რეკომენდაციით (გაიდლაინით).

საქართველოს მთავრობის N29 განკარგულებით (11.01.2017) დამტკიცებულია ანტიმიკრობული რეზისტენტობის საწინააღმდეგო ეროვნული სტრატეგია, რომლის მიზანია მოცემული მიმართულებით პოლიტიკის დანერგვის ხელშეწყობა საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელიც იპკ-ის სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია. სტრატეგია მოიცავს შემდეგ ძირითად ამოცანებს:

- ინფექციების კონტროლისა და პრევენციის გაძლიერება;
- მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიების შესაძლებლობების გაძლიერება;
- ცნობიერების ამაღლება და განათლება.

ამოცანების შესაბამისი განსახორციელებელი აქტივობები გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის კომიტეტების შექმნას და მათი რეალური ფუნქციონირების ზედამხედველობის გაძლიერებას, ასევე ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის მარეგულირებელი დოკუმენტების სრულყოფას, მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ხარისხის გაუმჯობესებას, მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების და ანტიბიოტიკების მოხმარებაზე ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანიების ჩატარებას, სამედიცინო პერსონალის ცოდნის დონის ამაღლებას ინფექციების კონტროლისა და ანტიბიოტიკების რაციონალური

გამოყენების საკითხებზე. აღნიშნული აქტივობები ასევე გათვალისწინებულია C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიაში, რომლის მიზანია ქვეყანაში C ჰეპატიტის ელიმინაცია და შედეგად, საზოგადოებასა და ეკონომიკაზე ვირუსული ჰეპატიტის მძიმე ზეგავლენის შემცირება. სტრატეგიაში ასევე გაწერილია უსაფრთხო ინექციის პრაქტიკის, დეზინფექცია-სტერილიზაციისა და ნარჩენების მართვის ღონისძიებები. იპკ-ის სისტემის ეროვნული სტრატეგია, მოცემული საკითხების გარდა, უნდა მოიცავდეს სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების ზედამხედველობის სისტემის შექმნას, რომელიც უზრუნველყოფდა სანდო ინფორმაციის მოპოვებას სამედიცინო დაწესებულებებში იპკ-ის მიმართულებით არსებულ მდგომარეობაზე და მათი პრევენციისთვის საჭირო ღონისძიებებს, რაც არ არის ანტიმიკრობული რეზისტენტობის და C ჰეპატიტის ეროვნული სტრატეგიების შემადგენელი ნაწილი.

აღნიშნულის გარდა, იპკ-ის შესახებ საქართველოში შემუშავებულ ნორმატიული მასალა წარმოდგენილია დანართი N11 სახით.

გარდა აღნიშნული ნორმატიული დოკუმენტებისა, საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის ჟურნალის GSA News-ის 2016 წლის N18 გამოცემაში დაიბეჭდა გაიდლაინი „ინფექციების კონტროლი სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში,“ რომელიც ერთგვარი „გზამკვლევა“ სტომატოლოგთათვის კლინიკაში ინფექციური უსაფრთხოების დასაცავად.

პანდემიის პერიოდში კი საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციამ შეიმუშავა და 27 აპრილს სამინისტროში გადააგზავნა „დროებითი გაიდლაინი სტომატოლოგიური მომსახურების მენეჯმენტისთვის“.

18 მაისს მინისტრის № 01-200/ო ბრძანებით დამტკიცდა „COVID-19 პანდემიისას საქართველოში სტომატოლოგიური საქმიანობის წარმართვის შუალედური რეკომენდაციები“ - კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)“.

2020 წლის 14 სექტემბერს გამოიცა ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანება № 01-455/ო ინფექციის კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში - ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) დამტკიცების თაობაზე, რომელიც მოიცავს 19 დანართს.

2020 წლის 15 ოქტომბერს დკსჯც-დან ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებმა მიიღეს წერილი, სადაც აღნიშნულია: „სამედიცინო პერსონალში ინფექციის გავრცელების დროულად იდენტიფიცირებისა და შემდგომი ფართომასშტაბიანი გავრცელების პრევენციის მიზნით, საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 6 ოქტომბრის N1938 განკარგულებით ცვლილება შევიდა საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 15 ივნისის № 975 განკარგულებით დამტკიცებულ „კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) სავალდებულო ტესტირებას დაქვემდებარებულ პრიორიტეტულ პირთა ნუსხასა და ჩატარების წესში“. აღნიშნული განკარგულების საფუძველზე, კორონავირუსზე სავალდებულო PCR ტესტირებას დაექვემდებარა ამბულატორიულ და სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული მთელი სამედიცინო პერსონალი (მ.შ. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის მიმწოდებელი ფიზიკური პირები)“; თუმცა, სავალდებულო ტესტირების ჩამონათვალში, აღნიშნულ პერიოდში, არ იქნა გათვალისწინებული სტომატოლოგიური კლინიკები, მიუხედავად მომატებული რისკებისა და საქართველოს წითელ ეპიდ-ზონაში გადანაცვლებისა. ჩამონათვალში ექიმი სტომატოლოგები შეიყვანეს 6 თვის დაგვიანებით, ხოლო კლინიკებში დასაქმებული სხვა პერსონალი არ იქნა გათვალისწინებული. გარდა ამისა, არ მოხდა სტომატოლოგიური კლინიკების Covid-19-ის ანტიგენის სწრაფი ტესტებით უზრუნველყოფა.

5.2. სადებიზინფექციო საშუალებების რეგისტრაციის პროცესი, ნაკლოვანებები და შედარება ევროკავშირის მაგალითთან

ჯანმო-ს მიერ 2016 წელს გაცემული რეკომენდაციების მიხედვით, იპკ-ის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტია სამედიცინო დაწესებულებებში სუფთა და ჰიგიენური გარემოს არსებობა. სუფთა გარემო მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სმა ინფექციების პრევენციასა და გავრცელების შემცირებაში. სამედიცინო დაწესებულებებში უნდა ხორციელდებოდეს სამედიცინო დანიშნულების საგნებისა და გარემოს ობიექტების სტერილიზაცია და დეზინფექცია, რადგან სამედიცინო ინსტრუმენტებისა და აღჭურვილობის არასათანადო დამუშავება ხშირად ხდება სმა ინფექციის აღმოცენების მიზეზი. აღნიშნული მიიღწევა სათანადოდ განხორციელებული დეზინფექცია/სტერილიზაციის პროცედურებით, რომლისთვისაც N185 დადგენილების

მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა გამოიყენონ დკსჯც-ის მიერ რეგისტრირებული საშუალებები.

ევროპარლამენტისა და ევროსაბჭოს 2012 წლის №528/2012 რეგულაციით „ბიოციდური პროდუქტების ბაზარზე დაშვებისა და გამოყენების შესახებ“ განსაზღვრულია ევროკავშირის ბაზარზე სადეზინფექციო საშუალებების დაშვების პირობები, რეგისტრაციის პროცედურები და ვადები.

ევროკავშირის ბაზარზე ბიოციდური პროდუქტების დაშვებისთვის აუცილებელია, რომ პროდუქტმა გაიაროს ავტორიზაციის პროცესი (<https://echa.europa.eu/regulations/biocidal-products-regulation/authorisation-of-biocidal-products>). კომპანიებს შეუძლიათ გააკეთონ არჩევანი ავტორიზაციის რამდენიმე პროცედურას შორის გასაყიდი პროდუქციის ტიპისა და იმ ქვეყნების რიცხვის მიხედვით, სადაც სურთ პროდუქციის გაყიდვა. არსებობს ბაზარზე დაშვების შემდეგი ალტერნატიული პროცედურები:

ეროვნული ავტორიზაცია – საკმარისია ერთი ქვეყნის ავტორიზაციის პროცესის გავლა და პროდუქტი დაშვებული იქნება მხოლოდ ამ კონკრეტული ქვეყნის ბაზარზე;

საერთო აღიარება – პროდუქტი დაშვებული იქნება ევროპის რამდენიმე ქვეყნის ბაზარზე;

ევროკავშირის დონეზე ავტორიზაცია – პროდუქტი ერთი რეგისტრაციის პროცესით დაშვებული იქნება ევროკავშირის ყველა წევრი ქვეყნის ბაზარზე.

ევროკავშირის დონეზე ბიოციდური პროდუქტის ავტორიზაციის შესახებ საბოლოო გადაწყვეტილებას, ევროპის ქიმიური ნივთიერებების სააგენტოს მოსაზრებაზე დაყრდნობით, იღებს ევროკომისია. მსგავს ფუნქციას საქართველოში ითავსებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ევროპარლამენტის რეგულაციის მიხედვით, სადეზინფექციო საშუალებები და პესტიციდები წარმოადგენენ ბიოციდური პროდუქტის სხვადასხვა ჯგუფს, რომელთა უარყოფითი ზემოქმედება ადამიანის ჯანმრთელობასა და გარემოზე თანაბრად მავნებელია; მიუხედავად ამისა, ქვეყანაში პესტიციდებისთვის განკუთვნილი მსგავსი რეგულაციები არ არსებობს სადეზინფექციო საშუალებებზე. სადეზინფექციო საშუალებების ბაზარზე დაშვების პროცესი რეგულირდება მინისტრის ბრძანებით (მინისტრის 2002 წლის 19 მარტის ბრძანება №64/ნ),

მთავრობის დადგენილებით (2015 წლის 14 სექტემბრის დადგენილება №468) და დკსჯც-ის გენერალური დირექტორის ბრძანებით (2018 წლის 18 იანვრის ბრძანება №06-6/ო).

ქვემოთ შედარებულია სავალდებულო დოკუმენტაციის ჩამონათვალი, რომელიც მოითხოვება საშუალების რეგისტრაციისთვის ევრორეგულაციისა და საქართველოში მოქმედი რეგულაციების მიხედვით (ცხრილი N32):

ცხრილი N32

სავალდებულო დოკუმენტების ჩამონათვალი ევროპასა და საქართველოში

ევრორეგულაცია	საქართველო
განცხადება	განცხადება
ბიოციდური პროდუქტის იდენტიფიკაცია	
ფიზიკური, ქიმიური და ტექნიკური მახასიათებლები	
ფიზიკური საფრთხეები და შესაბამისი მახასიათებლები	
შემადგენელი ნივთიერებების აღმოჩენის და იდენტიფიკაციის მეთოდები	მონაცემები სადეზინფექციო საშუალების შემადგენლობაში შემავალი ნივთიერებების იდენტიფიკაციის შესახებ
სამიზნე ორგანიზმებზე მოქმედების ეფექტურობა	ცენტრის მიერ გაცემული დასკვნა საშუალების მადეზინფიცირებელი ეფექტის შესახებ
გამოყენების ინსტრუქცია	ინფორმაცია სადეზინფექციო საშუალების გამოყენების სფეროს, წესებისა და პირობების შესახებ
ტოქსიკური ზემოქმედება ადამიანსა და ცხოველებზე	იმპორტირებული პროდუქციის შემთხვევაში – მწარმოებელი ქვეყნის უფლებამოსილი ოფიციალური ორგანოს მიერ გაცემული წარმოშობის, ხარისხისა და უსაფრთხოების დამადასტურებელი დოკუმენტები
კვლევები ეკოტოქსიკურობაზე	
გარემოზე ზემოქმედება	
ადამიანის, ცხოველების და გარემოს დასაცავად საჭირო ზომები	მონაცემები სადეზინფექციო საშუალების მავნე ზემოქმედებისას პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევის, პროფილაქტიკური ღონისძიებებისა და ტექნიკური უსაფრთხოების წესების შესახებ
კლასიფიკაცია, ნიშანდობა და შეფუთვა	მონაცემები სადეზინფექციო საშუალების ნიშანდობის, ეტიკეტირების, შეფუთვის, შენახვის ვადებისა და პირობების შესახებ

წყარო: <https://sao.ge/files/auditi/inpheqciebis kontrolis auditis angarishi.pdf>

აღსანიშნავია, რომ მხოლოდ იმპორტირებული პროდუქციის შემთხვევაში მოითხოვება მწარმოებელი ქვეყნის უფლებამოსილი ოფიციალური ორგანოს მიერ გაცემული ხარისხისა და უსაფრთხოების დამადასტურებელი დოკუმენტი. ამასთანავე, ევრორეგულაციის მიხედვით, ბიოციდური პროდუქტის რეგისტრაცია ხდება 10 წლის ვადით, საქართველოში მოქმედი რეგულაციების მიხედვით კი, სადეზინფექციო საშუალებები რეგისტრირდება უვადოდ.

5.3. სტომატოლოგიური საქმიანობის სანებართვო პირობები, ნაკლოვანებები და შედარება საერთაშორისო გამოცდილებასთან

2014 წლიდან სტომატოლოგიური მომსახურება განისაზღვრა, როგორც მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა და შესაბამისად, დაექვემდებარა საქმიანობის დაწყების შესახებ სააგენტოში სავალდებულო შეტყობინებას. ვინაიდან სტომატოლოგიური დაწესებულებები შედიან ინფექციის გავრცელების მაღალი რისკის ჯგუფში, ტექნიკური რეგლამენტით ევალებათ, ჰქონდეთ იპკ-ისათვის საჭირო ინფრასტრუქტურული გარემო (წყალმომარაგება, საპირფარეშო, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები) და ჰყავდეთ შესაბამისი კვალიფიკაციის ადამიანური რესურსი. 2018 წელს ტექნიკურ რეგლამენტში (დადგენილება №105) განისაზღვრა სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის განხორციელების მოთხოვნა. თუმცა, როგორც შესავალში აღინიშნა, სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებებისგან განსხვავებით, სტომატოლოგიური დაწესებულების საქმიანობის დაწყების ეტაპზე საქართველოში მოქმედი რეგულაციები არ ითვალისწინებს სავალდებულო მოთხოვნების შემოწმებას. იპკ-ის სისტემის შემოწმება შერჩევითი კონტროლით რეგულირების სააგენტოს მიერ ხდება წელიწადში ერთხელ, მათი საქმიანობის მიმდინარეობისას. ამასთანავე, მინისტრის ბრძანებით განსაზღვრულია შერჩევითი კონტროლის კრიტერიუმები, რომელზე დაყრდნობითაც რეგულირების სააგენტო შეარჩევს შესამოწმებელ სამედიცინო დაწესებულებებს. მოცემული კრიტერიუმების ნუსხა არ ითვალისწინებს ახლად გახსნილი სტომატოლოგიური დაწესებულების შერჩევას (ცხრილი N1).

ცხრილი N1 - სტაციონარული და სტომატოლოგიური საქმიანობის კონტროლი დაწყებამდე და მიმდინარეობისას.

კონტროლი	სტაციონარი	სტომატოლოგია
საქმიანობის დაწყებამდე	+	×
საქმიანობის მიმდინარეობისას	+	+

მოცემულ საკითხთან დაკავშირებით განსხვავებული პრაქტიკა გვხვდება ევროპის ქვეყნებში. მაგალითად, ინგლისში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და მუდმივი მონიტორინგის მიზნით, ერთი და იგივე ორგანიზაცია არეგისტრირებს და ამოწმებს სტაციონარულ და სტომატოლოგიურ დაწესებულებებს (<https://www.cqc.org.uk/>). რეგისტრაციის ეტაპზე მოწმდება, თუ რამდენად აკმაყოფილებს დაწესებულება შესაბამისი სერვისისათვის განსაზღვრულ სავალდებულო მოთხოვნებს და შემდეგ სხვადასხვა წყაროდან, მათ შორის პაციენტისგან მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ხდება დაწესებულებებზე მუდმივი მეთვალყურეობა და პერიოდული ინსპექტირება.

დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ბიუჯეტს მართავს და ანაწილებს ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური (<https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/nhs-structure-explained/>).

სტაციონარული და სტომატოლოგიური სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რეგისტრაციას და მომსახურების ხარისხის კონტროლს ახორციელებს დამოუკიდებელი მარეგულირებელი ორგანო ჯანდაცვის ხარისხის კომისია, რომელიც ფინანსდება ჯანდაცვის დეპარტამენტიდან და პასუხისმგებელია მის წინაშე. კომისია მიმწოდებელთა რეგისტრაციის პროცესში და შემდგომი ინსპექტირებისას ამოწმებს, რამდენად შეესაბამება სტაციონარული და სტომატოლოგიური დაწესებულება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის 2008 წლის აქტის მოთხოვნებს, რომლის შემადგენელი ნაწილია ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პრაქტიკების კრებული (<https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/registration/what-registration>).

ჯანმო-ს 2016 წლის რეკომენდაციებში მოცემულია ის ძირითადი კომპონენტები, რომლებსაც უნდა მოიცავდეს იპკ-ის სისტემის ეროვნული პროგრამა. იგი უნდა ითვალისწინებდეს ნათლად განსაზღვრულ მიზნებს, ფუნქციებს, ინფექციების პრევენციაზე პასუხისმგებელ სპეციალისტებს, სადაც განსაზღვრული უნდა იყოს პასუხისმგებლობის მასშტაბები.

პროგრამა, სულ მცირე, უნდა მოიცავდეს რეკომენდაციებს იპკ-ის პროცესისთვის, ასევე სმა ინფექციების პრევენციისა და ანტიბიოტიკორეზისტენტობის შემცირებაზე მიმართულ ეფექტიან პრაქტიკებს. პროგრამის განსახორციელებლად განსაზღვრული უნდა იყოს ტექნიკური ჯგუფი, რომელსაც გავლილი ექნება იპკ-ის სისტემის სპეციალური ტრენინგი, მიღებული ექნება გადაწყვეტილების აღსრულების უფლებამოსილება და დაგეგმილი აქტივობების მიხედვით განსაზღვრული იქნება საჭირო ბიუჯეტი. პროგრამა მხარდაჭერილი უნდა იყოს სახელმწიფო სტრუქტურების მიერ.

საქმიანობის დაწყებამდე ან საწყის ეტაპზე, ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნების შეუმოწმებლობა ზრდის რისკს, რომ სტომატოლოგიური დაწესებულებები მომსახურებას განახორციელებენ მოთხოვნების დაცვის გარეშე მანამ, სანამ რეგულირების სააგენტოს მიერ არ განხორციელდება მათი შერჩევითი კონტროლი. აღნიშნულმა შესაძლოა უარყოფითი გავლენა იქონიოს როგორც პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ასევე იპკ-ის სისტემის ეფექტიან მართვაზე.

თავი VI

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის მხარდაჭერის გუნდი სტომატოლოგიის დარგში
მეცნიერული სიახლე

6.1. იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის შექმნის საჭიროება

სტომატოლოგიური საქმიანობის დაწყების ეტაპზე ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნების შემოწმება შექმნის იმის შესაძლებლობას, რომ თავიდანვე იქნას აღმოჩენილი არსებული ნაკლოვანებები და შესაბამისი რეაგირების პირობებში შემცირდეს დარღვევების მაჩვენებელი, რაც ხელს შეუწყობს როგორც პაციენტების უსაფრთხოებას, ასევე იპკ-ის სისტემის ეფექტიან მართვას. თუმცა, როგორც წინა თავში აღინიშნა, სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებებისგან განსხვავებით, სტომატოლოგიური დაწესებულების საქმიანობის დაწყების ეტაპზე საქართველოში მოქმედი რეგულაციები არ ითვალისწინებს სავალდებულო მოთხოვნების შემოწმებას.

2018 წლის მაისის მდგომარეობით, ქვეყანაში მოქმედებდა 1,526 სტომატოლოგიური დაწესებულება. სააგენტოს მიერ 2015-2017 წლებში განხორციელებული შემოწმების შედეგად გამოვლინდა, რომ შემოწმებული სტომატოლოგიური დაწესებულების 54% ვერ აკმაყოფილებს იპკ-ის მოთხოვნებს. ამათგან, იპკ-ის სისტემის მიმართულებით ტექნიკური რეგლამენტის ცალკეული მოთხოვნის, ყველაზე მეტი დარღვევა გამოვლინდა დეზინფექციისა და სტერილიზაციის (მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო იარაღების, საგნებისა და მასალებისათვის) სათანადო რეჟიმითა და აღრიცხვით უზრუნველყოფის პროცესში: 2015 წელს აღნიშნული მოთხოვნა დარღვეულია შემოწმებული სტომატოლოგიური დაწესებულებების 55%-ში, 2016 წელს – 48%-ში და 2017 წელს – 51%-ში (https://sao.ge/files/auditi/inpheqciebis_kontrolis_auditis_angarishi.pdf).

ამავე სტატისტიკას ადასტურებს ჩვენი კვლევის შედეგებიც, რომელიც იპკ-ის გაცილებით მეტი საკითხის და უფრო დეტალური შესწავლით განხორციელდა, ვიდრე სააგენტოს კითხვარი ითვალისწინებს. COVID-19-ის პირობებში განხორციელებულმა სავალდებულო მონიტორინგმა გამოავლინა იპკ-ის არსებითი დარღვევები. შედეგად, სტომატოლოგიური დაწესებულებების დიდმა ნაწილმა დროულად ვერ აღადგინა სამუშაო პროცესები.

შემოწმებისას გაირკვა, რომ ახალი მოთხოვნების გარდა (ერთჯერადი საშუალებების 2 კვირის მარაგი, დამცავი მინის ბარიერები რეგისტრატურაში, სავარძლებს შორის 4-მეტრიანი დაშორება, სოციალური დისტანცირების შესაძლებლობა და სხვ.), კლინიკების დიდი ნაწილი სათანადოდ ვერ აკმაყოფილებდა იპკ-ის იმ წესებს, რომლებიც პანდემიამდეც სავალდებულოდ იყო განსაზღვრული. აღნიშნულს ეხმაურება პანდემიის პერიოდში, 2020 წლის 21 ოქტომბერს, რეგულირების სააგენტოდან ჩვენ მიერ გამოთხოვილ ინფორმაციაზე საპასუხო წერილი:

„საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შრომის პირობების ინსპექტირების დეპარტამენტმა რეკომენდაციების შესრულებაზე საქართველოს რეგიონებში განახორციელა 494 სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების კონტროლი საქმიანობის აღდგენის მიზნით. შემოწმების შედეგად 478 სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელმა დაწესებულებამ დააკმაყოფილა მინისტრის 2020 წლის 8 მაისის N01-193/ო ბრძანებით გათვალისწინებული მოთხოვნები, ხოლო სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელ 16 დაწესებულებას, შემოწმების შედეგების შესაბამისად, არ მიეცა საქმიანობის განახლების უფლება. სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ მონიტორინგი განხორციელდა თბილისის მასშტაბით. 11.05.2020-15.10.2020 წწ. პერიოდში მონიტორინგი ჩატარდა 630 დაწესებულებაში. აქედან, 48 დაწესებულებას, გამოვლენილი ხარვეზების გამო, უარი ეთქვა გეგმიური სტომატოლოგიური სერვისის განხორციელებაზე, ხოლო 582 დაწესებულებაზე გაიცა თანხმობა“.

ირკვევა, რომ COVID-19 რეგულაციების დადგენიდან ხუთ თვეში რეგისტრირებული კლინიკების მხოლოდ 73%-მა გაიარა შემოწმება. თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ ქვეყანაში ჯერ კიდევ მოქმედებენ არარეგისტრირებული კლინიკები, გასაგები გახდება, რომ შემოწმება რეალურად გაიარა დაწესებულებათა გაცილებით ნაკლებმა წილმა (%) და საეჭვოა, რომ დაურეგისტრირებელი სტომატოლოგიური საქმიანობის მიმწოდებლები აკმაყოფილებდნენ იპკ-ის მოთხოვნებს. არსებული მონაცემების მიხედვით კი, შემოწმებული კლინიკების დაახლოებით 6%-მა ვერ მიიღო საქმიანობის განახლების უფლება (3,2% - რეგიონები, 7,6% - თბილისი).

2020 წლის 15 ოქტომბერს დკსჯც-დან ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებმა მიიღეს განკარგულებით დამტკიცებული წერილი „კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) სავალდებულო ტესტირებას დაქვემდებარებულ პრიორიტეტულ პირთა ნუსხის შესახებ. აღნიშნული განკარგულების საფუძველზე კორონავირუსზე სავალდებულო PCR ტესტირებას დაექვემდებარა ამბულატორიულ და სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული მთელი სამედიცინო პერსონალი (მ.შ. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის მიმწოდებელი ფიზიკური პირები)“; თუმცა, სავალდებულო ტესტირების ჩამონათვალში, აღნიშნულ პერიოდში, არ იქნა გათვალისწინებული სტომატოლოგიური კლინიკები, მიუხედავად მომატებული რისკებისა და საქართველოს წითელ ეპიდ-ზონაში გადანაცვლებისა. ჩამონათვალში ექიმი სტომატოლოგები შეიყვანეს 6 თვის დაგვიანებით, ხოლო კლინიკებში დასაქმებული სხვა პერსონალი არ იქნა გათვალისწინებული. გარდა ამისა, არ ხდებოდა სტომატოლოგიური კლინიკების Covid-19-ის ანტიგენის სწრაფი ტესტებით უზრუნველყოფა.

ჩვენი კვლევის მონაცემები, პანდემიის დროს ჩატარებული მონიტორინგის შედეგები და ნორმატიული ბაზის ნაკლოვანებები საფუძველს გვაძლევს დავაყენოთ საქართველოს სტომატოლოგიურ დარგში „იკვ-ის მხარდაჭერის გუნდების“ შექმნის აუცილებლობის საკითხი.

6.2. იკვ-ის მხარდაჭერის გუნდის არსი, ფუნქციები, შემადგენლობა

იკვ-ის მხარდაჭერის გუნდის შექმნა იქნება სიახლე სტომატოლოგიურ სივრცეში, რომელიც მნიშვნელოვნად დაეხმარება კლინიკების გახსნის მსურველებს, ან უკვე არსებულ დაწესებულებებს იკვ-ის სისტემის სათანადოდ მართვაში. აღნიშნული სამსახური შეიძლება ჩამოყალიბდეს როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს რეგულირების სააგენტოს სტრუქტურული (კოორდინაციის) ერთეული, რომელიც სტომატოლოგიური საქმიანობის დაგეგმვის, ან საწყის ეტაპზე რეკომენდაციებს გასცემს ინფექციური უსაფრთხოების სტანდარტების გათვალისწინებით, ხოლო გარკვეული პერიოდულობით მოახდენს მონიტორინგს, თუ

რამდენად შეესაბამება კლინიკის ინფექციური კონტროლი ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნებს.

გარდა სახელმწიფო სტრუქტურისა, საჭიროება მოითხოვს შეიქმნას იპკ-ის მომსახურების კერძო ცენტრების ქსელი მთელი ქვეყნის მასშტაბით (რეგიონებში), რომელსაც პირობითად შეიძლება ეწოდოს „სტომატოლოგიის იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდი“. იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდებს შემუშავებული ექნებათ სტანდარტებით გათვალისწინებული მომსახურების პაკეტი. მომხმარებლებს საშუალება ექნებათ ისარგებლონ როგორც სერვისის სრული სპექტრით, ასევე აირჩიონ მათთვის საჭირო გარკვეული კომპონენტი შეთავაზებული ჩამონათვალიდან, მაგ; იპკ-სთან დაკავშირებული დოკუმენტაციისა და ჟურნალების ჩამონათვალი, თუ მათი წარმოების წესის შესახებ ინფორმაცია; კონკრეტული სახის აკრედიტებული ტრენინგი, ან ტესტირების გავლა იპკ-ის სამსახურის მიერ შემუშავებული ცოდნის, პრაქტიკის თუ მიმართების შეფასებათა ჩეკ-ლისტებით (ხელის ჰიგიენა, სტერილიზაციის პროცესი, ნარჩენების მართვა და ა.შ.), ან საინჟინრო უსაფრთხოების მოთხოვნების დოკუმენტაცია კლინიკის მშენებლობის სწორი დაგეგმვისთვის და ა.შ. გარდა ამისა, მხარდაჭერის გუნდებს მუდმივ რეჟიმში ექნებათ წვდომა მარეგულირებელი ბაზის ყველა სიახლესა თუ განახლებაზე, რაც ბევრად უფრო კომფორტული იქნება მომხმარებლისთვის, აარიდებს რა მას სხვადასხვა ინსტანციებში საკითხების გარკვევის აუცილებლობას. გუნდები კლინიკებისთვის უზრუნველყოფენ დეზინფექცია-დეზინსექცია-დერატიზაციის ღონისძიებების ჩატარებას და პერსონალის იმუნიზაცია-სკრინინგს, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში, მაგ. ეპიდსიტუაციიდან გამომდინარე, სხვადასხვა სახის ტესტირებას (PCR, სწრაფი ტესტები და სხვ.).

სტომატოლოგიურ კლინიკებს უნდა ჰქონდეთ იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდების არჩევის საშუალება, იქნება ეს სახელმწიფო სტრუქტურა, თუ კერძო მომსახურების ცენტრები. მომსახურების ფორმა შეიძლება განაპირობოს კლინიკის ზომამ და მოცულობამ. პატარა კლინიკები ან კაბინეტები სახელშეკრულებო პრინციპით დაიქირავებენ (აუთსორსინგით) იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის სერვისს, ხოლო დიდმა კლინიკებმა შესაძლებელია თავად ჩამოაყალიბონ სამსახური (განყოფილება, ქვედანაყოფი), ან ისარგებლონ გარე გუნდების მომსახურებით.

ბოლო დროს გამოცემულ ლიტერატურაში კლინიკის გახსნის მსურველებისთვის აღწერილია რეკომენდაციების მთელი ჩამონათვალი, კერძოდ: მოძებნონ სანდო ადამიანების გუნდი, რომელშიც იქნებიან გამოცდილი პრაქტიკოსი ექიმები და მათთან ერთად დაათვალიერონ სხვადასხვა ზომის, ფუნქციის და მდებარეობის კლინიკები; დაეკონტაქტონ ადამიანებს, რომელთაც უკვე აქვთ კლინიკის გახსნის გამოცდილება, გაიარონ კონსულტაცია სხვადასხვა აღჭურვილობისა თუ დანადგარების მწარმოებელ კომპანიებთან მონტაჟის სპეციფიკასთან დაკავშირებით (ალხანიშვილი, ზ., გოგილაშვილი, ქ., 2020); კლინიკის გახსნის მსურველებს რჩევა დასჭირდებათ სხვადასხვა სახეობის სადებიზინფექციო-სასტერილიზაციო მასალების ეფექტურობასთან, გამოყენების წესებთან და სხვა მრავალ საკითხთან დაკავშირებით. ჩამონათვალი წარმოადგენს იმ აქტივობებისა და ფუნქციების არასრულ სიას, რომელიც უნდა განახორციელოს აღნიშნულმა იპკ-ის სამსახურმა.

სტომატოლოგიაში იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდი უნდა დაკომპლექტდეს ინფექციური უსაფრთხოების უზრუნველყოფისათვის საჭირო ყველა სპეციალისტით. ჩვენი წინადადებით, უმჯობესი იქნება სერვისმა მოიცვას არა მარტო ინფექციური უსაფრთხოების, არამედ ასევე შრომისა და საინჟინრო უსაფრთხოების აუცილებელი ელემენტები, რომლებიც უმეტესად ერთმანეთთან არიან დაკავშირებული, ან აერთიანებთ ერთი და იგივე საკითხები. იპკ-ის არაერთი სტანდარტი მოითხოვს სათანადო საინჟინრო უზრუნველყოფას და გადაწყვეტას, რაც, თავის მხრივ, შრომის უსაფრთხოების რეგულაციით უნდა იყოს გამყარებული. ზემოთქმულიდან გამომდინარე, იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდში უნდა შედიოდეს: ეპიდემიოლოგი, ინფექციონისტი, გარემოსდაცვითი მმართველი, შრომის უსაფრთხოების სპეციალისტი, სტომატოლოგიური დანადგარების ინჟინერი და ა.შ. მხარდაჭერის გუნდის მოვალეობა იქნება ინფექციის კონტროლის სტანდარტებთან შესაბამისი აქტივობების დაგეგმვა და განხორციელება სტომატოლოგიური კლინიკის უნივერსალური უსაფრთხოების წესების მიხედვით ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად. გუნდმა უნდა შეიმუშაოს და აღასრულოს იპკ-ის ის ძირითადი მოთხოვნები, რომლებიც აღიარებულია საერთაშორისო სტანდარტებით და განმტკიცებულია საქართველოს საკანონმდებლო ბაზით. ლიტერატურულ მიმოხილვაში ფართოდ განვიხილეთ აღნიშნული საკითხი, ხოლო დანართი N3 სახით კი წარმოდგენილია იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის მიერ შეთავაზებული რეკომენდაციების ჩამონათვალი სტომატოლოგიური

დაწესებულებებისათვის, რაც კლინიკების სათანადო ფუნქციონირებისათვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანია.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდი დახმარებას გაუწევს ფიზიკურ პირებს ან ორგანიზაციებს, რომ მათ კლინიკის დაგეგმვის ეტაპიდანვე მიიღონ საჭირო ინფორმაცია, ან მუშაობის პროცესში (ან უკვე მოქმედი კლინიკების შემთხვევაში) მუდმივად გააუმჯობესონ ინფექციის კონტროლის ხარისხი, გადაამზადონ პერსონალი, ასწავლონ თანამშრომლებს იპკ-ის საფუძვლები და პერმანენტულად შეამოწმონ მათი ცოდნა-დამოკიდებულა საკითხის მიმართ. თავის მხრივ, გუნდები ითანამშრომლებენ ყველა იმ ინსტიტუციასთან, რომელიც ადგენს, ადასრულებს და მართავს იპკ-ის ღონისძიებებს. გუნდები პროფესიონალურ დახმარებას გაუწევენ კლინიკებს ისეთი სხვადასხვა სანიტარულ და პრევენციულ ღონისძიებებში, როგორიცაა სავალდებულო იმუნიზაცია, სკრინინგი, ტესტირება, დეზინფექცია-დეზინსექცია-დერატიზაცია, კლინიკის ინსტრუმენტების, ჰაერისა თუ წყლის ბაქტერიოლოგიური ანალიზების ჩატარება და ა.შ. იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდების საშუალებით მომხმარებლები ინფორმირებული იქნებიან ახალი რეგულაციების და განახლებების შესახებ. მსურველებს შეეძლებათ, საჭიროებიდან გამომდინარე, მიიღონ როგორც მომსახურების სრული სპექტრი, ასევე მისი გარკვეული კომპონენტი.

