



საქართველოს უნივერსიტეტი
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა
სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

მაკა ყურაშვილი

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის
მეცნიერებების სკოლაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის
მოსაპოვებლად

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე:
პირველადი ჯანდაცვა - ოჯახის ექიმის მრავალფუნქციური როლი ეპიდემიების
მართვისა და პრევენციის მიმართულებით

თემის ხელმძღვანელი: პროფ. ელზა ნიკოლეიშვილი

თბილისი

2025

ანოტაცია

ახალი კორონა ვირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული დაავადება COVID 19 სერიოზული ინდიკატორი აღმოჩნდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სუსტი მხარეების გამოსავლენად, უპირატესად, პირველადი ჯანდაცვის. პანდემიის პერიოდში, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების და საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტებთან ერთად შემუშავებულ იქნა ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე საექმო შემთხვევის მართვის პროტოკოლი პირველად ჯანდაცვაში. პროტოკოლზე დაყრდნობით, პანდემიის პერიოდში, შესაძლებელი უნდა გამხდარიყო ოჯახის ექიმის მიერ მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის შემთხვევების დროული შეფასება და მართვა, კოორდინაცია ჯანდაცვის სხვა სამსახურებთან, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული ინტერვენციების განსაზღვრა, ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების პრევენცია და რეფერალური მომსახურება. არსებული პროტოკოლის შეფასების მიზნით 2023 წლის მაისში დაიგეგმა კვლევა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა ოჯახის ექიმის როლისა და ფუნქციის შეფასება კორონავირუსით (SARS-COV-2) გამოწვეული COVID 19 დაავადების მართვისა და პრევენციის მიმართულებით ქ. თბილისში არსებულ ამბულატორიულ ცენტრებში, კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტზე (პროტოკოლი) დაყრდნობით. კვლევა ჩატარდა ქ. თბილისში არსებულ 35 ამბულატორიულ ცენტრში. კვლევაში მონაწილეობდა შერჩეული ამბულატორიული ცენტრის 298 ოჯახის ექიმი ($n=298$), 396 პაციენტი ($n=396$) და 17 მენეჯერი ($n=17$). ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შეფასდა ოჯახის ექიმის როლი და ფუნქცია და შემუშავდა რეკომენდაციები.

ავტობიოგრაფია

დავიბადე 1986 წლის 4 იანვარს.

ოჯახური მდგომარეობა: მეუღლე და სამი შვილი.

განათლება:

2019-2025 წწ საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამა. დოქტორანტი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში.

2014 წელი-საქართველოს საზოგადოებრივი მართვის ინსტიტუტი (GIPA) - ჯანდაცვის პოლიტიკა და ადმინისტრირება სასერთიფიკატო კურსი.

2010 წელი - მოზრდილთა თერაპიული სტომატოლოგიის სერტიფიცირება.

2009-2010 წწ. - პოსტ-დიპლომური სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტი, სასწავლო-კვლევითი ცენტრი «უნიდენტი “რეზიდენტურა თერაპიულ სტომატოლოგიაში,

2003-2008 წწ. - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, სტომატოლოგიური ფაკულტეტი, სპეციალობა თერაპიული სტომატოლოგია, ბაკალავრის ხარისხი, მაგისტრის ხარისხი.

სამუშაო გამოცდილება

2019წ - დღემდე სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო რეგულირების დეპარტამენტი - სახელმწიფო პროგრამების რევიზია/კონტროლის სამმართველო

2018წ-2019 წწ - სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო -კონტროლის დეპარტამენტი,

ჯანდაცვის პროგრამების სამმართველო

2017წ-2018 წწ - სამედიცინო კორპორაცია «ევექსი»

2013წ -2016 წწ - სს «სტანდარტ დაზღვევა საქართველო»

მადლიერების გამოხატვა

ჩემს სამეცნიერო ნაშრომს ვუძღვნი მამაჩემის ნათელ ხსოვნას, რომლის დიდი დამსახურებით შევექიდე ამ საპასუხისმგებლო საქმეს. ასევე მინდა მადლიერება გამოვხატო ჩემი ოჯახის - დედის, მეუღლის და შვილების მიმართ, რომლებიც გაგებით და მოთმინებით მოეკიდნენ ჩემს ნაშრომზე მუშაობის პერიოდს.

მადლობა ჩემს კოლეგებსა და მეგობრებს, მათ მიერ კვლევის პერიოდში გამოხატული დახმარებისა და თანადგომისათვის.

განსაკუთრებული მადლობა და პატივისცემა ჩემს სამეცნიერო ხელმძღვანელს, ქალბატონ ელზა ნიკოლეიშვილს. რომლის უდიდესი ძალისხმევის, ჩემი მისწრაფებების ღრმა რწმენის, მისი მხრიდან გამოცდილების და ცოდნის გაზიარების შედეგია ჩემი სადისერტაციო ნაშრომი. ქალბატონი ელზას უშრეტმა ენთუზიაზმა და დაუღალავმა გვერდში დგომამ მომცა უდიდესი მოტივაცია დამესრულებინა ჩემი სადოქტორო კვლევა. მადლობა მინდა გადავუხადო სამეცნიერო - საკონსულტაციო საბჭოს თითოეულ წევრს. მათი მხარდაჭერა მამლევდა მოტივაციას და წარმოადგენდა ჩემს მამოძრავებელ ძალას ამ ურთულეს გზაზე.

და ბოლოს, დიდი მადლობა საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის და მეცნიერებების სკოლას იმ საინტერესო და ნაყოფიერი წლებისათვის, რომელიც გავატარე სადოქტორო საფეხურზე სწავლის პერიოდში.

სარჩევი

ანოტაცია.....	2
ავტობიოგრაფია.....	3
მადლიერების გამოხატვა.....	4
ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული დიაგრამების ჩამონათვალი	7
ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი	9
ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურა:	11
შესავალი.....	12
თემის აქტუალობა.....	12
კვლევის ჰიპოთეზა (ნულოვანი)	13
კვლევის ალტერნატიული ჰიპოთეზები.....	14
(H1): ალტერნატიული ჰიპოთეზა:.....	14
საქართველოში, ოჯახის ექიმები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ეპიდემიის პრევენციასა და მართვაში მათი მრავალფუნქციური როლით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივების გამოვლენით, პაციენტთა მოვლით და საზოგადოებრივ აქტიურობაში ჩართულობით	14
კვლევის მიზანი:.....	14
კვლევის ამოცანები:	14
კვლევი მეთოდოლოგია, კვლევის დიზაინი, სამიზნე ჯგუფები დაკვლევის ინსტრუმენტები.....	16
ნაშრომის სტრუქტურა და მოცულობა:.....	16
ნაშრომის აპრობაცია:.....	17
თავი I.	18
1. ლიტერატურის მიმოხილვა.....	18
1.1. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორიული მიმოხილვა; ოჯახის ექიმები და მათი როლი პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების პროცესში.....	18
1.2. ახალი კორონავირუსის (Sars-Cov 2- ის) წარმოშობა. ეტიოლოგია. პათოგენეზი....	31
1.3. პანდემიების განვითარების ისტორია. ზოგადი მიმოხილვა	33
1.4. COVID 19 მართვა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნების და საქართველოს მაგალითზე. პროტოკოლის შექმნის მიზნები და ამოცანები. კოვიდიმუნიზაცია.....	37
თავი II.	49
2. კვლევით მიღებული შედეგები	49
2.1 საკვლევი ჯგუფის დახასიათება - ოჯახის ექიმები.....	49

2.2. საკვლევი ჯგუფის დახასიათება - პაციენტები.....	63
2.3. საკვლევი ჯგუფი - მენეჯერები.....	78
თავი III.	84
ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო და უწყვეტი პროფესიული განათლების მნიშვნელობა ეპიდემიის მართვის და პრევენციის მიზნით.....	84
თავი IV.	92
რეზიუმე, მიღებული შედეგების განხილვა; დასკვნები; პრაქტიკული რეკომენდაციები .	92
დასკვნები	103
დანართები.....	106
დანართი I. ინფორმირებული თანხმობა.....	106
დანართი II. კითხვარი ოჯახის ექიმებისათვის.....	110
დანართი III. კითხვარი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის პაციენტებისათვის.....	114
დანართი IV. კითხვარი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მენეჯერებისათვის.....	118
გამოყენებული ლიტერატურა.....	121

ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული დიაგრამების ჩამონათვალი

დიაგრამა 1. ოჯახის ექიმების განაწილება ასკობრივი ჯგუფების მიხედვით

დიაგრამა 2. პრევენციული ხასიათის ვიზიტების რეგულარობა-ექიმების შეფასებით

დიაგრამა 3. რეგულარული სამედიცინო სერვისებით მომსახურება-ოჯახის ექიმების შეფასებით

დიაგრამა 4. სატელეფონო კონსულტაციები (ტრიაჟი) ოჯახის ექიმთა ასკობრივი ჯგუფების მიხედვით

დიაგრამა 5. ოჯახის ექიმთა მიერ ჩატარებული სატელეფონო კონსულტაციები (სატელეფონო ტრიაჟი)

დიაგრამა 6. ოჯახის ექიმის მიერ აღნიშნული კოვიდინფიცირებული პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის ძირითადი მაჩვენებლები

დიაგრამა 7. ოჯახის ექიმის მიერ აღნიშნული თანმხლები დაავადებები კოვიდინფიცირებული პაციენტების ჰოსპიტალიზაციისას

დიაგრამა 8. ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობა საკუთარი ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ (მათ მიერვე დადასტურებული COVID 19)

დიაგრამა 9. ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობა საკუთარი ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ (მათი გვერდის ავლით დადასტურებული COVID 19)

დიაგრამა 10. ოჯახის ექიმის ინფორმირებულობა მის მიერ და მისი გვერდის ავლით დადასტურებული COVID 19 - ით პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის შესახებ

დიაგრამა 11. ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები ექიმთა ასკობრივი ჯგუფების მიხედვით

დიაგრამა 12. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტების ინფორმირებულობა COVID 19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინის საჭიროების აუცილებლობის შესახებ

დიაგრამა 13. ოჯახის ექიმების პასუხები პაციენტთა კოვიდიმუნიზაციის თაობაზე

დიაგრამა 14. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტთა ინფორმირებულობა სეზონური გრიპის იმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე

დიაგრამა 15. ოჯახის ექიმების დამოკიდებულება პროტოკოლის მიმართ

დიაგრამა 16. არსებულ პროტოკოლთან დაკავშირებით ოჯახის ექიმების განსახვავებული მოსაზრებები

დიაგრამა 17. პაციენტთა განაწილება ასკობრივი ჯგუფის მიხედვით

დიაგრამა 18. პაციენტთა განაწილება ჯანმრთელობის დაზღვევის ტიპების მიხედვით

დიაგრამა 19. პაციენტთა გადანაწილება განათლების დონის მიხედვით

დიაგრამა 20. ოჯახის ექიმთან ვიზიტების რეგულარობა ჯანმრთელობის დაზღვევის ტიპების შესაბამისად

დიაგრამა 21. ოჯახის ექიმთან მომართვიანობის მიზეზი

დიაგრამა 22. საყოველთაო დაზღვევის პაციენტების კმაყოფილება-ნდობა ოჯახის ექიმების მიმართ

დიაგრამა 23. კერძო დაზღვევის პაციენტების კმაყოფილება - ნდობა ოჯახის ექიმების მიმართ

დიაგრამა 24. თვითდაფინანსები მქონე პაციენტების კმაყოფილება - ნდობა ოჯახის ექიმების მიმართ

დიაგრამა 25. პაციენტთა პასუხები COVID 19 პანდემიის დროს ოჯახის ექიმთან მომართვიანობის რეგულირებაზე

დიაგრამა 26. პაციენტების პასუხები ოჯახის ექიმის მიერ საექვო/სავარაუდო კონტაქტების აღრიცხვის შესახებ

დიაგრამა 27. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტთა ინფორმირებულობა კოვიდიმუნიზაციის თაობაზე

დიაგრამა 28. ოჯახის ექიმის მიერ, სხვადასხვა დაზღვევის ტიპის მქონე პაციენტთა ინფორმირებულობა კოვიდიმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე

დიაგრამა 29. პაციენტთა დამოკიდებულება სეზონური გრიპის ვაქცინაციასთან მიმართებით

დიაგრამა 30. პაციენტთა პასუხები ოჯახის ექიმის მომსახურების შესახებ

დიაგრამა 31. სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტთა პასუხები ოჯახის ექიმის მომსახურების თაობაზე

დიაგრამა 32. 33 პჯდც განაწილება ბენეფიციარების რაოდენობით და მიღებული პაციენტების მიხედვით

დიაგრამა 34. ოჯახის ექიმების ჩართულობა უწყვეტ სამედიცინო და უწყვეტ პროფესიულ საგანმანათლებლო ტრეინინგებსა და ვორქშოფებში

დიაგრამა 35. ოჯახის ექიმების მიერ სამედიცინო ჟურნალებისა და სტატიების გაცნობის მაჩვენებელი

დიაგრამა 36. ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობა განახლებული გაიდლაინებითა და პროტოკოლებით

დიაგრამა 37. ოჯახის ექიმების პრევენციული ხასიათის კონსულტაციები უსგ-უპგ-ის დონის მიხედვით

დიაგრამა 38. ოჯახის ექიმის მიერ დადასტურებული COVID 19-ით ჰოსპიტალიზებული ბენეფიციარების რაოდენობა დაკავშირებული უსგ/უპგ დონესთან

დიაგრამა 39. ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით დადასტურებული COVID 19-ით ჰოსპიტალიზებული ბენეფიციარების რაოდენობა დაკავშირებული უსგ/უპგ დონესთან

დიაგრამა 40. COVID19 - ის საწინააღმდეგო ვაქცინით აცრილი ბენეფიციარების რაოდენობა დაკავშირებული ექიმების უსგ/უპგ დონესთან

ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი 1. სერტიფიცირებული ოჯახის ექიმთა რაოდენობა

ცხრილი 2. ოჯახის ექიმთა განაწილება სამუშაო გამოცდილების მიხედვით

ცხრილი 3. COVID 19 პანდემიის დროს პაციენტთა მომართვიანობის მაჩვენებლები, ოჯახის ექიმის შეფასებით

ცხრილი 4. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტთა ინფორმირებულობა სეზონური გრიპის იმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე, ექიმთა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ცხრილი 5. ოჯახის ექიმების დამოკიდებულება პროტოკოლის მიმართ

ცხრილი 6. ოჯახის ექიმისათვის ხელმძღვანელების მხრიდან გამოვლენილი მხარდაჭერის შეფასება

ცხრილი 7. პაციენტთა განაწილება სქესის მიხედვით

ცხრილი 8. პაციენტების მიერ ოჯახის ექიმთან ვიზიტთა რაოდენობა წლის განმავლობაში

ცხრილი 9. სეზონური ვირუსების დროს ოჯახის ექიმთან მომართვიანობა სადაზღვევო პაკეტის ტიპების მიხედვით დაყოფილ პაციენტთა ჯგუფებში