6.3. იპკ გუნდი სუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტი“

სადოქტორო თემატიკაზე მუშაობის პერიოდის პარალელურად (2019 წ) დაფუძნდა საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიური კლინიკა, როგორც სტომატოლოგიის ინგლისურენოვანი პროგრამის სასწავლო საუნივერსიტეტო ბაზა. კლინიკაში, სამეცნიერო-კვლევით და სასწავლო საქმიანობასთან ერთად, გათვალისწინებული იყო სამკურნალო-პროფილაქტიკური ამბულატორიული სტომატოლოგიური სერვისების მიწოდება. შედეგად, საქართველოს უნივერსიტეტის ბაზაზე ფუნქციონირებს სამკურნალო-პროფილაქტიკური, სამეცნიერო-სასწავლო სტომატოლოგიური კლინიკა „იუჯი დენტი“ (UGdent).

უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენს მიერ შემოთავაზებული იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის რეკომენდაციები გათვალისწინებული იყო კლინიკაში სარემონტო სამუშაოების ჩატარების ეტაპიდანვე და მათი პრაქტიკულად განხორციელება დღესაც მიმდინარეობს.

კლინიკის დაგეგმვის ეტაპიდან ინტენსიური კონსულტაციები მიმდინარეობდა როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს რეგულირების სააგენტოსთან, ასევე ინფექციური უსაფრთხოების სფეროს სხვადასხვა სპეციალისტებთან (დკსჯც), საკანონმდებლო მარეგულირებელ ნორმებთან შესაბამისი სტომატოლოგიური დაწესებულების ჩამოყალიბებისათვის. ამ დროიდანვე ჩაეყარა საფუძველი იპკ-ის გუნდის შექმნის იდეას, სადაც თავმოყრილი იქნებოდა ყველა იმ კითხვაზე პასუხი, თუ რეკომენდაცია, რაც აქტუალურია კლინიკის გახსნის მსურველთათვის.

უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიკის ვაკანსიების გამოცხადებისას, გათვალისწინებული იყო ეპიდემიოლოგის სრული სამტატო განაკვეთი, რომელმაც ასევე შეითავსა გარემოსდაცვითი მმართველისა და ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის მოვალეობები. გარდა ამისა, შეიქმნა ხარისხის მართვის გუნდი, რომელიც აერთიანებს ეპიდემიოლოგს, მთავარ ექთანს და კლინიკურ დირექტორს. კლინიკას ჰყავს ასევე სამედიცინო ინჟინერი და შრომის უსაფრთხოების ინსპექტორი. ამგვარად, კლინიკა „იუჯი დენტში“ შეიქმნა იპკ-ის გუნდი, რომელშიც შედის: ეპიდემიოლოგი, მთავარი ექთანი, გარემოსდაცვითი მმართველი, ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი, სამედიცინო ინჟინერი, შრომის უსაფრთხოების ინსპექტორი და კლინიკური დირექტორი.

დაგეგმვისა და სარემონტო ეტაპები

კლინიკის დაგეგმვისას გათვალისწინებული იყო კლინიკური და არაკლინიკური ზონებისა და სივრცეების ფართობების მოთხოვნები, რაც მოწოდებულია სათანადო ერგონომიკული, საინჟინრო მოთხოვნებით და ითვალისწინებს ინფექციური უსაფრთხოების სტანდარტებს. კლინიკა ადაპტირებულია შშმ და განსაკუთრებული საჭიროების მქონე პირთათვის, დაწყებული შემოსასვლელი პანდუსითა და რეგისტრატურით, დამთავრებული სველი წერტილებით (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №343, 2015 წლის 10 ივლისი; საქართველოს მთავრობის დადგენილება №41. 2014 წლის 6 იანვარი). საკანონმდებლო ბაზის მოთხოვნები გათვალისწინებული იყო სათავსების მიკროკლიმატის, გათბობისა და ვენტილაციის დაგეგმვის, შიდა მოპირკეთებისა თუ მოწყობის დროს (ბრძანება №309/ნ, 2002 წლის 5 ნოემბერი); განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო და მიღებულ იქნა სპეციალისტთა კონსულტაციები დეკონტამინაციის ოთახის (სასტერილიზაციოს) ჰიგიენური დაგეგმვის პრინციპების, საჭირო დანადგარებით აღჭურვისა (საქართველოს მთავრობის დადგენილება

№185, 2015 წლის 24 აპრილი) და სამედიცინო ნარჩენების მართვის შესახებ.

სასტერილიზაციო ოთახი დაყოფილია „სუფთა“ და „ჭუჭყიან“ ზონებად, სადაც ნაკადები არ იკვეთება და მკაცრად კონტროლდება სტერილური და გამოყენებული ინსტრუმენტების მოძრაობა თავდახურული კონტეინერებით. ნარჩენების გატანის სათანადო სერვისისთვის გაფორმდა ხელშეკრულება სპეციალურ ლიცენზირებულ სამსახურთან, ხოლო ნარჩენების დროებითი განთავსების ოთახში გათვალისწინებულ იქნა რეგულაციის ყველა მოთხოვნა: იზოლირება უცხო პირთაგან, მოპირკეთება, ტრაპი, ხელსაბანი, ვენტილაცია. სათანადოდ გაიწერა 2020-2022 ნარჩენების მართვის გეგმა და გაიგზავნა გარემოს დაცვისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროში (დანართი N10).

აცრები, სკრინინგები

პერსონალის უსაფრთხოებისათვის კლინიკა უზრუნველყოფს თანამშრომელთა იმუნიზაციას (B ჰეპატიტსა და სეზონურ გრიპზე) და პერიოდულ სკრინინგებს B და C ჰეპატიტებზე. ეპიდსიტუაციიდან გამომდინარე, პერსონალს არაერთხელ ჩაუტარდა PCR ტესტირება COVID-19-ზე (დანართი N6).

გარდა პერსონალისა, აცრებისა და სკრინინგის მოთხოვნები დაწესებულია სტუდენტებისათვის, რომელთაც სურთ კლინიკაში სტაჟირების გავლა. სტუდენტებთან ხელშეკრულება ფორმდება მხოლოდ მოთხოვნილი აცრებისა და სკრინინგის ჩატარების ცნობების წარდგენის შემდეგ, რომლებიც მოიცავს B ჰეპატიტის, სეზონური გრიპის, წითელას იმუნიზაციისა და C ჰეპატიტის, შიდსის და COVID-19-ის სკრინინგ ფორმებს.

ბაქტერიოლოგიური ანალიზები და სადეზინფექციო სამუშაოები

პერსონალისა და პაციენტების ინფექციური უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად კლინიკაში ტარდება ზედაპირების ჩამონარეცხების, ინსტრუმენტების, წყლის, ჰაერის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი (შემოწმების ფორმების ნიმუშები წარმოდგენილია დანართი N4 სახით).

რუტინული დალაგება-დასუფთავების გარდა კლინიკაში დროგამოშვებით ტარდება დეზინფექცია-დეზინსექცია-დერატიზაცია. COVID-19-ის დროს არაერთი სადეზინფექციო სამუშაოები ჩაუტარდა არა მარტო კლინიკას, არამედ მთელ შენობას (დანართი N9).

ჩეკ-ლისტები, სამედიცინო ნარჩენებისა და ინსტრუმენტების მოძრაობის სქემები

„იუჯი დენტში“ შემუშავდა და რუტინულად წარმოებს დალაგება-დასუფთავების ჩეკ-ლისტები როგორც კლინიკური და არაკლინიკური ზონებისთვის, ასევე სველი წერტილებისთვის. თვალსაჩინოებისთვის ფერადად დაიბეჭდა და გამოიკრა სანიტარულ არეში ზედაპირების ტილოების ფერები, როგორც კლინიკის ზონების, ასევე სხვადასხვა ზედაპირების (ავეჯი, ფანჯრები, კედლები და ა.შ.) მიხედვით.

კლინიკაში შემუშავდა და თვალსაჩინო ადგილებზე გამოიკრა ნარჩენებისა და ინსტრუმენტების მოძრაობის სქემები, რომელიც აჩვენებს გამოყენებული ინსტრუმენტებისა და წარმოქმნილი ნარჩენების დაწესებულებაში სწორად მოძრაობის მიმართულებას (დანართი N7).

პოსტ-კონტაქტური პროტოკოლი

პერსონალის უსაფრთხოებისათვის კლინიკაში შემუშავდა პოსტ-ექსპოზიციური (პოსტ-კონტაქტური) სოპ-ები (იხ. სოპ-ების ჩამონათვალი და დანართი N2) და მიმდინარეობს „ინციდენტების, ტრავმების და გატარებული ღონისძიებების“ ჟურნალის წარმოება, სადაც აღირიცხება ყველა შემთხვევა და შესაბამისად მიღებული ზომები.

ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა და ამპ-ით მკურნალობის მონიტორინგის ჟურნალი - მეცნიერული სიახლე

იპკ-ის ღონისძიებები ითვალისწინებს ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამის შემუშავების აუცილებლობას ყველა სამედიცინო დაწესებულებებისათვის. კლინიკა „იუჯი დენტში“ თავდაპირველად შემუშავდა ანტიმიკრობული თერაპიის პროტოკოლი, რომელსაც საფუძვლად დაედო სენფორდის ანტიმიკრობული თერაპიის გაიდლაინი, ხოლო შემდგომ, სტომატოლოგიური დაავადებების მკურნალობის როგორც ქართული, ასევე საერთაშორისო პროტოკოლების და გაიდლაინების დამუშავების შედეგად, დაიწერა ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა. პროგრამაში სტომატოლოგიური დიაგნოზების მიხედვით გაწერილია ძირითადი ანტიმიკრობული პრეპარატები და მათი ალტერნატიული ვარიანტები, დოზები, მიღების ჯერადობა და ხანგრძლივობა, მოზრდილთა და ბავშვთა ასაკის გათვალისწინებით (დანართი N8). ანტიმიკრობული პრეპარატის დანიშვნა აღირიცხება „ანტიმიკრობული პრეპარატებით მკურნალობის მონიტორინგის“ ჟურნალში. წლების განმავლობაში მიღებული

იყო ჟურნალის ფორმა, რომელიც საერთო იყო ყველა სახის სამედიცინო დაწესებულებებისათვის. ჩვენი მოსაზრებით, ჟურნალის ეს ფორმა არ შეესაბამებოდა სტომატოლოგიური მკურნალობის სპეციფიკას, კერძოდ, ის უფრო მიესადაგებოდა სტაციონარული პაციენტების მკურნალობას. მაგალითად, ჟურნალში უნდა გაკეთებულიყო პაციენტის მდგომარეობის შეფასება 3 და 5 დღის შემდეგ, რაც სტომატოლოგიური ამბულატორიული მომსახურების პირობებში, როდესაც პაციენტი მკურნალობის დამთავრებისთანავე უბრუნდება სახლის პირობებს, ნაკლებად შესაძლებელს ხდის ანტიმიკრობული თერაპიის შეფასების აღრიცხვას. ამ პრობლემის გათვალისწინებით, საქართველოს დკსჯც-ს მივმართეთ წინადადებით, რომ მათი დახმარებით შეგვემუშავებინა სტომატოლოგიურ დაწესებულებებზე მორგებული ჟურნალის ფორმა, რომელშიც მეტი სიზუსტით იქნებოდა გათვალისწინებული მკურნალობის დანიშვნის სპეციფიკა. შედეგად, დაავადებათა კონტროლის ცენტრის გადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტის (დ. წერეთელი) უშუალო მონაწილეობითა და დახმარებით, ჯანდაცვის სამინისტროს სპეციალისტებთან შეთანხმებით, ერთობლივად შემუშავდა ანტიმიკრობული პრეპარატების მკურნალობის აღრიცხვის ჟურნალის ფორმა, რომელიც შემდგომ განთავსდა საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის ვებ-გვერდზე ყველა დაინტერესებული კლინიკის ხელმისაწვდომობისათვის. ცხრილებით N33 და N34 შესადარებლად წარმოგიდგენთ ძველი და ახალი ჟურნალების ფორმებს.

ცხრილი N33. ანტიბიოტიკებით მკურნალობის ჟურნალი - არსებული ფორმა

ისტორიის N	სახელი, გვარი	ასაკი	დიაგნოზი	დანიშნული ანტიბიოტიკის დასახელება	დანიშვნის თარიღი	მდგომარეობა 3 დღის შემდეგ	მდგომარეობა 5 დღის შემდეგ	მკურნალობის შედეგი
---------------	------------------	-------	----------	---	---------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------

ცხრილი N34. ანტიმიკრობული პრეპარატებით მკურნალობის მონიტორინგის ჟურნალი - ახალი ვარიანტი (იუჯი დენტი, NCDC)

პაციენტის ისტორიის # (ან სამედიცინო ბარათის #)	ანტიმიკრობული პრეპარატის დანიშვნის თარიღი (დღე/თვე/წელი)	ექიმი	განყოფილების /მიმართულების დასახელება	პაციენტის ასაკი (წელი)	სქესი (მამრ., მდედრ.)	ანტიმიკრობული პრეპარატი						დიაგნოზი	შეესაბამება, თუ არა დანიშნული ამ კლინიკურ გაიდლაინებს ან კლინიკის ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამას	მკურნალობა ეფუძნება მიკრობიოლოგიური კვლევის მონაცემებს (დაიაზ, არა). თუ დიაზ მრუთითიეთ პათოგენის სახეობა	შენიშვნა
						დასახელება	ერთჯერადი დოზა	ზომის ერთეული	დღიური დოზა	ხანგრძლივობა	შეცვანის გზა (P, O, R, I)				

კვლევები

როგორც აღინიშნა, კლინიკა „იუჯი დენტი“, სტომატოლოგიური მომსახურების მიწოდების გარდა, მიმდინარეობს სასწავლო-კვლევითი საქმიანობა. 2019 წელს ჩატარდა კვლევა სტომატოლოგიის პროგრამის სტუდენტებს შორის ინფექციის კონტროლის ცოდნა-დამოკიდებულების და პრაქტიკაში გამოყენების შესაფასებლად (Chitaladze T., Kazakhashvili N., 2019). პანდემიის პერიოდში კი ჩატარდა კვლევა „სტომატოლოგიის პროგრამის სტუდენტებს შორის ინფექციის კონტროლის ცოდნა-დამოკიდებულებისა და პრაქტიკაში გამოყენების შედარებითი შეფასება Covid-19-ის პანდემიამდე და პანდემიის განმავლობაში“ (Chitaladze T., Kazakhashvili N., 2020), კვლევის შედეგები ადასტურებს სტომატოლოგი სტუდენტებისთვის ინფექციის კონტროლის საკითხების სწავლების გაძლიერების საჭიროებას.

სოპ-ები, ტრენინგები

„იუჯი დენტის“ იპკ-ის გუნდის მიერ შემუშავდა და დაინერგა სოპ-ები, რომელსაც გაეცნო ყველა თანამშრომელი. სიტუაციიდან და ეპიდვითარებიდან გამომდინარე, მუდმივად ხდება სოპ-ების განახლება, ან ახლის დამატება. N2 დანართში წარმოდგენილია კლინიკაში მოქმედი სტანდარტები, ქვემოთ კი - მათი ჩამონათვალი.

სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“ დამტკიცებული სტანდარტული ოპერაციული

პროცედურების ჩამონათვალი:

2019 წელი:

1. ინფექციის კონტროლი სტომატოლოგიაში.
2. ინსტრუმენტების წინასასტერილიზაციო დამუშავება.
3. სტერილიზაციის პროცესი.
4. სტერილიზატორის (ავტოკლავის) სწორი მონიტორინგი.
5. სტერილიზაციის ხარისხზე მონიტორინგი.
6. სტერილიზაციის ბაქტერიოლოგიური კონტროლი.
7. შეფუთული ინსტრუმენტების გამოყენება.
8. სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის მილების სისტემის დამუშავების წესი.
9. სტომატოლოგიური ბუნიკის დამუშავების ეტაპები.
10. ციფრული რენტგენოგრაფია.
11. ანაბეჭდების დეზინფექცია.
12. ექსტრაგირებული კბილის სტერილიზაცია.
13. ბასრ საგნებთან მოპყრობის პროტოკოლი.
14. დაღვრილი ბიოლოგიური სითხის დეკონტამინაცია.
15. პოსტ-კონტაქტური პროტოკოლი/პირველადი დახმარება.
16. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები.
17. ხელის ჰიგიენა.
18. სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობა.

19. სამედიცინო ნარჩენების დროებითი განთავსების ოთახის დასუფთავება-დეზინფექცია.
20. დალაგება-დასუფთავების ზოგადი წესები.
21. სტომატოლოგიური კაბინეტის დასუფთავება.
22. სანიტარული კვანძის დასუფთავება.
23. ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები ობიექტებისა და ზედაპირებისადმი.
24. ანაფილასიური შოკის/კვინკეს შეშუპების დროს პირველადი დახმარება.

2020 წელი:

25. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენების წესები COVID – ინფექციის დროს:

აეროზოლური პროცედურების ჩატარების დროს;
მაღალი რისკის (აეროზოლური) პროცედურების ჩატარების წინ.

26. ზედაპირების და სამედიცინო ინვენტარის დასუფთავება/დეზინფექციის COVID-19

პანდემიის დროს

კლინიკაში შემუშავებული სოპ-ები დამტკიცებულია ბრძანებით (ბრძანება N6; 05.05.2019). ასევე ბრძანებით არიან დანიშნული იპკ-ის ღონისძიებების გატარებაზე პასუხისმგებელი პირები, სადაც გაწერილია მათი მოვალეობები (მაგ. ბრძანება N3; 25.09. 2019 ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის დანიშვნის შესახებ). ბრძანებით არიან დანიშნული რადიაციულ უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი სერტიფიცირებული პირები. ბრძანებით დამტკიცდა ტრენინგების ჩატარების ერთწლიანი გეგმა-გრაფიკი (დანართი N5), რომელთა დიდი ნაწილი ეხება ინფექციის კონტროლის წესებს, როგორცაა მაგ.:

ქვეყანაში მოქმედი ახალი ბრძანებების, გაიდლაინების და მეთოდური მითითებების გაცნობა;

ნოზოკომიური ინფექციები, გადაცემის გზები, ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები;

კლინიკაში წარმოქმნილი ნარჩენების მართვა;

დასუფთავების წესები;

ხელების ჰიგიენა;

კლინიკაში გამოყენებული ხსნარების ოპერირების წესი;

მრავალჯერადი გამოყენების ინსტრუმენტების რეცხვა-დეზინფექცია-სტერილიზაცია;

ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები;

პერსონალის ინფიცირების რისკები და ინფიცირებულ მასალასთან კონტაქტის შემდგომი მართვა;

ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევების როლი ნოზოკომიური ინფექციების მართვაში;

მოთხოვნები პერსონალისადმი: კლინიკის გარემო ობიექტების დამუშავება და დასუფთავება იკ-ის მიზნით.

საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, ტრენინგების შემდეგ ტარდებოდა ტესტირება (მაგ.: ხელების ჰიგიენა, ინსტრუმენტების დამუშავება და ა.შ.).

იკ-ის საკითხების სწავლება არ მიჰყვება მხოლოდ გრაფიკს; მაგ.: კლინიკის მთელ ტერიტორიაზე დამონტაჟებულია ვიდეო-აუდიო კამერები, რომელთა შესახებ პერსონალი ინფორმირებულია და პაციენტებისთვის განთავსებულია შესაბამისი გამაფრთხილებელი ნიშნები, რომ მიმდინარეობს ვიდეო მონიტორინგი. ხარისხის გუნდი პერმანენტულად ახორციელებს ჩანაწერების განხილვას და ნაკლოვანების აღმოჩენის შემთხვევაში გეგმავს შესაბამის ტრენინგს ან სწავლებას პრობლემის აღმოსაფხვრელად. გარდა ამისა, ეპიდსიტუაციიდან გამომდინარე, იგეგმებოდა ტრენინგები აქტუალურ თემებზე, რომელსაც ატარებდნენ ხარისხის გუნდის წევრები (ეპიდემიოლოგი, მთავარი ექთანი, კლინიკური დირექტორი - დანართი N5) ან მოწვეული სპეციალისტები (მაგ; სადეზინფექციო ხსნარების კომპანიის წარმომადგენლები). მაგალითად, ჩატარდა ტრენინგი თემაზე „COVID-19 პანდემიის პირობებში ახალი რეკომენდაციების მიხედვით ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების სწორად გამოყენება და ხელის ჰიგიენა“ (08.04.2020), სადაც ნაჩვენები იქნა დესჟც-ის მიერ რეკომენდებული ვიდეო მასალა. ასევე, განხორციელდა იდს-ს ჩაცმა/გახდის დემონსტრირება. ამავე პერიოდში ჩატარდა ტრენინგი თემაზე „ზოგადი ინფორმაცია ვირუსის, მისი გავრცელების, დაინფიცირების გზების და სამუშაო ადგილზე უსაფრთხოდ მუშაობის პროცედურების და ვირუსისაგან თავის დაცვის გზების შესახებ“ (20.04.2020).

გარდა შიდა ტრენინგებისა, ადმინისტრაცია უზრუნველყოფს პერსონალის გადამზადებას კლინიკის გარეთაც (სტომატოლოგიური ასოციაციების ტრენინგები, სემინარები, კურსები).

მაგალითად, კლინიკის დეკონტამინაციის ოთახში მომუშავე პირებს გავლილი აქვთ სპეციალიზირებული აკრედიტებული ტრენინგი „სტომატოლოგიურ მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენცია და კონტროლი“ და ფლობენ შესაბამის სერტიფიკატებს. რადიაციულ უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი პირები შესაბამისი

ტრენინგის გავლის შედეგად, რომელიც მოიცავდა რადიოლოგიასთან დაკავშირებულ იკ-ის საკითხებს, ფლობენ შესაბამის სერტიფიკატებს, გარემისდაცვით მმართველს გავლილი აქვს შესაბამისი სამსახურის მიერ ორგანიზებული სერთიფიცირებული კურსი და სხვ.

სასწავლო პროცესი „იუჯი დენტში“

როგორც აღინიშნა, კლინიკაში, როგორც სასწავლო-სამეცნიერო ბაზაში, აქტიურად მიმდინარებს სასწავლო პროცესი. სტუდენტების პრაქტიკული სწავლების ინფექციური უსაფრთხოების წესების დაცვისთვის ბრძანებით გაიწერა „სტუდენტთა ინფექციის კონტროლის პროტოკოლი“ (ბრძანება N7; 07.05.2019). პროტოკოლი დაიწერა ტაფტის უნივერსიტეტის სტანდარტების მიხედვით, რომელიც ადაპტირებულია ინგლისურენოვანი სტომატოლოგიური პროგრამის სტუდენტების კლინიკა „იუჯი დენტში“ კურაციული სწავლებისათვის. კლინიკაში შეიქმნა „კბილების ბანკი“, რომელიც პრაქტიკული მეცადინეობებისთვის აგროვებს ბუნებრივ კბილებს. სტუდენტების უსაფრთხო პრაქტიკისთვის შემუშავდა სპეციალური სოპ-ი ექსტრაგირებული კბილების სათანადო დამუშავებისა და სტერილიზაციისათვის. COVID-19-ის პანდემიის პერიოდში კლინიკაში შემუშავდა და ბრძანებით დამტკიცდა კითხვარი სტუდენტთა შორის კორონავირუსის ადრეული სიმპტომების და საექვო პირების გამოსავლენად.

სტაჟირების გავლის მსურველი სტუდენტებისთვის შექმნილია სავალდებულო აცრებისა და სკრინინგების ჩამონათვალი, რომელთა ჩატარების დამადასტურებელი ცნობების წარდგენა აუცილებელი პირობაა კლინიკაში ხელშეკრულების გაფორმებისთვის.

სტუდენტები, ისევე როგორც კლინიკაში მომსვლელი ნებისმიერი პირი (პერსონალი, ლექტორები, პაციენტები), ექვემდებარებიან თერმოსკრინინგს (სპეციალურ ჟურნალში აღრიცხვით, დანართი N7), ხელების დეზინფიცირებას და სოციალურ დისტანცირებას. ამასთან დაკავშირებით გაწერილია ბრძანება სასწავლო პირობების უსაფრთხოდ წარმართვისთვის (N04-20/იკ; იხ. ქვემოთ) აუცილებელი დისტანციის განსაზღვრით. მკაცრად კონტროლდება და ასევე ბრძანებით (N03-20/იკ, იხ. ქვემოთ) არის გაწერილი ერთჯერადი საშუალებების ჩამონათვალი (სითხეგაუმტარი ხალათი, ქუდი, სათვალე, ფარი, ნიღაბი, ხელთათმანი, ბახილი, საჭიროების შემთხვევაში - რესპირატორი) და მათი ჩაცმა/გახდის წესები იკ-ის წესების დაცვით.

სუ-ის სტომატოლოგიური კლინიკა „იუჯი დენტის“ ფუნქციონირება COVID-19 პანდემიის პერიოდში

COVID-19 პანდემიის პერიოდში კლინიკაში ინფექციური უსაფრთხოების გასაძლიერებლად გამოიცა რიგი ბრძანებებისა, რომლებითაც გათვალისწინებულია როგორც კლინიკური, ასევე სასწავლო პროცესების ეპიდუსაფრთხოების პირობები:

COVID-19 პანდემიასთან დაკავშირებული მომსახურების მიწოდების ცვლილება (ადგენს მხოლოდ გადაუდებელი სერვისების მიწოდებას; N01-20/იკ; 16.03.2020) ;

COVID-19 პანდემიასთან დაკავშირებით პაციენტთა და თანამშრომელთა უსაფრთხოების მიზნით შიდა პრევენციული ღონისძიებები (N02-20/იკ; 04.04.2020);

COVID-19 პანდემიასთან დაკავშირებით იუჯი დენტში სასწავლო პროცესის წარმოების შესახებ (N03-20/იკ; 18.05.2020);

იუჯი დენტში თერმოსკრინინგზე და იდს კონტროლზე პასუხისმგებელი პირების დანიშვნის შესახებ (N04-20/იკ; 15.06.2020).

პანდემიის პერიოდში კლინიკამ დამატებით კიდევ უფრო გააძლიერა ინფექციის უსაფრთხოების ზომები: ჩატარდა ტრენინგები (დანართი N5), შემუშავდა ინფექციური დაავადებებისთვის მზადყოფნისა და მათზე რეაგირების გეგმა (25.04.2020), თვალსაჩინო ადგილას გამოიკრა საქართველოს სტომატოლოგიური ასოციაციის მიერ შემუშავებული, სტომატოლოგიური მენეჯმენტის დროებითი გაიდლაინი და ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV -2) გამოწვეულ ინფექციასთან (COVID-19) დაკავშირებული ზოგადი რეკომენდაციები, მოინიშნა ვიზიტორთა შორის დისტანციის დასაცავად სავალდებულო პირობითი ნიშნები (იატაკზე შესაბამისი სტიკერების /ნახაზის სახით), შენობის შესასვლელში განთავსებულ დეზობარიერთან განთავსდა შესაბამისი სავალდებულო ნიშანი და ავტომატური თერმოსკრინინგისა და ხელის დეზინფექციის აპარატები, ხარისხის გუნდმა მონაწილეობა მიიღო ონლაინ ტრენინგში „ნარჩენების მართვა სამედიცინო დაწესებულებაში“, ჩატარდა ვენტილაციის გაწმენდითი და სარემონტო სამუშაოები; სასწავლო პროცესის უზრუნველსაყოფად პედაგოგებისა და სტუდენტებისთვის შემუშავდა ზოგადი რეკომენდაციები, გეგმა-გრაფიკი და ვალდებულებები; ჯანდაცვის მინისტრის 2020 წლის 15 მაისის N 01-198/ო ბრძანების შესაბამისად (მოთხოვნილი 2 მეტრის დისტანციის დაცვითა და

ჰიგიენური საშუალებებით, 27.05.2020) სასწავლო აუდიტორიები აღიჭურვა საჭირო ინვენტარით. შედეგად, პანდემიის პირობებში, სათანადო ინფექციური უსაფრთხოების დაცვის პირობებში, ივლისის თვეში (2020) ჩატარდა კურაციული სწავლება და სტუდენტებმა, ონლაინ რეჟიმში თეორიული მეცადინეობების შემდეგ, სემესტრი დაასრულეს შესაბამისი სრულყოფილი პრაქტიკული კურსის გავლით, ხოლო ოქტომბრიდან დაიწყეს ახალი სემესტრის კურაციული სწავლებები.

უნდა აღინიშნოს, რომ COVID-19 პანდემიის დროს კლინიკა „იუჯი დენტს“ არ შეუწყვეტია ფუნქციონირება და გადაუდებელ მომსახურებას უწევდა პაციენტებს, მინისტრის ბრძანების შესაბამისად (N01-123/ო; 25.03.2020); გადაუდებელი სტომატოლოგიური სამედიცინო მომსახურების გაწევის მიზნით, საქართველოს უნივერსიტეტის კლინიკა „იუჯი დენტმა“ საგანგებო მდგომარეობის პირობებში დაიწყო პაციენტების მიღება. კლინიკის საკონტაქტო ინფორმაცია განთავსდა საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის ვებ-გვერდზე და ეცნობა ჯანდაცვის სამინისტროს. გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად პაციენტთა გადაადგილებისათვის გაიცემოდა საშვები. კლინიკის თანამშრომელთა (ზოგ შემთხვევაში პაციენტთა) ტრანსპორტირებას უზრუნველყოფდა ადმინისტრაცია. 2020 წლის 20 მაისის სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს შემოწმების აქტის საფუძველზე (Nრს-109) კლინიკას მიეცა როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმიური მომსახურების მიწოდება-განხორციელების უფლება.

6.4. დასკვნა

დასკვნის სახით შეიძლება აღინიშნოს, რომ იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდების ჩამოყალიბება არსებითად აუცილებელია საქართველოს სტომატოლოგიური დაწესებულებების ინფექციის კონტროლის სტანდარტების შესაბამისად ფუნქციონირებისათვის. მითუმეტეს, რომ დღესდღეობით, არ ახორციელდება სტომატოლოგიური საქმიანობის დაწყებამდე კონტროლი. ამავე დროს, შესამოწმებელი დაწესებულებების შერჩევის კრიტერიუმად არ არის განსაზღვრული ახლად გახსნილი სტომატოლოგიური დაწესებულებების შემოწმება. შედეგად, იზრდება პაციენტების უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული რისკები.

აღნიშნული გუნდი ფიზიკურ, იურიდიულ პირებსა თუ ორგანიზაციებს შესთავაზებს მომსახურების სპექტრს, საიდანაც მომხმარებელს საშუალება ექნება საჭიროების მიხედვით აირჩიოს მთლიანი პაკეტი ან რომელიმე კომპონენტი, დაწყებული საინჟინრო-დაგეგმვის ეტაპიდანვე. კლინიკებს, მხარდაჭერის გუნდების დახმარებით, შეეძლებათ მუდმივად გააუმჯობესონ ინფექციის კონტროლის ხარისხი, გადაამზადონ პერსონალი, ასწავლონ თანამშრომლებს იპკ-ის საფუძვლები. გარდა ამისა, ექიმებსაც ექნებათ შესაძლებლობა შეამოწმონ თავიანთი ცოდნა სურვილისამებრ, გაიარონ ტესტირება, გაიარონ აკრედიტებული ტრენინგი და ა.შ. იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდების საშუალებით მომხმარებლები მუდმივ რეჟიმში იქნებიან ინფორმირებული ახალი რეგულაციების და განახლებების, მეთოდური რეკომენდაციებისა თუ დამატებით საწარმოებელი დოკუმენტაციის შესახებ. იპკ-ის მხარდაჭერის გუნდის წარმატებული მუშაობა და ფუნქციონირება განვიხილეთ საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიური კლინიკა „იუჯი დენტის“ მაგალითზე, სადაც იპკ-ის გუნდი, სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვიდან მოყოლებული, აქტიურად არის ჩართული ინფექციის კონტროლის საკითხების გაუმჯობესებაში. შედეგად, კლინიკა პანდემიის პირობებშიც განაგრძობდა მუშაობას და ინფექციური უსაფრთხოების დაწესებული რეგულაციების გათვალისწინებით და სტანდარტების სრული დაცვით, უზრუნველყოფდა როგორც სტომატოლოგიური სერვისების მიწოდებას, ასევე საუნივერსიტეტო-სასწავლო საქმიანობას.

თავი VII

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის აუცილებელი ცოდნა-უნარები და სწავლების თემატიკა სტომატოლოგიაში

მეცნიერული სიახლე

საქართველოში კანონმდებლობის სანებართვო პირობები არ ითვალისწინებს სტომატოლოგიური საქმიანობის საწყის ეტაპზე იპკ-ის სისტემის ელემენტების შემოწმებას. ამავე დროს, შესამოწმებელი დაწესებულებების შერჩევის კრიტერიუმად არ არის განსაზღვრული ახლად გახსნილი სტომატოლოგიური დაწესებულებების შემოწმება. შედეგად, იზრდება პაციენტების უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული რისკები.

მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რომ პერსონალის 67,7% ესწრება იპკ-ის ტრენინგებსა და სემინარებს; 20,9% მიმართავს თვითგანათლებას; 8,9% თვლის, რომ საკმარისი ცოდნა აქვს; 2,4%-თვის ცოდნის გაუმჯობესების საშუალებები ხელმისაწვდომი არ არის (დიაგრამა N10). კვლევის შედეგებით ირკვევა, რომ ტრენინგები და სტომატოლოგიური სასწავლო პროგრამების სხვადასხვა საგნებით გათვალისწინებული იპკ-ის საკითხების დოზირებული სწავლება არ არის საკმარისი და საჭიროებს გაუმჯობესებას იპკ-ის სტანდარტებთან შესაბამისი ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკის ჩამოყალიბებისათვის.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, განისაზღვრა სტომატოლოგი სტუდენტებისა და პერსონალისათვის იპკ-ის საკითხების მანდატორული ცოდნა-უნარები (ცხრილი N35, N36), გაიწერა სწავლების სავარაუდო თემატიკა დარგის სპეციფიკის გათვალისწინებით და შემუშავდა სილაბუსის მაგალითი ქართულ და ინგლისურ ენებზე, წარმოდგენილი N1 დანართის სახით.

ცხრილი N35. იპკ-ის აუცილებელი ცოდნა სტუდენტებისათვის

იპკ-ის აუცილებელი ცოდნა სტუდენტებისათვის
იპკ-ის საფუძვლები, რეკომენდაციები, რეგულაციები
სმა ინფექციები, გავრცელების გზები, მიკროორგანიზმების ზემოქმედების სახეები
სავალდებულო იმუნიზაცია/სკრინინგის არსი, მნიშვნელობა

ინფექციური დაავადებების დროს სპეციალური ღონისძიებების გამოყენების პრინციპები
ხელის ჰიგიენა
რესპირატორული ჰიგიენა
ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები და ფუნქცია
ბარიერული და ანტისეპტიკური საშუალებები
ბასრ საგნებთან მოპყრობის უსაფრთხოება
უსაფრთხო ინექციის პრაქტიკა
ინსტრუმენტების დეზინფექცია-სტერილიზაციის პრინციპები, წესები
გარემოს (ზედაპირები, ლაბორატორია, რენტგენოგრაფია) ასეპტიკა
ჰაერისა და სტომ. დანადგარის წყლის ხარისხი და ასეპტიკა
ნარჩენების მართვა

ცხრილი N36. იკ-ის აუცილებელი უნარები სტუდენტებისათვის

იკ-ის აუცილებელი უნარები სტუდენტებისათვის
იკ-ის ცოდნის საჭიროებისა და მნიშვნელობის აღქმა
ინდივიდუალურ თუ პოპულაციურ ჯანმრთელობაზე პათოგენური მიკროორგანიზმების ზეგავლენის შეფასების უნარი
უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტების დაცვა -მკურნალობის დაწყებამდე, პროცესში და დასრულებისას
ექსპოზიციისშემდგომი ანგარიშგება და ქმედებები
ხელის სწორად დაბანა/ანტისეპტიკური დამუშავება
დაცემინება/დახველების ეტიკეტი
იდს-ის სწორად ჩაცმა/გახდა, გამოყენება, უტილიზაცია
ბარიერული ტექნიკა-პირის ღრუში და სამუშაო ზედაპირებზე
უსაფრთხო მოწყობილობებისა და ტექნიკის ფლობა, ბასრი ინსტრუმენტებით დაზიანებების თავიდან აცილების ძირითადი მეთოდები
ასეპტიკური ტექნიკა პარენტერალური მედიკამენტებისათვის

დეზინფექცია-სტერილიზაციის მეთოდები/ეტაპები, მონიტორინგი
ზედაპირების ასეპტიური დამუშავება; იარაღების სწორად განკარგვა- შენახვა- დისტრიბუცია სტერილობის შენარჩუნებით
სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის მიღების დეზინფექცია
სახიფათო და არასახიფათო ნარჩენების სათანადო წესით განთავსება-უტილიზაცია
ინფექციური დაავადებების დროს საიზოლაციო ღონისძიებების გატარება

7.1. იკ-ის სწავლების თემატიკა სტომატოლოგიაში

სტომატოლოგიური იკ-ის სწავლების თემატიკა მოიცავს ინფექციების კონტროლის, უსაფრთხოებისა და საშიში მასალების სათანადო მართვის ძირითად საკითხებს. მასში ყურადღება გამახვილებულია იკ-ის მოთხოვნებზე პაციენტებისა და სტომატოლოგიური პერსონალის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად. კურსი მოიცავს ძირითად კონცეფციებს, ეტაპობრივ პროცედურებს და თანამედროვე მარეგულირებელ ასპექტებს, რომლებიც დაკავშირებულია სტომატოლოგიური დაწესებულებების იკ-თან, როგორც პერსონალისა და სტუდენტების, ასევე პაციენტების უსაფრთხო გარემოს შენარჩუნებისათვის.

კურსის მიზანია სტუდენტებს მისცეს სტომატოლოგიაში იკ-ის საფუძვლების ცოდნა: დაწესებულებიდან სახლში და პირიქით ინფექციების გავრცელების გზები, ასეპტიკისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ახალი რეგულაციები და რეკომენდაციები.

თემა- მიკრობიოლოგიისა და ინფექციების კონტროლის სფერო:

მიკროორგანიზმების როლი ინფექციის კონტროლში, მიკროორგანიზმების აღმოჩენა და ინფექციების კონტროლის პროცედურები, მიკროორგანიზმების მნიშვნელოვანი ზემოქმედების სახეები. მიკროორგანიზმების მახასიათებლები: ბაქტერიები, ვირუსები, სოკოები. ინფექციური დაავადებების განვითარება: დაავადების განვითარების ეტაპები, მიკროორგანიზმები- მასპინძლის ურთიერთქმედება. განვითარებადი დაავადებები: ეკოლოგიური ცვლილებები, ცვლილებები მოსახლეობის დემოგრაფიაში ან ქცევაში,

საერთაშორისო მოგზაურობა და ვაჭრობა, ტექნოლოგიები, მიკრობული ცვლილებები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნორმების დარღვევები.

თემა- პირის ღრუს მიკრობიოლოგია და კბილის ნადებთან ასოცირებული დაავადება:

პირის ღრუს ნორმალური მიკრობიოტა, კარიესის მიკრობიოლოგია, პაროდონტის დაავადებების მიკრობიოლოგია, კბილის ნადებთან ასოცირებული დაავადების პრევენცია, მწვავე სტომატოლოგიური დაავადებები, სხვა ინფექციები, სისხლით გადაცემადი პათოგენები: ჰეპატიტი - B, C, D, A და E. აივ ინფექცია, პირის ღრუსა და რესპირატორული დაავადებები: პირის ღრუს დაავადებები, სისტემური დაავადებები პირის ღრუს დაზიანებით, რესპირატორული დაავადებები, წყლით გამოწვეული დაავადებების აგენტები, მეთიცილინ რეზისტენტული სტაფილოკოკები, MERS-CoV.

თემა- ინფექციის კონტროლის დასაბუთება და რეგულაციები:

ინფექციის კონტროლის საფუძველი, რეკომენდაციები და რეგულაციები, სისხლის გზით გადამდები პათოგენების სტანდარტის შეჯამება, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის სტომატოლოგიის რეკომენდაციების შეჯამება.

თემა- მზადება პაციენტის უსაფრთხოებისა და შრომის ჯანმრთელობისათვის:

უსაფრთხოების კულტურა, უსაფრთხოების ეტაპების დადგენა, იკ-ის სარგებლობა პაციენტისა და პერსონალისთვის. იმუნიზაცია, ხელის ჰიგიენა, ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები: ნიღბები, დამცავი სათვალეები, დამცავი ტანსაცმელი; აღჭურვილობის დამცავი ბარიერების მოთავსება-მოცილება, იდს-ის თვისებები და გამოყენება ინფიცირებულ პაციენტებთან.

თემა- ინსტრუმენტების დამუშავება:

სტერილიზაცია და დეზინფექცია, ინსტრუმენტების დამუშავების პროცედურები, დეზინფექცია-სტერილიზაციის მოწყობილობებისა და მასალების თვისებები, ზედაპირებისა და აღჭურვილობის ასეპტიკა, წინასწარი გაწმენდა და დეზინფექცია, აღჭურვილობის გაუსნებოვნება, სტომატოლოგიური ინსტრუმენტების ასეპტიკური დისტრიბუცია.

თემა- სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის ასეპტიკა და ჰაერის ხარისხი:

სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის მიკროორგანიზმების ტიპები და მნიშვნელობა, ბიოფირი სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის მილებში და წყლის ხარისხის გაუმჯობესება, ინფექციის კონტროლის თანამედროვე რეკომენდაციები: სტომატოლოგიური დანადგარის წყალი და ინფექციის კონტროლი, წყლის ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები.

თემა- ასეპტიკური ტექნიკა:

სტომატოლოგიური აეროზოლების და შხეფების მინიმიზაცია, ერთჯერადი საშუალებების გამოყენება, უსაფრთხო ინექციური პრაქტიკა, კლინიკის დალაგება-დასუფთავება. სატექნიკო-ლაბორატორიული და რენტგენოგრაფიული ასეპტიკა. ასეპტიკის პროტოკოლები, SOP-ები და ჩეკ-ლისტები: უსაფრთხოების კულტურა; ზოგადი მომზადება: მისაღები ზონა და კლინიკური ზონა; პაციენტის მიღებამდე, პაციენტის წასვლის შემდეგ, პაციენტის მკურნალობის დროს, ლაბორატორიული ასეპტიკა.

თემა- ნარჩენების მართვა:

ნარჩენების მართვის ყოვლისმომცველი გეგმა, ნარჩენების ტიპები, ინფექციური ნარჩენების მართვა, პათოგენური ნარჩენები, ბასრი ნარჩენები. ბასრ საგნებთან მოპყრობის უსაფრთხოება: დაზიანებების რისკი და პროფილაქტიკა.

თემა- სტომატოლოგიური დაწესებულების ზოგადი უსაფრთხოება და ასეპტიკა:

ეკოლოგიური ინფექციური კონტროლი. ჯვარედინი დაბინძურება სამუშაოსა და სახლს შორის: კლინიკიდან სახლში გავრცელების გზები და პირიქით. შრომის უსაფრთხოების და ჯანმრთელობის ადმინისტრაცია: მისია, მიზნები, მოცვა, მონიტორინგი.

თემა- კლინიკის უსაფრთხოების პროგრამის მენეჯმენტი:

ინფექციის კონტროლის კოორდინატორი, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) შემუშავება, ინფექციის კონტროლის პროგრამის შეფასება. ქიმიკატების უსაფრთხოების მართვა; თანამშრომელთათვის ხანძრის პრევენციისა და გადაუდებელი დახმარების სამოქმედო გეგმები; ინფექციის კონტროლის საკითხები რემონტის ან მშენებლობის დროს.

თემა- რეკომენდაციები სტომატოლოგიური დაწესებულების ადმინისტრაციისთვის:

ინფექციის პრევენციის სწავლება და ტრენინგი, სტომატოლოგიური პერსონალის უსაფრთხოება, სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები, სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის ხარისხი, ნარჩენების მენეჯმენტი.

დასკვნები

კვლევის შედეგების გათვალისწინებით მიღებულია შემდეგი დასკვნები:

1. კანონმდებლობის სანებართვო პირობები არ ითვალისწინებს სტომატოლოგიური საქმიანობის საწყის ეტაპზე იკ-ის სისტემის ელემენტების შემოწმებას.
2. ქვეყანაში არ არის განსაზღვრული კონკრეტული სტრუქტურული ერთეული, რომელიც დარგის წამომადგენლებისთვის გასცემს ამომწურავ, ყოვლისმომცველ ინფორმაციას სტომატოლოგიური საქმიანობის ნორმატიულ ბაზასთან შესაბამისად წარმართვის შესახებ;
3. სახელმწიფოს მხრიდან რეგულირების მექანიზმის არაეფექტურობისა და ინფორმირებულობის ფრაგმენტულობის შედეგად, Covid-19-ის პერიოდში საქართველოს სტომატოლოგიურ კლინიკებში გამოვლინდა იკ-ის ნაკლოვანებები, მათ შორის პანდემიამდე დაწესებულ სავალდებულო სტანდარტებთან მიმართებაშიც.
4. სტომატოლოგიური დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის ცოდნა-დამოკიდებულება-პრაქტიკა (KAP) იკ-ის საკითხებში მოითხოვს გაუმჯეზვებას.
5. წარმოდგენილი ჰიპოთეზის მართებულობა - კლინიკებში, სადაც ტარდება იკ-ის სხვადასხვა ღონისძიებები, უკეთესი შედეგებია ინფექციის პრევენციის კუთხით - სტატისტიკურად დადასტურდა შემდეგი ცვლადების მიხედვით:
 - ადმინისტრაციის მიერ პერსონალის იდს-ით უზრუნველყოფა;
 - ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის არსებობა კლინიკაში;
 - იკ-ის სოკ-ების კლინიკაში არსებობა;
 - იკ-ის ტრენინგებსა და სემინარებზე დასწრება;
 - B ჰეპატიტზე იმუნიზაცია;
 - ცოდნა, რომ ყველა პაციენტი პოტენციურად ინფიცირებულია.
6. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირები დადასტურდა იკ-ის სხვადასხვა ღონისძიებების შესრულებასა და შემდეგ სოციო-დემოგრაფიულ ცვლადებს შორის: სქესი, სამუშაო რეგიონი, სამუშაო გამოცდილება, დღეში მიღებული პაციენტების საშუალო რაოდენობა, დარგის სპეციალიზაცია (სხვადასხვა მიმართულების სტომატოლოგების ინფექციის კონტროლის საკითხების ცოდნა და სწორი პრაქტიკა მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან).

7. საქართველოში პაციენტების ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა სტომატოლოგიური კლინიკის ჯვარედინი ინფექციის კონტროლის ზომების მიმართ არასათანადო დონეზეა და საჭიროებს გაუმჯობესებას. თუმცა მათ უმრავლესობას დადებითი დამოკიდებულება აქვს სტომატოლოგების მიერ იდს-ის გამოყენებასთან დაკავშირებით
8. მოსახლეობის მხრიდან ინფიცირებული პაციენტების მიმართ სტიგმაზე და სტომატოლოგიური კლინიკების იკ-ის ღონისძიებებისადმი უნდობლობაზე მიუთითებს პაციენტების უარის მაჩვენებელი (62,5%), იმკურნალონ ისეთ კლინიკაში, სადაც ინფიცირებულ პაციენტებსაც მკურნალობენ.
9. კლინიკის იკ-ის დონით შექმნილ შთაბეჭდილებას გავლენა აქვს მკურნალობის ხარისხით პაციენტთა კმაყოფილებაზე.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში იკ-ის ეფექტიანად ფუნქციონირებისთვის მნიშვნელოვანია ეროვნულ დონეზე შემუშავდეს ერთიანი სტრატეგია, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემაში ერთიანი პოლიტიკის არსებობას.
2. სტომატოლოგიურ საქმიანობაზე უნდა ვრცელდებოდეს სახელმწიფოს მხრიდან რეგულირებადი სანებართვო პირობები.
3. იკ-ის სტანდარტების მიხედვით სტომატოლოგიური საქმიანობის დაგეგმვისა და მართვისათვის უმჯობესია შეიქმნას „სტომატოლოგიური საქმიანობის საკოორდინაციო“ სტრუქტურული ერთეული და ონლაინ პლატფორმა დარგის სპეციალისტების საჭირო ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობისათვის.
4. კლინიკებს იკ-ის წესების პრაქტიკაში დანერგვასა და აღსრულებაში დახმარება უნდა გაუწიოს „იკ-ის მხარდაჭერის გუნდებმა“.
5. „იკ-ის მხარდაჭერის გუნდების“ სერვისით უნდა განისაზღვროს არა მარტო ინფექციური უსაფრთხოების, არამედ შრომისა და საინჟინრო უსაფრთხოების აუცილებელი ელემენტები, შესაბამისად გუნდში უნდა შედიოდეს ეპიდემიოლოგი, ინფექციონისტი, გარემოსდაცვითი მმართველი, შრომის უსაფრთხოების სპეციალისტი, სტომატოლოგიური დანადგარების ინჟინერი და ა.შ. რეკომენდაციას საფუძვლად დაედო სუ-ის სტომატოლოგიური კლინიკა „იუჯი დენტის“ მაგალითი, მსგავსი „იკ-ის გუნდის“

მუშაობის პრაქტიკული გამოცდილებით: კლინიკამ საყოველთაო მონიტორინგის გამოცხადების პირველივე დღეებიდან მოიპოვა მუშაობის უფლება და პანდემიის პირობებშიც განაგრძო როგორც სტომატოლოგიური სერვისების მიწოდება, ასევე საუნივერსიტეტო-სასწავლო საქმიანობა.

6. მოწოდებული „სტომატოლოგიური საქმიანობის საკოორდინაციო“ სპეციალიზირებული სამსახურისა და „იკ-ის მხარდაჭერის გუნდების“⁴⁴ ჩამოყალიბებამდე, ინფექციური უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად კლინიკებმა უნდა უზრუნველყონ პერსონალისთვის იკ-ის შესახებ ტრენინგებისა და სემინარების ჩატარება.
7. რეკომენდებულია, რომ პერსონალის იდს-ით უზრუნველყოფა განახორციელოს ადმინისტრაციამ (და არა თავად პერსონალმა).
8. რეკომენდებულია, რომ იკ-ის პასუხისმგებელი პირის პოზიციაზე განისაზღვროს შესაბამისი განათლებისა და კომპეტენციის მქონე სპეციალისტი.
9. რეკომენდებულია, რომ ყველა კლინიკამ შეიმუშაოს და დანერგოს მის სპეციფიკაზე მორგებული სოკ-ები და ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა.
10. რეკომენდებულია ანტიმიკრობული პრეპარატების მონიტორინგის წარმოება განხორციელდეს „ანტიმიკრობული პრეპარატებით მკურნალობის მონიტორინგის ჟურნალი“-ს ახალი, რედაქტირებული ვერსიით.
11. რეკომენდებულია იკ-ის საკითხებში პაციენტების ცოდნის გაუმჯობესება და საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლება უფრო ფართო საგანმანათლებლო პროგრამებით.
12. რეკომენდებულია, რომ მეტი სასწავლო დრო დაეთმოს სტომატოლოგიურ ფაკულტეტებზე იკ-ის აუცილებელი ცოდნა-უნარების საკითხებს და პერმანენტულ ტრენინგებს. ეს განსაკუთრებულად აქტუალურია გლობალურად გავრცელებადი გადამდები დაავადებების ეკო-ეპიდემიოლოგიის ეპოქაში.
13. მნიშვნელოვანია შეფასდეს COVID-19 პანდემიის და მის შემდგომ პერიოდში იკ-ის მდგომარეობა სტომატოლოგიურ კლინიკებში და შედარდეს უკვე არსებულ შედეგებთან.
14. ამ კვლევის შედეგები და დასკვნები შეიძლება გამოყენებულ იქნას საბაზისო ინფორმაციად საქართველოს სტომატოლოგიის დარგში ინფექციის კონტროლის შესახებ პერსონალის, სტუდენტების და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების ეფექტური ღონისძიებების დაგეგმვისთვის.

გამოყენებული ლიტერატურა:

ალხანიშვილი, ზ., გოგილაშვილი, ქ. (2020). აქციე შენი კლინიკა ბრენდად. (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი)

ბრძანება N01-123/ო, ახალი კორონავირუსით (SARS -CoV- 2) გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) გავრცელების პრევენციისა და მართვის უზრუნველყოფის მიზნით გასატარებელ ღონისძიებათა შესახებ. (2020). მოძიებულია 25.03.2020.

https://moh.gov.ge/uploads/files/2020/Failebi/Brdzaneba_0-123_COVID-19.pdf

ბრძანება- N 01-183/ო, 2020 წლის 25 მარტის N01-123/ო ბრძანებაში ცვლილებების შეტანის თაობაზე. (2020). მოძიებულია 01.05.2020.

https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2020/Failebi/Brdzaneba_01-183_01-123_Cvileba.pdf

ბრძანება № 01-193/ო „საქართველოში ახალი კორონავირუსის (COVID-19) გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის რეკომენდაციების, ფუნქციონირების წესისა და შეტყობინების ფორმის დამტკიცების თაობაზე. (2020). მოძიებულია 08.05.2020.

http://rama.moh.gov.ge/res/docs/20200508212412_%E1%83%93%E1%83%9D%E1%83%99%E1%83%A3%E1%83%9B%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%98.pdf

ბრძანება „COVID-19 პანდემიისას საქართველოში სტომატოლოგიური საქმიანობის წარმართვის შუალედური რეკომენდაციები“ - კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლი)“ დამტკიცების თაობაზე. (2020). მოძიებულია 18.05.2020.

<https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2020/05/18/29f602e31d5f7fc7b03ca181d1c454b6.pdf>

ბრძანება № 01-455/ო „ინფექციის კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში-ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) დამტკიცების თაობაზე. (14.09.2020). მოძიებულია 20.09.2020. http://rama.moh.gov.ge/res/docs/Brdzaneba_%E2%84%9601-455_%E1%83%9D.pdf

დროებითი გაიდლაინი სტომატოლოგიური მომსახურების მენეჯმენტისთვის. GSA. (2020). მოძიებულია 30.04.2020. <http://gsa.ge/wp-content/uploads/2020/05/GSA-COVID19.pdf>

ინფექციურ დაავადებებზე, მათ შორის, განსაკუთრებით საშიში პათოგენებით გამოწვეულ დაავადებებზე, ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებული ეროვნული სისტემის ფუნქციონირების წესის დამტკიცების შესახებ

საქართველოს მთავრობის დადგენილება №336. (2015). მოძიებულია 20.09.2015.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2904356>

ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში. კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი). მოძიებულია 15.07.2016.

<http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/59.2.pdf>

ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი). მოდიებულია
15.07.2016. <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/59.1.pdf>

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი). COVID-19 პანდემიისას საქართველოში სტომატოლოგიური საქმიანობის წარმართვის შუალედური რეკომენდაციები. (2020). მოდიებულია 25.05.2020.
<https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2020/05/18/15c5bda730775f8099d14fcd4ee53fea.pdf>

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №105. (01.03.2018). მოდიებულია 09.08.2018. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4086139?publication=0>

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №92. (09.03.2015). მოდიებულია 02.05.2018. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2762542?publication=0>

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ დადგენილება №380. (27.07.2018). მოდიებულია 12.11.2018. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4277555?publication=0>

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №346. (03.06.2020). მოდიებულია 07.07.2020. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4887952?publication=0>

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე საქართველოს მთავრობის დადგენილება №159. (2014). მოდიებულია 12.07.2014. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2247266>

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №343. (2015). მოდიებულია 10.09.2015. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2904452>

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 359. (2010). მოდიებულია 10.02.2013. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1113752>

მიკროორგანიზმებითა და მიკრობული წარმოშობის ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებებით დაბინძურებისაგან ატმოსფერული ჰაერის დაცვის შესახებ დებულების დამტკიცების თაობაზე

საქართველოს მთავრობის. დადგენილება №369. (2015). მოძიებულია 10.10.2015.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2922672>

ნარჩენების მართვის კოდექსით გათვალისწინებულ ზოგიერთ ვალდებულებათა რეგულირების წესის დამტკიცების შესახებ

საქართველოს მთავრობის დადგენილება №446. (2016). მოძიებულია 10.11.2016.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3398698>

ნარჩენების მართვის კოდექსი. საქართველოს პარლამენტი. მიღების თარიღი 26.12.2014

საქართველოს კანონი. მოძიებულია 10.07.2015.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2676416>

ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება №01-38/ნ. (2015). მოძიებულია 19.11.2015.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2958903>

სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 24 აპრილის №185 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე საქართველოს მთავრობის დადგენილება №108. (19.02.2019). მოძიებულია 05.05.2019.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4487546?publication=0>

სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

ბრძანება №01-2/ნ. 2016 წლის 18 იანვარი. ქ. თბილისი. მოძიებულია 10.07.2016.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3161608>

სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის

დაწესებულებებში დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის

დამტკიცების შესახებ. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №185. 2015 წლის 24 აპრილი.

ქ. თბილისი. მოძიებულია 18.10.2015.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2822865>

სამუშაო ადგილებზე ახალი კორონავირუსის (COVID-19) გავრცელების თავიდან

აცილების მიზნით ზოგადი რეკომენდაციები. (2020). მოძიებულია 05.05.2020.

https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2020/Failebi/01_227brdzaneba_danartebit/Danarti_N1_Zogadi_Rekomendaciebi_01-227.pdf

საქართველოს მთავრობის განკარგულება №1 704. 2016 წლის 18 აგვისტო. საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია. მოძიებულია 10.10.2016.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3393668>
http://gov.ge/files/57442_57442_192314_1704.pdf

საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი (*GSA news*, 2015, N17).

საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი (*GSA news*, 2016, N18).

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2008. საქართველო. მოძიებულია 13.10.2016.
<http://ncdc.ge/AttachedFiles/2008.pdf>

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2009. საქართველო. მოძიებულია 13.10.2016.
<http://ncdc.ge/AttachedFiles/2009.pdf>

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2010. საქართველო. მოძიებულია 13.10.2016.
<http://ncdc.ge/AttachedFiles/2010.pdf>

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2011. საქართველო. მოძიებულია 13.10.2016.
http://ncdc.ge/AttachedFiles/2011%201_31628035-eeeb-4f80-a791-e4dc60d1a4c8.pdf

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2012. საქართველო. მოძიებულია 13.10.2016.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. მოძიებულია 13.10.2016.
http://ncdc.ge/AttachedFiles/Statistikuri%20cnobari_2013_GEO_27a456c8-53be-4c01-8829-9151e9523ae0.pdf

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2014. საქართველო. მოძიებულია 10.09.2016.
http://ncdc.ge/AttachedFiles/Yearbook_2014_GEO_e73a181a-0774-4f81-8351-2fc510491505.pdf

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური. 2019. ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში. მოძიებულია 07.07.2020. <https://sao.ge/files/auditi/inpheqciebis kontrolis auditis angarishi.pdf>

სახეობებისა და მახასიათებლების მიხედვით ნარჩენების ნუსხის განსაზღვრისა და კლასიფიკაციის შესახებ. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №426. 2015 წლის 17 აგვისტო. ქ. თბილისი. მოძიებულია 10.07.2016. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2952265>

სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-6 3/ 5. 2012 წლის 12 სექტემბერი. ქ. თბილისი. მოძიებულია 11.17.2014. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1741403>

სტომატოლოგიური პროფილის ამბოლატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებისათვის სანიტარიული წესების დამტკიცების შესახებ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №309/ნ 2002 წლის 5 ნოემბერი. ქ. თბილისი. მოძიებულია 11.08.2016. <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/54670>

სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-55/ნ. 2011 წლის 25 ნოემბერი. ქ. თბილისი. მოძიებულია 10.06.2015. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1516190>

ტექნიკური რეგლამენტის – „მაიონებელი გამოსხივების წყაროებთან მოპყრობისადმი რადიაციული უსაფრთხოების ნორმებისა და ძირითადი მოთხოვნების“ დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №450. 2015 წლის 27 აგვისტო. ქ. თბილისი. მოძიებულია 10.11.2015. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2962022>

ტექნიკური რეგლამენტი - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, შენახვისა და გაუვნებლების სანიტარული წესების დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №64. 2014 წლის 15 იანვარი. ქ. თბილისი. მოძიებულია 19.08.2014. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2198131>

ტექნიკური რეგლამენტი - საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში ესთეტიკური და კოსმეტიკური პროცედურების წარმოებისას ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის სანიტარული ნორმების დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №473. 2015 წლის 14 სექტემბერი. ქ. თბილისი. მოძიებულია 22.12.2015. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2980167>

ტექნიკური რეგლამენტი - საწარმოო სათავსების მიკროკლიმატისადმი წაყენებული ჰიგიენური მოთხოვნების დამტკიცების შესახებ

საქართველოს მთავრობის დადგენილება №69. 2014 წლის 15 იანვარი. ქ. თბილისი.
მოძიებულია 12.07.2014.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2198183>

უსაფრთხო ინექციის მეთოდური მასალები, 2011.

ხელეების ჰიგიენის სახელმძღვანელო, 2013. მოძიებულია 12.11.2016.

http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publications/en/

საქართველოს მთავრობის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე
სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20
აპრილის №169 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

საქართველოს მთავრობის დადგენილება №272. 2016 წლის 17 ივნისი. ქ. თბილისი.
მოძიებულია 05.10.2016.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3313192>

საქართველოს მთავრობის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ

საქართველოს მთავრობის დადგენილება №169. 2015 წლის 20 აპრილი. ქ. თბილისი.
მოძიებულია 10.07.2015.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2817179>

Обеспечение безопасности пациентов в стоматологической практике. მოძიებულია 06.06.2016.

<http://www.dissercat.com/content/obespechenie-bezopasnosti-patsientov-v-stomatologicheskoi-praktike>

Управленческие аспекты профилактики внутрибольничного инфицирования в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля. მოძიებულია 09.10.2016.

<http://www.dissercat.com/content/upravlencheskie-aspekty-profilaktiki-vnutribolnichnogo-infitsirovaniya-v-lechebno-profilakti>

Abdouchakour, F., Dupont, C., Grau, D., Aujoulat, F., Mournetas, P., Marchandin, H., et al. (2015).
Pseudomonas aeruginosa and *Achromobacter* sp. clonal selection leads to successive waves of
contamination of water in dental care units. *Appl Environ Microbiol.* 2015;81(21):7509–24.

Abichandani, SJ., Nadiger, R. (2013). Cross-contamination in dentistry: A comprehensive overview
Volume: 4 | Issue : 1 | Page : 51-58. *Chronicles of young scientists.* მოძიებულია 10.10.2016.

http://cysonline.org/temp/ChronYoungSci4151-331385_091218.pdf

Advancing infection control in dental care settings. *JADA* 143(10). მოძიებულია 19.12.2016.

[http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)61176-4/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)61176-4/pdf)

Ahmed, H. (2014). Infection Control Practices Across Karachi: Do Dentists follow the
Recommendations? მოძიებულია 23.07.2016.

<http://medforum.pk/index.php/component/content/article/9-articles/21-infection-control-practices-across-karachi-do-dentists-follow-the-recommendations>

- Alavian, SM., Mahboobi, N., Mahboobi, N., Karayiannis, P. (2013). Oral Conditions Associated with Hepatitis C Virus Infection. Saudi Journal of Gastroenterology: Official Journal of the Saudi Gastroenterology Association. 19(6):245-251. მოძიებულია 03.07.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3958971/>
- Andersen, HK., Fiehn, NE., Larsen, T. (1999). Effect of steam sterilization inside the turbine chambers of dental turbines. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 87(2):184-8. მოძიებულია 20.04.2020. [https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104\(99\)70271-4/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104(99)70271-4/fulltext)
- Avery, Ch., Gallagher, P., Birnbaum, W. (1999). Double gloving and a glove perforation indication system during the dental treatment of HIV-positive patients: Are they necessary? British dental journal 186(1):27-9 · February 1999. მოძიებულია 13.12.2019.
https://www.researchgate.net/publication/13260328_Double_gloving_and_a_glove_perforation_indication_system_during_the_dental_treatment_of_HIV-positive_patients_Are_they_necessary
- Baek, YS., Baek SH., Yoo, Y. (2016). Higher nasal carriage rate of methicillin-resistant Staphylococcus aureus among dental students who have clinical experience. J Am Dent Assoc.;147(5):348-53).
- Barbeau, J., Tanguay, R., Faucher, E., Avezard, C., Trudel, L., Cote L, et al. (1996). Multiparametric analysis of waterline contamination in dental units. Appl Environ Microbiol. 1996;62(11):3954-9.
- Barlean, L. Patients' perception towards infection transmission in dental practices in Iasi, Romania. (2015). მოძიებულია 30.11.2016.
http://www.revmedchir.ro/uploads/1/5/7/2/15722076/41_final_barlean_lucia_md_ao.pdf
- Barlean, L., Danila, I., Dascalu, C., Meriuta, C. (2012). Patients' knowledge and attitudes towards infection control in the dental practice. Romanian Journal of Medical and Dental Education. Vol. 1, Pilot Issue, 2012. University of Medicine and Pharmacy Iasi, Romania. Faculty of Dental Medicine, Discipline of Preventive Dentistry. მოძიებულია 27.10.2016. <http://journal.adre.ro/wp-content/uploads/2014/06/PATIENTS%E2%80%99KNOWLEDGE-AND-ATTITUDES-TOWARDS-INFECTION-CONTROL-IN-THE-DENTAL-PRACTICE.pdf>
- Baseer, MA., Rahman, G., Yassin, MA. (2013). Infection control practices in dental school: A patient perspective from Saudi Arabia. Dent Res J (Isfahan). 10(1): 25-30. მოძიებულია 09.10.2016.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3714820/>
- Bates, D., Gawande, A. (2003). Improving Safety with Information Technology. N Engl J Med 2003; 348:2526-2534. მოძიებულია 15.10. 2018. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa020847>
- Bennett, NJ., Bull, AL., Dunt, DR., Gurrin, LC., Russo, PL., Spelman, DW., Richards, MJ. (2007). Occupational exposures to bloodborne pathogens in smaller hospitals. Infection Control and Hosp Epidemiology 28:896-8. მოძიებულია 05.10.2016.
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h_3N0cJcsgwJ:https://www.medicalcenter.virginia.edu/safetycenter/internetsafetycenterwebpages/bibliographies/asiapacificbibliography/asia-asia-pacific-bibliography.pdf/at_download/file+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=ge

- Bernardo Perea-Pérez, B., Santiago-Sáez, A. (2011). Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan Journal section: Oral Surgery. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011.09. 1;16 (6):e805-9. მოდიებულია 17.10.2016.
http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv16_i6_p805.pdf
- Berridge, D., Lees, T., Chamberlain, J. (1993). Eye protection for the vascular surgeon. მოდიებულია 26.06.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.1800801107>
- Borella P, Bargellini A, Marchesi I, Rovesti S, Stancanelli G, Scaltriti S, et al. (2008). Prevalence of anti-legionella antibodies among Italian hospital workers. J Hosp Infect. 2008;69(2):148-55.).
- Boswihi, S S., Udo, E. E. (2018). Methicillin-resistan Staphylococcus aureus: an update on the epidemiology, treatment options and infection control. Curr Med Res Pract. 8(1) მოდიებულია 10.07.2020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352081717301708?via%3Dihub>
- Bradley, KK. (2016). Dental Healthcare-Associated Transmission of Hepatitis C: Final Report of Public Health Investigation and Response. Tulsa.
- Budnyak, MA., Gurevich, KG., Fabrikant, K., Miller, K., Puttaiah, R., Reznik, D.A. (2012). Dental Infection Control and Occupational Safety in the Russian Federation. The Journal of Contemporary Dental Practice, 13(5):703-712. მოდიებულია 09.07.2016.http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=3805&Type=FREE&TYP=T OP&IN=_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=297&isPDF=YES
- Cardo, DM., Culver, DH., Ciesielski, CA., Srivastava, PU., Marcus, R., Abiteboul & სხვანი. (1997). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. N Engl J Med. 337(21):1485-90. მოდიებულია 01. 10.2016.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9366579>
- Chow, A., Lim, V. W., Khan, A., Pettigrew, K., Lye, D. C. B., Kanagasabai, K., Phua, K., Krishnan, P., Ang, B., Marimuthu, K., Hon, P.-Y., Koh, J., Leong, I., Parkhill, J., Hsu, L.-Y., & Holden, M. T. G. (2017). MRSA Transmission Dynamics Among Interconnected Acute, Intermediate-Term, and Long-Term Healthcare Facilities in Singapore. Clinical Infectious Diseases, 64(suppl_2), S76-S81. მოდიებულია 15.04.2020. <https://doi.org/10.1093/cid/cix072>
- Chowdhary, D., Tahir, S., Legge, M., Hu, H., Prvan, T., Johani, K, et al. (2018). Transfer of dry surface biofilm in healthcare environment: the role of healthcare worker's hands as vehicles. J Hosp Infect.
- Ciesielski, C., Marianos, D., Ou, CY., Dumbaugh, R., Witte, J., Berkelman, R., Gooch, B., Myers, G., Luo, CC., Schochetman, G. (1992). Transmission of human immunodeficiency virus in a dental practice. მოდიებულია 28.09.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1567094/>
- Ciesielski, CA., Metler, RP. (2003). Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States / AN Do, // Infect Control Hosp Epidemiol. Vol. 24, no. 2. მოდიებულია 10.10.2016.