ცხრილი 10. პაციენტების პასუხები COVID 19 პანდემიის დროს ოჯახის ექიმის მიერ დაკავშირების თაობაზე

ცხრილი 11. პაციენტთან კონსულტაციებისთვის დათმობილი დრო COVID 19 დროს

ცხრილი 12. შშმ პირებზე ადაპტირებული სერვისები პჯდ ცენტრში

ცხრილი 13. პჯდ ცენტრში სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობის შესახებ სხვდასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტთა პასუხები

ცხრილი 14. პაციენტთა ზოგადი დამოკიდებულება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მიმართ

ცხრილი 15. მენეჯერთა პასუხები ექთნების რაოდენობის შესახებ პჯდ ცენტრში

ცხრილი 16. გამოკითხული მენეჯერების პასუხები, ოჯახის ექიმთან ვიზიტების მიზნობრიობის მიხედვით

ცხრილი 17. გამოკითხული მენეჯერების პასუხები პროტოკოლის რეკომენდაციების პრიორიტეტულობის შესახებ

ცხრილი 18. პროტოკოლის დაცვისა და ხარისხიანად შესრულებისათვის ჩატარებული ღონისძიებები

ცხრილი 19. პჯდ ცენტრში დასაქმებული თანამშრომლებისათვის ჩატარებული ტრენინგი პროტოკოლის ხარისხიანად შესრულებისათვის

ცხრილი 20. მენეჯერების აზრით, შესასრულებლად რთული რეკომენდაცია

ცხრილი 21. პირველად ჯანდაცვის ცენტრებში, ექიმებისა და ექთნებისათვის ინფექციის კონტროლის უზრუნველყოფისათვის ჩატარებული ღონისძიებები

ცხრილი 22. ოჯახის ექიმთა მონაწილეობა საგანმანათლებლო ღონისძიებებში

ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურა:

- COVID 19- კოვიდ 19
- SARS-Cov-2- სარს კოვიდ 2
- MERS-CoV-მერს კოვიდი
- RSV-რესპირატორული სინციციალური ვირუსი
- HcoV - ადამიანის კორონავირუსი
- H0 - ნულოვანი ჰიპოთეზა
- H1 - ჰიპოთეზა ერთი
- H2 - ჰიპოთეზა ორი
- H3 - ჰიპოთეზა სამი
- CME - უწყვეტი სამედიცინო განათლება
- CPE - უწყვეტი პროფესიული განათლება
- CDC – (Centers for Disease Control and Prevention) – დაავადებათა მართვისა და კონტროლის ცენტრი
- ECDC- (European for Disease Control and Prevention)-დაავადებათა მართვის და კონტროლის ცენტრი
- PCR - Polymerase chain reaction - პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია
- RRT-რევერსულ-ტრანსკრიფციული რეაქცია
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - სოციალური მეცნიერებების სტატისტიკური პაკეტი
- Sample Size - შერჩევის ზომა
- n - შერჩევის მოცულობა (ზომა)
- d - მაქსიმალური დასაშვები ცდომილება
- p - საიმედობის დონე
- r - კორელაციის კოეფიციენტი
- ε - ცდომილების ზღვარი
- UHCP - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა
- WHO (World health Organization) - ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაცია
- ACCME - უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭო
- AAFP - ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემია
- ARDS - მწვავე რესპირაციული დაავადების სინდრომი

შესავალი

თემის აქტუალობა

ეპიდემიები და პანდემიები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემებს, მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, მნიშვნელოვანი გამოწვევების წინაშე აყენებს, რომელთა მართვაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ოჯახის ექიმები. პანდემიის პერიოდში, ოჯახის ექიმის მიერ არ/ვერ ხდებოდა COVID 19 დაავადების დიფერენცირება სხვა ტიპის რესპირაციული ინფექციებისგან, მათი ადრეული დიაგნოსტიკა, სტაციონარულ სერვისებზე მოთხოვნის შემცირება, ჰოსპიტალიზაციის შემცირება, უსიმპტომო პაციენტების და მსუბუქად მიმდინარე პაციენტების ბინაზე მართვა. შესაბამისად იზრდებოდა პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი, რაც იწვევდა ჯანდაცვის სისტემის კოლაფსს. აღნიშნულმა მგომარეობამ უარყოფითი გავლენა მოახდინა პანდემიის პერიოდში COVID 19 დაავადების მართვასა და პრევენციაზე. ჩვენი კვლევის ჰიპოთეზაც ამაში მდგომარეობდა, რომ პუდ ცენტრებში არ არსებობდა შესაბამისი ადამიანური რესურსი და ინფრასტრუქტურა, რომელც უზრუნველყოფდა ზემოაღნიშნული ფუნქციის შესრულებას და არ გამოიწვევდა ოჯახის ექიმის არასრულფასოვან ფუნქციონირებას.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში COVID 19 - ის წინააღმდეგ ეფექტიანი მუშაობისათვის შემუშავებულ იქნა პროტოკოლები და გაიდლაინები (Goldstein /გოლდსტეინი , 2022), (Bays , at al/ბეის და სხვა, Online December 24, 2021) რომელშიც აღწერილი რეკომენდაციები ეხებოდა ოჯახის ექიმის მიერ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში გაზრდილი ინფექციის (WHO. SARS/ჯანმო, 2021.). შემთხვევების მართვას როგორც სატელეფონო, ისე ამბულატორიულ პირობებში. პროტოკოლის მიხედვით დაავადების საშუალო და მძიმედ მიმდინარე შემთხვევების დიფერენცირება ხდებოდა სატელეფონო კონსულტაციის საშუალებით, ხოლო, მსუბუქი ფორმის დროს, პაციენტები განაგრძობდნენ ბინაზე მკურნალობას თვითიზოლაციის პირობებში ოჯახის ექიმის დისტანციური მეთვალყურეობის ქვეშ.

პანდემიის პერიოდში COVID 19 ეფექტიანი და კოორდინირებული ბრძოლის მიზნით 2020 წლის 28 იანვარს საქართველოში ჩამოყალიბდა უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო, როგორც კორონავირუსთან დაკავშირებულ საკითხებზე გადაწყვეტილების მიმღები ძირითადი პლატფორმა. ხოლო, საქართველოს საოჯახო მედიცინის

პროფესიონალთა კავშირის მიერ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების და საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტებთან ერთად შემუშავებულ იქნა ახალი კორონავირუსით (WHO. SARS/ჯანმო, 2021.) გამოწვეულ ინფექციაზე საექმო შემთხვევის მართვის პროტოკოლი პირველად ჯანდაცვაში. პროტოკოლზე დაყრდნობით, პანდემიის პერიოდში, შესაძლებელი უნდა გამხდარიყო ოჯახის ექიმის მიერ მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის შემთხვევების დროული შეფასება და მართვა, კოორდინაცია ჯანდაცვის სხვა სამსახურებთან, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული ინტერვენციების განსაზღვრა, ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების პრევენცია და რეფერალური მომსახურება. კვლევაში შევაფასეთ ისეთი მნიშვნელოვანი ასპექტები, როგორიცაა: სატელეფონო ტრიაჟი, COVID 19 საექმო შემთხვევების მართვა, ინფექციის პრევენცია და კონტროლი პჯდ ცენტრებში COVID 19 გავრცელებისა და თავიდან აცილების მიზნით, ოჯახის ექიმის მიერ გადაწყვეტილების მიღება და მართვა: შესაძლო COVID 19 შემთხვევა და არაშესაძლო COVID 19 შემთხვევა (Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2020).

საქართველოში, COVID 19 - ის პირველი შემთხვევა 2020 წლის 27 თებერვალს დაფიქსირდა. სულ დადასტურებული შემთხვევათა რაოდენობა იყო 1 655 221; მათ შორის, გარდაცვლილთა რაოდენობა - 16 811, რომელთა 65%-ს აღენიშნებოდა თანმხლები ქრონიკული დაავადებები. საქართველოში, კოვიდსაწინააღმდეგო ვაქცინით ჩატარებული აცრების რაოდენობა იყო 2 930 677; ხოლო სრულად ვაქცინირებულ ადამიანთა რაოდენობა - 1 276 173 (NCDC and Public Health, 7th revision/დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, მე-7 გადახედვის ანგარიში, 2021).

კვლევის ჰიპოთეზა (ნულოვანი)

იმ ფაქტზე დაყრდნობით რომ, საქართველოში, პირველადი ჯანდაცვა ჯერ კიდევ არ არის სრულყოფილად განვითარებული და მისი ფუნქციონირება არ ეფუძნება საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებს, ოჯახის ექიმის როლი და ფუნქცია ჯერ კიდევ დაუზუსტებელია და არასრულფასოვნადაა შეფასებული, ოჯახის ექიმების უსგ და უპგ არ არის რეგულირებული - შესაბამისად, ოჯახის ექიმებს ვერ ექნებათ

მნიშვნელოვანი გავლენა ეპიდემიების პრევენციასა და მართვაზე პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში.

კვლევის ალტერნატიული ჰიპოთეზები

(H1): ალტერნატიული ჰიპოთეზა:

საქართველოში, ოჯახის ექიმები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ეპიდემიის პრევენციასა და მართვაში მათი მრავალფუნქციური როლით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივების გამოვლენით, პაციენტთა მოვლით და საზოგადოებრივ აქტიურობაში ჩართულობით

(H2): მეორე ალტერნატიული ჰიპოთეზა:

საქართველოში, ოჯახის ექიმების აქტიური ჩართვა ეპიდემიისთვის მზადყოფნის პროგრამებში და ინტეგრირება ეპიდემიებზე რეაგირების ეროვნულ გაიდლაინებში-ზრდის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციების დადებით შედეგებსა და ეფექტიანობას.

(H2): მესამე ალტერნატიული ჰიპოთეზა:

ოჯახის ექიმების უწყვეტი პროფესიული და სამედიცინო განათლება (CPE, CME) ასოცირდება ეპიდემიის მართვის უკეთეს შედეგებთან.

კვლევის მიზანი:

ოჯახის ექიმის როლისა და ფუნქციის შეფასება კორონავირუსით (SARS-COV-2) გამოწვეული COVID 19 დაავადების მართვისა და პრევენციის მიმართულებით ქ. თბილისში არსებულ ამბულატორიულ ცენტრებში, კორონავირუსით გამოწვეულ ინფექციაზე საექმო შემთხვევების მართვის პროტოკოლზე დაყრდნობით.

კვლევის ამოცანები:

დასახული მიზნების მისაღწევად განხორციელებული ამოცანები:

ოჯახის ექიმების როლის შეფასება ეპიდემიების ადრეული გამოვლენის, პრევენციისა და მართვის მიმართულებით;

ოჯახის ექიმის როლის შესწავლა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემებთან კოორდინაციასა და ეპიდემიასთან დაკავშირებული ჯანდაცვის საჭიროებების მართვაში; ოჯახის ექიმის უსგ და უპგ გავლენის შესწავლა ეპიდემიაზე რეაგირებისა და მართვის მიმართულებით;

ოჯახის ექიმების მიერ, პჯდ ცენტრებში COVID 19 მართვის პროტოკოლის დაცვის და ყოველდღიურ პრაქტიკაში ინტეგრაციის შეფასება;

პჯდ ცენტრში COVID 19 მართვის პროტოკოლის გავლენა ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილების მიღებაზე;

კვლევის სამეცნიერო სიახლე და ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება

პირველად საქართველოში, შეფასდა:

პჯდ ცენტრებში, COVID 19 მართვის პროტოკოლის გავლენა ოჯახის ექიმის მიერ მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის შემთხვევების მართვაზე;

ოჯახის ექიმის როლი საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში, რაც გულისხმობს ჰოსპიტალიზაციის რისკების შემცირებას, ეპიდემიასთან დაკავშირებული ჯანდაცვის საჭიროებების მართვას და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემებთან კოორდინაციას; ოჯახის ექიმი მიერ, ქრონიკული დაავადებების (ასთმა, შაქრიანი დიაბეტი) მქონე პაციენტებში COVID19-ის საეჭვო და დადასტურებულ შემთხვევების მართვის უნარები;

ციფრული ჯანმრთელობის ინსტრუმენტების (ტელემედიცინა, ციფრული მეთვალყურეობა და კონტაქტის მიკვლევის გზები) ჩართულობა ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში;

ოჯახის ექიმის უწყვეტი განათლების გავლენა ეპიდემიის მართვაზე, უსგ და უპგ მიმართულებით არსებული გამოწვევები;

პირველად საქართველოში, შეფასდა ბარიერები, რომლებიც გამოიკვეთა პროტოკოლის შესრულების დროს, კერძოდ, ოჯახის ექიმების გაზრდილი დატვირთვა და დისტანციური მუშაობა, უცნობი (არაბენეფიციარი) პაციენტების და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მართვა;

ოჯახის ექიმების წვლილი პჯდ ცენტრებში COVID 19 მართვის პროტოკოლის დანერგვასა და შესრულებაში;

შემუშავდა რეკომენდაციები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკისთვის- ჯანდაცვის სისტემაში ოჯახის ექიმების როლის გამოკვეთის და მათი სისტემაში ინტეგრაციის გაძლიერებისთვის, ასევე, მიზანმიმართული სასწავლო პროგრამების (უსგ, უპგ) შექმნის და მათზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიმართულებით.

კვლევი მეთოდოლოგია, კვლევის დიზაინი, სამიზნე ჯგუფები და კვლევის ინსტრუმენტები

კვლევა ჩატარდა ქ. თბილისში არსებულ 35 ამბულატორიულ ცენტრში. კვლევაში მონაწილეობდა შერჩეული ცენტრების 298 ოჯახის ექიმი ($n=298$), 396 პაციენტი ($n=396$) და 17 მენეჯერი ($n=17$).

კვლევის დიზაინად შევარჩიეთ ჯვარედინ - სექციური კვლევა. კვლევის მეთოდებად გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მეთოდები. კვლევის ინსტრუმენტს წარმოადგენდა - კითხვარი.

რაოდენობრივი და თვისობრივი კვლევის შედეგად მიღებული პასუხების დამუშავება განხორციელდა კომპიუტერულ პროგრამა SPSS v.22.0-ის (ჩიკაგო, ილინოისი, აშშ) საშუალებით. ჯგუფებს შორის შესწავლილი პარამეტრების განსხვავების სტატისტიკური სანდოობა შეფასდა χ^2 -ტესტით. სტატისტიკური განსხვავების კრიტერიუმად მიჩნეული იქნა $p<0.05$.

კვლევის თვისობრივი მეთოდით- ჩაღრმავებული ინტერვიუს ფორმატით ჩატარდა ოჯახის ექიმების და მენეჯერების გამოკითხვა. კითხვარი უნივერსიტეტის ბიოეთიკური კომისიის მიერ დადებითად შეფასდა. კითხვების მნიშვნელოვანი ნაწილი მომზადდა COVID 19-ის საექვო შემთხვევის მართვის სახელმწიფო სტანდარტზე (პროტოკოლი) დაყრდნობით.