<http://www.hivguidelines.org/wp-content/uploads/2014/02/Occupational-Transmission-of-HIV-Summary-US-2003.pdf>

Clarke, SP., Schubert, M., Körner, T. (2007). Sharp-device injuries to hospital staff nurses in 4 countries. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 28(4):473-8. Epub 2007 Mar 15.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17385155>

Cleveland, J L., Foster, M., Barker, L., Brown, GG., Lenfestey, N., Lux, L., Corley, T J., Bonito, AJ. (2012). Advancing infection control in dental care settings. Factors associated with dentists' implementation of guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention. *JADA* Volume 143, Issue 10, Pages 1127–1138. მოძიებულია 05.08.2016. [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)61176-4/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)61176-4/pdf)

Cleveland, J. L. (2012). Factors associated with dentists' implementation of guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention. Volume 143, Issue 10, Pages 1127–1138

Cleveland, J., Gray, S., Harte, J. A., Robison, V.A., Moorman, A.C., Gooch, B.F. (2016). Transmission of blood-borne pathogens in US dental health care settings: 2016 update. *J Am Dent Assoc.* მოძიებულია 20.10.2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27233680/>

Cleveland, J., Kolavic, Sh., Harte, J., Robison, V. (2016 update). Transmission of blood-borne pathogens in US dental health care settings. September 2016 Volume 147, Issue 9, Pages 729–738. მოძიებულია 13.09.2016. [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(16\)30307-5/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(16)30307-5/pdf)

Cleveland, JL.& Bonito, AJ. (2012). Advancing infection control in dental care settings: Factors associated with dentists' implementation of guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention. *J Am Dent Assoc.* 143(10): 1127–1138. მოძიებულია 18.09.2016.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624311/pdf/nihms727115.pdf>

Cleveland, JL., Gray, SK., Harte, JA., Robison, VA., Moorman, AC., Gooch, BF. (2016). *J Am Dent Assoc.* 147(9):729-38. doi: 10.1016/j.adaj.2016.03.020. Epub 2016 May 24. Transmission of blood-borne pathogens in US dental health care settings: 2016 update. 27.08.2016.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27233680>

Cleveland, JL., Gray, SK., Harte, JA., Robison, VA., Moorman, AC., Gooch, BF. (2016). Transmission of blood-borne pathogens in US dental health care settings: 2016 update. *J Am Dent Assoc.* 2016;147(9):729–38

Cleveland, JL., Siew, C, Lockwood, SA., Gruninger, SE., Gooch, BF., Shapiro, CN. (1996). Hepatitis B vaccination and infection among U.S. dentists, 1983-1992. *J Am Dent Assoc.* 127(9):1385–90.

Coleman, DC., O'Donnell, MJ., Shore, AC., Russell, RJ. (2009). Biofilm problems in dental unit water systems and its practical control. *J Appl Microbiol.* 2009;106(5):1424–37.

Cooke, CE., Stephens, JM. (2017). Clinical, economic, and humanistic burden of needlestick injuries in healthcare workers. *Med Devices (Auckl).* 2017; 10:225–35.

- Costa, D., Mercier, A., Gravouil, K., Lesobre, J., Delafont, V., Bousseau, A. et al. (2015). Pyrosequencing analysis of bacterial diversity in dental unit waterlines. *Water Res.* 2015; 81:223–31.
- Deshpande, A., Smith, G., Smith, A. (2015). Biofouling of surgical power tools during routine use. *მომიებულია* 18.05.2020. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2015.03.006>
- Dickinson, Sh. K., Bebermeyer, RD. (2013). Guidelines for Infection Control in Dental Health Care Settings Continuing Education Course. *მომიებულია* 23.09.2016. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Y9BnhixJcgAJ:media.dentalcare.com/media/en-US/education/ce90/ce90.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ge>
- Eriksen, H.M., Iversen, B.G., Aavitsland, P. (2003). Prevalence of nosocomial infections in hospitals in Norway, 2002 and 2003 May 2005 Volume 60, Issue 1, Pages 40–45. *მომიებულია* 12.12.2017. [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(04\)00471-2/pdf](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(04)00471-2/pdf)
- Federation FDIWD. (2016). FDI policy statement on dental unit water systems and microbial contamination: adopted by the FDI general assembly: September 2016, Poznan, Poland. *Int Dent J.* 2017;67(1):4–5.).
- Fukuda, H., Yamanaka, N. (2016). Reducing needlestick injuries through safety-engineered devices: results of a Japanese multi-centre study. Volume 92, Issue 2, Pages 147–153. *მომიებულია* 27.11.2016. [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(15\)00395-3/abstract](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(15)00395-3/abstract)
- Godfrey, MJ., Mohammed, O I., Jerry, ME., Adoyi, AE. (2016). Surgical Infections. Glove Perforation Rate in Surgery: A Randomized, Controlled Study to Evaluate the Efficacy of Double Gloving. 17(4): 436–442. doi:10.1089/sur. 2015.165. *მომიებულია* 24.10.2016. <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/sur.2015.165>
- Gore, SM., Felix, DH., Bird, AG., Wray, D. (1994). Occupational risk and precautions related to HIV infection among dentists in the Lothian region of Scotland. *მომიებულია* 19.11.2016. <http://europepmc.org/abstract/med/8035002>
- Guerrieri E, Bondi M, Borella P, Messi P. 2007. Influence of aquatic microorganisms on legionella pneumophila survival. *New Microbiol.* 2007;30(3):247–51.
- Hanley, KJ. (2013). Take a lesson from Tulsa. *N Y State Dent J.* 79(4):4–6.
- Hbib, A., Kasouati, J., Charof, R., Chaouir, S., El Harti, K. (2018). Evaluation of the knowledge and attitudes of dental students toward occupational blood exposure accidents at the end of the dental training program. *J Int Soc Prev Commun Dent.* 2018;8(1):77–86.
- Henry, K., Campbell, S. (1995). Needlestick/sharps injuries and HIV exposure among health care workers. National estimates based on a survey of U.S. hospitals. 78(11):41–4. *მომიებულია* 15.07.2016. https://www.researchgate.net/publication/14668398_Needlesticksharps_injuries_and_HIV_exposure_among_health_care_workers_National_estimates_based_on_a_survey_of_US_hospitals

- Holloman, JL., Mauriello, SM., Pimenta, L., Arnold, RR. (2015). Comparison of suction device with saliva ejector for aerosol and spatter reduction during ultrasonic scaling. J Am Dent Assoc. 2015;146(1):27–33.
- Jawdekar, AM. (2013). Infection control policy for dental practice: an evidence- based approach. მოძიებულია 07.09.2016.
http://www.jaypeejournals.com/ejournals/ShowText.aspx?ID=4970&Type=FREE&TYP=TOP&IN=_ejournals/images/JPLOGO.gif&IID=382&isPDF=YES
- Ji, XY., Fei, CN., Zhang, Y., Zhang, W., Liu, J., Dong, J. (2016). Evaluation of bacterial contamination of dental unit waterlines and use of a newly designed measurement device to assess retraction of a dental chair unit. Int Dent J. 2016;66(4):208–14.
- Johanet, H., Chosidow, D., Marmuse, JP., Benhamou, G. (1996). Perforations and porosity of surgical gloves. Frequency, mechanism, risk. მოძიებულია 22.10.2019.
<http://europepmc.org/abstract/MED/8758527>
- Khami, MR., Razeghi, S., Mirmohammadi, S. (2016). Developing a Questionnaire to Assess the Knowledge, Attitude and Practice of Health-Care Workers about Blood-borne Diseases and its Psychometric Analysis. journal of Modern Rehabilitation. 10(1):35-42. მოძიებულია 11.11.2016.
<http://jmr.tums.ac.ir/index.php/jmr/article/view/7>
- Kochlamazashvili, M., Kamkamidze, G., McNutt, L., DeHovitz, J.A., Chubinishvili, O., Butsashvili, M. (2018). Knowledge, attitudes and practice survey on blood-borne diseases among dental health care workers in Georgia. J Infect Dev Ctries 2018; 12(10):864-870. doi:10.3855/jidc.9911. მოძიებულია 12.10. 2019.
- Kohli, A., Puttaia, R. (2011). Dental Infection Control & Occupational Safety for Oral Health Professionals. მოძიებულია 02.08.2016. https://c.ymcdn.com/sites/osap.site-ym.com/resource/resmgr/Docs/India_Infectioncontrolbook_2.pdf
- Kohli, A., Puttaiah, R. Dental Infection Control & Occupational Safety for Oral Health Professionals. (2009). მოძიებულია 02.07.2016.
https://cdn.ymaws.com/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/India_Infectioncontrolbook_2.pdf
- Kooij, D., Bakker, GL., Italiaander, R., Veenendaal, HR., Wullings, BA. (2017). Biofilm composition and threshold concentration for growth of legionella pneumophila on surfaces exposed to flowing warm tap water without disinfectant. Appl Environ Microbiol. 2017;83(5).
- Krikorian, R., Lozach-Perlant, A., Ferrier-Rembert, A., Hoerner, P., Sonntag, P., Garin, D., Crance, J-M. (2007). Standardization of needlestick injury and evaluation of a novel virus-inhibiting protective glove. J Hosp Infect. 66(4):339-45. Epub 2007 Aug 6. მოძიებულია 15.09.2016.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17688971>
- Lamontagne, F., Abiteboul, D. (2007). Role of Safety-Engineered Devices in Preventing Needlestick Injuries in 32 French Hospitals Infection Control and Hospital Epidemiology 28(1):18-23 ·2007.02.

მომიებულია, 13.10.2016. https://www.researchgate.net/publication/6573068_Role_of_Safety-Engineered_Devices_in_Preventing_Needlestick_Injuries_in_32_French_Hospitals

Lee, J., Kok, S., Cheng, Sh., Lin, L., Lin, Ch. (2014). Needlestick and sharps injuries among dental healthcare workers at a university hospital. Open Archive. Volume 113, Issue 4, Pages 227–233. მომიებულია 17.11.2016. [http://www.jfma-online.com/article/S0929-6646\(12\)00306-3/abstract](http://www.jfma-online.com/article/S0929-6646(12)00306-3/abstract)

Lewis, DL., Arens, M., Suzuki, M., Appleton, SS., Nakashima, K., Ryu, J. et al. (1992). Cross-contamination potential with dental equipment. Lancet. 1992;340(8830):1252–4.

Lewis, N., Parmar, N., Hussain, Z. et al. (2015). Colonisation of dentures by Staphylococcus aureus and MRSA in out-patient and in-patient populations. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 34, 1823–1826. მომიებულია 05.06.2019. <https://doi.org/10.1007/s10096-015-2418-6>

Mahboobi, N., Porter, S., Karayiannis, P., Alavian, S. (2013). Dental Treatment as a Risk Factor for Hepatitis B and C Viral infection. A review of the recent literature. J Gastrointest Liver Dis. 22(1):79–86. მომიებულია 23.03.2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23539395/>

Mahmud, S., Kouyoumjian, SP., Al Kanaani, Z., Chemaitelly, H., Abu-Raddad, LJ. (2018). Individual-level key associations and modes of exposure for hepatitis C virus infection in the Middle East and North Africa: a systematic synthesis. Ann Epidemiol. 2018;28(7):452–61.

Marasco, S., Woods, S. (2008). The RISK of Eye Splash Injuries in Surgery. მომიებულია 23.08.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1445-2197.1998.tb04677.x>

Moloughney, BW. (2001) Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: where are we now? CMAJ. 165(4):445–51. მომიებულია 07.10. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11531058>

Mugisha – Rwenyonyi, Ch., Sendikadiwa, KR. (2015). Knowledge and practices of infection control of dental practitioners in two districts of Uganda. IESRJ volume 1, issue 2. მომიებულია 07.08.2016. https://www.researchgate.net/publication/286884050_Knowledge_and_practices_of_infection_control_of_dental_practitioners_in_two_districts_of_Uganda

Naik, S., Khanagar, S., Kumar, A., Vadavadagi, S., Neelakantappa, HM., Ramachandra, S. (2014). Knowledge, attitude, and practice of hand hygiene among dentists practicing in Bangalore city – A cross-sectional survey. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry. 4(3):159–163. მომიებულია 24.09.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209614/>

Nazemisalman, B., Vahabi, S., Bayat, N., Ansari, A. (2016). Early Diagnosis of Oral Manifestation in HIV Infected Pediatric Patients, A Review of Current Literature. მომიებულია 14.10.2016. http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45568083/2379-5824-3-2-001.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484755344&Signature=pglx0cgljGClCkMS4aa63oqOE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEarly_Diagnosis_of_Oral_Manifestation_in.pdf

Occupational exposures occurring in students in a UK dental school. (2002). Eur J Dent Educ. 6(3):104-13. მიღებულია 11.12.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12269865>

Occupational transmission of HIV. t London: Health Protection Agency Centre for Infections. (2005). მიღებულია 03.09.2016.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ES7HT_PdqhUJ:www.hivscotland.com/downloads/1303212631Occupational%2520Transmission%2520of%2520HIV.pdf+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=ge

Osegueda-Espinosa, AA., Sanchez-Perez, L., Perea-Perez, B., Labajo-Gonzalez, E., Acosta-Gio, AE. (2017). Dentists survey on adverse events during their clinical training. J Patient Saf. მიღებულია 23.09.2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29112027/>

Pavithran, V K., Murali, R., Krishna, M. (2015). Knowledge, attitude, and practice of needle stick and sharps injuries among dental professionals of Bangalore, India. Int Soc Prev Community Dent. 5(5): 406–412. doi: 10.4103/2231-0762.165932. PMID: PMC4606606. მიღებულია 19.08.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606606/>

Peralta, G. (2015). Notes from the field: Mycobacterium abscessus infections among patients of a pediatric dentistry practice—Georgia, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016; 65:355–6.

Peng, X., Xu, X., Li, Y. et al. (2020). Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci 12, 9 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>

Pervaiz, M., Gilbert, R., Ali, N. (2018). The prevalence and underreporting of Needlestick injuries among dental healthcare Workers in Pakistan: a systematic review. Int J Dent.

Petti, S., Vitali, M. (2017). Occupational risk for Legionella infection among dental healthcare workers: meta-analysis in occupational epidemiology. BMJ Open. 2017;7(7): e015374. Published 2017 Jul 13. doi:10.1136/bmjopen-2016-015374. მიღებულია 21.06.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734417/>

Petti, S., (2016). Healthcare outbreaks associated with dental unit water systems: strong scientific evidence of minimal risk. Clin Infect Dis. 2016;63(9):1270.

Petti, S. (2017). From 'Legionellosis acquired through a dental unit' to 'Was Legionellosis acquired through a dental unit? J Hosp Infect. 2017;96(2):204–5. Return to ref 80 in article.

Petti, S., & Polimeni, A. (2011). Risk of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Transmission in the Dental Healthcare Setting: A Narrative Review. Infection Control & Hospital Epidemiology, 32(11), 1109-1115. doi:10.1086/662184.

Pinto, FM., Bruna, CQ., Camarg, TC., Marques, M., Silva, CB., Sasagawa, SM. et al. (2017). The practice of disinfection of high-speed handpieces with 70% w/v alcohol: an evaluation. Am J Infect Control. 45(1): e19–22. Return to ref 26 in article.

Potgieter, E., Fossey, A. (2014). Compliance with infection prevention and control in oral health-care facilities: a global perspective 2014 FDI World Dental Federation. მოძიებულია 13.10.2016.

[http://c.ymcdn.com/sites/osap.site-](http://c.ymcdn.com/sites/osap.site-ym.com/resource/resmgr/International/Oosthuysen_et_al_2014.pdf)

[ym.com/resource/resmgr/International/Oosthuysen_et_al_2014.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/osap.site-ym.com/resource/resmgr/International/Oosthuysen_et_al_2014.pdf)

Radcliffe, R. A., Bixler, D., Moorman, A. (2013). Hepatitis B virus transmissions associated with a portable dental clinic, West Virginia, 2009. JADA 144(10) <http://jada.ada.org>. მოძიებულია 12.12.2016. [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)60523-7/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)60523-7/pdf)

Radcliffe, RA., Bixler, D., Moorman, A., Hogan, VA., Greenfield, VS., Gaviria, DM, et al. (2009). Hepatitis B virus transmissions associated with a portable dental clinic, West Virginia. J Am Dent Assoc. 2013;144(10):1110–8.

Rahman, B., Abraham, SB., Alsalami, AM., Alkhaja, FE., Najem, SI. (2013). Attitudes and practices of infection control among senior dental students at college of dentistry, university of Sharjah in the United Arab Emirates. European Journal of Dentistry. 7(Suppl 1): S15-S19. doi:10.4103/1305-7456.119058. მოძიებულია 20.06.2016 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4054074/>

Ramich T, Eickholz P, Wicker S. (2017). Work-related infections in dentistry: risk perception and preventive measures. Clin Oral Investig. 2017;21(8):2473–9.

Redd, JT., Baumbach, J., Kohn, W., Nainan, O., Khristova, M., Williams, I. (2007). Patient-to-patient transmission of hepatitis B virus associated with oral surgery. J Infect Dis. 195(9):1311–4.

Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Clean Care is Safer Care. (2011). WHO. მოძიებულია 13.09.2018.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;sequence=1

Reznik, D. A. (2005). Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings Centers for Disease Control and Prevention. მოძიებულია 17.11.2016.

<http://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/pdf/safe-care.pdf>

Ricci, ML., Fontana, S., Pinci, F., Fiumana, E., Pedna, MF., Farolfi, P., et al. (2012). Pneumonia associated with a dental unit waterline. Lancet. 2012;379(9816):684.

Rodrigues, FB. (2006). Occupational exposure to biological fluids among a cohort of Brazilian dentists. მოძიებულია 22.11.2016.

https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=nSCb1CwAAAAJ&citation_for_view=nSCb1CwAAAAJ:9yKSN-GCB0IC

Schuermans, J., Lutgens, SP., Groen, L., Schneeberger, PM. (2018). Do safety engineered devices reduce needlestick injuries? J Hosp Infect. 2018;100: 99–104.

Shaw, FE Jr., Barrett, CL., Hamm, R., Peare, RB., Coleman, PJ., Hadler, SC., Fields, HA., Maynard, JE. (1986). Lethal outbreak of hepatitis B in a dental practice. JAMA.;255(23):3260–4. მოძიებულია 07.09.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2872342sha>

- Shiao, J., Guo, L., McLaws, ML. (2002). Am J Infect Control. Estimation of the risk of bloodborne pathogens to health care workers after a needlestick injury in Taiwan. 30(1):15-20. მოძიებულია 28.10.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8531904>;
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11852411>
- Singh, TS., Bello, B., Mabe, OD., Renton, K., Jeebhay, MF. (2010). Workplace determinants of endotoxin exposure in dental healthcare facilities in South Africa. Ann Occup Hyg. 2010;54(3):299–308).
- Smith, G., Smith, A. (2014). Microbial contamination of used dental handpieces. Am J Infect Control. 2014;42(9):1019–21.
- Tomkins, S., Ncube, F. (2005). Occupational Transmission of HIV. Summary of Published Reports. მოძიებულია 15.02.2019.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140714095709/http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947320156
- Vaccaro, L., Izquierdo, F., Magnet, A., Hurtado, C., Salinas, MA., Gomes, TS., et al. (2016). First case of Legionnaire's disease caused by legionella anisa in Spain and the limitations on the diagnosis of legionella non-pneumophila infections. PLoS One. 2016;11(7): e0159726.
- van Wijk, PT., Meiberg, AE., Bruers, JJ., Groenewold, MH., van Raalten, AL., Dam, BA., et al. (2012). The risk of blood exposure incidents in dental practices in the Netherlands. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40(6):567–73.
- Veena, HR., Mahantesha, S., Joseph, PA., Patil, SR., Patil, SH. (2015). Dissemination of aerosol and splatter during ultrasonic scaling: a pilot study. J Infect Public Health. 2015;8(3):260–5.
- Vernon, M., Hayden, K., Trick, W. MD; et al. (2006). Chlorhexidine Gluconate to Cleanse Patients in a Medical Intensive Care Unit The Effectiveness of Source Control to Reduce the Bioburden of Vancomycin-Resistant Enterococci. Arch Intern Med. 2006;166(3):306–312.
doi:10.1001/archinte.166.3.306. მოძიებულია 08.11.2017.
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/409730>
- Volgenant, C. M. C. & Soet, J. J. (2018). Cross-transmission in the Dental Office: Does This Make You Ill? Current Oral Health Reports. 5:221–228. მოძიებულია 30.08.2020.
<https://doi.org/10.1007/s40496-018-0201-3>
- Volgenant, C.M.C., de Soet, J.J. (2018). Cross-transmission in the Dental Office: Does This Make You Ill? Curr Oral Health Rep 5, 221–228. <https://doi.org/10.1007/s40496-018-0201-3>. მოძიებულია 07.07.2020. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40496-018-0201-3>
- Watanabe, A., Tamaki, N., Yokota, K., Matsuyama, M., Kokeyuchi, S. (2018). Use of ATP bioluminescence to survey the spread of aerosol and splatter during dental treatments. J Hosp Infect. 2018;99(3):303–5.

Weaver, JM. (2014). Confirmed transmission of hepatitis C in an oral surgery office. *Anesth Prog.* 61(3):93–4;

Weaver, J. (2014). Confirmed Transmission of Hepatitis C in an Oral Surgery Office. *Anesth Prog.* 2014 Fall; 61(3): 93–94. მოძიებულია 17.04.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156378/>

WHO best practices for injections and related procedures toolkit. (2010). მოძიებულია 25.04.2018.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44298/9789241599252_eng.pdf;sequence=1

WHO guidelines on hand hygiene in health care: a summary. (2009).
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70126/1/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf

WHO welcomes key United Kingdom support for global patient safety. (2005). მოძიებულია 23.06.2018. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr63/en/>

WHO, Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. (2011). მოძიებულია 11.12.2018.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;sequence=1

WHO. Fifty-fifth World Health Assembly A55/13. Provisional agenda item 13. (2002). Quality of care: patient safety. Report by the Secretariat. მოძიებულია 24.02.2018.
<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf?ua=1&ua=1>

Wicker, S., Jung J., Allwinn, R., Gottschalk, R., Holger, F. (2007). Prevalence and prevention of needlestick injuries among health care workers in a German university hospital. *Int Arch Occup Environ Health*. DOI 10.1007/s00420-007-0219-7 ORIGINAL ARTICLE. მოძიებულია 23.10.2016 <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.567.7438&rep=rep1&type=pdf>

Winchester, SA., Tomkins, S., Cliffe, S., Batty, L., Ncube, F., Zuckerman, M. (2012). Healthcare workers' perceptions of occupational exposure to blood-borne viruses and reporting barriers: a questionnaire-based study. *J Hosp Infect.* 2012;82(1):36–9.

Working Paper Preliminary Version of Minimal Information Model for Patient Safety. WHO. (2014). მოძიებულია 30.03.2018. https://www.who.int/patientsafety/implementation/IMPS_working-paper.pdf?ua=1

World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005 – 2006. მოძიებულია 24.07.2018.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43358/9241593733_eng.pdf?sequence=1&ua=1

Yazdanpanah, Y., Carli, G., Miguere, B., Lot F., Campins, M., Colombo, C., & სხვანი. (2005). Risk Factors for Hepatitis C Virus Transmission to Health Care Workers after Occupational Exposure: A European Case-Control Study. *Oxford Journals Medicine & Health Clinical Infectious Diseases* Volume 41, Issue 10 Pp. 1423–1430. მოძიებულია 22.11.2016. <http://cid.oxfordjournals.org/content/41/10/1423.full>

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სია:

1. Assessment of Quality of Medical Services at Georgian Dental Clinics. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 1, Supplement 1, June 2016 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი).
2. Survey of Infection Control Knowledge, Attitudes and Practices among Senior Dental Students at the University of Georgia. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 3, Issue 4, June 2019 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი).
3. Comparative Survey of Infection Control Knowledge, Attitudes and Practices Before and During Covid-19 Pandemic among Senior Dental Students at the University of Georgia. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 4, Issue 6, July 2020 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი).
4. Knowledge, attitudes and perception of patients towards cross-infection control measures in dental clinics in Georgia before the Covid-19 pandemic. Georgian Medical News, N 12 (309), 147-152, 2020 (ავტორები: თ. ჩიტალაძე, ნ. ყაზახაშვილი) - წარდგენილია გამოსაქვეყნებლად.

დანართი N1

ინფექციის კონტროლი სტომატოლოგიაში
საგნის სილაბუსის მაგალითი

კურსზე დაშვების წინაპირობა	• თერაპიული სტომატოლოგია I (პროპედევტიკა) - წინაპირობა • მიკრობიოლოგია - წინაპირობა
აღწერა	კურსი მოიცავს სტომატოლოგიაში ინფექციების კონტროლის, უსაფრთხოებისა და საშიში მასალების სათანადო მართვის ძირითად საკითხებს. მასში ყურადღება გამახვილებულია ინფექციის კონტროლის მოთხოვნებზე პაციენტებისა და სტომატოლოგიური პერსონალის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად. კურსი მოიცავს ძირითად კონცეფციებს, ეტაპობრივ პროცედურებს და თანამედროვე მარეგულირებელ ასპექტებს, რომლებიც დაკავშირებულია სტომატოლოგიური დაწესებულებების ინფექციის კონტროლთან, როგორც პერსონალისა და სტუდენტების, ასევე პაციენტების უსაფრთხო გარემოს შენარჩუნებისათვის.
მიზნები	კურსის მიზნებია სტუდენტებს მისცეს სტომატოლოგიაში ინფექციის კონტროლის საფუძვლების ცოდნა: სამსახურიდან სახლში და სახლიდან სამსახურში ინფექციების გავრცელების გზები, სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში ასეპტიკისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, ახალი რეგულაციები და რეკომენდაციები ინფექციის პრევენციისა და კონტროლისათვის სტომატოლოგიაში.
შედეგები	ცოდნა და გაცნობიერება • ცოდნა მიკროორგანიზმების როლის შესახებ ინფექციის კონტროლში • ვაქცინაციის არსისა და მნიშვნელობის შესახებ ცოდნა

- მიკროორგანიზმების სპეციფიკიდან გამომდინარე, დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გზების ცოდნა
- სისხლის გზით გადაცემადი პათოგენების და სხვა ინფექციური დაავადებების შესახებ ცოდნა, რომლის გავრცელებაც შესაძლოა მოხდეს სტომატოლოგიურ კლინიკაში და ამ დაავადებათა შესახებ ცოდნის მნიშვნელობა
- დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების რეკომენდაციების ცოდნა სტომატოლოგიაში ინფექციის კონტროლისათვის.
- ინსტრუმენტის დამუშავების პროცედურების - სტერილიზაციისა და დეზინფექციის ცოდნა
- გარემო ზედაპირისა და აღჭურვილობის ასეპტიკის ცოდნა
- ჰაერისა და სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის ხარისხის მონიტორინგის შესახებ ცოდნა
- ბასრი ინსტრუმენტებით დაზიანებების თავიდან აცილების ძირითადი მეთოდების ცოდნა
- სტომატოლოგიური კლინიკის ნარჩენების მართვის ცოდნა

უნარი

- სტომატოლოგიაში ინფექციის კონტროლის ცოდნის საჭიროებისა და მნიშვნელობის აღქმის უნარი
- ხელების ჰიგიენის სწორად ჩატარების უნარი
- სტერილური იარაღების სწორად განკარგვა-შენახვა-დისტრიბუციის უნარი, მათი სტერილობის შენარჩუნებით.
- ასეპტიკური ტექნიკის მეთოდების გამოყენების უნარი

	• ნარჩენების მართვის პრინციპების სათანადოდ გამოყენების უნარი • ბასრი ინსტრუმენტებით დაზიანებების თავიდან აცილების ძირითადი მეთოდების გამოყენების უნარი • ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების უსაფრთხოდ და სწორად გამოყენების უნარი • ინდივიდუალურ თუ პოპულაციურ ჯანმრთელობაზე პათოგენური მიკროორგანიზმების ზეგავლენის შეფასების უნარი
ხანგრძლივობა	ლექცია: კვირაში: 1 საათი: 2
საათობრივი დატვირთვა	არასაკონტაქტო: დამოუკიდებელი მეცადინეობა გამოცდების მომზადება ნაშრომების მომზადება საკონტაქტო: ლექციაზე და სემინარზე დასწრება სემინარი რეფერატი
სწავლის და სწავლების მეთოდები/ აქტივობები	• ახსნა-განმარტებითი მეთოდი • ვერბალური, ანუ ზეპირსიტყვიერი მეთოდი • ინტერაქტიული ლექციები • ლექცია-სემინარები • წიგნზე მუშაობის მეთოდი

	• ლიტერატურის მიმოხილვა • პრეზენტაციების წარდგენა • შესაბამისი მასალის მოძიება ელექტრონულ ფორმატში ან ბიბლიოთეკაში	
ლიტერატურა	Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team - 6th ed Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care	ძირითადი ლიტერატურა Miller, Chris H. 2017 Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; October 2016. https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/pdf/safe-care2.pdf 2016
1 კვირა	ლექცია	
	თემა	მიკრობიოლოგიისა და ინფექციების კონტროლის სფერო: მიკროორგანიზმების როლი ინფექციის კონტროლში, მიკროორგანიზმების აღმოჩენა და ინფექციების კონტროლის პროცედურები, მიკროორგანიზმების მნიშვნელოვანი ზემოქმედების სახეები. მიკროორგანიზმების მახასიათებლები: ბაქტერიები, ვირუსები, სოკოები. ინფექციური დაავადებების განვითარება: დაავადების განვითარების ეტაპები, მიკროორგანიზმები- მასპინძლის ურთიერთქმედება. განვითარებადი დაავადებები: ეკოლოგიური ცვლილებები, ცვლილებები მოსახლეობის დემოგრაფიაში ან ქცევაში, საერთაშორისო მოგზაურობა და ვაჭრობა, ტექნოლოგიები, მიკრობული ცვლილებები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნორმების დარღვევები. საკითხავი მასალა:

2 კვირა	• Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 2-31
	ლექცია (ქვიზი)
	თემა პირის ღრუს მიკრობიოლოგია და კბილის ნადებთან ასოცირებული დაავადება: პირის ღრუს ნორმალური მიკრობიოტა, კარიესის მიკრობიოლოგია, პაროდონტის დაავადებების მიკრობიოლოგია, კბილის ნადებთან ასოცირებული დაავადების პრევენცია, მწვავე სტომატოლოგიური დაავადებები, სხვა ინფექციები, სისხლით გადაცემადი პათოგენები: ჰეპატიტი - B, C, D, A და E. აივ ინფექცია, პირის ღრუსა და რესპირატორული დაავადებები: პირის ღრუს დაავადებები, სისტემური დაავადებები პირის ღრუს დაზიანებით, რესპირატორული დაავადებები, წყლით გამოწვეული დაავადებების აგენტები, მეთიცილინ რეზისტენტული სტაფილოკოკები, MERS-CoV. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 33-59 გამოკითხვის სახე: წერითი; ზეპირი;
3 კვირა	ლექცია (ქვიზი)
	თემა

	ინფექციის კონტროლის დასაბუთება და რეგულაციები: ინფექციის კონტროლის საფუძველი, რეკომენდაციები და რეგულაციები, OSHA-ს სისხლის გზით გადამდები პათოგენების სტანდარტის შეჯამება, დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის სტომატოლოგიის რეკომენდაციების შეჯამება. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 62-77 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;
4 კვირა	ლექცია (ქვიზი)
	თემა მზადება პაციენტის უსაფრთხოებისა და შრომის ჯანმრთელობისათვის: უსაფრთხოების კულტურა, უსაფრთხოების ეტაპების დადგენა, ინფექციის კონტროლის სარგებლობა პაციენტისა და პერსონალისთვის. იმუნიზაცია, ხელის ჰიგიენა, ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები: ნიღბები, დამცავი სათვალები, დამცავი ტანსაცმელი; აღჭურვილობის დამცავი ბარიერების მოთავსება-მოცილება, იდს-ის თვისებები და გამოყენება ებოლათი დაავადებულ პაციენტებთან. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 79-110 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;
5 კვირა	ლექცია (ქვიზი)
	თემა

	ინსტრუმენტების დამუშავება: სტერილიზაცია და დეზინფექცია, ინსტრუმენტების დამუშავების პროცედურები, დეზინფექცია-სტერილიზაციის მოწყობილობებისა და პროდუქტების თვისებები, ზედაპირებისა და აღჭურვილობის ასეპტიკა, წინასწარი გაწმენდა და დეზინფექცია, აღჭურვილობის გაუსნებოვნება, სტომატოლოგიური მასალების ასეპტიკური დისტრიბუცია. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 113-152 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;
	ლექცია (ქვიზი)
6 კვირა	თემა სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის ასეპტიკა და ჰაერის ხარისხი: სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის მიკროორგანიზმების ტიპები და მნიშვნელობა, ბიოფირი სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის მილებში და წყლის ხარისხის გაუმჯობესება, ინფექციის კონტროლის თანამედროვე რეკომენდაციები: სტომატოლოგიური დანადგარის წყალი და ინფექციის კონტროლი, წყლის ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 155-163 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;
7 კვირა	ლექცია (ქვიზი)

	თემა ასეპტიკური ტექნიკა: სტომატოლოგიური აეროზოლების და შხეფების მინიმიზაცია, ერთჯერადი საშუალებების გამოყენება, უსაფრთხო ინექციური პრაქტიკა, კლინიკის დალაგება-დასუფთავება. ლაბორატორიული და რენტგენოგრაფიული ასეპტიკა. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 165-175 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;
8 კვირა	ლექცია (ქვიზი) თემა ნარჩენების მართვა: ნარჩენების მართვის ყოვლისმომცველი გეგმა, ნარჩენების ტიპები, ინფექციური ნარჩენების მართვა, პათოგენური ნარჩენები, ბასრი ნარჩენები. ბასრ საგნებთან მოპყრობის უსაფრთხოება: დაზიანებების რისკი და პროფილაქტიკა, უსაფრთხო ინექციური პრაქტიკა. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 176-185 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;
9 კვირა	ლექცია (ქვიზი) თემა

	ასეპტიკის პროტოკოლები, SOP-ები და ჩეკ-ლისტები: უსაფრთხოების კულტურა; ზოგადი მომზადება: მისაღები ზონა და კლინიკური ზონა; პაციენტის მიღებამდე, პაციენტის წასვლის შემდეგ, პაციენტის მკურნალობის დროს, ლაბორატორიული ასეპტიკა. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 187-194 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;
10 კვირა	ლექცია (ქვიზი)
	თემა სტომატოლოგიური დაწესებულების ზოგადი უსაფრთხოება და ასეპტიკა, ეკოლოგიური ინფექციური კონტროლი. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 196-204 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;
11 კვირა	ლექცია (ქვიზი)
	თემა ჯვარედინი დაბინძურება სამუშაოსა და სახლს შორის: კლინიკიდან სახლში გავრცელების გზები და პირიქით. OSHA - შრომის უსაფრთხოების და ჯანმრთელობის ადმინისტრაცია: მისია, მიზნები, მოცვა, OSHA-ს ინსპექტირება. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 206-218 გამოკითხვის სახე: წერიტი; ზეპირი;

12 კვირა	ლექცია (ქვიზი) თემა კლინიკის უსაფრთხოების პროგრამის მენეჯმენტი: ინფექციის კონტროლის კოორდინატორი, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) შემუშავება, ინფექციის კონტროლის პროგრამის შეფასება. ქიმიკატების უსაფრთხოების მართვა; თანამშრომელთათვის ხანძრის პრევენციისა და გადაუდებელი დახმარების სამოქმედო გეგმები; ინფექციის კონტროლის საკითხები რემონტის ან მშენებლობის დროს. საკითხავი მასალა: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 220-251 გამოკითხვის სახე: წერითი; ზეპირი;
13 კვირა	ლექცია (ქვიზი) თემა რეკომენდაციები სტომატოლოგიური დაწესებულების ადმინისტრაციისთვის, ინფექციის პრევენციის სწავლება და ტრენინგი, სტომატოლოგიური პერსონალის უსაფრთხოება, სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები, სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის ხარისხი. საკითხავი მასალა: • Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care - Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services. Page 4-16 გამოკითხვის სახე: წერითი; ზეპირი;

Syllabus Example Infection Control in Dentistry	
Undergraduate	
Admission criteria to the course	• Therapeutic Dentistry I (propaedeutics)- Prerequisite • Microbiology - Prerequisite
Description	The course will cover basic issues of infection control, safety, and proper management of hazardous materials in dentistry. It focuses on the properties of infection control and maintenance of a safe environment for patients and the dental team. The course will provide the basic concepts, the step-by-step procedures, and the current regulatory aspects related to infection control and office safety for students and continuing members of the entire dental team.
Goals	The course objectives are give to the students the knowledge of basics of Infection Control in Dentistry: the routes of spread of contamination from work to home and from home to work, how to maintain asepsis and safety throughout the dental office, new regulations and recommendations for Infection Safety and Prevention in Dentistry.
Result	Knowledge and understanding After the course completion, student will be able to: • Understand the role of microorganisms in infection control. • Have knowledge of essence and importance of vaccination; • Know ways of prevention and control of diseases based on the specifics of microorganisms; • Have knowledge of infectious diseases that may be spread in the dental office, bloodborne diseases and pathogens, importance understanding of these diseases in dentistry • Summarize the recommendations for infection control in dentistry from the Centers for Disease Control and Prevention. • Have knowledge of Surface and Equipment Asepsis

	• Have knowledge of Dental Unit Water Asepsis and Air Quality • Have knowledge of basic approaches to preventing sharps injuries • Have knowledge of Waste Management Skills After the course completion, student will be able to: • Acknowledge the need and importance of knowledge of Infection Control in Dentistry • Properly perform hand hygiene • Properly handle, store, and distribute sterilized instruments to maintain sterility • Apply the methods of Aseptic Techniques • Understand waste management principles • Apply the methods of approaches to preventing sharps injuries. • Safely and properly use PPE • Assess effect of pathogenic microorganisms on individual and population health
Length	Lecture : Week: 1 Hours: 2
Student Workload	Independent hours: Independent studies Exam preparation - delivery Preparation of term papers - submission

	Contact hours Attendance on Lectures and Seminars Seminar Referat
Teaching and Learning Methods	• Explanatory method • Verbal/Oral method • Interactive Lectures • Lecture-seminars • Workbook methods • Literature Overview • Presentations • Relevant material search out from various electronic and paper-based resources
Bibliography	Main bibliography Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed Miller, Chris H. 2017 Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; October 2016. 2016 https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/pdf/safe-care2.pdf
1 Week	Theme Lecture

	Scope of Microbiology and Infection Control: Role of Microorganisms in Infection Control, Discovery of Microorganisms and Infection Control Procedures, Important Activities of Microorganisms. Characteristics of Microorganisms: Bacteria, Viruses, Fungi. Development of Infection Diseases: Steps in Disease Development, Host-Microorganism Interactions. Emerging Diseases: Ecological Changes, Changes in Human Demographics or Behaviors, International Travel and Commerce, Technology, Microbial Changes, Breakdown in Public Health Measures. Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 2-31
2 Week	Lecture (Quiz) Theme Oral Microbiology and Plaque-Associated Disease: Normal Oral Microbiota, Microbiology of Caries, Microbiology of Periodontal Diseases, Prevention of Plaque-Associated Disease, Acute Dental Infections, Other Infections, Bloodborne Pathogens: Hepatitis B, C, D, A and E. Human Immunodeficiency Virus Disease, Oral and Respiratory Diseases: Oral Diseases, Systemic Diseases with Oral Lesions, Respiratory Diseases, Waterborne Disease Agents, Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, MERS-CoV. Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 33-59 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
3 Week	Lecture (Quiz) Theme Infection Control Rationale and Regulations: Rationale for Infection Control, Recommendations and Regulations, Summary of the OSHA Bloodborne Pathogens Standard, Summary of the Centre for Disease Control and Prevention Infection Control Recommendations for Dentistry Reading Materials:

	• Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 62-77 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
4 Week	Lecture (Quiz)
	Theme Preparing for Patient Safety and Occupational Health: Safety Culture, Setting the Stage for Safety, How Infection Control Benefits Patient and Dental Personnel. Immunization, Hand Hygiene, Personal Protective Equipment, Masks, Protective Eyewear, Protective Clothing, Placing and Removal Equipment Barriers, Properties of Protective Equipment, PPE for Use With Ebola Patients Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 79-110 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
5 Week	Lecture (Quiz)
	Theme Instrument Processing: Sterilization and Disinfection, Instrument Processing Procedures, Properties of Decontamination and Sterilization Equipment and Products, Surface and Equipment Asepsis, Precleaning and Disinfection, Equipment Decontamination, Aseptic Distribution of Dental Supplies. Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 113-152 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
6 Week	Lecture (Quiz)
	Theme Dental Unit Water Asepsis and Air Quality: Types and Importance of Microorganisms in Dental Unit Water, Biofilm in Dental Water Lines, Need to Improve Dental Unit Water Quality, Current Infection Control Recommendations, Dental Unit Water and Infection Control, Approaches to Improve Dental Unit Water Quality.

	Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 155-163 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
7 Week	Lecture (Quiz) Theme Aseptic Techniques: Minimization of Dental Aerosols and Splatter, Use of Disposables, Safe Injection Practices, Housekeeping and Cleaning. Laboratory and Radiographic Asepsis. Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 165-175 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
8 Week	Lecture (Quiz) Theme Waste Management: Comprehensive Waste Management Plan, Types of Waste, Infectious Waste Management, Pathogenic Waste , Sharps. Sharps Safety: Riskd from Sharps Injuries, Prevention of Sharps Injuries, Safe Injection Practices. Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team-6th ed. Miller, Chris H. page: 176-185 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
9 Week	Lecture (Quiz) Theme Asepsis Protocols, SOPs, and Checklists: Safety Culture, General Preparation-Reception Area, Clinical Area; Before Seating the Patient, After Seating the Patient, During Patient Treatment, After Patient Treatment, Laboratory Asepses

	Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 187-194 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
10 Week	Lecture (Quiz) Theme General Office Safety and Asepsis, Greener Infection Control Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 196-204 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
11 Week	Lecture (Quiz) Theme Cross-Contamination Between Work and Home: Routes of Spread From the Office to Home, Routes of Spread From Home to the Office. The Occupational Safety and Health Administration: Mission, Purposes, Coverage, OSHA Inspections Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materilas for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 206-218 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
12 Week	Lecture (Quiz) Theme Management of the Office Safety Program: Infection Control Coordinator, Development of Standard Operating Procedures (SOPs), Evaluation of the Infection Control Program. Managing Chemicals Safety; Employee Fire Prevention and Emergency Action Plans; Infection Control Concerns During Remodeling or Construction

	Reading Materials: • Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team - 6th ed. Miller, Chris H. page: 220-251 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;
13 Week	Lecture (Quiz) Theme Administrative Recommendations for Dental Settings, Infection Prevention Education and Training, Dental Health Care Personnel Safety, Standard Precautions, Dental Unit Water Quality. Reading Materials: • Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care- Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services. Page 4-16 Type of Assessment: Written exam; Oral exam;

დანართი N2

სტომატოლოგიური კლინიკა „იუჯი დენტის“ სტანდარტული ოპერაციული პროტოკოლები (სოპ-ები)

ინფექციის კონტროლი სტომატოლოგიაში

ძირითადი მოთხოვნები:

განიხილეთ ყველა პაციენტი, როგორც პოტენციურად ინფიცირებული;
გამოიყენეთ ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები;
ეცადეთ, კანი და ლორწოვანი აარიდოთ ნერწყვის, სისხლის და სხვა ბიოლოგიური
სითხის მოხვედრისაგან;
დაიცავით პირადი ჰიგიენის წესები;
ხელის ჰიგიენა ყოველი პაციენტის მიღებამდე და შემდეგ;
ხელის ანტისეპტიკა;
გამოიცვალეთ ხელთათმანები ყოველ ახალ პაციენტზე;
დაზიანების შემთხვევაში გამოიცვალეთ ხელთათმანი დაუყოვნებლივ;
არ შეეხოთ ხელთათმანებით თვალს, ცხვირს, პირს;
კაბინეტში/სივრცეებში არ იმოდროთ ჩაცმული ხელთათმანებით;
დაიბანეთ ხელები ხელთათმანების გახდის შემდეგ;
სამუშაო მაგიდასთან არ შეინახოთ პირადი მოხმარების საგნები (მათ შორის მობილური,
საათი, სამკაული);
მუშაობის პროცესში არ გააკეთოთ ჩანაწერები, არ ისაუბროთ ტელეფონზე, არ მიიღოთ საკვები
და არ გამოიყენეთ კოსმეტიკური საშუალებები;
აბსცესის, დაინფიცირებული არხისა და ვირუსით დაინფიცირებული პაციენტების შემდეგ
გულმოდგინედ დაამუშავეთ სამუშაო ადგილი;
კანის დაზიანების შემთხვევაში დაზიანებული ადგილი დაფარეთ ლეიკოპლასტიკით;
კანზე, თვალში, ან პირის ღრუში სისხლის და სხვა ბიოლოგიური სითხეების მოხვედრის
შემთხვევაში გაუწიეთ საკუთარ თავს პირველადი დახმარება, დაუყოვნებლივ აცნობეთ
ეპიდემიოლოგს და იმოქმედეთ მოწოდებული ინსტრუქციის შესაბამისად.

ტერმინების განმარტება:

წმენდა - ინსტრუმენტებიდან და გარემო ზედაპირებიდან ხილული ჭუჭყის მოშორება
ხელით, სქელი ხელთათმანებით;
რეცხვა - ინსტრუმენტებიდან მექანიკური და ქიმიური საშუალებებით ნარჩენების
მოცილება სქელი ხელთათმანებით/იდს-ის გამოყენებით
გავლება - ინსტრუმენტიდან ქიმიური სარეცხი ხსნარის მოცილება;
დეზინფექცია - უმრავლესი პათოგენური მიკროორგანიზმების განადგურება

(სპორების გარდა);

გაშრობა - ინსტრუმენტის გათავისუფლება ნესტისა და სისველისაგან;

სტერილიზაცია - ყველა ცხოველმყოფელი მიკროორგანიზმის განადგურება;

კონტამინაცია - სტერილური ინსტრუმენტების მიკროორგანიზმებით დაბინძურება (გამოყენების პროცესში და მის შემდეგ);

დეკონტამინაცია - მანიპულაციის შემდეგ გამოყენებული ინსტრუმენტების გაუვნებელყოფის პროცესი;

კრიტიკული საგნები - ექვემდებარება სტერილიზაციას (ეხება ჭრილობის ზედაპირს, სისხლს, სტერილურ ქსოვილს, რბილ ქსოვილებსა და ძვალს);

ნახევრადკრიტიკული - მაღალი დონის დეზინფექცია ან სტერილიზაცია (ეხება ლორწოვანსა და დაზიანებულ კანს);

არაკრიტიკული საგნები - დაბალი დონის დეზინფექცია (ეხება დაუზიანებელ კანს);

ასეპტიკა - ადამიანის ორგანიზმში დაავადების პოტენციურ გამომწვევთა მოხვედრის პრევენცია;

ანტისეპტიკა - მიკრობების განადგურებისკენ, მიმართული სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ერთობლიობა (ჭრილობაში, პათოლოგიურ კერასა, თუ მთლიანად ორგანიზმში).

სტომატოლოგიურ კაბინეტში ინფექციის გავრცელების პრევენციული ღონისძიებები:

ხელის ჰიგიენა (ხელის დაბანა, ანტისეპტიკური ხსნარის გამოყენება);

ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენება (უნიფორმა, სათვალე/ფარი, ქუდი, სამედიცინო ფეხსაცმელი);

სამკურნალო არეალში ზედაპირების მაქსიმალურად შემცირება;

ერთჯერადი მასალის გამოყენება;

მრავალჯერადი გამოყენების მასალის/ინსტრუმენტის ადეკვატური დეკონტამინაცია;

გარემოს ეფექტური დეკონტამინაცია;

ნარჩენების მართებული უტილიზაცია;

პირის ღრუში საიზოლაციო საშუალებების გამოყენება;

პროცედურამდე ანტისეპტიკური საველების გამოყენება;

სამედიცინო პერსონალის იმუნიზაცია (B ჰეპატიტი, გრიპი, წითელა, წითურა - 1978 წ. შემდეგ დაბადებული არავაქცინირებული პერსონალისთვის).

ხელის ჰიგიენა

ხელების ჰიგიენური ანტისეპტიკა

სამკურნალო პროცესის დაწყებამდე და მისი დასრულების შემდეგ;

იმ მანიპულაციების დაწყებამდე და შემდეგ, რომელთა დროსაც სამედიცინო პერსონალს კონტაქტი აქვს პაციენტის ლორწოვანთნ, სისხლთან, სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან;

ინდივიდუალური საშუალებების გამოყენებამდე და მის შემდეგ;

დეკონტამინაციის პროცესში - წმენდის შემდეგ;

დეკონტამინაციის პროცესის დასრულების შემდეგ;

იქონიეთ მოკლედ დაჭრილი (ლაქის გარეშე) ფრჩხილები;

მოიხსენით სამკაულები მანიპულაციის ჩატარებამდე;

ხელების დაბანა თხევადი საპნით;

აიღეთ 2-3 მლ თხევადი საპონი, დაუმატეთ ცოტა წყალი ქაფის წარმოსაქმნელად (10 წამი);

მოუსვით ხელისგული ხელისგულს;

მოუსვით მარჯვენა ხელისგული მარცხენას ხელის ზურგზე და პირიქით;

მოუსვით თითების შიგნითა ზედაპირი საპირისპიროდ მდებარე ხელისგულებზე.

თითები გადაჯვარედინებული. კონცენტრაცია მოახდინეთ თითის წვერზე;

მოუსვით თითები ზურგის მხრიდან მეორე ხელისგულს;

წრიული მოძრაობებით მარჯვენა ცერის დაიმუშავეთ მარცხენა ხელისგულით და პირიქით;

თითები რიგრიგობით, წრიული მოძრაობებით მოუსვით ხელისგულებს,

გადაივლეთ წყალი და შეიმშრალეთ ხელები ერთჯერადი ხელსახოცით;

ხელის დაბანის ხანგრძლივობაა 40-60 წამი.

ინსტრუმენტების წინასასტერილიზაციო დამუშავება

დაბინძურებული ინსტრუმენტი გადაიტანება სასტერილიზაციოში თავდახურული კონტეინერით, რომელსაც აქვს მარკირება - „ჭუჭყიანი“;

დაბინძურებულ ინსტრუმენტებთან სავალდებულოა მუშაობა მხოლოდ ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით.

წინასასტერილიზაციო დამუშავების ძირითადი ეტაპები:

1. დახარისხება/დაშლა.
2. წინასწარი წმენდა.
3. დასველება (დალბობა).
4. დასველების შემდგომ რეცხვა.
5. დეზინფექცია.
6. დეზინფექციის შემდგომი რეცხვა.
7. გაშრობა.

ინსტრუმენტის დახარისხება/დაშლა - ნახმარი ინსტრუმენტები უნდა დაიშალოს და საჭიროების შემთხვევაში დახარისხდეს;

წინასწარი წმენდა - დიდი რაოდენობით ორგანული დაბინძურებისას გამოყენების ადგილზე წინასწარი გასუფთავება;

ხელით წმენდა - სასურველია იმ ინსტრუმენტების გასასუფთავებლად იქნას გამოყენებული, რომელთა ავტომატური წმენდა მწარმოებლის მიერ დაშვებული არ არის; ხელით წმენდის დროს სასურველია სქელი, არასამედიცინო ხელთათმანის გამოყენება; ენდოდონტიური ინსტრუმენტები ირეცხება ულტრაბგერით გამრეცხ აპარატში;

დასველება/დალბობა - გაწმენდილი ინსტრუმენტი თავსდება გამრეცხ ხსნარში - „გიგაზიმი“ 1% ხსნარში (990 მლ წყალი + 10 მლ „გიგაზიმი“), ექსპოზიცია - 15 წთ.; დაუშვებელია დროის ათვლის შემდგომ ინსტრუმენტების ჩამატება;

კონტეინერი, სადაც თავსდება ინსტრუმენტები, უნდა იყოს მარკირებული და ეწეროს ხსნარის დამზადების თარიღი;

ძლიერი დაბინძურების შემთხვევაში გაზარდეთ კონცენტრაცია;

ხსნარი ვარგისია ერთი სამუშაო დღის განმავლობაში;

ხილული დაბინძურების, ფერის შეცვლის და შემღვრევის შემთხვევაში ხსნარი იცვლება დაუყოვნებლივ;

დასველების შემდგომ რეცხვა - რეცხვის დროს შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ჯაგრისი.

ავტომატური წმენდა ულტრაბგერითი აპარატით

ულტრაბგერითი წმენდის პროცედურამდე გაწმენდილი (გასუფთავებული) ინსტრუმენტები თავსდება გიგაზიმის 1% ხსნარში (990 მლ წყალი + 10 მლ გიგაზიმი) ისე, რომ მთლიანად დაიფაროს;

აპარატი არ უნდა გადაიტვირთოს ინსტრუმენტების ჭარბი რაოდენობით;

ულტრაბგერითი წმენდის შემდეგ ინსტრუმენტები უნდა დათვალიერდეს გამადიდებელი შუშით;

გარეცხვის შემდეგ - გავლება გამდინარე წყალში და ვიზუალური კონტროლი (გამადიდებელი შუშით);

გაშრობა - ერთჯერადი ხელსახოცით;

რეცხვის შემდეგ ხდება ხელთათმანის გამოცვლა;

ხელის ჰიგიენა;

დეზინფექცია - მშრალი ინსტრუმენტი თავსდება „გიგასეპტი“ AF 2% (980 წყალი + 20 მლ გიგასეპტი) სადეზინფექციო ხსნარში, ექსპოზიცია - 15 წთ.;

ხსნარი ვარგისია შვიდი სამუშაო დღის განმავლობაში;

დეზინფექციის შემდგომი რეცხვა ექსპოზიციის დროის გასვლის შემდეგ ინსტრუმენტები უნდა გაივლოს გამდინარე ან დისტილირებულ წყალში;

გაშრობა ხდება ინსტრუმენტების საშრობ დანადგარში;
 ხელის ჰიგიენა;
 ინსტრუმენტების გადატანა „სუფთა“ სივრცეში;
 შეფუთვა - ინსტრუმენტები იფუთება და თარიღდება;
 პაკეტი უნდა იყოს ინსტრუმენტის ზომის შესატყვისი;
 დაშორება ინსტრუმენტსა და პაკეტის კიდე შორის უნდა იყოს არანაკლებ 1 სმ.;
 ავტოკლავში შეფუთულ ინსტრუმენტებთან ერთად თავსდება ინდიკატორი.

ახალი ინსტრუმენტები

დამუშავეთ წინასწარ, მოაშორეთ ზეთის ნარჩენები ერთჯერადი ხელსახოცის საშუალებით;
 თანმიმდევრულად დაიცავით წინასასტერილიზაციო დამუშავების ეტაპები (რეცხვა/დეზინფექცია);
 გამოყენებული ერთჯერადი ხელთათმანი თავსდება შესაბამის კონტეინერში, ხოლო საყოფაცხოვრებო ხელთათმანი ექვემდებარება რეცხვა-დეზინფექცია-გაშრობას.

სტერილიზაციის პროცესი

შეფუთული ინსტრუმენტების ავტოკლავში გადატანა;
 დაუშვებელია ავტოკლავის გადატვირთვა;
 სტერილიზაცია ხორციელდება ავტოკლავში 2.1 ატმ. 134⁰ - 6 წთ.;
 დროის ათვლა იწყება მითითებული პარამეტრების მიღწევის შემდეგ;
 ავტოკლავიდან ინსტრუმენტების ამოღება უნდა განხორციელდეს ოთახის ტემპერატურაზე გაციების და გაშრობის შემდეგ;
 თუ გასტერილებული მასალა დარჩა სველი, საჭიროა მისი ხელმეორედ დამუშავება;
 დაუშვებელია გასტერილებული ცხელი მასალის/ინსტრუმენტების მოთავსება ცივ ზედაპირზე;
 ვადის გასვლის შემდეგ გამოუყენებელი პაკეტები სტერილდება თავიდან, წინასასტერილიზაციო დამუშავების გარეშე (შეფუთვა ხდება თავიდან);
 სტერილიზაციის ვადა მოწმდება ინსტრუქციით;
 მე-5 კლასის ინდიკატორზე ფერის შეცვლა (წითლიდან შავისაკენ) ადასტურებს ავტოკლავის ფიზიკური პარამეტრების გამართულობას;
 დამატებით ხორციელდება ვიზუალური მონიტორინგი (წნევა, ტემპერატურა, დრო);
 ავტოკლავირების რეჟიმის ჩანაწერის წარმოება ხდება სპეციალურ, დანომრილ, ზონარგაყრილ და ბეჭედდასმულ ჟურნალში. ყველა გრაფა ივსება გარკვევით;
 სტერილიზაციის პროცესის დასრულების შემდეგ ინდიკატორი თავსდება ჟურნალში, შესაბამის გრაფაში;

სტერილური ინსტრუმენტების გადატანა ხდება თავდახურული კონტეინერით, რომელზეც დატანილია მარკირება - „სუფთა“;
კონტეინერი რუტინულად ირეცხება და უტარდება დეზინფექცია.

მაღლი დონის ცივი ქიმიური დეზინფექცია და სტერილიზაცია

ნახმარი ინსტრუმენტები გადის შემდეგ წინასასტერილიზაციო ეტაპებს:

- დახარისხება/დაშლა;
- წინასწარი წმენდა;
- დასველება (დალბობა) (გიგაზიმის 1% ხსნარი, ექსპოზიცია - 15 წთ.);
- დასველების შემდგომ რეცხვა;
- დეზინფექცია (გიგასეპტის 2% ხსნარი, ექსპოზიცია - 15 წთ.);
- დეზინფექციის შემდგომი რეცხვა;
- გაშრობა.

მშრალი ინსტრუმენტები თავსდება ოქსიულტრას გრანულებით მომზადებულ ხსნარში; 2% სამუშაო ხსნარის მომზადება: გამოიყენეთ მზომი კოვზი და ოთახის ტემპერატურის ონკანის წყალი 20 გრ (1 კოვზი) + 1 ლ წყალი;
დაიცადეთ 15-20 წთ გახსნისთვის, ურიეთ ნელა;
მოათავსეთ ინსტრუმენტები ხსნარში სრულ დაფარვამდე;
ექსპოზიციის დრო - 10 წუთი;
დაუშვებელია დროის ათვლის შემდგომ ინსტრუმენტების ჩამატება;
კონტეინერი, სადაც თავსდება ინსტრუმენტები, უნდა იყოს მარკირებული და ეწეროს ხსნარის დამზადების თარიღი;
ექსპოზიციის დროის გასვლის შემდეგ ინსტრუმენტები უნდა გაივლოს სტერილურ წყალში;
ხსნარი ვარგისია ერთი სამუშაო დღის განმავლობაში;
ინსტრუმენტები იფუთება და თარიღდება.

სტერილიზაციის ბაქტერიოლოგიური კონტროლი

გასტერილებული ინსტრუმენტების სტერილიზაციის ბაქტერიოლოგიური კონტროლი განხორციელდეს თვეში ერთხელ და საჭიროებისას;
კონტროლს ექვემდებარება არანაკლებ ორი, ერთდროულად გასტერილებული, ერთი დასახელების ნაკეთობა;
სტერილობის შემოწმება ხდება მხოლოდ ბიოლოგიური ინდიკატორებით ან ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიის მხარდაჭერით.

სტერილიზატორის (ავტოკლავის) სწორი მონიტორინგი

სტერილიზატორის რეზერვუარი, საიდანაც ხდება წყლის მიწოდება ორთქლის წარმოსაქმნელად, საჭიროების შემთხვევაში უნდა შეივსოს გამოხდილი წყლით; სამუშაო დღის დასრულების შემდეგ სტერილიზატორი უნდა გასუფთავდეს, გაშრეს და დარჩეს ღია (გახსნილ) მდგომარეობაში; ყოველი ციკლის შემდეგ უნდა ამოიბეჭდოს ჩანაწერი და დაფიქსირდეს სასტერილიზაციო დანადგარების მუშაობის აღრიცხვის ჟურნალში; ციკლის მიმდინარეობისას დამატებით უნდა განხორციელდეს ტექნიკური პარამეტრების ვიზუალური მონიტორინგი (წნევა, ტემპერატურა, დრო).

შეფუთული ინსტრუმენტების გამოყენება

შეფუთული ინსტრუმენტები ინახება ისეთ ადგილას, სადაც არ არის ხელახალი დაბინძურების შესაძლებლობა; შეფუთული ინსტრუმენტები ინახება მშრალ და მაღალი ტემპერატურული ზემოქმედებისაგან დაცულ კარადაში: ტემპერატურა - 24°C, ტენიანობა - 70%; შეფუთული ინსტრუმენტების გამოყენებამდე უნდა შემოწმდეს პაკეტის მთლიანობა (დაზიანებულია თუ არა შეფუთვა); შეფუთვის გახსნის შემდეგ ინსტრუმენტები გამოყენებული უნდა იქნას დაუყოვნებლივ; გახსნილი შეფუთვის შენახვა შემდგომი გამოყენების მიზნით დაუშვებელია; სტერილიზაციის ვადის გასვლის შემდეგ (თუ არ იქნა გამოყენებული) სტერილდება თავიდან, რეცხვა/დეზინფექციის ეტაპის გარეშე.

მონიტორინგი სტერილიზაციის ხარისხზე

წინასასტერილიზაციო დამუშავების პროცესის კონტროლს ახორციელებენ ეპიდემიოლოგი და მთავარი ექთანი; სტერილიზაციის პროცესის კონტროლს ახორციელებენ ეპიდემიოლოგი, მთავარი ექთანი და სასტერილიზაციოს ექთანი; კონტროლი მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

1. წინასასტერილიზაციო და სასტერილიზაციო დანადგარების მუშაობის აღრიცხვის ჟურნალის კონტროლი.
2. ქიმიური ინდიკატორის კონტროლი, პერიოდულად ბიოინდიკატორები ან გასტერილებული მასალის/ინსტრუმენტის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი.
3. დეზინფექცია/სტერილიზაციის პროცესის მონიტორინგი (2 თვეში ერთხელ).

ყველა ეტაპის დაწყებამდე და დასრულების შემდეგ სავალდებულოა ხელის ჰიგიენის დაცვა და ხელთათმანების გამოცვლა. ნახმარი ხელთათმანები თავსდება შესაბამის კონტეინერში. მუშაობისას გამოყენებული უნდა იქნას იდს-ი.

სანიტარული კვანძის დასუფთავება

გამოიყენეთ ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები (გამოიყენეთ სქელი ხელთათმანი);
დაიბანეთ ხელები;
გამოიყენეთ მხოლოდ ნიშანდებული ინვენტარი:
საწყაული;
მოპი;
ჯაგრისი;
ხელსახოცი;
დაუშვებელია ცოცხის გამოყენება;
დაასუფთავეთ სველი წესით;
გამოიყენეთ სარეცხი და სადეზინფექციო საშუალება „მიროდუზ ბაზიკის“ 0.5% ხსნარი;
995 მლ წყალს დაამატეთ 5 მლ „მიროდუზ ბაზიკის“ ხსნარი;
სამუშაო ხსნარი ვარგისია 14 დღე;
დღეში 2-ჯერ ნიჟარის/ხელსაბანის და უნიტაზის დასუფთავება/დეზინფექცია;
რუტინულად დაასუფთავეთ დაბინძურების და საჭიროების მიხედვით;
კვირაში ერთხელ კედლები იწმინდება 2 მეტრის სიმაღლეზე;
თვეში ერთხელ ტარდება გენერალური დასუფთავება (კედლები, ჭერი).

დასუფთავების თანმიმდევრობა:

ნაგვის შეგროვება და გატანა;
ავეჯის დასუფთავება (არსებობის შემთხვევაში - თაროები, კარადა);
ზედაპირების დასუფთავება (კედლები, კარი, ფანჯრები, სარკე ზევიდან ქვევით);
საშხაპეს დასუფთავება;
ნიჟარის რეცხვა/დეზინფექცია;
უნიტაზის რეცხვა/დეზინფექცია;
უნიტაზის გასახეხი ჯაგრისის რეცხვა/დეზინფექცია;
ჯაგრისი ინახება ცალკე კონტეინერში;
იატაკის მოწმენდა;
ხელის ჰიგიენა;
სახარჯი მასალის შევსება (ტუალეტის ქაღალდი, ხელსახოცები, თხევადი საპონი);
სახელურების რეცხვა/დეზინფექცია;
ხელის ჰიგიენა.

სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობა

გამოიყენება იდს-ი;

დაუშვებელია შეგროვების, შენახვის და ტრანსპორტირებისას ნარჩენების შერევა.

ნარჩენების იყოფა შემდეგ კატეგორიებად:

არასარისკო;

საყოფაცხოვრებო.

არასარისკო ნარჩენები თავსდება ერთჯერად პაკეტებში.

სარისკო:

ა) ინფექციური;

ბ) ბასრი;

გ) განსაკუთრებით საშიში ინფექციური ნარჩენები;

დ) პათოლოგ ანატომიური;

ე) ფარმაცევტული;

ვ) ქიმიური.

სარისკო ნარჩენები თავსდება შესაბამის კონტეინერში.

კონტეინერი უნდა ამოიფინოს მყარი პოლიეთილენის პარკით;

2/3 გავსების შემდეგ იტვირთება შემკრებ კონტეინერში, რომელიც

მოთავსებულია ნარჩენების დაყოვნების ოთახში;

ნარჩენების გატანის შემდეგ შესაბამის ჟურნალში კეთდება ჩანაწერი;

კონტეინერი დაცლის შემდეგ ირეცხება და უტარდება დეზინფექცია;

ფარმაცევტული ნარჩენები თავსდება შესაბამის კონტეინერში/ყუთში;

დასაშვებია 0,9% NaCl კანალიზაციაში ჩაშვება წყალში განზავების შემდეგ;

კონტეინერების შეკრება ხორციელდება მხოლოდ თავდახურულ

მდგომარეობაში;

დაუშვებელია ნარჩენის ხელით ჩაწნეხვა;

ბასრი საგნები თავსდება მუყაოს კონტეინერში;

დაუშვებელია ნემსის და შპრიცის განცალკევება;

დაუშვებელია ნემსის გადაღუნვა და თავსახურის ჩამოცმა;

ყველა მჭრელი და მჩხვლეტავი ზედაპირის საგანი თავსდება მუყაოს

კონტეინერში;

დაუშვებელია სტეპლერის გამოყენება;

კონტეინერებს მჭიდროდ ერგება თავსახური;

ნარჩენების გატანის შემდეგ სავალდებულოა სათავსის დასუფთავება (მათი

განთავსების ადგილის ჩათვლით);

გენერალური დასუფთავება/დეზინფექცია ტარდება კვირაში ერთხელ;

გამოიყენება იდს (სამეურნეო ხელთათმანი, სპეცტანსაცმელი, პირბადე,
წინდახურული მყარი ფეხსაცმელი);

ხელის ჰიგიენა ნარჩენებთან მოპყრობის შემდეგ.

*საკანონმდებლო საფუძველი: საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 15 ივნისის
N294 დადგენილება „ტექნიკური რეგლამენტი სამედიცინო ნარჩენების მართვა“.*

ციფრული რენტგენოგრაფია

პაციენტს თავისა და კისრის მიდამოდან მოხსენით მეტალის ნივთები;

ჩააცვით პაციენტს დამცავი ჟილეტი და საყელო;

ჩაიცვით დამცავი ჟილეტი;

ხელის ჰიგიენა;

ჩაიცვით ხელთათმანი;

ყოველი პაციენტისთვის სენსორის დასაფარად გამოიყენეთ ერთჯერადი შალითა;

დაუშვებელია სენსორის ავტოკლავში მოთავსება;

გამოყენების შემდეგ შალითა მოათავსეთ ინფექციური ნარჩენების კონტეინერში;

გაიხადეთ ხელთათმანი;

ხელის ჰიგიენა;

სენსორი და მისი კაბელი იწმინდება სადეზინფექციო ხსნარში დასველებული
ხელსახოცით (მწარმოებლის რეკომენდაციით);

რენტგენის აპარატის (ტუბუსი, საკონტროლო პანელი, დასხივების გამშვები ღილაკი)
დეზინფექცია;

სავარძლის დეზინფექცია;

დამცავი წინსაფრის, საყელის (კონტამინაციის შემთხვევაში) დეზინფექცია;

სამუშო ზედაპირების დეზინფექცია;

მიმღების დამჭერი სტერილდება.