ნაშრომის სტრუქტურა და მოცულობა:

დისერტაცია მოიცავს შესავალს, ოთხ თავს, დასკვნებს, პრაქტიკული რეკომენდაციებს, 4 დანართს და გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალს. დისერტაცია დაწერილია 130 გვერდზე, APA-ს სტილის დაცვით, ნაშრომში ჩართულია 22

ცხრილი და 40 გრაფიკული ნახატი. გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალი მოიცავს 132 წყაროს.

ნაშრომის აპრობაცია:

კვლევის შედეგები განხილულ იქნა საერთაშორისო და საუნივერსიტეტო კონგრესებზე და კონფერენციებზე:

საერთაშორისო მულტიდისციპლინური სკოლა-კონფერენცია ბიომედიცინაში INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY SCHOOL CONFERENCE ON BIOMEDICINE – წარმოდგენილ იქნა აბსტრაქტი და პრეზენტაცია „ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო და პროფესიული განათლების მნიშვნელობა ეპიდემიის მართვის და პრევენციის კუთხით“;

საჯარო ლექცია „ოჯახის ექიმების უწყვეტ სამედიცინო და პროფესიული განათლებაზე ხელმისაწვდომობა და მისი მნიშვნელობა ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმის ზრდისთვის“ წარმოდგენილ იქნა საქართველოს უნივერსიტეტში;

საჯარო ლექცია „ოჯახის ექიმის როლის შეფასება COVID 19-ის კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტებზე დაყრდნობით“-წარმოდგენილ იქნა საქართველოს უნივერსიტეტში.

კვლევის შედეგები გამოქვეყნებულ იქნა:

Kurashvili M, Nikoleishvili E. Enhancing the Family Physician Competency in Epidemic management through Continuous Medical Education and (CME) and Continuous Professional Development (CPD). Am J Biomed Sci Res. 2023;20(2):146-53. doi: 10.34297/AJBSR.2023.20.002685

Kurashvili M, Nikoleishvili E. Tananshvili D, et al. Strategies for Family Physicians: Implementing State Standards for COVID-19 Identification and Management in Tbilisi, (Georgia). Acta Scientific Medical Sciences. 2024;8(9):8-14.

Kurashvili M, Nikoleishvili E. Tananshvili D. Innovations and Challenges in Epidemic Management Among Family Doctors in Tbilisi, Georgia During the COVID-19 Pandemic. Journal of Public Health Research. 2024 (in print)

თავი I.

1. ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორიული მიმოხილვა; ოჯახის ექიმები და მათი როლი პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების პროცესში

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციას ოფიციალურად საფუძველი ჩაეყარა 1978 წელს ქ. ალმა-ათაში, WHO/UNICEF კონფერენციაზე, სადაც წარმოდგენილი იყო 150 ქვეყნის მთავრობის წარმომადგენელი. აღნიშნულ კონფერენციაზე მოხდა პირველადი ჯანდაცვის (პდჯ) არსის განმარტება. პირველადი ჯანდაცვა (პდჯ) განისაზღვრა არსებითად აუცილებელ ჯანდაცვად, რომელიც უნდა დამყარებოდა პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიებს (WHO Chron1978/ჯანმო, 1978) ჯანდაცვის ყოვლისმომცველი დეფინიცია შეიძლება ასე ჩამოყალიბდეს: პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) ეს არის ადამიანების ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილება ყოვლისმომცველი, მასტიმულირებელი, დამცავი, პრევენციული, სამკურნალო სარეაბილიტაციო და პალიატიური დახმარებით მთელი ცხოვრების მანძილზე (Walsh , Warren /ვოლში , ვორენი, 1979).

1993 წელს მაცინკომ და თანაავტორებმა განსაზღვრეს პჯდ-ს ოთხი ძირითადი მახასიათებელი (მაცინკო და სხვ., 2003):

ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან პირველი დონის კონტაქტები მოიცავს:

მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობას;

ყოვლისმომცველობას;

კოორდინირებას.

პირველი დონის კონტაქტი - პჯდ მოსახლეობისათვის წარმოადგენს ერთგვარ კარიბჭეს ჯანდაცვის სისტემაში. საზოგადოების თითოეულმა წევრმა საჭიროების შემთხვევაში შეუძლია ისარგებლოს სამედიცინო მომსახურებით.

უწყვეტობა -ექიმი პაციენტს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში აკვირდება. შესაბამისად ექიმმა კარგად იცის პაციენტს როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტული დაავადება, როგორ მიმდინარეობს და როგორ მართოს იგი. პჯდ ცენტრში მომუშავე ექიმებისათვის პაციენტთან ურთიერთობა წარმოადგენს უწყვეტ პროცესს, დაავადება კი

ეპიზოდს. რაც შეეხება სპეციალისტს მათთვის დაავადება არის უწყვეტი, ხოლო კონკრეტული ავადმყოფი წარმოადგენს ეპიზოდს. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების დონეებს შორის უწყვეტობას, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის უწყვეტობას, კონფიდენციალურობა, ლოკალურ პრობლემათა გააზრებას და თიოთოელი ინდივიდისა და ოჯახის ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას. უწყვეტობა ხელს უწყობს პრევენციული სერვისების განხორციელებას, ჰოსპიტალიზაციის და ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას

ყოვლისმომცველობა - ოჯახის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არამარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზე. დიაგნოზის დასმის დროს იგი ითვალისწინებს ყველა ზემოთჩამოთვლილ ფაქტორს. შესაბამისად, ოჯახის ექიმი განსხვავდება ექიმი -სპეციალისტისგან, რომლებიც მხოლოდ ცალკეულ დაავადებათა მკურნალობას ეწევიან და ახორციელებენ ვიწრო, სპეციალიზებულ მომსახურებას. ოჯახის ექიმი პასუხისმგებლობას იღებს სამედიცინო მომსახურების მთელ სპექტრზე. როდესაც პაციენტი მიმართავს სპეციალისტს ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე, იგი ვალდებულია სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის მიზნით საქმის კურსში ჩააყენოს ოჯახის ექიმი.

კოორდინირება - ზოგადი პრაქტიკის ექიმი განსაზღვრავს სხვა პროფესიონალების დახმარების, ჯანდაცვის რესურსებისა და მათი გამოყენების საჭიროებას. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ვალდებულია მეგზურობა გაუწიოს პაციენტს ჯანდაცვის რთულ სისტემაში და უზრუნველყოს პაციენტისათვის სამედიცინო სერვისის სწორად შერჩევა. შესაბამისად, ოჯახის ექიმის სწორი კოორდინაციით, პაციენტი იღებს სასურველ სერვისს, შესაბამის დროს და ადგილას (Cueto /გუტო , 2004).

2019 წ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განისაზღვრა და გამოქვეყნდა გლობალური ცვლილების საფრთხეები. მათ შორის მოიაზრებოდა სუსტი პირველადი ჯანდაცვა. მსოფლიოში, დაახლოებით, 930 მილიონი ადამიანი დგას სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ, რადგან, მათ მიერ, საკუთარი ჯიბიდან გადახდილი დანახარჯები ჯანდაცვაზე შეადგენს ოჯახის ბიუჯეტის 10%-ს და მეტს (WHO/ჯანმო, 2019), (Behbehani et al./ბეჰბეჰანი და სხვა, 2014). პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერებამ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში შესაძლებელია გადარჩინოს სამოც მილიონზე მეტი ადამიანის სიცოცხლე და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა გაზარდოს 3.7 წლით (DeMaeseneer , Li , Palsdottir , et al./ დიმისენერ, ლი, პალსდოტირ და სხვა, 2020).

პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის საფუძველს. ჯანდაცვის ეს რგოლი არის პაციენტთან პირველი კონტაქტის ადგილი, რომელიც მას აწვდის ყოვლისმომცველ, ხელმისაწვდომ და სათემო პრინციპებზე დაფუძნებულ მომსახურებას მთელი ცხოვრების მანძილზე. ხარისხიანი პირველადი ჯანდაცვა ამცირებს ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებს და აუმჯობესებს მის ეფექტიანობას. პირველადი ჯანდაცვა არის ყველაზე სამართლიანი, ხარჯთეფექტური და ეფექტიანი სტრატეგია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობა მოიცავს არამარტო ექიმის მოვალეობის შესრულებას, არამედ საზოგადოებრივ ჯანდაცვით ღონისძიებებსაც, რომელიც მიმართულია დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მისი პროფილაქტიკისაკენ. შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას, საჭიროების შესაბამისად პროფილაქტიკას, მკურნალობას და რეაბილიტაციას (მაცინკო და სხვ., 2003).

ჯანდაცვა მთელს მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მსხვილი და სწრაფად მზარდი ინდუსტრიაა. პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია წარმატების სხვადასხვა ხარისხით დაინერგა აზიის, აფრიკისა და ლათინური ამერიკის მრავალ ქვეყანაში. ჯანდაცვის კონცეფციის უდიდეს სარგებელს წარმოადგენდა ჯანდაცვის სერვისებზე გაზრდილი ხელმისაწვდომობა. ღარიბი ქვეყნების მიერ, პირველადი ჯანდაცვის სისტემა გამოიყენება დაავადებათა შესამსუბუქებლად და სუსტი სამედიცინო სისტემის დასახმარებლად (Langlois, McKenzie, et al/ ლანგლოისი, მმაკენზი და სხვა, 2020). შედარებით მდიდარმა ქვეყნებმა აირჩიეს ტოტალური სამედიცინო რეფორმები, რომელიც მოიცავს არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების დეცენტრალიზაციასა და პრივატიზაციას, არამედ, ოჯახის ექიმთა მომზადების გეგმის გადახედვასა და დაზღვევის სისტემის დანერგვას. ჯანდაცვა წარმოადგენს უმნიშვნელოვანეს სფეროს, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის კეთილდღეობას. სისტემის გამართული ფუნქციონირება დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სიტუაციაზე, ქვეყნის განვითარების დონეზე და მრავალ სხვა ფაქტორზე. სწორედ ეს განაპირობებს განსხვავებულ სამედიცინო სისტემების არსებობას მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში. განვითარებული ქვეყნები მოიხმარენ გამართული ჯანდაცვის მთლიანი შიდა პროდუქტის საშუალოდ 10%-ს (Kim, Araujo , Dahlman et al/კიმ , არაუჯო და სხვა, 2020).

ჯანდაცვის სისტემის ორიენტირება პირველად ჯანდაცვაზე დადებით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობაზე და კოორდინირებაზე, რაც თავისთავად ამცირებს არასაჭირო სპეციალიზებული მომსახურების ხარჯებს და აუმჯობესებს

მოსახლეობის ჯანმრთელობას. ჯანდაცვის სისტემებს ეკისრებათ პასუხისმგებლობა, გააუმჯობესონ ადამიანების ჯანმრთელობა და ავადმყოფობის დროს დაიცვან ისინი ზედმეტი ფინანსური ხარჯისგან (Schäfer /მაფერი , 2016). მთავარ მიზანს კი წარმოადგენს გაძლიერებული წვდომა ჯანდაცვის სერვისებთან, ჯანმრთელობის უკეთეს შედეგებზე ორიენტირება და ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის შემცირება (Allen , Smith et al, /ალლენ , სმიტ და სხვა, 2020). პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი როლია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა. განვითარების, მრავალფეროვანი განვითარების ისტორია აქვს საქართველოში პირველად ჯანდაცვას. სისტემის რეფორმირება 1995 წლიდან დაიწყო. თუმცა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ განვითარდა ისე, რომ დაეკმაყოფილებინა საერთაშორისო სტანდარტები. კერძოდ, ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 3.6-ს შეადგენს. 2021 წლის მონაცემებით მიმართვიანობის რაოდენობამ ერთ მოსახლეზე 4.0 შეადგინა. აღნიშნული განპირობებულია მრავალი გარემოებით. პირველ რიგში პაციენტებს აქვთ ნაკლები მოტივაცია რათა პრევენციის მიზნით მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს. მხოლოდ დაავადების გამწვავების დროს ცდილობენ ჩაიტარონ სამედიცინო მომსახურება. ასევე პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ მომსახურებას. კვლევები ცხადყოფს, რომ პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. (ვერულავა , 2019). პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაბალი განვითარება უარყოფითად აისახება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე, მათ შრომისუნარიანობაზე, შემოსავლების მიღების შესაძლებლობაზე. აღნიშნული განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დანაკარგები, რომლებიც იწვევენ ქვეყნისთვის მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ზარალს. რაც განსაკუთრებით აქტუალურია ისეთი გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნისთვის, როგორიც საქართველოა. პირველად ჯანდაცვის ძირითად ნაწილს ახორციელებს დამოუკიდებელი სპეციალობა, რომელიც ცნობილია ზოგადი პრაქტიკის ან საოჯახო მედიცინის სახელწოდებით (ვერულავა და სხვა, 2020). აშშ-ში ზოგადი პრაქტიკის ნაცვლად გამოყებულია ტერმინი საოჯახო მედიცინა, ხოლო ტერმინი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი შეცვლილია ტერმინით „ოჯახის ექიმი“. რაც შეეხება ევროპის ქვეყნებს, იქ გავრცელებულია ზოგადი პრაქტიკა.

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება ითვალისწინებს საექიმო კონსულტაციას როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალოდ თუ პრევენციული

მიზნით; ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებს; მიმართვას (რეფერალს) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვას, მათ შორის, ორსულთა მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა, ბავშვთა ზრდა განვითარებაზე მეთვალყურეობა; ტუბერკულოზის, დიაბეტის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილ ღონისძიებებს (Chen, et al/ ჩენ და სხვა, 2014). პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებულ ქვეყნებში, გაძლიერებულია ოჯახის ექიმის როლი. ასეთი სისტემის ფარგლებში პაციენტი ცდილობს უპირველესად მიმართოს ოჯახის ექიმს და მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში, მასთან კონსულტაციის შემდეგ მიიღოს სხვა ექიმ-სპეციალისტის მომსახურება. ოჯახის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობა დადებით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე - მაგალითად ტკივილის მართვაზე (Weidner, Phillips, et al./ვეიდნერი, ფილიფსი და სხვა, 2018). (პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელია ოჯახის ექიმი (რაიონებში სოფლის ექიმი), რომელიც თანამშრომლობს ნებისმიერი სახის პჯდ გუნდის სხვა წევრებთან, საშუალო სამედიცინო პერსონალთან, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან და სასწრაფო დახმარების ბრიგადებთან (Baker, Freeman, et al./ბეიკერი, ფრიმანი და სხვა, 2020). პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ ოჯახის ექიმთან კონტაქტი და იმყოფებიან მათი დაკვირვების ქვეშ, გაცილებით ნაკლები დროის გატარება უწევთ სამედიცინო დაწესებულებაში და გაცილებით უფრო კოორდინირებულად და რაციონალურად იღებენ სამედიცინო მომსახურებას.

მსოფლიოს იმ ქვეყნებში, სადაც პაციენტებს, აქვთ ოჯახის ექიმის ზრუნვის დაბალი მაჩვენებელი, სახელმწიფოს 14%-ით უფრო ძვირი უჯდება სამედიცინო მომსახურების ხარჯები იმ პაციენტებთან შედარებით, რომლებიც ოჯახის ექიმთან მაღალი მომსახურების უწყვეტობით სარგებლობენ (Green, Savin, Lu /გრიინი,სავინი, ლუ, 2013). დადგინილა, რომ პაციენტებს, რომლებსაც 15 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში ჰქონდათ რეგულარული კონტაქტი ოჯახის ექიმთან, ამ პაციენტებში დაახლოებით 30%-ით იქნა შემცირებული ჰოსპიტალიზაციის და 25%-ით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg, / სანდვიკი, ჰიტლევიკი, ბლინკენბერგი., 2022). (ამასთან, ქვეყნებში სადაც სოფლის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების მაღალი მაჩვენებელია, სოფლის მოსახლეობის ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელს აცირებს 6% დან 20%-მდე (Mathews, Ouédraogo, et al./მატიუსი, აოუდრაგო და სხვა., 2023).

ოჯახის ექიმთან უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა ამცირებს მკურნალობის ხარჯებს და 50%-ით გადაუდებელი დახმარების საჭიროება (Hanson, Briki, et al /ჰანსონი, ბრიკი და სხვა, 2022). ოჯახის ექიმთან დაბალ მიმართვიანობა ასევე, შეიძლება განპირობებული იყოს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. ოჯახის ექიმების აზრით, პაციენტების მხრიდან, მათდამი უნდობლობა და კმაყოფილების დაბალი ხარისხი შეიძლება განპირობებული იყოს მრავალი მიზეზით. ერთის მხრივ, პაციენტებს არ მოსწონთ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა, ოჯახის ექიმთან ვიზიტისას რიგში დგომა. მეორეს მხრივ, გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება დამკვიდრებულ სტერეოტიპს, თითქოს ოჯახის ექიმები ექიმ-სპეციალისტთან შედარებით ნაკლებად პროფესიონალები არიან (Llorente, Revuelta, et al /ლიორენტე, რევუელტა და სხვა, 2019). სტატისტიკა, ექიმთან კონსულტაციების საშუალო რაოდენობის შესახებ ერთ სულ მოსახლეზე მოიცავს კონსულტაციებს ექიმის კაბინეტში, პაციენტის სახლში, ან ამბულატორიული ჯანდაცვის ცენტრებში. ასევე მოიცავს კონსულტაციებს სპეციალისტთან. ევროკავშირის ქვეყნებს შორის, პაციენტთა მიმართვიანობის სიხშირე ოჯახის ექიმთან კონსულტაციისათვის მნიშვნელოვნად განსხვავდება (George, Hanson, et al/გეორგე, ჰანსონი და სხვა, 2014). ევროკავშირის უმეტეს ქვეყნებში 2022წ კონსულტაციების საშუალო რაოდენობა ზოგადად მერყეობდა 3.8-დან 8.4-მდე. აღნიშნულ პერიოდში ოჯახის ექიმთან კონსულტაციის ყველაზე მაღალი სიხშირე დაფიქსირდა იტალიაში 9.7 -ს ერთ მოსახლეზე, გერმანიაში 9.6, ნიდერლანდებში 9.6, უნგრეთში 9.5 - სატელეფონო კონსულტაციის ჩათვლით. კონსულტაციათა საშუალო ზრდა დაფიქსირდა ევროკავშირის 12 ქვეყანაში, ხოლო აბსოლუტური მაჩვენებლების ყველაზე დიდი ზრდა დაფიქსირდა კვიპროსზე, შემდეგ ნიდერლანდებში, 1.0-ით 8.6-დან 9.6 - მდე. ერთ სულ მოსახლეზე, პირველად ჯანდაცვაზე შეუზღუდავი წვდომა, ხელს უწყობს დაავადების პრევენციას, ქრონიკულ დაავადებებზე სათანადო ზრუნვას და დანახარჯების შემცირებას (Maarsingh, Henry, et al /მაარსინგი, ჰენრი და სხვა, 2016). ქრონიკულ დაავადებების შედეგად გამოწვეულ ინვალიდობასა და სიკვდილობას მსოფლიოს მასშტაბით წამყვანი ადგილი უკავია. ქრონიკული დაავადების მკურნალობა წარმოადგენს მთავარ გამოწვევას ჯანდაცვის სისტემებისთვის მთელს მსოფლიოში. ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტებისათვის დამახასიათებელია ხშირი დმეთვალყურეობა, დაკვირვება ან მოვლის ხანგრძლივი პერიოდი. სწორედ, პირველადი ჯანდაცვის განმსაზღვრელი მახასიათებლები,

როგორცაა უწყვეტობა, კოორდინაცია და ყოვლისმომცველობა მნიშვნელოვანია ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის (Dennis /დენისი, 2016).

საქართველოში, პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მნიშვნელოვანი რეფორმები 2000 წლიდან დაიწყო. იგი ეხებოდა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლებას და სერვისების გაუმჯობესებას. 2007 წლიდან დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერითა და მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით სოფლებში დაიწყო ახალი ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციის პროცესი. ამავე პერიოდიდან დაიწყო ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაცვაზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა (Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013). პროგრამის ამოქმედებიდან ერთი წლის შემდეგ 25%-ით გაიზარდა ამბულატორიებში პაციენტთა მიმართვიანობის საერთო მაჩვენებელი, თუმცა ბენეფიციართა მხოლოდ 22%-მა მიმართა ამბულატორიას გეგმიური სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ 61%-ით გაიზარდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში პაციენტთა ვიზიტების რიცხვი ერთ სულ მოსახლეზე. თუმცა, აღნიშნული მაჩვენებელი ორჯერ დაბალია ჯანმოს ევროპის რეგიონის მაჩვენებელთან შედარებით გამოკითხულ რესპონდენტთა 40.1% გამოხატავს ნაწილობრივ, ხოლო 38.6% სრულ უკმაყოფილებას ოჯახის ექიმის მიმართ. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (75%) აღნიშნავს, რომ ექიმი არ იბარებს პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებზე, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პრევენციული მედიცინის კომპონენტი ძალიან სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში. ეს კი, დაავადებათა გვიანი გამოვლენის უშუალო მიზეზით, მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს (National Health Agency/ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, 2023).

2015 წლის მონაცემებით, საქართველოში ოჯახის ექიმები პაციენტთა 40%-ს ამისამართებენ ექიმ-სპეციალისტებთან. აღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში და არა პრევენციისთვის, რაც ზრდის დაავადებათა გვიან ეტაპზე გამოვლენის რისკს და ჯანდაცვაზე გაწეულ დანახარჯებს.

მნიშვნელოვანაა ოჯახის ექიმის როლი პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელზე. ვინაიდან სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ, პაციენტზე უწყვეტ მეთვალყურეობას ახორციელებს სწორედ ოჯახის ექიმი. სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ თითქმის გასამმაგდა და 2.0 მლრდ ლარი შეადგინა. იმავე წლებში, მთავრობის დაფინანსების ზრდამ და კერძო სადაზღვევო სექტორის განვითარებამ ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში 56%-მდე შეამცირა (Goginashvili, Nadareishvili, et al /გოგინაშვილი, ნადარეიშვილი, და სხვა, 2021). მიუხედავად ამისა, რომ კვლავ მაღალია მაჩვენებელი ევროკავშირის (16%) ქვეყნებთან შედარებით. ჯიბიდან გადახდების მაღალ დონეს საქართველოში, ძირითადად, მედიკამენტებზე დანახარჯები განაპირობებს. საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების პოლიტიკის მიხედვით, 2030 წლისთვის, მთავრობა ჯიბიდან გადახდების წილის 30%-მდე შემცირებას გეგმავს (Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2022), (National Statistical Office/Sacstat/საქსტატი). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება ოჯახის ექიმის სათანადო განათლების გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამ მხრივ, არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის გადამზადება. 2008 წლიდან დამკვიდრდა ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმთან დაკავშირებული ექიმის სტანდარტი (National Training Center for Family Medicine/საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი-სმეც, 2024). ამ სიახლეს საფუძვლად დაედო აშშ-ში ჩატარებული იმ კვლევის შედეგები, სადაც კვლევაში მონაწილე ექიმთა დიდი რაოდენობა ვერ პასუხობდა პროფესიონალიზმის მიმართ თანამედროვეობის მიერ წაყენებულ მოთხოვნებს. უწყვეტ სამედიცინო განათლებას განვითარების საუკუნოვანი ისტორია აქვს. მისი პირველადი ფორმები მე-20 საუკუნის 30-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში დარგობრივი ასოციაციების განვითარებასთან ერთად ჩამოყალიბდა. 1970 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ შეიმუშავა ე.წ. სერტიფიკატი იმ ექიმებისათვის, რომლებიც დააგროვებდნენ 150 კრედიტს 3 წელიწადში. ამ ფაქტმა ხელი შეუწყო სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან ასეთი სახის ექიმებზე მოთხოვნის ზრდას. პარალელურად იგივე პროცესები მიმდინარეობდა სხვა დარგობრივ სამედიცინო ასოციაციებში, რომელმაც საბოლოოდ 1981 წელს მიიღო უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (Accreditation Council for Continuing Medical Education

ACCME) სახე (Bower /ბოუერი, 2006). 2000 წლის დასაწყისში კანადაში უსგ სავალდებულო გახდა ექიმთა რესერტიფიცირების სახით. პარალელურად იგივე პროცესები მიმდინარეობდა ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში. ევროკავშირის ქვეყნებში აღნიშნული პროცესი 70-იანი წლებიდან ნელ-ნელა ვითარდებოდა. რის შედეგადაც სპეციალისტთა ევროპული კავშირის (The European Union of Medical Specialists UEMS) მიერ 1993 წელს გამოიცა უწყვეტი სამედიცინო განათლების წესდება, ხოლო 1999 წელს UEMS-ის მიერ დაფუძნდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების ევროპული სააკრედიტაციო საბჭო (European Accreditation Council for Continuing Medical Education EACCME), რომელიც დღესაც კოორდინაციას უწევს ევროკავშირის ტერიტორიაზე და მის ფარგლებს გარეთ ევროპის რეგიონში სხვადასხვა უსგ კურსების, სასწავლო ცენტრების აკრედიტაციასა და უსგ აქტივობებს. სამედიცინო პროფესიული ორგანიზაციები უპგ-ს მთავარი ინიციატორები, პროგრამის მიმწოდებლები და მხარდამჭერები არიან. უპგ პროცესში მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ თავად ექიმებიც. კანადაში კომპეტენციის მხარდაჭერის პროგრამა ხელს უწყობს კლინიცისტებს მართონ თავიანთი უწყვეტი პროფესიული განვითარება იმაზე ფოკუსირებით, თუ რა მაგალითისა და ცოდნის შეძენა შეიძლება ყოველდღიური პრაქტიკის საფუძველზე (Volosovets, Lurin, Naumenko, et al./ვოლოსოვეთსი, ლურინ, ნაუმენკო და სხვა, 2022).

უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსების იმპლემენტაცია სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია, თუმცა მისი განმახორციელებელი ინსტიტუტები მეტ-ნაკლებად მსგავსია. იმ ქვეყნებში, სადაც უსგ რეგულირებადი და სავალდებულოა, იგი ხორციელდება სამეცნიერო საზოგადოებების, სამედიცინო სასწავლებლების, აკადემიური ცენტრების, ჰოსპიტალებისა და კერძო კომპანიების მეშვეობით, რომლებიც აკრედიტებულნი არიან სამედიცინო ასოციაციების ან საჯარო სტრუქტურის მიერ (Josseran, Chaperon/ჯოსერანი, ჩაფერონი, 2001). (აშშ-ში ყველა ის ორგანიზაცია, რომელიც ახორციელებს უსგ სწავლებას აკრედიტებულნი უნდა იყვნენ „უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭოს (ACCME) ან ამ საბჭოს მიერ დამტკიცებული სამედიცინო საზოგადოების მიერ, ხოლო ევროკავშირის ტერიტორიაზე კი ევროპის უწყვეტი სამედიცინო განათლების სააკრედიტაციო საბჭო (Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME www.accme.org) უზრუნველყოფს უსგ პროგრამების ხარისხს (Chen, Mullan. et al /ჩენი, მულლანი და სხვა, 2012). უწყვეტი პროფესიული და უწყვეტი სამედიცინო განათლება საშუალებას აძლევს ოჯახის ექიმს მუდმივად განაახლოს თავისი პროფესიული უნარ - ჩვევები (Sole, Panteli, Risso, et al./სოლე,

პანტელი,რისსო და სხვა., 2016). დღესდღეისობით ბევრ ევროპის ქვეყანაში უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამაში მონაწილეობა სავალდებულოა. როგორც სავალდებულო ისე რეგულირებადი უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა ძირითადად 3 სახით ხორციელდება: 1) საათობრივი კრედიტ ქულების დაგროვება დროის გარკვეულ პერიოდში; 2) საგამოცდო რესერტიფიცირება; 3) ან ორივე მეთოდის მეშვეობით. აგრეთვე არსებობს ნებაყოფლობითი უპგ. თუმცა ევროპისა და სხვა განვითარებულ ქვეყნებში ნებაყოფლობითი უწყვეტი პროფესიული განვითარება მიზნულია ან ექიმის რეიტინგზე რომელიც უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს მის კარიერაში ან წახალისებულია სხვადასხვა აქციებით. მაგალითად , ლუქსემბურგსა და პორტუგალიაში, ექიმები რომლებიც მონაწილეობას არ მიიღებენ უსგ აქტივობებში კარგავენ სადაზღვეო კომპანიებთან კონტრაქტირების შესაძლებლობას (Garattini, Gritti , et al./გარატინი, გრიტი და სხვა, 2010), საქართველოში როგორც სხვა პოსტ - საბჭოთა ქვეყნებში სისტემის დაშლამდე არსებობდა უწყვეტი პროფესიული მზადების საბჭოთა სისტემა. 1935 წელს დაარსდა ექიმთა სამედიცინო აკადემია, ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების ინსტიტუტის სახით, რომელსაც 1941 წელს ეწოდა “თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტი”. თბილისის ექიმთა დახელოვნების სახელმწიფო ინსტიტუტს ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლების გარდა დაევალა სტუდენტ-მედიკოსთა სწავლებაც, რის გამოც ინსტიტუტს მიენიჭა სახელმწიფო უმაღლესი სასწავლებლის სტატუსი და ეწოდა “თბილისის სამედიცინო აკადემია”. საქართველოს პრეზიდენტის 2001 წლის 24 ნოემბრის N478 ბრძანებულებით კი აკადემიას დაეკისრა სამედიცინო პერსონალის უმაღლესის შემდგომი პროფესიული მზადების (რეზიდენტურა) და უწყვეტი სამედიცინო განათლების, ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის გადამზადების ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კადრების მართვაში საბაზისო დაწესებულების ფუნქცია და ეწოდა “საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია”. სწორედ ამ დროიდან იღებს სათავეს დამოუკიდებელი საქართველოს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა, რომელმაც 4 წელი იარსება. თუმცა 2006 წლის 24 მარტის „სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის რეორგანიზაციის შესახებ“ №226 ბრძანებულების საფუძველზე სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს შეუერთდა, ხოლო სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლება სავალდებულო პირობას აღარ წარმოადგენდა (Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო , 2022). გაუქმდა აგრეთვე ექიმთა და საშუალო

მედპერსონალის რესერტიფიცირების მექანიზმები და დაიწყო დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი უვადო სერთიფიკატების გაცემა. საექიმო საქმიანობის შესახებ, კანონის 291-ე მუხლის მიხედვით, დამოუკიდებელი საქმიანობის სუბიექტს შეუძლია (ე.ი. ვალდებული არ არის) მონაწილეობა მიიღოს უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში, თავისი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა მიუსადაგოს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებს და გააუმჯობესოს ამ საქმიანობის ყველა ასპექტი. რის მიხედვითაც ექიმი, რომელიც სიცოცხლის ბოლომდე იღებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატს, მხოლოდ ნებაყოფლობით მონაწილეობს უპე აქტივობებში. დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სერტიფიკატი გაიცემა უვადოდ და სერტიფიკატზე არ არის მიბმული მიღების შემდგომ პროფესიული განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების (ან შენარჩუნების) კრიტერიუმები - ექიმს არ ევალება რესერტიფიკაციის გავლა ან კრედიტების ქულების მოგროვება. აღნიშნულის დარეგულირება ხდება მინისტრის 2018 წლის №01-3/ნ ბრძანების დანართით „უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცალკეული ფორმების და მათი აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების, ასევე, პროფესიული რეაბილიტაციის წესის, შესაბამისი პროგრამების/კურსების აკრედიტაციის წესისა და კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ (Beria, Surguladze, Giorgadze/ ბერია, სურგულაძე, გიორგაძე, 2019).

პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტიან და ხელმისაწვდომ სამედიცინო მომსახურებას წარმოადგენს იმუნიზაცია, რომელსაც ასევე კოორდინირებას უწევს ოჯახის ექიმი. ოჯახის ექიმის როლი დიდია მოზრდილთა იმუნიზაციის პროცესშიც. ევროპულ ქვეყნებში იმუნიზაციის პროცესი რეგულირებულია და მკაცრად კონტროლდება სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან. ძირითად შემთხვევაში, ვაქცინაციის სერვისის 90% იფარება სადაზღვევო სქემით და ხორციელდება კერძო სერვისის მიმწოდებელთა მიერ, ხოლო იმუნიზაციის სერვისის 10% მიეწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კლინიკების მიერ, თუმცა ორივე შემთხვევაში კოორდინირებას უწევს ოჯახის ექიმი (Bystrom, et al/ბისტრომი და სხვა, 2020). დიდ ბრიტანეთში ვაქცინაცია სრულად ნებაყოფლობითია. ბრიტანეთში იმუნიზაციის მაღალ მოცვას უზრუნველყოფს რიგი მხარდამჭერი სტრატეგიებისა, რომლებიც ორიენტირებულია კომპლექსურ მიდგომებსა და მულტისექტორულ თანამშრომლობაზე. 1970 -იანი წლებიდან, მას შემდეგ რაც იმუნიზაციის პროგრამებზე გაიზარდა ხელმისაწვდომობა, განახევრდა ინფეციურ დაავადებებთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში. მიუხედავად ამისა იმუნიზაციის

სერვისებზე მოთხოვნა მაინც მცირეა. (Chard, Gacic-Dobo, et al./ ჩარდი, გაციკ-დობო და სხვა, 2015). წარმატებული ვაქცინაციის ერთ - ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ეტაპია ცოდნა და ინფორმირებულობა ვაქცინის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის შესახებ. ოჯახის ექიმები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ მოზრდილთა ვაქცინაციის პროცესში. ერთის მხრივ, ვაქცინაციის პროპაგანდით ხელს უწყობენ საკუთარი პაციენტების დაცვას და მეორეს მხრივ, მოტივირებულნი არიან როდესაც საქმე ეხება საკუთარი პაციენტების ვაქცინაციას, ვინაიდან მათთვის ისინი წარმოადგენენ ინფორმაციის პირველ და ყველაზე სანდო წყაროს. პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებს, ოჯახის ექიმებს უნდა ჰქონდეს სიღრმისეული ცოდნა ვაქცინების სარგებლობისა და რისკების შესახებ, რათა შეძლონ ეფექტიანი კომუნიკაცია პაციენტებთან და მათ ოჯახის წევრებთან. ქვეყნებში, სადაც განვითარებულია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და პირველადი ჯანდაცვა, მაღალია გეგმიური იმუნიზაციის მაჩვენებელი (Wilkins, Wilson, , et al./ვილკინსი, უილსონი და სხვა, 2020). იმუნიზაციის ბარიერს წარმოადგენს ოჯახის ექიმთან პროფილაქტიკური ვიზიტების არარსებობა, ვაქცინაციის ხარჯი, არასრულფასოვანი ვაქცინაციის ჩანაწერები. ევროპის რეგიონის ზოგად პოპულაციაში ვაქცინაციის ნდობის მაჩვენებელი მერყეობს 40.9%-დან 92.3%-მდე, რაც მიუთითებს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის სწორ ფუნქციონირებაზე (Jalloh, Wilhelm, et al. /ჯალლო , ვილჰელმი და სხვა, 2020). ვაქცინაციის პროცესში აქტიურად არიან ჩართულები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნები, მათ მიერ ხდება ვაქცინების სრულად ადმინისტრირება. ქვეყანა გამოირჩევა ძლიერი კომუნიკაციის სტრატეგიით. იგი ასევე წარმატებით იყენებს შედეგებზე დაფუძნებულ დაფინანსებას, რომელიც რეგულირდება ოჯახის ექიმებთან გაფორმებული კონტრაქტით (Ethgen, Cornier, Chriv, Baron-Papillon F./ეთგანი, კორნიერი, კრივი , 2016). სკანდინავიის ქვეყნებში (ნორვეგია, შვედეთი, დანია, ფინეთი) (ECDC/ევროპის დაავადებათა კონტროლის ცენტრი , 2024). გეგმიური იმუნიზაციის პროგრამა ხორციელდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებში რომელსაც კოორდინირებას უწევს ოჯახის ექიმი (Masia, Smerling, et al. /მასია, სმერლინგი და სხვა, 2018).. აღნიშნულ ქვეყნებში იმუნიზაციის რეგულირების მაგალითებს მიმოიხილავს საბინის ვაქცინის ინსტიტუტი (Sabin Vaccine Institute, 2018), რომლის თანახმად, იმუნიზაციის განსაკუთრებულად მაღალი მოცვის მიუხედავად (მაგალითად, ფინეთში ეროვნული მოცვის მაჩვენებელი 99%-ს შეადგენს), რეგიონში გეგმიური ვაქცინაცია ნებაყოფლობითია (ECDC. Measles. In: ECDC./ეცდც, 2020). წარმატება მნიშვნელოვან წილად აიხსნება საზოგადოებაში ვაქცინაციისადმი გაცნობიერებული

დამოკიდებულებით და იმ ფაქტით, რომ ამ ქვეყნებში საზოგადოება იმუნიზაციას სოციალურ ნორმად აღიქვამს, ძლიერია პირველადი ჯანდაცვის პატრონაჟის სისტემა და ექიმებისა და ექთნების ჩართულობა. თითოეული ქვეყანა აქტიურად იყენებს ვაქცინაციის მხარდამჭერ სტრატეგიებს. თუმცა მიუხედავად იმისა, რომ ევროპის ქვეყნებსა და ამერიკაში იმუნიზაციის ზოგადად მოცვა მაღალია, გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ აუცრელი მოსახლეობა მიდრეკილია კლასტერებად დაჯგუფებისკენ, რაც ქმნის მოწყვლად პოპულაციებს და წარმოადგენს საფრთხეს იმ ადამიანებისთვის, რომელთათვის სხვადასხვა მიზეზით აცრა დაუშვებელია. მსგავს შემთხვევაში ევროპის ზოგიერთ ქვეყანა იძულებული გახდა გადაეხედა იმუნიზაციის პოლიტიკის და მარეგულირებელი კანონმდებლობისათვის (Gessner, Kaslow, et al./გესსნერი, კასლოვი და სხვა, 2017). რაც მანდატორული მიდგომის სხვადასხვა ფორმით დანერგვას გულისხმობს და მოიცავს სავალდებულო ვაქცინების გაზრდილ რაოდენობას, აუცრელ შემთხვევებზე შეზღუდვებისა და ჯარიმების შემოღებასა და ვაქცინაციიდან გათავისუფლების რეგულაციების გართულებას.

სკრინინგი წარმოადგენს მეორადი ინფექციის ძირითად ნაწილს, რომელიც მიმართულია დაავადების ადრეული გამოვლენისა და სწრაფი ჩარევისთვის, დაავადების კონტროლისა და ინვალიდობის შემცირების გზით. ადრეულ გამოვლენაში იგულისხმები პათოლოგიური ცვლილებები სიმპტომების გარეშე (Bulliard, Chiolero /ბულიარდი, ჩიოლერო, 2015). სკრინინგის პროგრამის წარმატებით განხორციელება ზოგავს ჯანდაცვის დანახარჯებს და ხელს უწყობს სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდას. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება ითვალისწინებს საექიმო კონსულტაციას როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალოდ თუ პრევენციული მიზნით; ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებს; მიმართვას (რეფერალს) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვას, მათ შორის, ორსულთა მეთვალყურეობას, ოჯახის დაგეგმვას, ბავშვთა ზრდა-განვითარებაზე მეთვალყურეობას; ტუბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილ ღონისძიებებს (Dobrow, Hagens, et al/დობროუ, ჰაგენსი და სხვა, 2018). მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმის როლი პრევენციული ზრუნვისა და სკრინინგის უზრუნველყოფის საქმეში. საქართველოში 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებას მოჰყვა მოსახლეობის მოთხოვნილების გაზრდა სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში მონაწილეობის თაობაზე (Ministry of Labor, Health and Social Affairs of

Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო , 2024).

პირველადი ჯანდაცვის სწორ, გამართულ, ეფექტიან მართვას განსაკუთრებული როლი აქვს ეპიდემიებისა და პანდემიების დროს. ეპიდემიები უდიდეს გავლენას ახდენენ ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაზე.

1.2. ახალი კორონავირუსის (Sars-Cov 2- ის) წარმოშობა. ეტიოლოგია. პათოგენეზი

ახალმა კორონავირუსმა (SARS-CoV-2), რომელიც თავისი ბუნებით წარმოადგენს მწვავე რესპირაციულ ვირუსულ ინფექციას და გავლენას ახდენს ნებისმიერ ინდივიდზე განურჩევლად ასაკისა და სქესისა სერიოზული საფრთხის წინაშე დააყენა მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა და გამოავლინა მათი სუსტი მხარეები.

რესპირაციული ვირუსული ინფექციის გამომწვევია მიკროორგანიზმები, ბაქტერიები და ვირუსები - Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Influenza A ან B („გრიპი“), რესპირატორული სინციციალური ვირუსი (RSV), პარაგრიპი, ადენოვირუსი, კოროვირუსები და სხვები (Sharma /შარმა., 2021). კორონავირუსები (CoVs) არის გარსით დაფარული რნმ ვირუსები, რომლებიც იწვევენ ინფექციური დაავადებების ფართო სპექტრს როგორც ცხოველებში და ფრინველებში, ასევე ადამიანებში. გააჩნია ანგიოტენზინ გარდამქმნელ ცილა რეცეპტორებთან (ACE2) ახლო მსგავსება, რაც განაპირობებს ახალი კორონავირუსის მაღალ ვირულენტობას (Baudier et al /ზაუდიერი და სხვა, 2021). გავრცელებული კორონავირუსების 7 სახეობიდან ოთხი - HCoV 229E, HCoV NL63, HCoV HKU1 და HCoV OC43 ადამიანებში იწვევს გაციების სიმპტომების პროვოცირებას და მხოლოდ მსუბუქ ზედა სასუნთქი გზების დაავადებას, ხოლო SARS-CoV (მძიმე მწვავე რესპირაციული სინდრომის კორონავირუსი), MERS-CoV (ახლო აღმოსავლეთის რესპირაციული სინდრომის კორონავირუსი) თავისი ზოონოზური წარმოშობიდან გამომდინარე იწვევენ მძიმე რესპირაციული დაავადებებსა და სიკვდილიანობას (Lei, Kusov, et al./ლეი,კუსოვი და სხვა, 2018). კორონავირუსები 4 გვარისაა: ალფაკორონავირუსი, ბეტაკორონავირუსი, გამაკორონავირუსი და დელტაკორონავირუსი. SARS-CoV და SARS-CoV-2 მიეკუთვნება ბეტაკორონავირუსის გვარს აქვს დადებითი პოლარობის ერთჯაჭვიანი, არასეგმენტირებული რნმ გენომი და მისი ვირიონი შეიცავს 4 ძირითად სტრუქტურულ ცილას: ნუკლეოკაფსიდის (N) ცილა,

ტრანსმემბრანული (M) ცილა, კონვერტის (E) ცილა და spike (S) ცილა . ამ ოთხი სტრუქტურული ცილიდან ყველაზე პატარა, მაგრამ ყველაზე იდუმალი არის E ცილა. მიუხედავად იმისა, რომ E ცილა უხვად არის გამოხატული ინფიცირებულ უჯრედში რეპლიკაციის ციკლის დროს, მხოლოდ მცირე ნაწილია ჩართული ვირიონის გარსში (Jiang, et al/ჯიანგ და სხვა, 2020). კოროვირუსული ინფექციების დროს, ვირუსი აინფიცირებს მოციმციმე ეპითელიალურ უჯრედებს ნაზოფარინგსში ამინოპეპტიდაზა N რეცეპტორების ან სიალიუმის მჟავას რეცეპტორების მეშვეობით. ვირუსის გამრავლებისას დესტრუქცია ვითარდება მოციმციმე ბრტყელ ეპითელურ უჯრედებში. სეკრეტირებული ქიმიკინები და ინტერლეიკინები იწვევენ ადგილობრივი ჩივილების განვითარებას. SARS-CoV და MERS-CoV უკავშირდებიან სასუნთქი გზების უჯრედებს ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის 2-ის მეშვეობით. ეს იწვევს სისტემურ ინფექციურ დაავადებას (Xu, Zhong /et al / ხუ, ჟონგი და სხვა, 2020). ვირუსი შესაძლებელია გადავიდეს პნევმოციტებში, სისხლში, შარდში (2 თვემდე) და განავალში. სასუნთქ გზებში, ვირუსი შეიძლება აღმოჩნდეს 2-3 კვირის განმავლობაში. ცნობილია, რომ SARS-CoV-2 მგრძნირება ულტრაიისფერი სხივების და ტემპერატურის მიმართ. სხვა კორონავირუსების მსგავსად მისი ინაქტივაცია შესაძლებელია ლიპიდური გამხსნელების საშუალებით, ეთანოლით, ქლორის შემცველი დეზინფექტანტებით, პეროქსიაცეტიკური მჟავებით და ქლოროფორმით, გარდა ქლორჰექსიდინისა (Jiang, et al/ჯიანგ და სხვა, 2020). დაავადების სავარაუდო ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 1-დან 14 დღემდე. ეს პერიოდი წარმოადგენს გამოვლენილი პაციენტების კარანტინისთვის და სამედიცინო კვლევებისთვის სამიზნე პერიოდს (Huang, Zhu, et al /ჰუანგი, ჟუ და სხვა, 2020). ადამიანის კორონავირუსები აღმოჩენილი იქნა 60 - იან წლებში. პირველი ნიშნები 2002-2003 წლებში ჩინეთში გუანდონგის პროვინციაში დაფიქსირდა. დაავადებულებს აღენიშნებოდათ პნევმონიის უჩვეულო, მომაკვდინებელი ფორმა. ეპიდემიის აფეთქება 2003 წლამდე გაგრძელდა, დაფიქსირდა 8422 შემთხვევა, მათგან 916 (10,8%) დასრულდა ფატალურად. ვირუსი დაფიქსირდა მსოფლიოს 29 ქვეყანაში 6 კონტინენტზე. კორონავირუსების (MERS-CoV) შემდგომი აფეთქება იყო 2012 წელს საუდის არაბეთში (Pan, პანი ., 2020). ახალი კორონავირუსული (SARS-CoV-2) ინფექციით გამოწვეული დაავადება COVID 19 ადამიანიდან ადამიანზე პირდაპირი კონტაქტით ჰაერწვეთოვანი გზით გადადის. SARS-CoV-2 ინფექციის მასპინძელ უჯრედში შედის ინფიცირებული ადამიანის მიერ ცემინების ან ხველის დროს წარმოქმნილი წვეთებით (Zhang, Dong, Cao., et al /ჟანგი,დონგი,ცაო და სხვა, 2020). ინფექციას აქვს საშუალო ინკუბაციური პერიოდი