ექსპოზიციის შემდგომი პირველადი დახმარება

ნემსის და სხვა ბასრი საგნის შერჭობა;

დაუყოვნებლივ დაიმუშავეთ საპნით და წყლით;

არ შეაჩეროთ სისხლდენა;

სისხლის შხეფების და ბიოლოგიური სითხეების მოხვედრა დაზიანებულ კანზე;

დაუყოვნებლივ დაიბანეთ საპნით და წყლით;

არ დაისრისოთ და არ მოახდინოთ ზეწოლა დაზიანებულ ადგილზე;

სისხლის/ბიოლოგიური სითხის მოხვედრა თვალში;

გამოიბანეთ თვალები ფრთხილად გამდინარე წყლით ან ფიზიოლოგიური ხსნარით
არანაკლებ 15 წუთისა (თვალები ღია უნდა იყოს, ქუთუთოები ამობრუნებული);

პირის ღრუში და ცხვირში მოხვედრის შემთხვევაში:

დაუყოვნებლივ გადმოაფურთხეთ სისხლი პირიდან და გამოივლეთ წყალი დიდი რაოდენობით;
 ამოისუნთქეთ ცხვირის საშუალებით და გამოიბანეთ წყლის ან ფიზიოლოგიური ხსნარის საშუალებით;
 არ გამოივლოთ სადეზინფექციო ხსნარი;
 სისხლის/ბიოლოგიური სითხის მოხვედრა დაუზიანებელ კანზე;
 დაუყოვნებლივ დაიბანეთ;
 არ მოახდინოთ ზეწოლა და არ დაისრისოთ.

სამედიცინო ნარჩენების დროებითი განთავსების ოთახის დასუფთავება-დეზინფექცია

დასუფთავება ხდება განსაზღვრული პერიოდულობით, ნარჩენების გატანის შემდგომ;
 მიმდინარე დალაგება წარმოებს ყოველი გატანის შემდეგ;
 გენერალური დალაგება წარმოებს კვირაში ერთხელ.

საჭირო აღჭურვილობა

ზედაპირების სადეზინფექციო ხსნარი „მიროდეზ ბაზიკის“ 0.5% ხსნარი (995 ლ წყალს + 5 მლ ხსნარი);
 ხელების სადეზინფექციო ხსნარი „დეზდერმანი“;
 კონტეინერი სადენზიფექციო ხსნარისთვის;
 კონტეინერი გამრეცხი ხსნარისთვის;
 იდს;
 ერთჯერადი ტილო კონტეინერების საწმენდად;
 იატაკის მოპი;
 ტილო კედლებისა და ჭერისათვის;
 პარკი ნარჩენებისთვის.

ხსნარის მომზადება

ხსნარი მზადდება უშუალოდ მოხმარების წინ, დალაგებაზე გამოყოფილი პიროვნების მიერ. ხსნარის მომზადების შემდგომ ჭურჭლის ეტიკეტზე დაიტანება ინფორმაცია დეზინფექტანტის დასახელების, ხსნარის მომზადების თარიღის და კონცენტრაციის შესახებ.

მიმდინარე დალაგება ხდება ყოველდღიურად, ხოლო კედლების და ჭერის დასუფთავება - კვირაში ერთხელ. სამუშაოს დამთავრების შემდეგ ხდება გამოყენებულ ინვენტარს უტარდება დეზინფექცია.

დალაგების თანმიმდევრობა და პირობები

ოთახი უნდა დასუფთავდეს ნარჩენების გატანის შემდგომ;
 გამოიყენეთ ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები;
 ხელების ჰიგიენა;
 დაღვრილი ბიოლოგიური სითხეების აწმენდისას იხელმძღვანელოთ კლინიკაში არსებული დამტკიცებული პროტოკოლით;
 გამრეცხი ხსნარით დასველებული ტილოებით (შესაბამისი ფერის) გაწმინდეთ ოთახის ჭერი, კედლები, იატაკი და კარები უკიდურესი უკანა კედლიდან კარის მიმართულებით;
 ერთჯერადი ნახმარი ტილოები გამოყენების შემდგომ მოათავსეთ შესაბამისი ნარჩენების პარკში (სახიფათო სამედიცინო ნარჩენი);
 დამუშავებული ზედაპირები საჭიროებისას გაწმინდეთ სუფთა წყალში დასველებული ტილოთი;
 გარეცხეთ ნახმარი ინვენტარი გამრეცხი ხსნარით სუფთა წყლის მიღებამდე;
 გაწურეთ და მოათავსეთ ახლად დამზადებულ სადეზინფექციო ხსნარში („მიროდუზ ბაზიკი“ 0,5% ხსნარი - 1 ლ), ან
 სანიფორტის შუშუნა ტაბლეტები (4 ტაბლეტი + 10 ლიტრი წყალი);
 ექსპოზიციის დროის გასვლის შემდგომ ამოწურეთ და გააშრეთ ტილოები ამ საქმიანობისათვის განკუთვნილ ადგილზე;
 შემოიტანეთ ოთახში სუფთა, დაცლილი კონტეინერები და მოათავსეთ მათში ერთჯერადი პაკეტები;
 გაიხადეთ მრავალჯერადი მოხმარების ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები;
 ჩაიცვით მეორე წყვილი ან ახალი ერთჯერადი ხელთათმანი;
 გარეცხეთ სარეცხი ხსნარით გამოყენებით ტენმედეგი წინსაფარი და შემდეგ ნახმარი ხელთათმანი და სათვალე;
 ხელთათმანი გარეცხვის შემდეგ მოწმდება. დაზიანების შემთხვევაში ხელთათმანი გადაადგდეთ;
 გამოყენებული ერთჯერადი დაცვის საშუალებები მოათავსეთ ნარჩენების კონტეინერში;
 გამშრალი მრავალჯერადი გამოყენების საშუალებები შეინახეთ მათთვის განკუთვნილ სუფთა ადგილას.

ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები

სამედიცინო და საყოფაცხოვრებო ხელთათმანები;
 ერთჯერადი მოხმარების წინსაფარი;
 ნიღაბი/სათვალე/ფარი;
 ერთჯერადი ხალათი.

ხელთათმანი

ყოველ ახალ პაციენტთან გამოიყენება ახალი ხელთათმანი!!!

ხელის ჰიგიენა ხელთათმანის ჩაცმის წინ და გახდის შემდეგ:

ხელზე არსებული მიკროტრავმა იფარება ლეიკოპლასტიკით;

დასვრილი ხელთათმანის გამოცვლა ხდება დაუყოვნებლივ, დაუშვებელია მისი გარეცხვა და გაშრობა შემდგომი გამოყენებისათვის;

ხელთათმანის გახდა ხდება დადგენილი წესით (დაბინძურებული ზედაპირით შიგნით);

სქელი ხელთათმანი გამოიყენება „ჭუჭყიან“ ზონაში სამუშაოდ, რომელიც

დასრულების შემდეგ უნდა გაირეცხოს და გაშრეს;

სასურველია სქელი ხელთათმანის გამოცვლა კვირაში ერთხელ.

ნიღაბი:

ყოველ პაციენტთან იხმარება ახალი ნიღაბი;

დაზიანების და დანესტიანების შემთხვევაში ნიღაბი იცვლება დაუყოვნებლივ;

დაუშვებელია ნიღბის ტარება ჯიბით და ჩამოკიდებულ მდგომარეობაში;

დაუშვებელია მუშაობის პროცესში ნიღბის ჩამოცურება;

მოხმარების შემდეგ ნიღაბი თავსდება ინფექციური ნარჩენების კონტეინერში.

სათვალე /ფარი

მოხმარების შემდეგ სცილდება ხილული დაბინძურება და იწმინდება „დეზუპაკის“ სადეზინფექციო ხელსახოცით.

დეკონტამინირებული ინდივიდუალური საშუალებების გამოცვლა

პერსონალური დაცვის საშუალებების გამოცვლა უნდა მოხდეს შემდეგი თანმიმდევრობით:

ხელთათმანი;

ხელის ჰიგიენა;

ხალათი;

პირბადე;

სათვალე და სახის დამცავი ფარი;

ხელის ჰიგიენა.

ექსტრაგირებული კბილის სტერილიზაცია

ამოღებული კბილი გადაიტანება სასტერილიზაციოში თავდახურული, მარკირებული სპეციალური კონტეინერით;

წინასწარი გასუფთავება - დიდი რაოდენობით ორგანული ნარჩენების არსებობის შემთხვევაში მექანიკური მოშორება წყლის საშუალებით

ავტომატური წმენდა ულტრაბგერითი აპარატით

გაწმენდილი (გასუფთავებული) კბილი თავსდება ულტრაბგერით გამწმენდ აპარატში გიგაჰიმის 1% ხსნარში (990 მლ წყალი + 10 მლ გიგაჰიმი) ისე, რომ მთლიანად დაიფაროს;

ექსპოზიცია 15 წთ.;

ულტრაბგერითი წმენდის შემდეგ გავლება გამდინარე წყალში და ვიზუალური კონტროლი (გამადიდებელი შუშით);

გარეცხვის შემდეგ გაშრობა - ერთჯერადი ხელსახოცით;

რეცხვის შემდეგ ხდება ხელთათმანის გამოცვლა;

ხელის ჰიგიენა;

დეზინფექცია - კბილი თავსდება „გიგასეპტი“ AF 2% (980 წყალი + 20 მლ გიგასეპტი) სადეზინფექციო ხსნარში;

ექსპოზიცია 15 წთ.;

დეზინფექციის შემდგომი რეცხვა - ექსპოზიციის დროის გასვლის შემდეგ კბილი უნდა გაივლოს გამდინარე ან დისტილირებულ წყალში;

გაშრობა;

ხელის ჰიგიენა;

კბილის გადატანა „სუფთა“ სივრცეში;

შეფუთვა - კბილი იფუთება და თარიღდება;

პაკეტი უნდა იყოს კბილის ზომის შესატყვისი;

სტერილიზაცია ხორციელდება ავტოკლავში 2.1 ატმ. 134⁰ - 6 წთ.;

დრო ინიშნება მითითებული პარამეტრების მიღწევის შემდეგ;

თუ გასტერილებული მასალა დარჩა სველი, საჭიროა მისი ხელმეორედ დამუშავება;

სტერილიზაციის ვადა მოწმდება ინსტრუქციით;

მე-5 კლასის ინდიკატორზე ფერის შეცვლა (წითლიდან შავისაკენ) ადასტურებს ავტოკლავის ფიზიკური პარამეტრების გამართულობას;

დამატებით ხორციელდება ვიზუალური მონიტორინგი (წნევა, ტემპერატურა, დრო);

შენახვა - გასტერილებული კბილი ინახება სპეციალურად გამოყოფილ ადგილას.

ექიმის ასისტენტის სამოქმედო გეგმა

სტომატოლოგიური კაბინეტის დასუფთავება

სტომატოლოგიური კაბინეტის დეკონტამინაცია

ყოველი პროცედურის შემდეგ ერთჯერადი ხელსახოცით იწმინდება (მიუხედავად ხილული დაბინძურებისა):

- სამუშაო ზედაპირები;
- სტომატოლოგიური დანადგარი;
- სავარძელი (სახელური, თავის დასადები);
- ფოტოპოლიმერიზატორი;
- გამანათებელ-რეფლექტორი, მისი სახელური;
- გამოსავლები ჯამი;
- რენტგენოგრაფის ტუბუსი;
- ნერწყვგამწოვის და ასპირატორის მილების სისტემა;
- მართვის ღილაკები;

დეზინფექციისთვის გამოიყენება „დეზუპაკი“-ს ხელსახოცები;

მუშა ხსნარით გაჟღენთიდან ხელსახოცების გამოყენების ვადა შეადგენს 14-30 დღეს;

სამუშაო კაბინეტის დამუშავება უნდა მოხდეს ყოველი პაციენტის შემდგომ. ბიოლოგიური სითხის მოხვედრის შემთხვევაში აპარატურა დაუყოვნებლივ დაამუშავეთ სადეზინფექციო ხსნარით;

პოლიმერული დაბოლოებები იწმინდება სადეზინფექციო ხსნარის საშუალებით;

ტურბინული მილის გადამყვანი იწმინდება სადეზინფექციო ხსნარით 2-ჯერადად;

ენდოდონტიური ინსტრუმენტები გამოყენებისთანავე თავსდება გამრეცხ ხსნარში (გაშრობა დაუშვებელია);

პირველადი წმენდის შემდეგ დაბინძურებული ინსტრუმენტების ტრანსპორტირება ხდება „ჭუჭყიანი“ კონტეინერით, თავდახურულ მდგომარეობაში.

სტომატოლოგიური ბუნიკის დამუშავების ეტაპები:

ბუნიკი იწმინდება სადეზინფექციო ხსნარით გაჟღენთილი ხელსახოცით;

იზეთება;

მაგრდება სტომატოლოგიურ დანადგარში ჭარბი ზეთის გამოსადევნად;

ბუნიკი თავსდება თავდახურულ „ჭუჭყიან“ კონტეინერში და გადადის დეკონტამინაციის არეში.

ციფრული რენტგენოგრაფია

ჩააცვით პაციენტს დამცავი ჟილეტი და საყელო;

ჩაიცვით დამცავი ჟილეტი;

ხელის ჰიგიენა;

ჩაიცვით ხელთათმანი;

ყოველი პაციენტისთვის სენსორის დასაფარად გამოიყენეთ ერთჯერადი შალითა;

გამოყენების შემდეგ შალითა მოათავსეთ ინფექციური ნარჩენების კონტეინერში;

დაუშვებელია სენსორის ავტოკლავში მოთავსება;
 გაიხადეთ ხელთათმანი;
 ხელის ჰიგიენა;
 სენსორი იწმინდება სადეზინფექციო ხსნარში დასველებული ხელსახოცით
 (მწარმოებლის რეკომენდაციით);
 მიმღების დამჭერი სტერილდება;
 მოახდინეთ რენტგენოგრაფის დეზინფიცირება ყოველი პაციენტის შემდეგ (დანადგარი,
 ჩამრთველი).

დაღვრილი ბიოლოგიური სითხის დეკონტამინაცია

დაღვრილი ბიოლოგიური სითხეების წმენდისას გამოიყენება იდს (ხელთათმანი, პირბადე,
 ხალათი);
 დაღვრილი ბიოლოგიური ლაქა იწმინდება სადეზინფექციო ხსნარში დასველებული
 ერთჯერადი ხელსახოცით;
 აწმენდისას მაქსიმალურად აიცილეთ თავიდან სითხის გაშხეფება ან აეროზოლის
 წარმოქმნა;
 თუ დაღვრის ადგილას არის შუშის ნამსხვრევები (ბასრი ნარჩენები), უნდა მოხდეს მათი
 შეგროვება და ბასრი ნარჩენების კონტეინერში მოთავსება სპეციალურად გამოყოფილი
 პინცეტით, რომელსაც შემდეგ უტარდება წინასასტერილიზაციო დამუშავება;
 ქსოვილი თავსდება ინფიცირებული ნარჩენების კონტეინერში;
 100მლ-მდე დაღვრილი ბიოლოგიური სითხის შემთხვევაში:
 ჩაიცვით იდს;
 დაღვრის ადგილზე მოათავსეთ აბსორბენტი (აბსორბენტად გამოიყენეთ შემწოვი
 თვისებების მქონე ნებისმიერი მასალა - ღრუბელი, ქაღალდი);
 აბსორბენტი მოათავსეთ ინფიცირებულ ნარჩენების კონტეინერში;
 დაბინძურებული ადგილი დაამუშავეთ სადეზინფექციო ხსნარში დასველებული
 ერთჯერადი ქსოვილით;
 ერთჯერადი ქსოვილი მოათავსეთ ინფიცირებული ნარჩენების კონტეინერში;
 დაბინძურებული ადგილი დაამუშავეთ განმეორებით;
 გაიხადეთ ხელთათმანები;
 დაიმუშავეთ ხელი ჰიგიენური წესით
 100მლ-ზე მეტი ბიოლოგიური სითხის დაღვრის შემთხვევაში:
 მოარიდეთ უცხო პირები;
 აცნობეთ ხელმძღვანელობას (უფროს ექთანს, ეპიდემიოლოგს, კლინიკის დირექტორს);
 ჩაიცვით იდს;
 შემოსაზღვრეთ დაღვრის ადგილი აბსორბენტით;
 აბსორბენტი მოათავსეთ ინფიცირებული ნარჩენების კონტეინერში;
 დაამუშავეთ ადგილი სადეზინფექციო ხსნარის საშუალებით;

დაღვრის ადგილის სადეზინფექციოდ დაუშვებელია ალკოჰოლის შემცველი დეზინფექტანტის გამოყენება;
 გამოიყენეთ ერთჯერადი ქსოვილი;
 ქსოვილი მოათავსეთ ინფიცირებული ნარჩენების კონტეინერში;
 დაბინძურებული ადგილი დაამუშავეთ განმეორებით;
 გაიხადეთ ხელთათმანები;
 დაიმუშავეთ ხელი ჰიგიენური წესით.

საჭირო აღჭურვილობა:

დამატებითი ხალათი, სათვალე/სახის დამცავი ფარი, ხელთათმანი, წინ დახურული რეცხვადი ფეხსაცმელი, ბაზილები;
 აბსორბენტები - ღრუბელი, ქაღალდი, პირსახოცი;
 პინცეტი (მჭრელი ინსტრუმენტების ასაღებად);
 დასაგველი ჯაგრისი, ასაღები მოწყობილობით;
 ნარჩენების კონტეინერი (ბასრი/ინფიცირებული).

საკანონმდებლო საფუძველი: საქართველოს მთავრობის 2017 წელი 15 ივნისის N294 დადგენილება „ტექნიკური რეგლამენტი სამედიცინო ნარჩენების მართვა“.

დალაგება-დასუფთავების ზოგადი წესები

საჭირო აღჭურვილობა: სპეცტანსაცმელი, სქელი ხელთათმანები, წინსაფარი, წინ დახურული ფეხსაცმელი.

დალაგების პრინციპი:

დალაგება/დასუფთავება;
 დალაგება დეზინფექციით;
 ზედაპირების უმეტესობა სუფთავდება წყლით და საპნით ან დეტერგენტით/დეზინფექტანტით (ზედაპირის ტიპისა და დაბინძურების ხარისხის შესაბამისად).

ძირითადი მოთხოვნები:

პაციენტთან უშუალო შეხებაში მყოფი ზედაპირები სუფთავდება ხშირად;
 ზედაპირები, რომელთაც არ ეხებიან ხელებით, სუფთავდება რეგულარულად;
 კედლების დასუფთავება წარმოებს საჭიროების შემთხვევებში;
 საწმენდი ხსნარი მზადდება ყოველდღიურად და იცვლება შესამჩნევ დაბინძურებისას (ამ დროს ასევე იცვლება დასუფთავების ინვენტარი და ტილო);
 კედლების, იატაკის და ზედაპირების დასუფთავება ხდება სველი წესით;
 საწმენდი და სადეზინფექციო ინვენტარი გამოყენების წინ უნდა გასუფთავდეს და გამშრალდეს.

მიმდინარე დალაგება-დასუფთავების თანმიმდევრობა:

ჩაიცვით იდს (სპეცტანსაცმელი, ხელთათმანი, წინსაფარი, ქუდი, წინ დახურული ფეხსაცმელი;
 სარეცხი ხსნარი მზადდება ყოველდღიურად, იცვლება ხილული დაბინძურებისას;
 სარეცხი ხსნარის შეცვლასთან ერთად იცვლება ტილო (ჯაგრისი);
 სარეცხი ხსნარით დაამუშავეთ ყველა სამუშაო ზედაპირი;
 იატაკის, დანადგარების, ფანჯრის რაფების, კარადების დასუფთავება დღეში 2-ჯერ;
 კარის სახელოების წმენდა (დეზინფექტანტით) რეგულარულად;
 ფანჯრის მინები შიგნიდან დაბინძურების შესაბამისად 4-6-ჯერ თვეში (გარრდან - 2-ჯერ და დაბინძურების შესაბამისად) მეორდება.

დალაგებისთვის საჭირო ინვენტარი:

იატაკის საწმენდი მოპი;
 ჭერის ჯაგრისი;
 კედლის ტილო;
 ფანჯრის საწმენდი;
 ჰორიზონტალური ზედაპირების საწმენდი ტილო;
 მრავალჯერადი გამოყენების ნარჩენების ურნები (ჩაფენილი პაკეტებით);
 კონტეინერი სადეზინფექციო ხსნარის მოსამზადებლად;
 ჭურჭელი სუფთა წყლისთვის.

სველი წესით დალაგების ტექნიკა:

გამოიყენეთ ორი ჭურჭელი;
 ერთი ჭურჭელი სარეცხი ხსნარისთვის;
 ხარჯი 10 კვ.მ. - 5 ლ სამუშაო ხსნარი;
 ხსნარი გამოცვალეთ 50-70 კვ. მ. მოწმენდის შემდეგ;
 ტილო ხშირად ამორეცხეთ სუფთა წყლის ჭურჭელში (გამოცვალეთ ხშირად).

დაალაგეთ პრინციპით:

ცენტრიდან პერიფერიისკენ, ფანჯრიდან/კედლიდან გასასვლელისკენ;
 დასალაგებელი ინვენტარი მოხმარების შემდეგ გარეცხეთ;
 გაუკეთეთ დეზინფექცია ინდივიდუალურ, მისთვის განკუთვნილ ჭურჭელში;
 გარეცხეთ (დეზინფექციის შემდეგ);
 გააშრეთ;
 დაუშვებელია ჩვრების წყალში დატოვება და გამათბობელზე გადაფენა;
 გამოიცვალეთ სპეცტანსაცმელი;
 ხელის ჰიგიენა;
 ჩაიცვით სუფთა ფორმა.

გენერალური:

კვირაში ერთხელ დასუფთავება/დეზინფექცია;
 რეცხვა/დეზინფექცია პრინციპით - ზევიდან-ქვემოთ;

ყველა ელექტრო მოწყობილობა ითიშება ქსელიდან (მწარმოებლის რეკომენდაციით).
სარეცხი ხნარით იწმინდება:

კედლები;

ზედაპირები;

სტომატოლოგიური დანადგარის ქვედა ზედაპირები;

კარადა;

ფანჯრები;

გასატიხრი კედლები;

ჩამრთველები;

კარის სახელურები;

სარეცხი/სადეზინფექციო ხსნარის დატანა ხორციელდება თითოეული ზედაპირისთვის განკუთვნილი ინვენტარით და ტილოთი;

დასუფთავება/დეზინფექციის შემდეგ დაიცავით სტანდარტული წესები.

ინფექციური კონტროლის ღონისძიებები ობიექტებისა და ზედაპირებისადმი

იატაკი:

მიმდინარე - დასუფთავება ხდება ყოველდღიურად, სველი წესით;

გენერალური - კვირაში ან თვეში ერთხელ, დადგენილი გარაფიკის შესაბამისად.

კედლები:

მიმდინარე - დასუფთავება ხდება დაბინძურებისა და ფართის ფუნქციური დანიშნულების შესაბამისად;

გენერალური - კვირაში ან თვეში ერთხელ, დადგენილი გარაფიკის შესაბამისად.

ფანჯრის რაფები:

მიმდინარე - დასუფთავება ხდება დაბინძურების შესაბამისად;

გენერალური - კვირაში ან თვეში ერთხელ, დადგენილი გარაფიკის შესაბამისად;

ხელსაბანი - ირეცხება დღეში 2-ჯერ სარეცხი საშუალებით და შემდგომი დეზინფექციით.

იატაკის საწმენდად გამოიყენება 6 ფერის მოპი:

1. ცისფერი - კლინიკა.
2. მწვანე - რეგისტრატურა.
3. 2 თეთრი (1 ჭუჭყიანი, 1 სუფთა) - დეკონტამინაციის ოთახი.
4. სტაფილოსფერი - ქირურგია.
5. თეთრი - თოკებიანი ტილო - სანიტარული წერტილი;
6. წითელი-თეთრი - ნარჩენების ოთახი.

ზედაპირების საწმენდად გამოიყენება 5 ფერის ტილო:

1. მწვანე - ფანჯრებისათვის.
2. ვარდისფერი - ტუალეტის სარკეებისა და კერამიკული ფილებისათვის.
3. იასამნისფერი - კარების, სახელურებისა და ფანჯრის რაფებისათვის.
4. ლურჯი - აპარატურის ქვედა ნაწილებისთვის.
5. ყავისფერი - ავეჯისთვის.

ყველა ტილო დღის ბოლოს ექვემდებარება რეცხვა-დეზინფექციას.

ყველა ტილო უნდა იყოს ნიშანდებული.

სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის მიღების სისტემის დამუშავების წესი

ხელის ჰიგიენა;

გამწოვი სისტემის წყლით დრენირება ყოველი პაციენტის შემდეგ;

ხილული დაბინძურების შემთხვევაში წყლის სისტემა მუშავდება დეზინფექტანტით;

სამუშაო ხსნარი მზადდება ყოველდღიურად.

სამუშაო დღის ბოლოს:

მზადდება „ასპირმატიკის“ 2%-იანი ხსნარი (1 ლიტრ სამუშაო ხსნარზე გათვალისწინებით).

მომზადების წესი:

თავდახურულ კონტეინერში ჯერ ჩაასხით წყალი - 980 მლ;

საზომი ჭიქით დაამატეთ „ასპირმატიკის“ ხსნარი - 20 მლ;

გაატარეთ გამწოვ სისტემაში მომზადებული ხსნარის ნახევარი;

დაყოვნება 30 წთ.;

გამდინარე წყლის გატარება 2 წთ. განმავლობაში;

გამოსავლებ ჯამში ისხმება სადეზინფექციო ხსნარის დარჩენილი რაოდენობა;

დაყოვნება 30 წთ.;

რეცხვა;

სადეზინფექციო ხსნარი გამწოვ სისტემაში რჩება მთელი ღამით;

წყლით დრენირება ხდება მეორე დღეს;

აღნიშული პროცედურის დასრულების შემდეგ იცვლება ხელთათმანები;

ხელის ჰიგიენა.

კვირაში ერთხელ (ან 2-ჯერ საჭიროების შემთხვევაში) გამწოვ სისტემაში უნდა

გატარდეს „ასპირმატიკ ქლინერს“ 5 ან 10%-იანი ხსნარი (ძლიერი დაბინძურებისას);

დაყოვნება 2 სთ. (გამწოვ სისტემასა და გამოსავლებ ჯამში);

დაუშვებელია „ასპარმატიკ ქლინერის“ დატოვება ღამის განმავლობაში;

ექსპოზიციის დასრულების შემდეგ წყლით დრენირება/გარეცხვა.

მომზადების წესი (1 ლიტრ წყალზე გაანგარიშებით):

5%-იანი (950 მლ წყალი + 50 მლ „ასპარმატიკ ქლინერი“);

10%-იანი (900 მლ წყალი + 100 მლ „ასპარმატიკ ქლინერი“);
დაუშვებელია ამ ორი ხსნარის ერთმანეთთან შერევა.

უსაფრთხოების წესები:

დაიცავით თვალეზი და კანი ხსნარის მოხვედრისაგან;
კანზე მოხვედრისას ჩამოიბანეთ წყლით;
თვალში მოხვედრისას გამოიბანეთ 10-15 წუთის განმავლობაში წყლით;
უნებურად გადაყლაპვის შემთხვევაში დალიეთ წყალი (2-3 ჭიქა) და მიიღეთ
აქტივირებული ნახშირი;
არ გამოიწვიოთ გულისრევა;
საჭიროების შემთხვევაში მიმართეთ ექიმს.

შენახვის წესები:

ინახება მშრალ ადგილას $-5^{\circ} + 40^{\circ}$ ტემპერატურაზე;
მჭიდროდ თავდახურულ კონტეინერში (გაუხსნელი ხსნარი ინახება 3 წლის
განმავლობაში);
მზის პირდაპირი სხივების მოხვედრისაგან დაცვა;
ხსნარი გამოიყენება გახსნიდან 3 თვის განმავლობაში;

ბასრ საგნებთან მოპყრობის პროტოკოლი

არ შეეხოთ ხელთათმანების გარეშე;
არ მიაწოდოთ თანამშრომელს ხელიდან ხელში;
გამოყენებისთანავე მოათავსეთ უსაფრთხო კონტეინერში;
კონტეინერი იქონიეთ გაშლილი ხელის მანძილზე;
შპრიცი არ დაშალოთ;
არ მოაძროთ ნემსი;
არ გადაღუნოთ;
არ ჩამოაცვათ თავსახური;
კონტეინერი არ გადაავსოთ 2/3-ზე მეტად;
მჭრელი შუშის და ამპულის ნატეხები მოათავსეთ მუყაოს კონტეინერში;
მჭიდროდ მოარგეთ თავსახური;
ნარჩენი არ ჩაწეხოთ ხელით;
გატანის წინ დალუქეთ და გაუკეთეთ შესაბამისი მარკირება;
დალუქვისას არ გამოიყენოთ სტეპლერი;
გაუკეთეთ შესაბამისი მარკირება;
დააწერეთ წარმოქმნის ადგილი და შევსების დრო;
მოაწერეთ ხელი;

ჩხვლეტის შემთხვევაში დაიმუშავეთ ხელი ჰიგიენური წესით;
 ნაჩხვლეტი არ დაისრისოთ;
 არ მოახდინოთ მასზე ზეწოლა;
 დაიბანეთ საპნით და წყლით;
 არ შეაჩეროთ სისხლდენა;
 დაიმუშავეთ მსუბუქი ანტისეპტიკური ხსნარით;
 არ გამოიყენოთ იოდი;
 შემთხვევის შესახებ აცნობეთ ხელმძღვანელობას/ეპიდემიოლოგს;
 დასახეთ შემდგომი მოქმედების გეგმა.

ანაფილაქსიური შოკი (Choc anaphylacticus)

პირველადი დახმარება

მკურნალობა

ალერგენის შეწოვის შემცირება;
 არტერიული წნევის ნორმალიზება;
 სპაზმის მოხსნა;
 ასფიქსიის პროფილაქტიკა.

პირველადი ღონისძიება

0,5-1 მლ 0,1%-იანი ადრენალინის შეყვანა და ყინულის მოთავსება ალერგენის შეღწევის უბანში.

პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით:

0,5-1 მლ 0,1%-იანი ადრენალინი კანქვეშ;
 30-60 მლ პრედნიზოლონი, ან 125 მლ ჰიდროკორტიზონი ინტრავენურად;
 კოლაფსის მოსახსნელად - 2 მლ 10%-იანი კოფეინი და კორდიამინი კანქვეშ;
 ბრონქოსპაზმის მოსახსნელად - 10 მლ 2,4% ეუფილინი ინტრავენურად;
 ანტიჰისტამინური პრეპარატები ჰემოდინამიკის გაუმჯობესების შემდეგ (შეიძლება გამოიწვიონ არტერიული წნევის დაცემა):
 2მლ 1%-იანი დიმედროლი;
 2 მლ 2,5%-იანი პიპოლფენი;
 2 მლ 2%-იანი სუპრასტინი;
 2 მლ 0,1%-იანი ტავეგილი და სხვა ინტრავენურად;
 კრუნჩხვების დროს შეიძლება ანტიშოკური და ნეიროლეპტიკური მოქმედების პრეპარატები (სედუქსენი, დროპერიდოლი და სხვა).

აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

კვინკეს შეშუპება (Oedema angioneuroticum Quinke). პირველადი დახმარება

პირველადი ღონისძიება

ალერგენტთან კონტაქტის შეწყვეტა;
ხორხის შეშუპების დროს ტარდება ყველა ის ღონისძიება, რაც მოწოდებულია ანაფილაქსიური შოკის დროს.

სხვა შემთხვევაში:

ანტიჰისტამინური პრეპარატები per os:
სუპრასტინი, ფენკაროლი, 1 აბი 2-3-ჯერ დღეში;
ზირტეკი, ერიუსი, კლარიტინი - 1 აბი დღეში ერთხელ;
ტელფასტი - 1 აბი 2-ჯერ დღეში; სემპრექსი 1 აბი 3-ჯერ დღეში და სხვა;
ასკორუტინი - სისხლძარღვების განვლადობის დასაქვეითებლად.

ადგილობრივად, აპლიკაციების სახით გამოიყენება კორტიკოსტეროიდები:

პრედნიზოლონის, ჰიდროკორტიზონის აცეტატის, პოლკორტოლონის, კლოვეიტის, გიოქსიზონის და სხვა მალამოები.

ანაბეჭდების დეზინფექცია

გარეცხეთ ანაბეჭდი გამდინარე წყალში ნერწყვის, სისხლის და ხილული დაბინძურების მოსაშორებლად;
გააშრეთ ჰაერით, ან დაალაგეთ საშრობ ქაღალდზე;
შეასხურეთ დეზინფექტანტი;
მოათავსეთ სველი ანაბეჭდი პლასტიკურ ერთჯერად პარკში და დატოვეთ 10 წუთის განმავლობაში;
ამოიღეთ ანაბეჭდი და გადაავლეთ ოთახის ტემპერატურის წყალი და გააშრეთ;
მოათავსეთ ანაბეჭდები კონტეინერში ლაბარატორიაში გასაგზავნად.

ზედაპირების და სამედიცინო ინვენტარის დასუფთავება/დეზინფექცია

(ზოგადი რეკომენდაციები COVID-19 ინფექციის დროს)

მიზანი: პაციენტისთვის და სამედიცინო პერსონალისთვის უსაფრთხო, სუფთა გარემოს უზრუნველყოფა

ექიმის ასისტენტის სამოქმედო გეგმა:

გამოყენებული იდს:

ერთჯერადი სამედიცინო ხელთათმანი (არასტერილური);
ერთჯერადი სითხეგაუმტარი სამედიცინო ხალათი;
ერთჯერადი ნილაბი;
თვალეების დამცავი საშუალებები (დამცავი სათვალე, სახის ფარი);

ბაზილები;
ჩაჩი (სამედიცინო ქუდი).

გამოყენებული სადეზინფექციო საშუალება:

ტრიოსეპტ ლუქსის 1%-იანი ხსნარით გაჟღენთილი დეზუპაკის ხელსახოცები;
მიკოზიდით გაჟღენთილი ერთჯერადი ხელსახოცი.

მოქმედების თანმიმდევრობა

ყოველი პაციენტის შემდეგ სადეზინფექციო ხსნარით იწმინდება (მიუხედავად ხილული დაზიანებებისა):

სამუშაო ზედაპირები;
სტომატოლოგიური დანადგარი;
სავარძელი (სახელური, თავის დასადები);
ფოტოპოლიმერიზატორი;
გამანათებელ-რეფლექტორი და მისი სახელური;
გამოსავლები ჯამი;
რენტგენოგრაფის ტუბუსი;
ნერწყვგამწოვის და ასპირატორის მილების სისტემა;
მართვის ღილაკები;
სკალერი;
პოლიმერული დაბოლოებები;
ტურბინული მილის გადამყვანი (იწმინდება 2-ჯერადად);
სამუშაო კაბინეტის მუშავდება ყოველი პაციენტის მომსახურების შემდეგ.