დაახლოებით 4–5 დღე, მაგრამ ეს შეიძლება თოთხმეტ დღემდე გაგრძელდეს. სიმპტომები ინფიცირებიდან 2-14 დღეში ვლინდება, საშუალოდ კი 5 დღეში. დიაგნოსტიკის სტანდარტული მეთოდია ყელ-ცხვირის ნაცხის ან ნახველის ნიმუშის პოლიმერაზის ჯაჭვის რევერსულ-ტრანსკრიფციული რეაქცია (rRT-PCR). ასევე შესაძლებელია სისხლის შრატის იმუნოანალიზის გამოყენება (Huang, Zhu, et al /ჰუანგი, ჟუუ და სხვა, 2020). დაავადების დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია სიმპტომების კომბინაციით, რისკ-ფაქტორებითა და კომპიუტერული ტომოგრაფიისას პნევმონიის მახასიათებლების დაფიქსირებით. ყველაზე გავრცელებული სიმპტომები, რომლებიც დამახასიათებელია COVID 19-ით ინფიცირებულ პაციენტში არის ცხელება, დაღლილობა და მშრალი ხველა. კლინიკურად პაციენტების 81%-ს აღენიშნებათ დაავადების მიმდინარეობის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის სიმპტომები შედარებით ნაკლებად წარმოჩენილი სიმპტომებია კუნთების ტკივილი, ნახველი და ყელის ტკივილი. თუმცა, ინფიცირებულთა გარკვეულ რაოდენობაში (14%) დაავადება შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავედ, მწვავე პნევმონიისა და თირკმლის უკმარისობისათვის დამახასიათებელი სიმპტომებით და ძირითადად აღენიშნებათ 60 წელს გადაცილებულ პაციენტებს (Halfmann, Hatta, Chiba et al./ჰალფმანი, ჰატა, ჩიბა და სხვა, 2020).

1.3. პანდემიების განვითარების ისტორია. ზოგადი მიმოხილვა

პანდემიას ახასიათებს ინფექციური დაავადების გავრცელება ფართო რეგიონში. ხოლო ინფექციების ლოკალურ გაჩენას ეწოდება ეპიდემია, რომელიც ხშირად გამოწვეულია ვირუსების სეზონური შტამებით. პანდემია წარმოიქმნება მაშინ, როდესაც ვირუსების ახალი შტამები აინფიცირებს ადამიანებს და ხელს უწყობს ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემას მანამდე, სანამ ადამიანები გამოიმუშავებენ მნიშვნელოვან იმუნიტეტს ამ შტამების წინააღმდეგ საბრძოლველად.

ზოგადად, პანდემია წარმოიქმნება სხვადასხვა გენეტიკური მექანიზმის გავლენით, ხასიათდება სიკვდილიანობის არაპროგნოზირებადი მაჩვენებლით ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ინდივიდს შორის და ძლიერ განსხვავდება იმით, თუ როგორ და როდის ჩნდება და განმეორდება. პანდემია განსაკუთრებულ საფრთხეს უქმნის საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის სისტემის ინტერვენციებს და აყენებს მათ საფრთხის ქვეშ. ისინი უდიდეს როლს ასრულებენ ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაზე.

ეპიდემია და პანდემია ფართოდ გამოიყენებოდა მრავალ სოციალურ და სამედიცინო კონტექსტში მე-17 და მე-18 საუკუნეებში (Morens, Folkers, Fauci /მორენს, ფოლკერსი, ფაუჩი, 2009). ზოგადად, პანდემია წარმოიქმნება სხვადასხვა გენეტიკური მექანიზმის გავლენით, ხასიათდება სიკვდილიანობის არაპროგნოზირებადი მაჩვენებლით ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ინდივიდს შორის და განსხვავდება იმით, თუ როგორ და როდის ჩნდება და განმეორდება. პანდემია განსაკუთრებულ საფრთხეს უქმნის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ინტერვენციებს და აყენებს მათ საფრთხის ქვეშ. პანდემიებისათვის დამახასიათებელია დაავადების ფართოდ გავრცელება და სიკვდილობა, რაც მოსახლეობაში იწვევს შიშს. პანდემია არის ეპიდემია, რომელიც ვრცელდება ერთი კონტინენტიდან მეორეზე (Grennan/გრენან , 2019). საუკუნის წინ, პანდემიები ძირითადად აუხსნელი და უკონტროლო იყო, რამაც უდიდესი ზიანი მიაყენა საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას, ეკონომიკას, განათლებას. რაც ძირითადად გამოწვეული იყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რესურსებისა და დაავადების მექანიზმების შესახებ ცოდნის ნაკლებობით (Patterson, McIntyre, et al /პატერსონი, მაკინტირე და სხვა, 2021). ადრეულმა პანდემიებმა მიუხედავად იმისა, რომ გავლენა მოახდინა მსოფლიოში ეკონომიკურ, სოციალურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ხელი შეუწყო ვაქცინების შემუშავებისა და მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვას. ხოლო COVID-19-ის პანდემიამ დაამტკიცა, რომ საზოგადოება ჯერ კიდევ არ არის მზად ახალი პათოგენების პანდემიების აღმოსაჩენად, პროგნოზირებისთვის ან კონტროლისთვის (Caminade et al/კამინადე და სხვა, 2019). არსებობს მრავალი მოსაზრება, იმის თაობაზე, რომ პანდემიების რიცხვი ძალიან გახშირდა. რისი მიზეზიც შეიძლება იყოს კლიმატის ცვლილება, რომელიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ზოონოზური ინფექციების გადაცემაზე (Kilpatrick, Randolph ./კილპატრიკ, რანდოლფი, 2012) (Wolfe, Dunavan, et al /ვოლფე, დუნავან და სხვა, 2007). უფრო მეტიც, ანტიმიკრობული რეზისტენტობა არის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზი, რომელიც ზრდის მომავალი პანდემიის პოტენციალს მიკროორგანიზმების, როგორც ბიოლოგიური იარაღის პოტენციური გამოყენებისა და ასევე ზრდის მომავალი პანდემიის გაჩენის ალბათობას. ასევე ჯანდაცვის მუშაკთა დეფიციტი და არაკვალიფიციური კადრები გავლენას ახდენს სიტუაციის შეკავების უნარზე (Turale, Meechamnan, et al /ტურალე, მიჩმან და სხვა, 2020). (Hor /ჰორო, 2021). კაცობრიობის ისტორიაში პანდემიის წარმოშობის ყველაზე ფატალურად დასრულებულ

პანდემიას მიეკუთვნება შავი ჭირი, იგივე ბუბონური ჭირი, რომელიც დაფიქსირდა ევროპის, აზიის და აფრიკის კონტინენტზე 1346 წლიდან 1359 წლამდე და 200 მილიონი ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა. რაც წარმოადგენდა ევროპის მოსახლეობის 60%-ს. სხვადასხვა ინდივიდებისა და ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული კვლევის შემდეგ, დადგინდა, რომ პანდემიის გავრცელების მიზეზი იყო ჰაერის დაბინძურება, ხოლო ძირითადი გადამტანი ვირთხის რწყილი. საშუალოდ, პაციენტები იღუპებოდნენ 7-10 დღეში, როგორც კი დაავადება პიკს (Glatter, Finkelman /გლატერი, ფილკელმანი, 2021). (Goodich, Ole /გუდიჩ, ოლე, 2006). ქოლერის პანდემია რომელსაც დღესაც ებრძვის მსოფლიოს რიგი ქვეყნები, პირველად 1817 წელს დაიწყო ინდოეთიდან და ცნობილია როგორც აზიური ქოლერა (Hu, Liu, Feng, et al./ჰუ, ლიუ, ფენგი და სხვა, 2016). (მომდევნო პერიოდში პანდემია კიდევ 6 ჯერ განმეორდა და დაახლოებით 1 მილიარდი ადამიანის სიკვდილი გამოიწვია. ეპიდემიის გავრცელების ძირითად წყარო იყო დაბინძურებული წყალი. ბოლო შემთხვევა სომალში 2021 წელს დაფიქსირდა, რომელიც ახლაც გრძელდება და ყოვლწლიურად დაახლოებით 95000 ადამიანის სიკვდილობას იწვევს (Chan, Tuite, Fisman/ჩენ, ტუიტე და სხვა, 2013). (Chowdhury , Nur, Hassan, et al /ჩოდირი, ნური და სხვა, 2017). ესპანური გრიპი, 1918 წელს გავრცელდა ფრინველის წარმოშობის H1N1 ტიპის, მაღალი სიკვდილიანობის მაჩვენებლით გამოირჩეოდა ახალგაზრდებში. ისეთი ინტერვენციები, როგორიც იყო კარანტინი და პირადი ჰიგიენა, წარმოადგენდა გრიპის პრევენციის ძირითად საფუძველს. დაავადების მსუბუქად მიმდინარეობა ხასიათდებოდა სიმპტომებით, რომელიც დაკავშირებული იყო ზედა სასუნთქი გზების ინფექციასთან. სიმპტომატიკა წარმოადგენილი იყო ხველით, ცხელებით მიაღვით. დაავადებას მძიმედ მიმდინარეობის შემთხვევაში ახასიათებდა სუნთქვის ფუნქციის დარღვევა, ციანოზი და ფილტვის შეშუპება, ბრონქოპნევმონია. მძიმე ფორმა ძირითადად სრულდებოდა ფატალურ შემთხვევებით. (Jester, Uyeki, et al / ჯესტერ, უიუკი და სხვა, 2019). მასიური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გააჩნია იმუნოდეფიციტის ვირუსს (HIV), რომელმაც 36 მილიონი ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა მსოფლიოში. ებოლას ვირუსი პირველად 2013 წელს გვინეაში აღმოჩინეს. ვირუსულმა ინფექციამ 11 000 ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა. დაავადება ვლინდებოდა მოულოდნელად, არასპეციფიკური ვირუსული სინდრომით. ხასიათდებოდა მაღალი ცხელებით, მიაღვით და დაღლილობით ღებინება, დიარეა, დეჰიდრატაცია და ჰიპოვოლემია. მძიმე შემთხვევებში პაციენტებს აღენიშნებოდათ სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან. სიკვდილის მიზეზი ჩვეულებრივ იყო ჰიპოვოლემიური ან ჰემორაგიული შოკი (Malvy, McElroy, et al / მალვი, მაკფლორი და სხვა,

2019). წარსულში პანდემიებმა მასიური გავლენა მოახდინეს ადამიანის სახეობის ეთოსზე. ერთის მხრივ გამოიწვია მილიონობით ადამიანის სიკვდილი და მეორის მხრივ გავლენა მოახდინეს ეკონომიურ, სოციალურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. თუმცა დასაბამი მისცეს ვაქცინების შემუშავებისა და მკურნალობის ახალი მეთოდების შემუშავებას. COVID-19-ის პანდემიამ კი დაამტკიცა, რომ მსოფლიო ჯერ კიდევ არ არის მზად ახალი პანდემიების აღმოჩენის, პროგნოზირების და კონტროლისთვის. COVID-19-ის პანდემიამ საჭირო გახადა ცნობიერების ამაღლება პანდემიისადმი მზადყოფნისათვის.

ახალი კორონავირუსის (SARS-CoV-2) გავრცელებით გამოწვეულმა ეპიდემიამ სერიოზული საფრთხის წინაშე დააყენა მსოფლიო. ვირუსი პირველად 2019 წლის დეკემბრის შუა რიცხვებში, ქალაქ უხანში, ჩინეთის სამხრეთით, ხუბეის პროვინციაში დაფიქსირდა. 2020 წლის 20 იანვარს, ჩინეთში, გუანდუნის პროვინციაში დადასტურდა ადამიანიდან ადამიანზე ვირუსის გადაცემის შემთხვევა, (Doherty /დაჰერტი , 2020). ვირუსმა მოიცვა ჩინეთის სხვა პროვინციები და მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნები (ჰონგ-კონგი, ტაილანდი, იაპონია, ტაივანი, სამხრეთ კორეა, ავსტრალია, საფრანგეთი და შეერთებულ შტატები, სინგაპური და ნეპალი). 2020 წლის 11 მარტის მდგომარეობით დაფიქსირდა ინფიცირების 121 124 შემთხვევა, საიდანაც 80 967 შემთხვევა ჩინეთის ტერიტორიაზე. მონაცემები დაადასტურა ჩინეთის მთავრობამ. ვირუსმა ეტაპობრივად დაიწყო გავრცელება ევროპის კონტინენტზე. 2020 წლის 30 იანვარს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აღნიშნული ვითარება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საერთაშორისო მნიშვნელობის მქონე საგანგებო მდგომარეობად გამოცხადდა, ხოლო 2020 წლის 11 მარტს შეფასდა პანდემიად (Chan et al./ჩანი და სხვა, 2020). ევროპის კონტინენტზე პირველი შემთხვევა საფრანგეთში 2020 წლის 24 იანვარს დაფიქსირდა და მალევე ინფექციის გავრცელება დაიწყო მეზობელ ქვეყნებში. დაავადება გავრცელდა თითქმის 20 ქვეყანაში, დაფიქსირდა 10.000 ლაბორატორიულად დადასტურებული შემთხვევა და 200 - მდე გარდაცვალება. 2020 წლის 11 მარტიდან 2022 წლის 14 ივლისის მდგომარეობით ვირუსის (SARS-CoV-2) 559.5 მილიონზე მეტი შემთხვევა დაფიქსირდა მსოფლიოში, ვირუსის გავრცელების პირველ ეტაპზე განსაკუთრებით დაზარალდა დასავლეთ ევროპის ქვეყნები იტალია, ბელგია, ესპანეთი, დიდი ბრიტანეთი (Levin , Hanage , et al./ლევინ, ჰანაგე და სხვა, 2020). შემდგომმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ვირუსის გავრცელებაზე დიდ გავლენას ახდენდა სოციალურ-დემოგრაფიული ასპექტები. კერძოდ, ევროპის ქვეყნებში ვირუსის გავრცელების მაღალი მაჩვენებელი დაკავშირებული იყო მოსახლეობის სიმჭიდროვესთან და ქვეყნის ქალაქებში მცხოვრები მოსახლეობის მაღალ

პროცენტთან (European Observatory on Health Care Systems/ჯანდაცვის სისტემების ევროპული ობსერვატორია, , 2024). სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა იტალიაში. იტალიის მოსახლეობა ხასიათდება ავადობის მაღალი მაჩვენებლით. მოსახლეობის 40%-ს აღენიშნება თანმხლები დაავადებები, ხოლო მოსახლეობის 21% -ს ერთდროულად აღენიშნება ორი ან მეტი ორი ან მეტი თანმხლები დაავადება. სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებელს განპირობებდა მოსახლეობის ქცევით რისკ-ფაქტორებიც (Brenna /ბრენა , 2011). როგორიცაა თამბაქოს და ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, სხეულის მასის მაღალი ინდექსი და დაბალი ფიზიკური აქტივობა.

სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელს განაპირობებდა ექიმებისა და ექთნების მასობრივი დაინფიცირება. კიდევ ერთი ფაქტორი, რომელიც ვირუსის მაღალი პროცენტით გავრცელებას უწყობდა ხელს იყო მოსახლეობის ასაკი. ხანდაზმული პოპულაციები პირდაპირ ასოცირდებოდა COVID19-ის სიმპტომური შემთხვევების უფრო მაღალ სიხშირესთან. ვირუსის გადაცემის სიხშირის ზრდას ასევე განაპირობებდა რამდენიმე თაობის ერთად ცხოვრება, აშშ -ში, ნიუ-იორკში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ არსებობს კორელაცია ინფექციის სიხშირესა და სახლის ზომას შორის, რაც, თავის მხრივ, დაკავშირებულია იქ მცხოვრებთა რაოდენობასთან (Mehrotra, et al/მეტროტა და სხვა, 2020.). შეფასებულია, რომ ყოველ დამატებით ადამიანზე, რომელიც ცხოვრობს სახლში, COVID19 ინფიცირების რისკი იზრდებოდა 46.4%-ით (Whittaker, Walker, Alhaffar et al./ ვიტაკერი ვალკერი, ალაფარი და სხვა, 2021).

1.4. COVID 19 მართვა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნების და საქართველოს მაგალითზე. პროტოკოლის შექმნის მიზნები და ამოცანები. კოვიდიმუნიზაცია

COVID 19 -ის დროს სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელს განაპირობებდა ჯანდაცვის სისტემების არაეფექტიანი და მოუმზადებელი მუშაობა. ერთადერთი ევროპული ქვეყანა რომელიც ეფექტურობის მაჩვენებლის მიხედვით ყველაზე მაღალი ქულით შეფასდა იყო ნორვეგია. პანდემიის დროს, ოჯახის ექიმის საშუალებით ხდებოდა დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა და დიფერენცირება სხვა ტიპის რესპირაციული ინფექციებისგან, სტაციონარულ სერვისებზე მოთხოვნის შემცირება, ჰოსპიტალიზაციის შემცირება, უსიმპტომო, დაავადების მსუბუქად მიმდინარე და ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების ბინაზე მართვა, პრევენციული ზომების გატარება, კოორდინირება

ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან, კლინიკური შემთხვევების ბინაზე მართვა და სხვა (Yusef, Hayajneh , Awad , et al/იუსეფი, ჰაიანეშ, ავად და სხვა, 2020). განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული გაიდლაინები როგორც მოახლეობისათვის, ისე ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის. მუდმივად ხდებოდა მოსახლეობის ინფორმირება დაავადების ბინაზე მართვის კუთხით. ამ შემთხვევაში მნიშვნელოვანი ფაქტორი იყო ოქსიგენაციის მაჩვენებლის განსაზღვრა. მოსახლეობის ინფორმირება დაავადებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების (მაგ., ცხელება, ხველა, ტკივილები, , სისუსტე, თავის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, ქოშინი) ინკუბაციური პერიოდის ხანგრძლივობის, აგრეთვე დაავადებულთან კონტაქტის შემდეგ იზოლაციის დღეების რაოდენობის კუთხით. ჯანმო-ს მიერ მუდმივად ხდებოდა ინფორმაციის განახლება და მიწოდება.

ვირუსის გავრცელების პირველ ეტაპზე სხვადასხვა ევროპულმა ქვეყანამ, დაავადების გავრცელების მაღალი პოტენციალიდან გამომდინარე, უარი თქვა ვირუსით ინფიცირებული პაციენტების ამბულატორიულ ცენტრებში მომსახურებაზე და მიმართეს ტელემედიცინის სერვისს (Weigel, Ramaswamy/ვეიგელ, რასმუსენ, 2020). არსებობს ტელემედიცინის 3 ტიპი :

ინტერაქტიული მედიცინა – რომელიც საშუალებას აძლევს პაციენტებსა და ექიმებს რეალურ დროში დაუკავშირდნენ ერთმანეთს;

შენახვა და გაგზავნა – რაც პროვაიდერებს აძლევს საშუალებას, გაუზიარონ პაციენტის ინფორმაცია სხვა ადგილას მყოფ პრაქტიკოსს;

პაციენტის დისტანციური მონიტორინგი – რომელიც საშუალებას აძლევს დისტანციურ მომვლელებს, თვალყური ადევნონ სახლში მცხოვრებ პაციენტებს მობილური სამედიცინო მოწყობილობების გამოყენებით მონაცემთა შეგროვების მიზნით (მაგ. სისხლში შაქარი ან არტერიული წნევა). 2020 წელს ტელემედიცინის სერვისის გამოყენებამ მსოფლიო მასშტაბით 50%-ით შეამცირა პაციენტთა ხარჯი.

ტელემედიცინის სერვისი COVID 19 პანდემიის დროს ბევრი ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში იქნა გამოყენებული. აღნიშნული სერვისის საშუალებით რამდენადმე მცირდებოდა მოთხოვნა ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე და შესაბამისად უამრავ დაუცველ პაციენტს ჰქონდა შესაძლებლობა სახლიდან გაუსვლელად ესარგებლა პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მომსახურებით (American Academy of Family Physicians/ამერიკის ოჯახის ექიმთა ასოციაცია, 2020). (Huigol , Miron-Shatz , Joshi A.U., et al./ჰუილგოლ, მირონ შათზი, ჯოში და სხვა, 2020). ტელემედიცინის საშუალებით

ქრონიკული დაავადების მქონე და ხანდაზმული პაციენტები პანდემიის დროს დისტანციურად იღებდნენ სამედიცინო დახმარებას (Fang, Karakiulakis, Roth/ ფანგი, კარაკიულაკისი, როთი, 2020). სერვისის გამოყენებას პანდემიის დროს მხარს უჭერდა ოჯახის ექიმების ამერიკული აკადემიაც (AAFP), როგორც ერთ-ერთ მნიშვნელოვანი და ეფექტური ინსტრუმენტი პანდემიის მართვის პროცესში (Mann, Chen, Chunara, Testa, et al ./მანნი, ჩენი, ჩუნარა, ტესტა და სხვა, 2020). ქვეყნებში სადაც გაძლიერებულია პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ტელემედიცინა ოფიციალურად იქნა შეტანილი პანდემიის კლინიკური მართვის ეროვნულ პროტოკოლში. (American Academy of Family Physicians/ამერიკის ოჯახის ექიმთა ასოციაცია, 2020). საქართველოში ტელემედიცინის გამოცდილება, პანდემიამდე ძირითადად, პილოტური პროექტებით შემოიფარგლებოდა. არითმიების მობილური ტელემონიტორინგი, არტერიული ჰიპერტენზიის ელექტრონული ტელემონიტორინგი, კანის კიბოს ტელედერმოსკოპიული მობილური სკრინინგი და სხვა. პანდემიის პერიოდში საქართველოშიც აუცილებელი გახდა ტელესაკონსულტაციო და ტელედახმარების განვითარება. სამედიცინო ქსელებმა და ჰოსპიტლებმა ასევე მრავალმა კერძო სადაზღვევო კომპანიამ, კლინიკებმა და საოჯახო მედიცინის ცენტრებმა, განახორციელეს პაციენტთა ნაკადების და American Academy of Family Physicians კომუნიკაციის მართვის, ანაზღაურების დოკუმენტაციის მოგროვების, დისტანციური კონსულტირების ელექტრონული პლატფორმების და საკუთარი სისტემების სწრაფი განვითარება/დახვეწა, რაც ოჯახის და პირადი ექიმების, ასევე რიგი სპეციალისტი კონსულტანტების მიერ სამუშაოს 60-90%-ის დისტანციურად ჩატარების წინაპირობა გახდა. მკაცრი შეზღუდვების პერიოდში ამან ხელი შეუწყო მოსახლეობის საკმაო ნაწილისათვის საკონსულტაციო, დიაგნოსტიკური და სამკურნალო სერვისების დისტანციურად მიწოდებას. ვირუსის გავრცელების შეკავების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი იყო მასობრივი ტესტირება და იზოლაცია. გერმანიაში ვირუსის პირველი დადასტურებული შემთხვევა 27 იანვარს, ბავარიის მხარეში გამოვლინდა. 2020 წლის 12 აპრილის მონაცემებით კორონავირუსის 127 854 დადასტურებული შემთხვევა დაფიქსირდა, გარდაცვლილთა რიცხვმა შეადგინა 3 022, ხოლო გამოჯანმრთელებული ადამიანების რიცხვმა 64 300 (Grote, Arvand, Brinkwirth et al /გროტე, არვანდი, ბრინკვირტი და სხვა, 2021.). ვირუსის გავრცელების საწყისს ეტაპზე ქვეყანა კონკრეტული შემთხვევების გამოვლენითა და ინფიცირებული ადამიანების იზოლაციაში მოთავსებით შემოიფარგლა. თებერვლის დასაწყისში მოქალაქეებს მიეცათ რეკომენდაცია, რათა თავი შეეკავებინათ ჩინეთში მოგზაურობისგან. გერმანიაში ვირუსის

გავრცელების დიდი მასშტაბის მიუხედავად, ინფიცირებული პაციენტების სიკვდილიანობა, სხვა დიდ ევროპულ ქვეყნებთან შედარებით, საკმაოდ დაბალი იყო. მიზეზს კი განაპირობებდა რამოდენიმე ფაქტორი. მათ შორის ფართომასშტაბიანი ტესტირება და ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მაღალი მზაობა, რომელიც გულისხმობდა ინტენსიური თერაპიული საწოლების, ექიმების და ექთნების საკმაოდ მაღალ მაჩვენებლებს 100 ათას მოსახლეზე. ჩინეთში ვირუსის შეკავების ძირითადი გზა იყო მკაცრი კარანტინი. მთლიანად ქვეყნის მასშტაბით კარანტინი შეეხო 760 მილიონ ადამიანს, რაც ქვეყნის მოსახლეობის 55%-ს შეადგენდა. ქვეყნის მასშტაბით ფუნქციონირებდა კლინიკები, სადაც ნებისმიერ პირს, რომელსაც ეჭვი ჰქონდა კორონავირუსზე შეეძლო მიეღო მომსახურება. ხდებოდა მასობრივი PCR ტესტირება და სპეციალური ელექტრო მოწყობილობის საშუალებით ხდებოდა ინფიცირებულების სავარაუდო კონტაქტების დადგენა (Cai, Deng, Yang, et al./ჩაი, დენგი, იანგი და სხვა).

საქართველოში პანდემიასთან ბრძოლის პირველი ეტაპი ვირუსის პირველი შემთხვევის დადასტურებამდე 1 თვით ადრე დაიწყო. რაც გულისხმობდა ვირუსის შემოსვლისა და გავრცელების მაქსიმალური პრევენციისთვის, მულტისექტორული თანამშრომლობით შესაბამისი კოორდინირებული ღონისძიებების გატარებას.

საქართველოში, პირველი შემთხვევა დაფიქსირდა 2020 წლის თებერვლის თვეში. რომლის შემდეგაც დაწყებულ იქნა ახალი შემთხვევების, კლასტერებისა და მათთან ასოცირებული კონტაქტების მოძიება, ეპიდზედამხედველობა, იზოლირება, კარანტინი, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მოსახლეობას მიეწოდებოდა ინფორმაცია საერთაშორისო დონეზე შემუშავებული რეკომენდაციების თაობაზე. საქართველოს მთავრობის მიერ გამოიცა განკარგულება №164, რომლის თანახმადაც დამტკიცდა საქართველოში ახალი კორონავირუსის შესაძლო გავრცელების აღკვეთის ღონისძიებებისა და ახალი კორონავირუსით გამოწვეული დაავადებების შემთხვევებზე ოპერატიული რეაგირების გეგმა (Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2020). ახალ კორონავირუსთან ეფექტიანი და კოორდინირებული ბრძოლის მიზნით, 28 იანვარს შეიქმნა უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო, რომელიც წარმოადგენდა როგორც კორონავირუსთან დაკავშირებულ საკითხებზე გადაწყვეტილების მიმღები ძირითადი პლატფორმა. პანდემიასთან ბრძოლის პირველი ეტაპის ფარგლებს წარმოადგენდა ვირუსის შეკავება. საქართველოში COVID-19-ის პირველი შემთხვევის დადასტურებამდე, ვირუსის პრევენციის მიზნით გატარდა მთელი რიგი ღონისძიებები. მათ შორის: დაწესდა

სავალდებულო იზოლაციის ნორმების დაცვა მაღალი რისკის ქვეყნებთან, აეროპორტებში დაიწყო თერმოსკრინინგი. ეტაპობრივად, ყველა სასაზღვრო- გამშვები პუნქტი აღიჭურვა თერმოსკრინინგისთვის საჭირო ინვენტარით. მეორე ეტაპს წარმოადგენდა ვირუსის გავრცელების შენელება. რომელიც უპირატესად სარეკომენდაციო ხასიათის ღონისძიებებით შემოიფარგლებოდა. ამ პერიოდში აქტიურად მიმდინარეობდა საინფორმაციო კამპანიები, რომელთა მიზანი იყო მოსახლეობისთვის ვირუსის საფრთხეების, პრევენციული ღონისძიებებისა და რეკომენდაციების შესრულების მნიშვნელობის ახსნა. ვირუსის გავრცელების შენელების უზრუნველსაყოფად გატარდა მთელი რიგი ღონისძიებები, მათ შორის: საგანმანათლებლო დაწესებულებებში შეჩერდა სასწავლო პროცესი, შეიქმნა სპეციალური პლატფორმა სპეციალური საინფორმაციო ვებგვერდი - www.StopCov.ge, რომელიც 6 ენაზე ფუნქციონირებდა და საქართველოსა და უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისათვის იქცა პანდემიის საკითხებზე მრავალი რეკომენდაციის, გაიდლაინის, ელექტრონული სააპლიკაციო ფორმების წყაროდ. აღნიშნული პორტალის და ცხელი ხაზის (144) დახმარებით ხდებოდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიერ მოსახლეობის მხრიდან ეპიდემიის და საკუთარი მდგომარეობის შესახებ შეკითხვების მკვეთრად გაზრდილი მოცულობის წარმატებული მართვა, ტესტირების და ცხელების შემთხვევების ეფექტიანი ტრიაჟი.