დამხმარე პერსონალის (დამლაგებელი) სამოქმედო გეგმა

გამოყენებული იდს:

ქირურგიული ნიღაბი;
სპეციალური სქელი ხელთათმანი;
ერთჯერადი ხალათი;
თვალების დამცავი საშუალებები (თუ არის ქიმიური ნივთ. გაშხეფების საფრთხე);
წყალგამძლე ან დახურული ფეხსაცმელი;
ერთჯერადი ქუდი/ჩაჩი;

დალაგებისთვის საჭირო ინვენტარი:

იატაკის საწმენდი მოპი;
ჭერის ჯაგრისი;
კედლის ტილო;
ფანჯრის საწმენდი;
ჰორიზონტალური ზედაპირების საწმენდი ტილო;

მრავალჯერადი გამოყენების ნარჩენების ურნები (ჩაფენილი პაკეტებით);
კონტეინერი სადეზინფექციო ხსნარის მოსამზადებლად;
სათლი სუფთა წყლისთვის.

იატაკის საწმენდი ტილოების მარკირება:

7. ცისფერი - კლინიკა.
8. მწვანე - რეგისტრატურა.
9. 2 თეთრი (1 ჭუჭყიანი, 1 სუფთა) - დეკონტამინაციის ოთახი.
10. სტაფილოსფერი - ქირურგია.
11. თეთრი - თოკებიანი ტილო - სანიტარული წერტილი.
12. წითელი-თეთრი - ნარჩენების ოთახი.

ზედაპირების საწმენდი ტილოების მარკირება:

6. მწვანე - ფანჯრებისათვის.
7. ვარდისფერი - ტუალეტის სარკეებისა და კერამიკული ფილებისათვის.
8. იასამნისფერი - კარების, სახეღურებისა და ფანჯრის რაფებისათვის.
9. ლურჯი - აპარატურის ქვედა ნაწილებისთვის.
10. ყავისფერი - ავეჯისთვის.

გამოყენებული სადეზინფექციო საშუალება:

- მიროდეზ ბაზიკი 0.5%-იანი ხსნარი;
- სანიფორტის შუშხუნა ტაბლეტები (4 ტაბლეტი + 10 ლ წყალი).

სველი წესით დალაგების ტექნიკა:

- ორი სათლი (სარეცხი/სადეზინფექციო ხსნარისთვის და სუფთა წყლისთვის);
- ხარჯი 10 კვ.მ. - 5 ლ სამუშაო ხსნარი;
- ხსნარი იცვლება 50-70 კვ. მ. მოწმენდის შემდეგ;
- ტილო გაირეცხოს სუფთა წყლის სათლში (იცვლება ხშირად).

დალაგება პრინციპით:

- ცენტრიდან პერიფერიისკენ, ფანჯრიდან/კედლიდან გასასვლელისკენ;
- დასალაგებელი ინვენტარი მოხმარების შემდეგ ირეცხება;
- ტილოების დეზინფექცია ინდივიდუალურ, სპეციალურ კონტეინერში;
- გარეცხვა სარეცხ მანქანაში (დეზინფექციის შემდეგ);
- გაშრობა;
- დაუშვებელია ჩვრების წყალში დატოვება და გამათბობელზე გადაფენა;
- სპეცტანსაცმლის გამოცვლა;
- ხელის ჰიგიენა;
- სუფთა ფორმის ჩაცმა.

სანიტარული კვანძის დასუფთავება

- გამოიყენება მხოლო ნიშანდებული ინვენტარი;

სათლი;
 მოპი;
 ჯაგრისი;
 ხელსახოცი;
 დაუშვებელია ცოცხის გამოყენება;
 დასუფთავება სველი წესით
 დღეში 2-ჯერ ნიჟარის/ხელსაბანის და უნიტაზის დასუფთავება/დეზინფექცია;
 რუტინული დაასუფთავება დაბინძურების და საჭიროების მიხედვით;
 კედლების გაწმენდა კვირაში ერთხელ 2 მეტრის სიმაღლეზე;
 გენერალური დასუფთავება თვეში ერთხელ (კედლები, ჭერი).

დასუფთავების თანმიმდევრობა:

ნაგვის შეგროვება და გატანა;
 ავეჯის დასუფთავება (არსებობის შემთხვევაში - თაროები, კარადა);
 ზედაპირების დასუფთავება (კედლები, კარი, ფანჯრები, სარკე ზევიდან ქვევით);
 საშხაპეს დასუფთავება;
 ნიჟარის რეცხვა/დეზინფექცია;
 უნიტაზის რეცხვა/დეზინფექცია;
 უნიტაზის გასახეხი ჯაგრისის რეცხვა/დეზინფექცია;
 ჯაგრისი ინახება ცალკე კონტეინერში;
 იატაკის მოწმენდა;
 ხელის ჰიგიენა;
 სახარჯი მასალის შევსება (ტუალეტის ქაღალდი, ხელსახოცები, თხევადი საპონი);
 სახელურების რეცხვა/დეზინფექცია;
 ხელის ჰიგიენა.

დანართი N3 (მეცნიერული სიახლე)

„ინფექციის პრევენციის და კონტროლის მხარდაჭერის გუნდის“ მიერ სტომატოლოგიური დაწესებულებებისათვის შეთავაზებული რეკომენდაციების ჩამონათვალი

ადმინისტრაციული ღონისძიებების რეკომენდაციები:

იპკ-ის და ოკუპაციური ჯანმრთელობის პროგრამის განვითარება და განხორციელება; სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების დაცვისთვის საჭირო მასალებით უზრუნველყოფა (მაგ.; ხელის ჰიგიენის საშუალებები, უსაფრთხო მოწყობილობები დაზიანებების შესამცირებლად, იდს); მინიმუმ ერთი ტრენინგებული პასუხისმგებელი პირის (ან ეპიდემიოლოგის) დანიშვნა იპკ-ის პროგრამის კოორდინაციისთვის; იპკ-ის პროგრამისა და სოპ-ების გაწერა, რომელიც გამყარებული იქნება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინებით, რეგულაციებითა და სტანდარტებით; პოტენციურად ინფიცირებული პირების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენისა და მართვის სისტემის დანერგვა.

განათლებისა და ტრენინგების რეკომენდაციები:

სამუშაოსთან დაკავშირებული ინფექციის პრევენციის სწავლება და ტრენინგი; სწავლებაში გათვალისწინებული უნდა იყოს როგორც თანამშრომლების, ასევე პაციენტების უსაფრთხოების პრინციპები; ტრენინგები უნდა ტარდებოდეს რეგულარულად, განსაზღვრული პერიოდულობით (მაგ.; კვარტალში ერთხელ, ყოველწლიურად, ან საჭიროებისამებრ); უნდა მოხდეს ტრენინგების ჩატარების დოკუმენტირება (ოქმების შედგენა).

რეკომენდაციები სტომატოლოგიური დაწესებულების პერსონალის უსაფრთხოებისთვის:

საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სავალდებულო იმუნიზაცია (მაგ.; B ჰეპატიტი, MMR (წითელა, ყბაყურა, წითურა), გრიპი). სავალდებულო იმუნიზაციის ჩამონათვალის შესახებ ინფორმაცია უნდა იყოს განახლებადი და დამატებით, ეპიდსიტუაციიდან გამომდინარე, ახალი ზომები გატარებული; სკრინინგების ჩატარება რეგულარულად (მაგ.; აივ/შიდსი, C ჰეპატიტი, ტუბერკულოზი, PCR ტესტირება პანდემიის დროს და ა.შ.); გადამისამართების (რეფერალის) მექანიზმის უზრუნველყოფა პრევენციული ღონისძიებების, ოკუპაციური ჯანმრთელობის, თუ პოსტ-კონტაქტური (ექსპოზიციისშემდგომი) პროფილაქტიკის სწრაფი და ეფექტური რეაგირებისათვის; დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს კარგად განსაზღვრული პოლიტიკა პერსონალისა და პაციენტების კონტაქტისთვის - თანამშრომლის (თანამშრომლების) პოტენციურად გადამდები მდგომარეობის (დაავადების) დროს.

რეკომენდაცია პროგრამის შეფასებისთვის სტომატოლოგიურ გარემოში:

ინფექციის პრევენციის პროგრამის რუტინული შეფასების ჩამოყალიბება, თანამშრომელთა მიერ ინფექციის პრევენციის პრაქტიკის შეფასების ჩათვლით (მაგ.; დაკვირვება, შეფასება კითხვარებით თუ ჩეკლისტებით; პოსტ-კონტაქტური, ინციდენტების, ტრავმების ან სამუშაოსთან დაკავშირებული სხვა დაავადებების შემთხვევების რუტინულად დოკუმენტირება და ა.შ.); უკუკავშირის უზრუნველყოფა პერსონალთან და მონიტორინგის შედეგად აღმოჩენილი ნაკლოვანებების აღმოსაფხვრელად საჭირო სწავლებისა და ტრენინგის უზრუნველყოფა.

რეკომენდაციები სტომატოლოგიური დანადგარის წყლის ხარისხის შესახებ:

სტომატოლოგიური მკურნალობისთვის წყლის გამოყენება, რომელიც აკმაყოფილებს სასმელი წყლის სტანდარტებს (ბ.ს.რ. 100-მდე 1მლ-ში; კოლიინდექსი <3); წყლის ხარისხის მონიტორინგის წარმოება გარკვეული პერიოდულობით; ფიზიოლოგიური ხსნარის ან/და სტერილური წყლის გამოყენება ქირურგიული ჩარევების დროს; პროცედურების შემდეგ დანადგარის გამწოვი მილების სისტემის რუტინულად ჩარეცხვა შესაბამისი სადეზინფექციო საშუალებებით.

უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები:

უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები არის პრევენციული პრაქტიკის ის მინიმუმი, რომელიც სათანადოდ უნდა შესრულდეს ყველა შემთხვევაში, საექვო ან დადასტურებული ინფექციური სტატუსის მიუხედავად. ეს პრაქტიკა მიზნად ისახავს როგორც პაციენტების, ასევე პერსონალის ინფექციებისაგან დაცვას. უსაფრთხოების სტანდარტულ ზომებში შედის:

ხელის ჰიგიენა;
ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები - იდს (მაგ.: ხელთათმანები, ნიღბები, სათვალე და ა.შ.);
რესპირატორული ჰიგიენა - დაცემინება/დახველების ეტიკეტი;
ბასრ საგნებთან მოპყრობის უსაფრთხოება (ტექნიკა, სამუშაო პრაქტიკის კონტროლი, საინჟინრო გადაწყვეტილებები);
უსაფრთხო ინექციის პრაქტიკა (ასეპტიკური ტექნიკა პარენტერალური მედიკამენტებისათვის);
სტერილური ინსტრუმენტები და მოწყობილობები;
გარემო ზედაპირების წმენდა და დეზინფექცია.

ჩამონათვალის თითოეული პუნქტი აერთიანებს მთელ რიგ რეკომენდაციებს, რომლებიც კლინიკას გაწერილი უნდა ჰქონდეს სოპ-ების სახით და გამყარებული უნდა იყოს საკანონმდებლო ბაზით.

დანართი N4

სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“ წყლის, ჰაერის, ზედაპირების ჩამონარეცხების
(მათ შორის ექიმების ხელის) ლაბორატორიული კვლევის ნიმუშები

აღ. ყაზბეგის 14 ბ. ტელ: 599 24 29 50 599196220 577747164

**ჯანმრთელობის
სისტემა**

Result of form sanitarian-bacteriological findings

Received შემოვიდა _ 05. 09 _2019წ

Registration სარეგისტრაციო -№ 41

Form – **Drinking water** ნიმუშის დასახელება—სასმელი წყალი

ნიმუშის აღების ადგილი — შპს 'იუჯი დენტი'
Place, where was a form taken

ნიმუშის ამღები (ორგანიზაცია ამ ფიზიკური პირი) — მაია გაფრინდაშვილი

№	ფორმა Form	total number of bacterium	H- pillory gr. bacterium	patol. bacterium	N.T.D of research
	სასმელი წყალი Drinking water	მეზაერობების და ფაკულტანაერობუ ლი ბაქტერიების რაოდ. 1სმ ³ წყალში	კოლინდექსი Koli index	პათ. ბაქტერიები	სახ. სტანდარტი state standard
1	სასმელი წყალი	4კ.წ.ე	<3	—	სახ.სტანდარტი 189 63-73 მეთ.მიითითება 4.2.671-97 №2285-81 სანიტარული წესები და ნორმები-სწდანი 2.1.4.000-00 მაცნე №90 2001წ საქ. შრომისა და სოც.დაცვის მინისტრი ბრძანება 2007წ 17 დღეებური ნორმა ბ.ს.რ100-მდე 1მლ- ში კოლინდექსი<3

Fulfilled გამოკვლევის დამთავრების თარიღი .
გამოკვლევა აწარმოა Research was engaged by

09 09 2019წ

შ.პ.ს. "ნიუ პოსპიტალს"

მთავარი რეცეფცია ტელ: 219 01 01, 219 01 02, 219 01 03, 219 01 04.
 "PSP" დაზღვევა ტელ: 219 01 00, თბილისი 0114, კრწანისის ქ. №12.

სამკურნალო დაწესებულება: შპს. "იუჯი-დენტო"

გამოსაკვლევი მასალა: ჩამონარეცხები

მასალის აღების თარიღი: 29.07.19.

ანალიზის დამთავრების თარიღი: 01.08.19.

N	განყოფილება	გამოკვლევის ობიექტი	შედეგი		
			Ps.aeruginosa	S.aureus	E.coli
1	თერაპია	N5 საფარქელი. ბუნეის ტანი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა
2	თერაპია	N5 საფარქელი გამანათებელი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა
3	თერაპია	ანი მაღლაკელიძის ხელი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა
4	თერაპია	ია ალექსიშვილის ხელი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა
5	თერაპია	N5 საფარქელი. იარაღების მაგიდა	არ აღმოჩნდა	<i>Bacillus subtilis</i>	არ აღმოჩნდა
6	ორთოპედია	ბორმანქანა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა

კვლევა შეასრულა: ლ.ლომსაძე

ლაბორატორიის დეპარტამენტის უფროსი : ნ.ლულაბაძე

თარიღი: 01.08.19.

შ.პ.ს. "ნიუ ჰოსპიტალს"

მთავარი რეცეფცია ტელ.: 219 01 01, 219 01 02, 219 01 03, 219 01 04.
 "PSP დაზღვევა" ტელ.: 219 01 00, თბილისი 0114, კრწანისის ქ. №12.

MB.2.1*y

სამკურნალო დაწესებულება: შპს. "იუჯი-დენტი"

გამოსაკვლევი მასალა: ჰაერი

მასალის აღების თარიღი: 29.07.19.

ანალიზის დამთავრების თარიღი: 01.08.19.

N	განყოფილება	მასალა	შედეგი (მიკრობთა საერთო რაოდენობა გ/ჰაერში) (ნორმა < 750)
1	თერაპია	ჰაერი	720

კვლევა შეასრულა: ლ.ლომსაძე



ლაბორატორიის დეპარტამენტის უფროსი : ნ.დულათავა



თარიღი: 01.08.19.

შ.პ.ს. "ნიუ ჰოსპიტალს"

მთავარი რეცეფცია ტელ.: 219 01 01, 219 01 02, 219 01 03, 219 01 04.
 "PSP დაზღვევა" ტელ.: 219 01 00, თბილისი 0114, კრწანისის ქ. №12.

სამკურნალო დაწესებულება: შპს. "იუჯი-დენტი"

გამოსაკვლევი მასალა: ჩამონარეცხები

მასალის აღების თარიღი: 24.09.19. 13⁰⁰

ანალიზის დამთავრების თარიღი: 26.09.19

N	განყოფილება	გამოკვლევის ობიექტი	შედეგი		
			Ps.aeruginosa	S.aureus	E.coli
1	თერაპია	V-სავარძლის ბორმანქანის ბუნიკი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა
2	ბავშვთა	გამწოვი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა
3		ბეღია ნათიას ხელის ნაბანი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა
4		ლაგურაშვილის ხელის ნაბანი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა
5		მალღაფურიძე ანის ხელის ნაბანი	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა	არ აღმოჩნდა

კვლევა შეასრულა: ლ.ლომსაძე

ლაბორატორიის დეპარტამენტის უფროსი : ნ.დულათავა

თარიღი: 26.09.19



შ.პ.ს. "ნიუ ჰოსპიტალს"

მთავარი რეცეფცია ტელ.: 219 01 01, 219 01 02, 219 01 03, 219 01 04.
 "PSP დაზღვევა" ტელ.: 219 01 00, თბილისი 0114, კრწანისის ქ. №12.

MB.2.1*v

სამკურნალო დაწესებულება: შპს. "იუჯი-დენტო"

გამოსაკვლევი მასალა: მასალა სტერილობაზე

მასალის აღების თარიღი: 19.11.19

ანალიზის დამთავრების თარიღი: 29.11.19

N	განყოფილება	მასალა	შედეგი
1	სასტერილიზაციო	საანაბეჭდო კოვზი	სტერილურია
2	----	სტომატოლოგიური კოვზი	სტერილურია

კვლევა შეასრულა: ლ.ლომსაძე



ლაბორატორიის დეპარტამენტის უფროსი : ნ.დულათავა



29.11.19

შ.პ.ს. "ნიუ ჰოსპიტალს"

მთავარი რეცეფცია ტელ.: 219 01 01, 219 01 02, 219 01 03, 219 01 04.
 "PSP დაზღვევა" ტელ.: 219 01 00, თბილისი 0114, კრწანისის ქ. №12.

MB.2.1*v

სამკურნალო დაწესებულება: შპს „იუჯი-დანტი“

გამოსაკვლევი მასალა: მასალა სტერილობაზე

მასალის აღების თარიღი: 20.06.19 18⁴³ანალიზის დამთავრების თარიღი: 03.07.19. 11⁰⁰

N	განყოფილება	მასალა	შედეგი
1	სასტერილიზაციო	ინსტრუმენტები	სტერილურია
2	-----	ინსტრუმენტები	სტერილურია
3	-----	სტერილური მასალა	სტერილურია

კვლევა შესრულა: ლ.ლომსაძე

ლაბორატორიის დეპარტამენტის უფროსი : ნ.დულათაძე



თარიღი: 03.07.19.

დანართი N5

კლინიკა „იუჯი დენტის“ ტრენინგების გაგმა-გრაფიკი და ოქმების ნიმუშები

შპს „იუჯი დენტი-საქართველოს უნივერსიტეტის

სტომატოლოგიური კლინიკის“ მედპერსონალის

2019 წლის ტრენინგების

გეგმა-გრაფიკი

მარტი--აპრილი

1. ქვეყანაში მომქმედი ახალი ბრძანებების, გაიდლაინების და მეთოდური მითითებების გაცნობა.
2. ნოზოკომიური ინფექციები, განმარტებები, გადაცემის გზები, ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები.

სამიზნე კონტიგენტი: ექიმები, ექთნები, ექთნის თანამშემუშები

მაისი--ივნისი

1. კლინიკაში წარმოქმნილი ნარჩენების მართვა
2. დასუფთავების წესები
3. ხელების ჰიგიენა

სამიზნე კონტიგენტი: ექთნები, ექთნის თანამშემუშები, უმცროსი მედპერსონალი

ივლისი--აგვისტო

1. კლინიკაში გამოყენებული ხსნარების ოპერირების წესი
2. ხელების ჰიგიენა

სამიზნე კონტიგენტი: ექთნები და მათ თანამშემუშები. უმცროსი მედპერსონალი

სექტემბერი

1. მრავალჯერადი გამოყენების ინსტრუმენტების რეცხვა-დეზინფექცია-სტერილიზაცია

- ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებები.

სამიზნე კონტიგენტი; ექთნები, თანაშემწეები, უმცროსი მედპერსონალი

ოქტომბერი

- პერსონალის მოვალეობები ნოზოკომიური ინფექციის შემთხვევებისას.
- პერსონალის ინფიცირების რისკები და ინფიცირებულ მასალასთან კონტაქტის შემდგომი მართვა

- ხელეების ჰიგიენა

სამიზნე კონტიგენტი; ექიმები, ექთნები, თანაშემწეები, უმცროსი მედპერსონალი

ნოემბერი;

- ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევების როლი ნოზოკომიური ინფექციების მართვაში.

- კლინიკაში წარმოქმნილი ნარჩენების მართვა

- ხელეების ჰიგიენა

სამიზნე კონტიგენტი; ექიმები, უფროსი ექთნები, ექთნები, თანაშემწეები.

დეკემბერი;

- მოთხოვნები პერსონალისადმი, კლინიკის გარემო ობიექტების დამუშავება და დასუფთავება ინფექციის კონტროლის მიზნით.

- ხელეების ჰიგიენა

საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე ტრენინგების შემდეგ ჩატარდება მედპერსონალის ტესტირება.

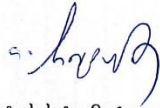
ტრენინგები ჩატარდება როგორც ადგილობრივი კადრებით, ასევე მოწვეული იქნებიან სპეციალისტებიც.

შენიშვნა: შესაძლებელია თემების გადაადგილება და საკითხების დამატებაც.

ოქმი N 1

08.04.2020 წელს სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“ ჩატარდა ტრეინინგი თემაზე: COVID-19 პანდემიის პირობებში ახალი რეკომენდაციების მიხედვით ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების სწორად გამოყენება და ხელის ჰიგიენა. ტრეინინგი ჩაატარა ეპიდემიოლოგმა ნანა კუჭუხიძემ. ნაჩვენები იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ რეკომენდირებული ვიდეო მასალა. ასევე განხორციელდა იდს -ს ჩაცმა/გახდის დემონსტრირება. ტრეინინგს ესწრებოდნენ:

1. თეონა კოპალიანი
2. ნიკოლოზ მეფისაშვილი
3. ქეთევან ნანოზაშვილი
4. ვივიანა ბიბილაშვილი
5. ქეთევან ლაგურაშვილი
6. თამთა ჩიტალაძე
7. ირინა ავალიშვილი
8. ლადო ნიკოლოსიანი
9. მაია ღვინერია
10. თამარ დარახველიძე
11. ლიანა ფანცულაია
12. თორნიკე კაპანაძე
13. მაია ჯიქია



/თამთა ჩიტალაძე/

საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიური კლინიკა იუჯი დენტის
კლინიკური დირექტორი

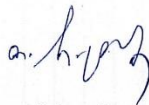


08.04.2020 წელი

ოქმი N 2

20.04.2020 წელს სტომატოლოგიურ კლინიკა „იუჯი დენტში“ ჩატარდა ტრეინინგი თემაზე: ზოგადი ინფორმაცია ვირუსის, მისი გავრცელების, დაინფიცირების გზების და სამუშაო ადგილზე უსაფრთხოდ მუშაობის პროცედურების და ვირუსისაგან თავის დაცვის გზების შესახებ. ტრეინინგი ჩატარა ეპიდემიოლოგმა ნანა კუჭუხიძემ. განხილული იქნა მაგალითები და გაიმართა დისკუსია. ტრეინინგს ესწრებოდნენ:

1. თეონა კოპალიანი
2. ნიკოლოზ მეფისაშვილი
3. ქეთევან ნანობაშვილი
4. ვივიანა ბიბილაშვილი
5. ქეთევან ლაგურაშვილი
6. თამთა ჩიტალაძე
7. ირინა ავალიშვილი
8. ლადო ნიკოდოსიანი
9. მაია ღვინერია
10. თამარ დარაბეულიძე
11. ლიანა ფანცულაია
12. თორნიკე კაპანაძე
13. მაია ჯიქია



/თამთა ჩიტალაძე/

საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიური კლინიკა იუჯი დენტის
კლინიკური დირექტორი



20.04.2020 წელი

ტრენინგის სარეგისტრაციო ფორმა

თარიღი	20.04.2020
დაწესებულება	შპს იუჯი დენტი
ვირუსის, მისი გავრცელების, დაინფიცირების გზების და საშუალო აღიოდზე უსაფრთხო მუშაობის პროცედურების და ვირუსისგან თავის დაცვის გზების შესახებ	ნაწილი კუჭხიძე
ტრენინგის დასასრულება	
ტრენინგი	



N	ტრენინგის მონაწილე (სახელი, გვარი)	კლინიკაში დაკავებული პოზიცია	სელმოწერა
1	ბერიძე ზორბეგ	მუხაკი, ჩიხიჯი	მ. მუსყაი
2	ქუთაძე ნინო	პედიკურ	ქ. მინა
3	კიკნაძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
4	ქუთაძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
5	ნოზაძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
6	ბერიძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
7	ბერიძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
8	ბერიძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
9	ბერიძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
10	ბერიძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
11	ბერიძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
12	ბერიძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა
13	ბერიძე ნინო	მუხაკი	ქ. მინა

ტრენინგის სარეგისტრაციო ფორმა

თარიღი	19.09.2019
დაწესებულება	შპს "იფი-დენი - ბიოსტატისტიკა"
ტრენინგის დასახელება	ბიოსტატისტიკა
ტრენერი	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი

№	ტრენინგის მონაწილე (სახელი გარი)	კლინიკაში დაგეგმილი პოზიცია	ხელმოწერა
1	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	ასისტენტი	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
2	თეონა ჯაფარიძე ✓	თეონა ჯაფარიძე - ასისტენტი	თეონა ჯაფარიძე
3	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	ბიოსტატისტიკის/მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
4	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
5	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
6	ვიკტორია გიბიძე-გაბაშვილი	მედიცინის	ვიკტორია გიბიძე-გაბაშვილი
7	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
8	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
9	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
10	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
11	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
12	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
13	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
14	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი
15	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი ✓	მედიცინის	ნინო ჯაფარიძე-გაბაშვილი



სახელი ს. ბერიძე

თარიღი 08/07/19

დაწესებულება სა. ფხი

შემფასებელი ქიქოძე

თანამდებობა ქიქოძე ანაბერძნის ასისტენტი

			პროცედურა ხელის ჰიგიენა	
შესანიშნავი	დამატებითი დასაფუძვლები	საჭიროებს პრაქტიკას	მიზანი: მიკროორგანიზმების გადაცემის პრევენცია სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე პერსონალიდან პაციენტებზე და პაციენტებიდან მედპერსონალზე	კომენტარი
—	—	✓	1. ხელების დაბანის წინ აუცილებელია ბეჭდების და სხვა სამკაულების მოხსნა. რადგან ისინი ამწელბენ მიკროორგანიზმების ეფექტურ მოცილებას. საათი აიწიეთ მაჯიდან 8-10 სმ ზემოთ ან მოიხსენით.	თიხის ნაჭურჭელი
✓	—	—	2. მოუშვით ონკანში თბილი წყალი. წყალი არ უნდა იყოს ცივი ან ცხელი.	
✓	—	—	3. გამდინარე წყალში დაისველეთ ხელები მაჯის ქვემოთ.	
—	—	✓	4. გაისაპნეთ ხელენი: ხელის გულები, ფალანგებს შუა სივრცე, ხელის ზედაპირი, მაჯა (თითოეული ხელი დაიბანეთ 30 წამის მანძილზე)	თიხის დაწმენდილობა
—	—	—	5. ჩამოიბანეთ გამდინარე თბილი წყლით	
—	—	—	6. ხელები გაიმშრალეთ ქაღალდის ხელსახოცით, რომლითაც უნდა დაიკეტოს ონკანი. ხელების გასამშრალეზად საერთო მოხმარების ხელსახოცის გამოყენება არ არის რეკომენდებული	
✓	—	—	7. გამოყენების შემდეგ ხელსახოცი ჩააგდეთ სპეციალურად გამოყოფილ კონტეინერში	



სახელი Abdylah Azez

თარიღი 09/07/19

დაწესებულება სსს

შემფასებელი სსს

თანამდებობა სსს

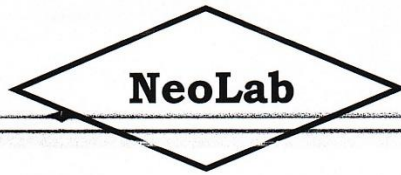
			პროცედურა ხელის ჰიგიენა	
შესანიშნავი	დამატებითი	საჭიროებს პრაქტიკას	მიზანი: მიკროორგანიზმების გადაცემის პრევენცია სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე პერსონალიდან პაციენტებზე და პაციენტებიდან მედპერსონალზე	კომენტარი
—	—	✓	1. ხელების დაბანის წინ აუცილებელია ზეჟდების და სხვა სამკაულების მოხსნა. რადგან ისინი ამწელებზე მიკროორგანიზმების ეფექტურ მოცილებას. საათი აიწიეთ მაჯიდან 8-10 სმ ზემოთ ან მოიხსენით.	
✓	—	—	2. მოუშვით ონკანში თბილი წყალი. წყალი არ უნდა იყოს ცივი ან ცხელი.	
—	—	✓	3. გამდინარე წყალში დაისველეთ ხელები მაჯის ქვემოთ.	
—	—	✓	4. გაისაპნეთ ხელენი: ხელის გულები, ფალანგებს შუა სივრცე, ხელის ზედაპირი, მაჯა (თითოეული ხელი დაიბანეთ 30 წამის მანძილზე)	
✓	—	—	5. ჩამოიბანეთ გამდინარე თბილი წყლით	
—	—	—	6. ხელები გაიმშრალეთ ქაღალდის ხელსახოცით, რომლითაც უნდა დაიკეტოს ონკანი. ხელების გასამშრალეზლად საერთო მოხმარების ხელსახოცის გამოყენება არ არის რეკომენდებული	
✓	—	—	7. გამოყენების შემდეგ ხელსახოცი ჩააგდეთ სპეციალურად გამოყოფილ კონტეინერში	

დანართი N6

კლინიკა „იუჯი დენტის“ აცრებისა და სკრინინგის ფორმების ნიმუშები

 პინეო სამედიცინო ეკოსისტემა
ც ნ ო ბ ა
ეძლევათ შპს „საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიური კლინიკა იუჯი-დენტის“ თანამშრომლებს:
1. ჩიტალაძე თამთა 2. ლოზჯანიძე ზაგრატ 3. ბაქრაძე თამარ 4. ხონელიძე შორენა 5. ჯიქია მაია 6. მოძუაშვილი გრიგოლ 7. ავალიშვილი ირინა 8. კოპალიანი თეონა 9. ბერუჩაშვილი თინა 10. მაღლაფერიძე ანა 11. დარახველიძე თამარ 12. ღვინერია მაია 13. ფანცულაია ლიანა
მასზედ, რომ მათ 2019 წლის ნოემბერ-დეკემბრის თვეებში შპს „პინეო სამედიცინო ეკოსისტემა“-ში ჩაუტარდათ სეზონური გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.
შპს „პინეო სამედიცინო ეკოსისტემის“ კლინიკური დირექტორის მომ. ნინო მაჭუჩაშვილი 25.12.2019 წელი

გვებანგ გორგასლის ქუჩა 93, 0114, ქ. თბილისი, საქართველო; T.: +995 32 2 24 44 55; Email: info@pineo.ge; www.pineo.ge.
* სამედიცინო ეკოსისტემა - პრევენციული მიზნების, პაციენტების/მომხმარებლების, თანამდროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების, მომსახურების სახელმძღვანელო და გარემოს სისტემური მართვა-გამართვა ეფემერიული უმდგომარეობის.



კლინიკა - ნეოლაბი
ტაშკენტის ქ. 47, 0160 თბილისი, საქართველო
ტელ/ფაქსი: (+995 32) 239 28 03; (+995 32) 239 28 96
ელ-ფოსტა: neolabgeo@gmail.com
www.neolab.ge

Clinic - NeoLab

Tashkent str. 47, 0160 Tbilisi, Georgia
Tel/Fax: (+995 32) 239 28 03; (+995 32) 239 28 96
E-mail: neolabgeo@gmail.com
www.neolab.ge

გამოკვლევის თარიღი: 09.07.2019

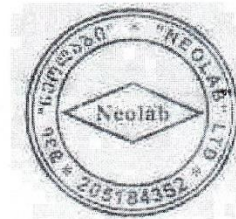
სარეგისტრაციო ნომერი: 55148

გვარი, სახელი: ჩიტალაძე თამთა

დაბადების თარიღი: 25.04.1972

პაციენტის პირადი N: 01024031505

გამოკვლევა	შედეგი	ნორმა
Morbillivirus (წითელას ვირუსი) Ig G	(+) აღმოჩნდა 22 IU/ml	< 9 IU/ml



გამოკვლევა ჩაატარა:

ლაბორატორიის გამგე:

[Handwritten signature]



საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო
MINISTRY OF LABOUR
HEALTH AND SOCIAL
AFFAIRS OF GEORGIA



დაავადებათა პონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ქრონიკული ცენტრი
NATIONAL CENTER FOR
DISEASE CONTROL AND
PUBLIC HEALTH

01017016278

სეროლოგიური გამოკვლევის ბარათი

პაციენტის სახელი, _____

პაციენტის პ/ნ _____

ასაკი _____

ნიმუშის აღების დრო

09.07.2019

საკვლევი მასალა:

სისხლი

N	გამოკვლევის მეთოდი	კვლევის დასახელება	მიღებული შედეგი	ნორმა	დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა
1	იმუნოქრომატოგრაფია (სწრაფი/მარტივი)	Anti HCV Total	უარყოფითი	უარყოფითი(-)	
2	იმუნოქრომატოგრაფია (სწრაფი/მარტივი)	Anti-HIV 1/2	—	უარყოფითი(-)	

გამოკვლევა ჩატარა: _____

უარყოფითი (ნეგატიური) ტესტი C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე ნიშნავს:

- რომ თქვენ არ გაქვთ C ჰეპატიტი!
- თუმცა თუ ეჭვია შესაძლო დაინფიცირებაზე, ანალიზი უნდა გაიმეორდეს 1-2 თვის ინტერვალში.

დადებითი (პოზიტიური) ტესტი C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე ნიშნავს:

- რომ თქვენ დაინფიცირდით C ჰეპატიტის ვირუსით რაღაც პერიოდში. მას შემდეგ, რაც ადამიანი დაინფიცირდა, მას ყოველთვის განესაზღვრება C ჰეპატიტის ანტისხეულები სისხლში.
- დადებითი (პოზიტიური) ტესტი C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე ყოველთვის არ ნიშნავს, რომ თქვენ C ჰეპატიტი გაქვთ. საჭიროა დამატებითი კვლევები დიაგნოზის დასადასტურებლად.
- იმის განსაზღვრად, გაქვთ თუ არა ქრონიკული C ჰეპატიტი, უნდა მიმართოდ შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებას.
- ტესტი C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე შესაძლოა დიდხანს დარჩეს დადებითი (პოზიტიური) იმ პაციენტების შემთხვევაშიც კი, რომელთაც ჩაიტარეს მკურნალობა ანტივირუსული პრეპარატებით და სრულად განიკურნენ, რაც დადასტურებულია ანალიზებით შესაბამის კლინიკებში.



კლინიკა - ნეოლაბი
ტაშკენტის ქ. 47, 0160 თბილისი, საქართველო
ტელ/ფაქსი: (+995 32) 239 28 03; (+995 32) 239 28 96
ელ-ფოსტა: neolabgeo@gmail.com
www.neolab.ge

Clinic - NeoLab
Tashkenti str. 47, 0160 Tbilisi, Georgia
Tel/Fax: (+995 32) 239 28 03; (+995 32) 239 28 96
E-mail: neolabgeo@gmail.com
www.neolab.ge

გამოკვლევის თარიღი: 28.05.2019

სარეგისტრაციო ნომერი: 54069

გვარი, სახელი: [redacted]

დაბადების თარიღი: 12.08.1992

პაციენტის პირადი [redacted]

გამოკვლევა	შედეგი
Anti HCV	(-) არ აღმოჩნდა
HBsAg	(-) არ აღმოჩნდა

გამოკვლევა ჩატარა:

ლაბორატორიის გამგე:





პინეო

სამედიცინო ეკოსისტემა

N 421/2

ც ნ ბ ა

ემლევა

[Redacted text]

რომ მას შპს „პინეო სამედიცინო ეკოსისტემა“-ში 2018 წლის 14 ჩაუტარდა წითელა-

წითურა-ყბაყურას საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.

ცნობა ემლევა დანიშნულების ადგილზე წარსადგენად.

გენერალური დირექტორი

იაგორ კალანდაძე



ც ნ ო ბ ა 397/2

ცნობა ეძლევა

პ/ნ

რომ მას - შპს „პინეო სამედიცინო ეკოსისტემაში“ ჩაუტარდა „ბ“
ჰეპატიტის საწინააღმდეგო სამჯერადი ვაქცინაცია:

1.დოზა--- 5/09-18

2.დოზა--- 10/10-18

3.დოზა--- 6/03-19

გენერალური დირექტორი

იაგორ კალანდაძე



[Handwritten signature]

ნიუ ჰოსპიტალსი			
გაცემის თარიღი/ Report Date:	19/06/2020	პაციენტის სახელი, გვარი/ Patient Full Name	თამთა ჩიტაბაძე
დრო/Time:		სქესი/Sex: ☐ მდ./Female ☐ მამრ./Male	დაბადების თარიღი / Date of Birth: 25/04/1972
		ტელ/TEL:	ელ. ფოსტა/ Email:

ლაბორატორიული კვლევის შედეგი Laboratory Test Results

№

ncovpin280

ნიმუშის საიდენტიფიკაციო ნომერი/ Sample ID:

სამეცნიერო პროექტი / Scientific Project:

ნიმუშის აღების თარიღი: Date of sampling	19/06/2020
დრო/Time:	

ნიმუშის მიღების თარიღი: Date of sample receiving	19/06/2020
დრო/Time:	

დსკჯეც-ის კვლევის შედეგის მიმღები ეპიდემიოლოგი:
NCDC's Epidemiologist receiving laboratory test results:

ნიმუშის ტიპი:
Sample type:

ნაცხი - ცხვირ-ხახის

გამოსაკვლევი ნიმუშის მდგომარეობა / Sample conditions:
☒ დამაკმაყოფილებელი/Satisfying
☐ არადამაკმაყოფილებელი/Not satisfying

შენიშვნა ნიმუშის ხარისხის შესახებ/Quality Note:

დაკვეთის სახელი, გვარი Requester name:	
დაწესებულება Institution:	შპს "პინეოსამედიცინოვოსისტემა"
განყოფილება Unit:	
მისამართი Address:	ქ. თბილისი, გორგასლის ქ. 93
მოთხოვნილი გამოკვლევა Requested examination:	ახალი კორონავირუსის (nCoV) პჯრ რეალურ დროში

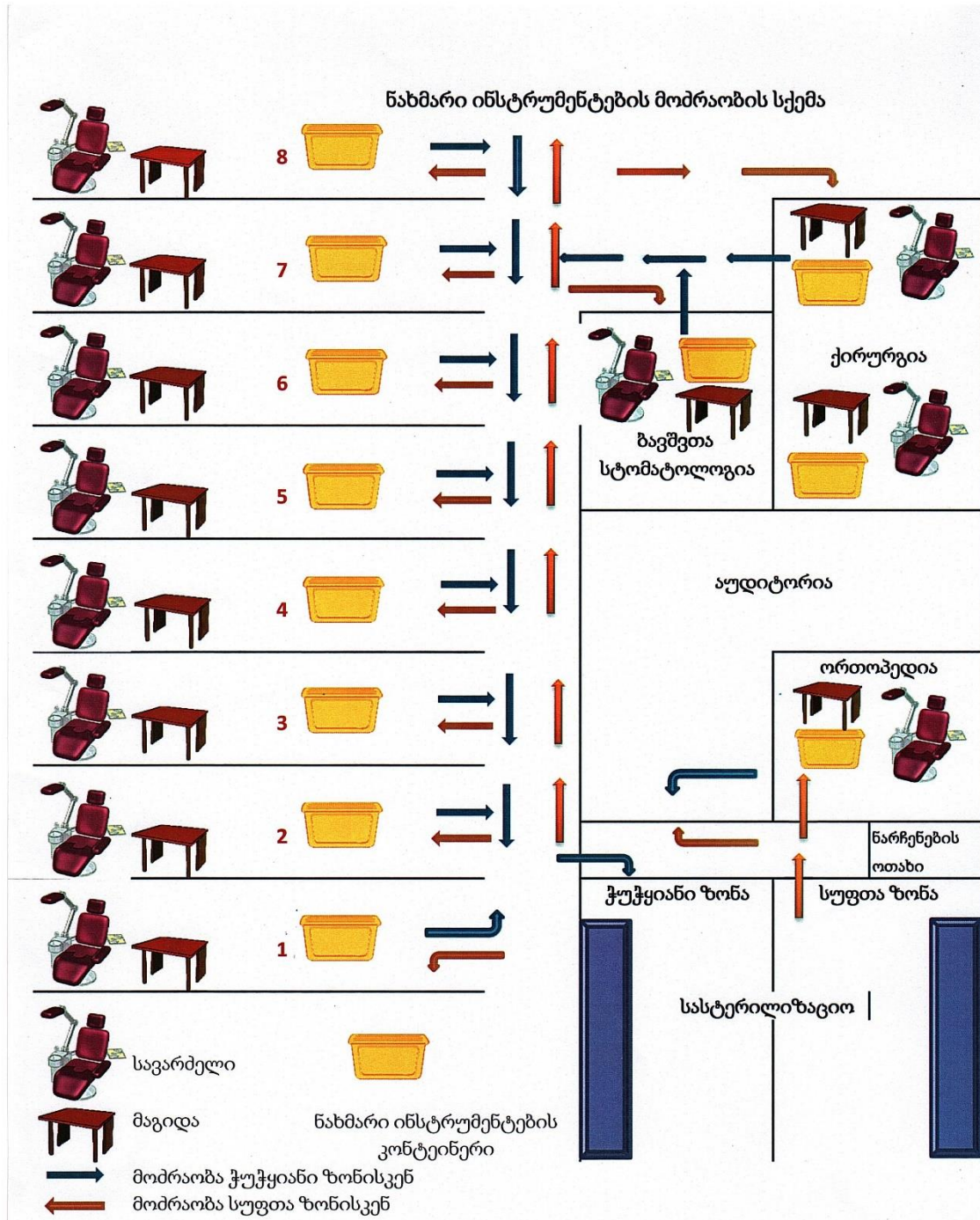
ნიუ ჰოსპიტალსი
New Hospitals
12 კრწანისის ქუჩა

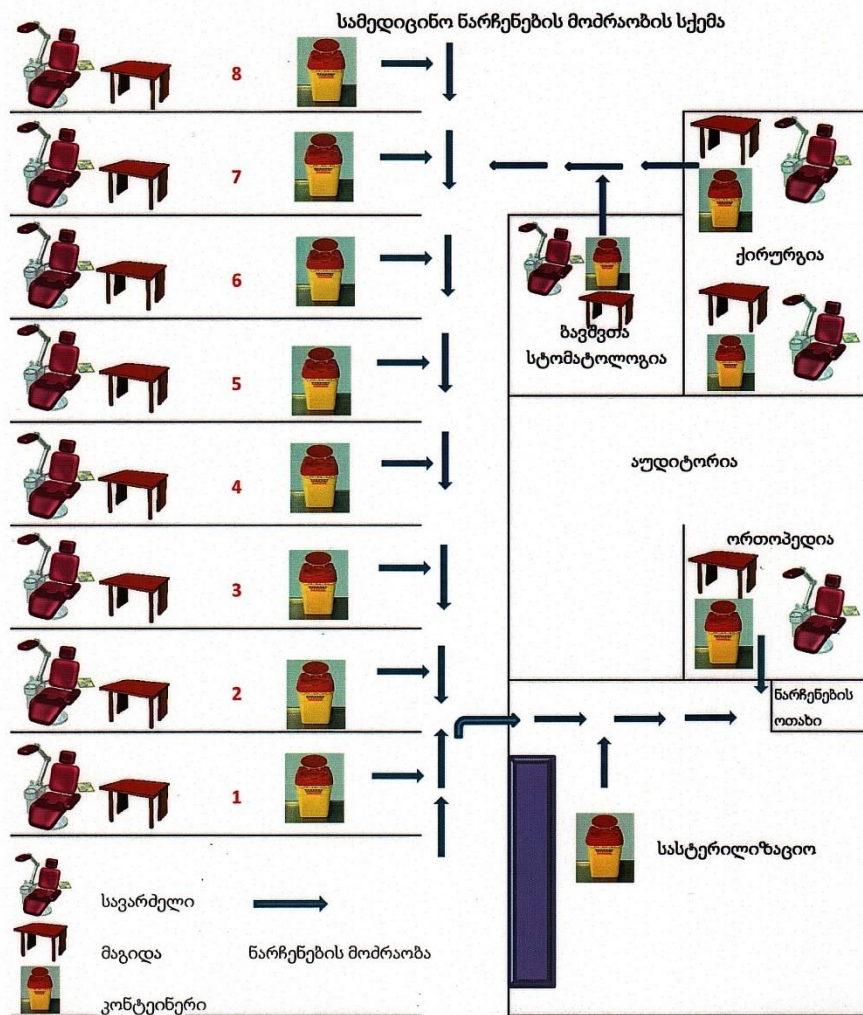
დასაქმებულის სახელი გვარი	თარიღი	ტემპერატურა	სხვა სიმპტომები (ხველა, სუნთქვის გამწელება...)	ხელმოწერა	პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა
136 გ. შიქი	15.07.2020	36.6	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
136 მ. შიქი	15.07.2020	36.5	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
137 ჭიკი	15.07.2020	36.5	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
138 მ. შიქი	15.07.2020	36.5	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
139 ნ. შიქი	16.07.2020	36.4	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
140 მ. შიქი	16.07.2020	36.6	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
141 მ. შიქი	16.07.2020	36.4	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
142 მ. შიქი	16.07.2020	36.4	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
143 მ. შიქი	16.07.2020	36.3	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
144 მ. შიქი	16.07.2020	36.1	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
145 მ. შიქი	16.07.2020	36.3	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
146 მ. შიქი	16.07.2020	36.3	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
147 მ. შიქი	16.07.2020	36.7	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
148 მ. შიქი	16.07.2020	36.6	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
149 მ. შიქი	16.07.2020	36.6	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
150 მ. შიქი	16.07.2020	35.9	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
151 მ. შიქი	16.07.2020	36.4	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
152 მ. შიქი	16.07.2020	36.8	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
153 მ. შიქი	16.07.2020	36.1	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
154 მ. შიქი	16.07.2020	36.2	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
155 მ. შიქი	16.07.2020	36.2	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
156 მ. შიქი	16.07.2020	36.5	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
157 მ. შიქი	16.07.2020	36.7	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
158 მ. შიქი	16.07.2020	36.8	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
159 მ. შიქი	16.07.2020	36.6	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
160 მ. შიქი	16.07.2020	36.6	ა	მ. შიქი	გ. შიქი
161 მ. შიქი	16.07.2020	36.3	ა	მ. შიქი	გ. შიქი

პასუხისმგებელი
პირის ხელმოწერა

სტუდენტების თერმოსკრინინგის ფორმის ნიმუში

DATE	NAME, SURNAME	UG NUMBER	FEVER-t, °C	Other symptoms (cough, sore throat, difficulty breathing, contact with covid-19 patients, traveling....)
29.10	Mohammad Zeinab	1602314	36.9	no
	Mohammad Altetkreeti	1701428	35.9	-
	Kool Shahi	1401477	35.7	-
	Anahita Rezaeian	1701787	35.7	-
	Mervan Artouq	1702131	36.5	-
	Emre & Ali Dindarhan	1600186	36.5	-
	Omer Herzogian	608084	36.2	-
	Abasir Abdulrah	1602320	35.5	-
	Fareh Saleh	1602241	35.0	-
	Bulkeria Nete	1700996	35.8	-
	Zaki Zaki	1304743	36.5	-
	Ahmed Jabbar	1403509	36.1	-
	Doaa yaser	1602135	36	-
	Marsel Abu Saleh	1701767	36.1	-
	Alghaith Alwan	1701560	35.5	-
	Mohammad Ali Gahr	1602410	36.0	-
	Abdullah Dossari	1602153	36.0	-
	Momen Mohamed	1701471	36.2	-
	Mahmoud Al-Azzawi	130192	36.2	-
	Sadegh Falechi	1602330	36.2	-
	Mohamed Ali	1602242	36.5	-
	Chahira Ali	1801481	36.0	-
29.10	Karim Shaf	180007	36.4	-
	Malik Alyami	1301859	35.8	-
	Haniyah Mofini	1701352	36.3	-
	Mitha Farsidan	1602363	35.9	-
	Rana b.s. Sarawia	1701154	35.6	-
	Saif nasan	1330556	36.5	-
	Mohammed A Alhadi	1330618	35.2	-
	Bakr Phatar	1504681	35.3	-
	Omer Ahmed	1504688	35.3	-
	Muqadh Aljaberi	1504727	36.4	-
	Ayda Ashtari Larlei	1701851	36.0	-
	Mustafa Ahmed	1330675	36.5	-
	Payam Masbumi	1602257	36.1	-
	Muhamad Baqir	1602434		
	Parnian Nayezaad	1701540		
	Sayeh el-Salemi	1602192	35.8	-
	Hamid Hazim Hussein	1330347	36	-
	Nada Ben Detar	1601264	36.4	-
	Mawar Zaker	1602060	36.4	-
	Martaz Alzenbi	1504830	35	-
	Khattab Saleh	1330019	35.5	-
responsible person Signature				







დანართი N8

ცხრილი N40. კლინიკა „იუჯი დენტის“ ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა

იუჯი დენტი			
ანტიმიკრობული თერაპიის პროგრამა			
დიაგნოზი	ძირითადი ანტიმიკრობული პრეპარატი	ალტერნატიული ანტიმიკრობული პრეპარატი	შენიშვნა
პერიკორონიტი	მოზრდილები: მეტრონიდაზოლი 400მგ 3-ჯერ დღეში, 3 დღე. 3-7წ - 100მგ, 2-ჯერ დღეში; 7-10წ - 100მგ, 3-ჯერ დღეში; 10-18წ - 200მგ, 3-ჯერ დღეში.	მოზრდილები: ამოქსიცილინი 500მგ 3-ჯერ დღეში 3 დღე; 1-4 წ - 250 მგ 3-ჯერ დღეში; 5-11წ - 500მგ, 3 -ჯერ დღეში; 12-17წ - 500მგ, 3-ჯერ დღეში.	-
პულპის ნეკროზი და ლოკალური მწვავე აპიკალური აბსცესი	ამოქსიცილინი - 500მგ. 3-ჯერ დღეში, 3-7 დღე; 1- დან 5 წლამდე - 250 მგ. 3-ჯერ დღეში, 5 დღე.	პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში: აზიტრომიცინი I დღე: 500 მგ, მომდევნო 4 დღე - 250 მგ.	ანტიმიკრობული პრეპარატები ინიშნება ტკივილის და შეშუპების დროს, თუ აღინიშნება სისტემური ჩართულობა (სისუსტე, სიცხე). თუ პირველი რიგის მკურნალობა არაეფექტურია, ემატება მეტრონიდაზოლი - 500 მგ, 3 ჯერ დღეში, 7 დღე. ბავშვებში: 5 დღე: 1-2წ - 50მგ. 3-ჯერ დღეში; 3-6წ - 100მგ, 2- ჯერ დღეში; 7-9წ - 100მგ, 3-ჯერ დღეში, 10-17წ - 200 მგ 3-ჯერ დღეში.

მწვავე დენტო-ალვეოლარული ინფექცია	ამოქსიცილინი 5 დღე - 1გ, 3-ჯერ დღეში; 1წ - 250მგ, 3-ჯერ დღეში; 4-5წ - 500მგ, 3-ჯერ დღეში; 11წ - 1გ, 3-ჯერ დღეში.	პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში: კლარიტრომიცინი 7 დღე: 500მგ, 2-ჯერ დღეში; 3-6წ - 125მგ, 2-ჯერ დღეში; 7-9წ - 187.5მგ, 2-ჯერ დღეში; 10-12წ - 250მგ, 2-ჯერ დღეში; 12-18წ - 250მგ, 2-ჯერ დღეში (საჭიროებისას შეიძლება მიეცეს მოზრდილის დოზა).	თუ პირველი რიგის მკურნალობა არაეფექტურია, ემატება მეტრონიდაზოლი - 500 მგ, 3-ჯერ დღეში, 7 დღე. ბავშვებში 5 დღე: 1-2წ - 50მგ, 3-ჯერ დღეში; 3-6წ - 100მგ, 2-ჯერ დღეში; 7-9წ - 100მგ, 3-ჯერ დღეში, 10-17წ - 200 მგ 3-ჯერ დღეში.
გლანდულარული ჰეილიტი	მალამო: სინალარი 2-ჯერ დღეში 5-7 დღე;	ტრიდერმი, ლოკაკორტენი - 2-ჯერ დღეში 5-7 დღე;	ინიშნება გლანდულარული ჰეილიტის ჩირქოვანი ფორმის დროს
მწვავე ნეკროზული წყლულოვანი გინგივიტი	მოზრდილები: მეტრონიდაზოლი 200მგ 3-ჯერ დღეში, 3 დღე. 3-6წ - 100მგ, 2-ჯერ დღეში; 7-9წ - 100მგ, 3-ჯერ დღეში; 10-17წ - 200მგ, 3-ჯერ დღეში.	მოზრდილები: ამოქსიცილინი 500 მგ 3-ჯერ დღეში 3 დღე; 1-4წ - 250მგ, 3-ჯერ დღეში; 5-11წ - 500მგ, 3-ჯერ დღეში; 12-17წ - 500მგ, 3-ჯერ დღეში.	-
კბილებისა და მათი საყრდენი სტრუქტურების ტრავმული დაზიანება	ამოქსიცილინი 500 მგ 1 კაფსულა 3-ჯერ დღეში		სიფრთხილით ენიშნება პაციენტებს, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებათ ანაფილაქსია, ურტიკარია.
პაროდონტის კომპლექსი	ანტიბიოტიკი - დოქსიციკლინი 20 მგ, დღეში 2-ჯერ. ანტიპარაზიტული პრეპარატი: მეტრონიდაზოლი 200 მგ, 1 ტაბ. 3-ჯერ დღეში	ანტიბიოტიკი - პენიცილინი ანტიპარაზიტული პრეპარატი - სეკნიდოქსი	მეტრონიდაზოლი არ ინიშნება, თუ პაციენტი იღებს ვარფარინს. მეტრონიდაზოლის მიღების დროს დაუშვებელია ალკოჰოლის მიღება.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სოკოვანი ინფექციები	ზოგადი: პოლიენის რიგის ანტიბიოტიკები: ნისტატინი და ლევორინი – 500000 ED 1 აბი დღეში 3-4-ჯერ საწუწნად ან დასაღეჭად; ტრიაზოლინის რიგის პრეპარატები: ფლუკონაზოლი (დიფლუკანი) – 100- 150 მგ დღეში ერთხელ, 3 დღე. ადგილობრივი: მიკონაზოლის გელი 20 მგ/გ ჭამის შემდეგ, დღეში ოთხჯერ.	ნისტატინის ორალური სუსპენზია 1 მლ, 4-ჯერ დღეში, 7 დღე ჭამის შემდეგ, ან კლოტრიმაზოლი 10 მგ, 5-ჯერ დღეში, 7-14 დღე.	ფლუკონაზოლი არ ინიშნება, თუ პაციენტი იღებს ვარფარინს ან სტატინებს.
პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ცვლილებები დერმატოზების დროს	ადგილობრივად მოქმედი ანტიბიოტიკები: 1%- იანი ტეტრაციკლინის და დიტეტრაციკლინის თვალის მალამო.	1%-იანი ერითრომიცინის და ამბროცილის მალამო.	
პირის ღრუს ლორწოვანის მორეციდივე აფთხები	ადგილობრივი: ბეტამეტაზონის მალამო. ტეტრაციკლინი (300 მგ დოქსიციკლინი + 30 მლ დისტილირებული წყალი – პირის ღრუში გამოსავლებად, დღეში 4- ჯერ).	2,5-5%-იანი ტეტრაციკლინის სიროფი და 50 მგ ტრიამცინოლონის კომპლექსური გამოსავლები.	
ტუჩის ქრონიკული ნახეთქი	სინალარი 2-ჯერ დღეში, 5-7 დღე.	ტრიდერმი დღეში 2-ჯერ, 5-7 დღე.	

ვირუსული სტომატიტები	ქლორპექსიდინი (0.2 %) პირში გამოსავლებად, 10 მლ 1 წუთის განმავლობაში, დღეში 2-ჯერ	ჰიდროგენ პეროქსიდი (6 %) 15 მლ პირში გამოსავლებად გამოხდილ წყალთან ერთად, 2 წუთის განმავლობაში, დღეში 3-ჯერ.	ვირუსული სტომატიტის მარტივი ფორმის დროს.
ვირუსული სტომატიტები იმუნოსუპრესორულ პაციენტებში	ზოგადი: აციკლოვირი 200 მგ ერთი ტაბლეტი, 5-ჯერ დღეში. ადგილობრივად: აციკლოვირის კრემი (5%) 4 სთ-ში ერთხელ, 5 დღის განმავლობაში. ბავშვები: აციკლოვირი 15მგ/კგ 5-ჯერ დღეში.		ვირუსული სტომატიტის რთული ფორმის დროს.
http://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2016/03/SDCEP-Drug-Prescribing-for-Dentistry-3rd-edition.pdf			
https://jada.ada.org/article/S0002-8177(19)30617-8/pdf			
https://www.hse.ie/eng/services/list/2/gp/antibiotic-prescribing/conditions-and-treatments/dental/acute-dento-alveolar-infection/acute-dento-alveolar-infection.html			
https://www.hse.ie/eng/services/list/2/gp/antibiotic-prescribing/conditions-and-treatments/dental/fungal-infections/			
კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)			
სენფორდის ანტიმიკრობული თერაპიის სახელმძღვანელო, 48 -ე გამოცემა, 2018 წელი.			

დანართი N9

კლინიკა „იუჯი დენტის“ დეზინფექცია-დეზინსექცია-დერატიზაციის ოქმის ნიმუში

განრიგი № 32-19.

სპეციალისტ-თანამშრომელის ევალუბა ჩაატაროს სანიტარული სადებუნდოეცეო სამუშაოები შედგეზე: შპს „საქარბეფოს“
ქ.თბილისი, სოფ.ლოგოეთი, ღირებ-იუტა ფინი-კოსიკას 77

- | | | |
|--|-------|------|
| 1. დეზინფექცია - ს/ს ინფექციები (პროფილაქტიკური) ფიზ.ფართი | 100 მ | 33.მ |
| 2. დერატოზაცია ფიზ.ფართი | 400 მ | 33.მ |
| 3. დეზინსექცია: ა) ზაღლიჯოს წინაარმდეგ ფიზ.ფართი | | 33.მ |
| ბ) ტარაკნების წინააღმდეგ ფიზ.ფართი | | 33.მ |
| გ) სხვა მწერების (რწყილი,ტილი.....) | 100 მ | 33.მ |
| 4. ზუნკერების დეზინფექცია (რაოდენობა) | | 33.მ |

ჩატარებული სამუშაოები :

დამუშავების თარიღი	დეზინფექცია		დერატიზაცია		დეზინსექცია			
	ფიზიკური ფართი(მ2)	გაზარჯული პრეპარატები(გ)	მღრღნელების წინა- აღმდეგ(ვირთხა,თაგ- ვი) ფიზ.ფართი(მ2)	გაზარჯული პრეპარატები(გ)	სხვა მწერების წინააღმდეგ ფიზ. ფართი(მ2)	გაზარჯული პრეპარატები(გ)	ბუნკერი	გაზარჯული პრეპ. (გ)
2019.06.11								
სუპერმარკეტი	1000	ვაზოლინი	4000	ბიპროსენი	1000	მუხიანი		
	15/6	ბი.		გაზარჯული		ბი.		

“დამკვეთი“ გაფრთხილებულია მომწამვლელი პრეპარატების უსაფრთხოებაზე

პასუხისმგებლის ხელის მოწერა ჩატარებული სამუშაოების დასადასტურებლად

ხელმძღვანელის ხელმოწერა

ექიმის, სპეციალისტის ხელმოწერა



დანართი N10

კლინიკა „იუჯი დენტის“ ნარჩენების მართვის გეგმის წარდგენის პასუხი გარემოს დაცვისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროდან



გარემოს დაცვისა და
სოფლის მეურნეობის
სამინისტრო

MINISTRY OF ENVIRONMENTAL
PROTECTION AND AGRICULTURE
OF GEORGIA

N 3990/01
21/04/2020

საქართველო
GEORGIA

3990-01-2-202004211956



შპს „საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიური
კლინიკა-იუჯი დენტის“ დირექტორს
ქალბატონ თამთა ჩიტალაძეს

მისამართი: ქ. თბილისი, კოსტავას 77-ა

ქალბატონო თამთა,

გაცნობებთ, რომ „კომპანიის ნარჩენების მართვის გეგმის განხილვისა და შეთანხმების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს გარემოსა და ზუნებრივი რესურსების დაცვის მინისტრის 2015 წლის 4 აგვისტოს #211 ბრძანების მე-4 მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად, თქვენი წერილით (#2989; 20.02.2020წ.) წარმოდგენილი შპს „საქართველოს უნივერსიტეტის სტომატოლოგიური კლინიკა-იუჯი დენტის“ (ს/კ405292589) 2020-2022 წლების კომპანიის ნარჩენების მართვის გეგმა შეთანხმებულ იქნა გარემოს დაცვისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროს მიერ.

პატივისცემით,

სოლომონ პავლიაშვილი

მინისტრის მოადგილე



0159, საქართველო, თბილისი, მარშალ გელოვანის გამზ. №6. ტელ.: +[(995 32) 2378013 / +[(995 32) 2378044
www.mepa.gov.ge

6, Marshal Gelovani ave., Tbilisi 0159, Georgia, Phone: +[(995 32) 2378013 / +[(995 32) 2378044

დანართი N11

იპკ-ის შესახებ საქართველოში შემუშავებულ ნორმატიული მასალა, რომელიც
(გამონაკლისების გარდა) ვრცელდება სტომატოლოგიაზე:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 5 ნოემბრის ბრძანება №309/ნ „სტომატოლოგიური პროფილის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებისათვის სანიტარიული წესების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, 2007;

საქართველოს კანონი „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“, 2005;

საქართველოს კანონი „პესტიციდებისა და აგროქიმიკატების შესახებ“, 1998;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 25 ნოემბრის ბრძანება №01- 55/ნ „სტომატოლოგიური სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 13 ივნისის დადგენილება №263 „ცალკეული საშიში ქიმიური ნივთიერებების და პესტიციდების ექსპორტ-იმპორტის წესისა და წინასწარ დასაბუთებული თანხმობის პროცედურების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 31 დეკემბრის დადგენილება №443 „ტექნიკური რეგლამენტის – საქართველოში პესტიციდებისა და აგროქიმიკატების სარეგისტრაციო გამოცდების, ექსპერტიზისა და რეგისტრაციის დებულების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის დადგენილება №385 „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“;

საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის დადგენილება №359 „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ (შემდგომი ცვლილებებითა და დამატებებით, ვიდრე აქამდე);

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის დადგენილება №36 „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 24 აპრილის დადგენილება №185 „სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 14 სექტემბრის დადგენილება №468 „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ მომსახურების გაწევის ვადის, სახეების, საფასურის გადახდის და გადახდილი საფასურის დაბრუნების წესის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 11 იანვრის განკარგულება №29 „ანტიმიკრობული

რეზისტენტობის საწინააღმდეგო 2017-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 18 აგვისტოს განკარგულება №1704 „საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე“;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 19 მარტის ბრძანება №64/ნ „ქვეყანაში სამედიცინო და პროფილაქტიკური სადეზინფექციო საშუალებების სრულყოფის შესახებ“ – განსაზღვრულია სადეზინფექციო საშუალებების რეგისტრაციის პროცედურები, ჩამოთვლილია მოთხოვნილი სავალდებულო დოკუმენტაცია, რეგისტრაციის ვადები და პირობები;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის ბრძანება №148/ო „ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში – კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი)“;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 19 სექტემბრის ბრძანება №01-63/ნ „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“;

სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, შენახვისა და გაუვნებლების სანიტარული წესები (№64 დადგენილება, 2014.01.15);

ნარჩენების მართვის კოდექსი (2014.12.26);

მაიონებელი გამოსხივების წყაროებთან მოპყრობისადმი რადიაციული უსაფრთხოების ნორმებისა და ძირითადი მოთხოვნების ტექნიკური რეგლამენტი (№450 დადგენილება, 2015.08.27);

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 7 სექტემბრის ბრძანება №01-38/ნ „ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ“ – ბრძანება განსაზღვრავს ყველა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისთვის სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული და ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვის, მართვის, ზედამხედველობის, კონტროლისა და პრევენციის წესებს, რომელიც მოთხოვნილია სანებართვო პირობებით;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 18 იანვრის ბრძანება №01-2/ნ „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 5 დეკემბრის ბრძანება №01-48/ნ „ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმისა და წესის და რეესტრის წარმოების წესის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და

სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 7 დეკემბრის №398/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე;

საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 7 მარტის დადგენილება №115 „სახეობებისა და მახასიათებლების მიხედვით ნარჩენების ნუსხის განსაზღვრისა და კლასიფიკაციის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 17 აგვისტოს №426 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე;

საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 7 ივლისის დადგენილება №317 ტექნიკური რეგლამენტის – „სამედიცინო დასხივების სფეროში რადიაციული უსაფრთხოების მოთხოვნების“ დამტკიცების შესახებ;

ნარჩენების მართვის კოდექსით გათვალისწინებული ზოგიერთ ვალდებულებათა რეგულირების წესი (დადგენილება №446, 2016.09.16);

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 20 დეკემბრის №01-268/ო ბრძანება ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში- კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია და და კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (2009 წლის 14 აპრილის №148/ო ბრძანებაში შევიდა ცვლილება და ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცდა დანართი №1- გაიდლაინი და პროტოკოლი);

ტექნიკური რეგლამენტის – „სამედიცინო ნარჩენების მართვა“ დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 16 ივნისის №294 დადგენილება;

სსიპ – ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დირექტორის 2018 წლის 18 იანვრის ბრძანება №06-6/ო.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 20 მარტის ბრძანება №01-13/ნ „ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 7 სექტემბრის №01-38/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ;

2019 წლის 19 თებერვალი -საქართველოს ორგანული კანონი შრომის უსაფრთხოების შესახებ;

2020 წლის 14 სექტემბერი- ბრძანება N01-455/ო, ინფექციის კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში- ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) დამტკიცების თაობაზე. წლების განმავლობაში ხდებოდა ცვლილებების შეტანა მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების რეგლამენტში (N359, 22.11.2010):

№92 დადგენილება, 2015.03.09. 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ საერთო მოთხოვნებს დაემატა პუნქტი: დაწესებულების ეზო (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) უნდა იყოს სუფთა და თავისუფალი ნარჩენებისგან (<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2762542?publication=0>).

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის

დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ 2018 წლის 1 მარტის დადგენილება №105, „საერთო მოთხოვნებს“ დაემატა შემდეგი შინაარსის მე-9 პუნქტი: „სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კონტროლი და პრევენცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით“

(<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4086139?publication=0>).

„მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ, 2018 წლის 27 ივლისის საქართველოს მთავრობის დადგენილება №380. საერთო მოთხოვნებს დაემატა შემდეგი შინაარსის მე-10 პუნქტი: „პოლიფარმაციის შემთხვევებზე რეაგირების შიდა სისტემის არსებობა, რომელიც მოიცავს პაციენტის დანიშნულებების მონიტორინგს, პოლიფარმაციის შემთხვევების იდენტიფიცირებას, შესწავლას, აღრიცხვასა და მართვას (მ.შ. რეაგირებას)“

(<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4277555?publication=0>).

„მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ, 2020 წლის 3 ივნისის საქართველოს მთავრობის დადგენილება №346. მე-13 მუხლით განსაზღვრული ცხრილის – „სტომატოლოგიური საქმიანობის/მომსახურების შემთხვევაში დამატებით აუცილებელია“ VII გრაფა ჩამოყალიბდა შემდეგი რედაქციით: სტომატოლოგიური კაბინეტისათვის ფართობი უნდა შეადგენდეს ძირითად სტომატოლოგიურ სავარძელზე – არანაკლებ 12 მ2-სა და ყოველ დამატებით სავარძელზე – არანაკლებ 6 მ2-ს (სავალდებულო მოთხოვნას წარმოადგენს 2014 წლის 1 მაისიდან. სტომატოლოგიური კაბინეტის ფართობი – იზოლირებული სამუშაო სივრცის ფართობი, სადაც უშუალოდ განლაგებულია სტომატოლოგიური სავარძელი/სავარძლები).

„ინფექციური დაავადებების გავრცელების პრევენციის კონტროლის უზრუნველყოფა კანონმდებლობით დადგენილი რეკომენდაციებისა და მოთხოვნების შესაბამისად. შენიშვნა: რეკომენდაციებსა და მოთხოვნებს ადგენს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.“(<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4887952?publication=0>).