(NCDC/დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2020) ადამიანების სკრინინგისა და დაავადების შემთხვევების ადრეული გამოვლენის მიზნით დაიწყო საკარანტინო ზონების მომზადება კორონავირუსზე საექვო ან მაღალი რისკის მატარებელი პირების განსათავსებლად, შეჩერდა ხალხმრავლობასთან დაკავშირებული ღონისძიებები. მესამე ეტაპს წარმოადგენდა ვირუსის გავრცელების „მართვა“. ვინაიდან ინტენსიურად დაწყებული ინფექციის კლასტერული გავრცელების პარალელურად წარმოიშვა ახალი საშიშროება - ვირუსის უკონტროლო შიდა გავრცელების საფრთხე. ქვეყნის ტერიტორიაზე დაწესდა შეზღუდვები. ტრანსპორტზე, შეჩერდა საჰაერო და სარკინიგზო მიმოსვლა, დაიხურა საზღვრები მეზობელ ქვეყნებთან და შეჩერდა საგანმანათლებლო პროცესი. 2020 წლის 30 იანვრიდან NCDC-ის ლუგარის ლაბორატორიის საშუალებით შესაძლებელი იყო COVID-19-ის ტესტირება პჯრ/RT-PCR მეთოდით. რომლის საშუალებითაც კვლევის დაწყებიდან 5 საათის შემდეგ, 99.9%-იანი სიზუსტით პაციენტები უკვე ინფორმირებულნი იყვნენ იმუნური პასუხის შესახებ. თავდაპირველად ტესტირებას ახორცილებდა მხოლოდ NCDC-ის ლუგარის ლაბორატორია, ხოლო 2020 წლის მაისის თვიოდან ქვეყნის მასშტაბით პჯრ/RT -PCR

კვლევას აწარმოებდა 12 ლაბორატორია. 2020 წლის დეკემბრიდან 2021 წლის ბოლომდე ანტიგენზე დაფუძნებული ტესტების წილი 60- 70% -ს შეადგენდა, ხოლო 2022 წლის მარტიდან, ანტიგენზე დაფუძნებული ტესტირება მნიშვნელოვნად აღემატებოდა PCR ტესტირებას. ქვეყანაში ჯამურად განხორციელდა 344 658 ანტისხეულებზე დაფუძნებული სწრაფი ტესტირება (NCDC/ჯანმო, 2020-2022).

როგორც მთელს მსოფლიოში ისე საქართველოშიც ჯანდაცვის სისტემისთვის მთავარ გამოწვევას კოვიდ 19-ზე რეაგირების პირველი დღეებიდან წარმოადგენდა სათანადო კვალიფიკაციისა და რაოდენობის სამედიცინო პერსონალის მოხილიზება. დაწყებულ იქნა სამედიცინო პერსონალის ტრენინგის პრიორიტეტულ სფეროებში, როგორცაა ინფექციის პრევენცია და კონტროლი, ცხელების შემთხვევაში ონლაინ კონსულტაცია, კოვიდის მძიმე და კრიტიკული შემთხვევების მართვა, ტესტირების შესაძლებლობების გაფართოებისთვის ნაცხის აღების ტექნიკის სწავლება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, ამერიკის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების, ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, ჩეხეთის მთავრობის (ჩეხეთის კარიტასი), ფონდი ღიასაზოგადოება საქართველოს, აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის ხელშეწყობით მიმდინარე წლის თებერვლიდან აპრილამდე პერიოდში ინფექციის

კონტროლის ტრენინგი გაიარა პროგრამაში ჩართულმა ყველა კოვიდ და ცხელების კლინიკის 1245 თანამშრომელმა. კოვიდის ადრეული დიაგნოსტიკის და ინფექციის კონტროლის საკითხებში მომზადდა სოფლის ექიმების 75% (974 სოფლის ექიმი) და ქალაქის ექიმების 90%, სულ 2500-მდე ექიმი. COVID 19-ის მართვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სტრატეგიას წარმოადგენდა ჯანდაცვის სფეროს მუშაკების დაცვა და მათი ინფიცირების პრევენცია. ვინაიდან ინფექციის გადაცემის ჯაჭვში სამედიცინო პერსონალს ხშირ შემთხვევაში წამყვანი როლი მიუძღვის. მსოფლიოს მასშტაბით ჯანდაცვის სფეროს პანდემიის პერიოდში საქართველოში ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლების COVID-19-ით დაინფიცირება დადასტურებული შემთხვევების 13%-ში აღირიცხა. სამედიცინო პერსონალის დაინფიცირების შემთხვევების მინიმუმამდე შემცირების მიზნით, ჯანდაცვის სამინისტრომ ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის საკითხებში ტრენინგებისა და პირადი დაცვის საშუალებების უზრუნველყოფის გარდა, კოვიდ 19-ისა და ცხელების კლინიკების მენეჯერებთან ერთად დანერგა პერსონალის 2 კვირიანი როტაციის სქემა. სამედიცინო ქსელში ინფექციის გავრცელების აღკვეთის მიზნით, შეიზღუდა პერსონალის დასაქმება კოვიდისა და ცხელების კლინიკების გარდა

სხვა კლინიკებში, რომლებიც აგრძელებდნენ სხვა სტანდარტული სერვისების მიწოდებას. ვირუსის გავრცელების პირველივე ეტაპზე მოხდა ჯანდაცვის სისტემის, ჰოსპიტალური სექტორის საწოლფონდის და სხვა აუცილებელი პარამეტრების შეფასება. ვირუსის გავრცელების პრევენციისთვის, 2020 წლის თებერვლიდან დაიწყო ე.წ. ცხელებისა და კოვიდის მართვის კლინიკების იდენტიფიცირება თბილისსა და რეგიონებში (კოვიდ კლინიკები). პირველ ეტაპზე შერჩეულ იქნა ინფექციური პროფილის კლინიკები, მათ შორის ქ. თბილისში, ქ. ქუთაისსა და ქ. ბათუმში. სულ შეირჩა 29 კოვიდ კლინიკა თბილისსა და სხვა რეგიონებში (როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო), რომელთა ჩართვა პროცესში განხორციელდება დაავადების შემთხვევების მატებასთან ერთად, ეტაპობრივად. სულ, ქვეყნის მასშტაბით მოხილიზდა 3 279 საწოლი კოვიდ 19-ის და 1 050 საწოლი (განაწილებული 16 ცხელების კლინიკაში) ცხელებიანი პაციენტების მართვისთვის. ასევე, ბაზისური საჭიროებების შესაბამისად აღიჭურვა და მაისის დასაწყისიდან ფუნქციონირება დაიწყო რუხისა და ბათუმის ახალმა კლინიკებმა. ჰოსპიტალური სექტორის მომზადების პარალელურად, სიცხიანი პაციენტების მიერ სასწრაფო-გადაუდებელი სამსახურის ჭარბი მოხმარების პრევენციისა და პირველადი ჯანდაცვის ქსელის COVID-19-ის მართვაში ეფექტიანად ჩართვის მიზნით, შეიქმნა 112-დან ოჯახის ექიმებთან ცხელებისა დარესპირატორული სიმპტომების მქონე პირებისგან შემოსული ზარების გადამისამართების სერვისი. ამ მოდელის გამოყენების პრაქტიკა ქვეყანას უკვე ჰქონდა 2018 წელს გრიპის ვირუსის და 2019-2020 წლებში გრიპის მაღალი შემთხვევების მართვის დროს. პროგრამაში ჩაერთო პირველადი ჯანდაცვის 25 დაწესებულება თბილისსა და რეგიონებში, ქვეყნის მოსახლეობის სრულად მოცვის მიზნით. 2 აპრილიდან 22 მაისის ჩათვლით 112-ზე ცხელებისა და რესპირატორული სიმპტომების გამო შემოსული 16 176 ზარიდან 112-ს რეაგირებისთვის დაუბრუნდა ზარების მხოლოდ 7%, რაც, სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გადაწყვეტილებით, ჰოსპიტალიზაციით დასრულდა. „ონლაინ კონსულტაციით“ სერვისის ფარგლებში მიმდინარე მეთვალყურეობა გაეწია 15 089 მოქალაქეს. განსაკუთრებით ყურადღება გამახვილდა ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების უწყვეტობაზე. შემუშავდა და გამოიცა რეკომენდაციები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრების, რეპროდუქციული და პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების, სტომატოლოგიური კლინიკებისა და სხვა გეგმიური ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის. ქრონიკულ პაციენტებს, სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლე 70 წელს გადაცილებულ და შშმ პირებს სამკურნალო მედიკამენტები მიეწოდებოდათ

ბინაზე. ანტენატალური სერვისების მისაღებად ორსულთა რეგისტრაცია ხორციელდება დისტანციურად. ჰერმოდელიაზის და ცე ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში ჩართული პაციენტებისათვის სამედიცინო დაწესებულებამდე და უკან ტრანსპორტირება ხორციელდება სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ სრულიად უფასოდ (2025).

კორონავირუსის შემთხვევების დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მართვის მიზნით, 2020 წლის 16 მარტს შეიქმნა COVID 19-ის კლინიკური მართვის ჯგუფი, რომელმაც შეიმუშავა COVID 19-ის მკურნალობის ეროვნული გაიდლაინი. შემუშავებული იქნა ახალი კორონავირუსით გამოწვეულ ინფექციაზე საექმო შემთხვევის მართვის პროტოკოლი პირველად ჯანდაცვაში. პროტოკოლის მიზანი იყო პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული პერსონალისთვის და პაციენტებისთვის დროული, ეფექტიანი და უსაფრთხო რეკომენდაციების მიწოდების გზით, დაავადების მართვის ხარისხის გაუმჯობესება. პროტოკოლის გამოყენება იწყებოდა მაშინ, როდესაც პაციენტი მიმართავდა შესაბამის სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებას. პროტოკოლი განკუთვნილი იყო პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის - ოჯახის ექიმებისთვის, შინაგანი მედიცინის პედიატრებისთვის, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ნებისმიერი პროფესიონალისთვის. COVID 19-ის საექმო შემთხვევების მართვის პროტოკოლი პირველად ჯანდაცვაში გამოიყენებოდა შემდეგი მიზნით: პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, COVID 19-ზე საექმო შემთხვევების მართვის მიზნით, რეკომენდაციების მომზადებისათვის პაციენტებისთვის, ინფექციის პრევენცია და კონტროლისათვის პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელ დაწესებულებებში COVID 19-ის გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით.

პროტოკოლი განკუთვნილი იყო პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის. პროტოკოლზე დაყრდნობით ხდებოდა COVID 19-ის მსუბუქი, საშუალო და მძიმე მიმდინარეობის მართვა. როდესაც პაციენტს აღენიშნებოდა მსუბუქად მიმდინარე დაავადების სიმპტომები, აღენიშნებოდათ მხოლოდ დაბალი ცხელება ($<37.8^{\circ}\text{C}$) და საშუალოდ გამოხატული სისუსტე, ყელის ტკივილი, ხველა. მსუბუქად მიმდინარე დაავადების დროს სიმპტომების გაჩენიდან, საშუალოდ 20 დღეში, დგებოდა პაციენტის გამოჯანმრთელება. ხოლო დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას - ხდებოდა სწრაფი პროგრესირება. იზრდებოდა მრდს, სეფსისის, სეპტიური შოკის, მეტაბოლური აციდოზის, მულტი-ორგანული უკმარისობის და სხვა გართულებების

განვითარების რისკი. აღსანიშნავია, რომ მძიმე და ძალიან მძიმე (კრიტიკული) მიმდინარეობის დროს - პაციენტებს აღენიშნებოდათ ზომიერი ან დაბალი ცხელება ($<37.8^{\circ}\text{C}$) ან ძალზე უმნიშვნელოდ გამოხატული ცხელებაც კი. მძიმედ მიმდინარე შემთხვევების გამოჯანმრთელება დგებოდა სიმპტომების გაჩენიდან 3-6 კვირის ფარგლებში, ხოლო ლეტალური გამოსავლის შემთხვევაში სიკვდილი დგებოდა სიმპტომების დაწყებიდან 2-8 კვირაში. პროტოკოლის მიხედვით COVID 19 -ის დროს მუშაობის მთავარი პრინციპი იყო: COVID 19 პოტენციური შემთხვევების წრაფად გამოვლინება, ინფექციის ტრანსმისიის პრევენცია პაციენტებსა და პერსონალს შორის აგრეთვე პაციენტთან პირდაპირი ფიზიკური კონტაქტის, მისი ფიზიკური გასინჯვის ჩათვლით და მათ მიერ გამოყოფილ, რესპირაციულ სეკრეციასთან ექსპოზიციის შემცირება. პროტოკოლზე დაყრდნობით ექიმებისათვის შემუშავებულ იქნა რეკომენდაციები, რომლის მიხედვითაც: ოჯახის ექიმს ყველა პაციენტისთვის უნდა ჩატარებინა ტრიაჟი, დისტანციურად (მაგ. სატელეფონო ან ვიდეო ონლაინ კომუნიკაციის გზით) რათა განესაზღვრა, თუ რამდენად საჭიროებდა პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა პირისპირ კომუნიკაციას. რეკომენდებული იყო დისტანციური ტრიაჟისა და კონსულტაციების (ტელეფონით, ვიდეო თუ ონლაინით) სისტემის ამუშავება, რომლის მიზანიც იყო COVID 19-ზე საექვო პაციენტების რაოდენობის შემცირება, რათა პაციენტებს პირდაპირ აღარ მიემართათ კლინიკისათვის. ასევე ყველა საექვო შემთხვევაში ექიმს უნდა განეხილა ალტერნატიული დიაგნოზები და ეპიდემიოლოგიური რისკ ფაქტორები.

პანდემიის მართვის მეოთხე ეტაპს წარმოადგენდა დაწესებული შეზღუდვების ეტაპობრივი შემსუბუქება და ადაპტაცია, რაც დაკავშირებული იყო ყოველდღიური შემთხვევების კლებასთან. დაავადებათა კონტროლის ეპიდემიოლოგიური ანალიზი, რომელიც შეჯერებული იყო სხვა მონაცემებთან, ერთმნიშვნელოვნად აჩვენებდა გატარებული ღონისძიებების ეფექტიანობას, რომლის შედეგად შემცირდა მობილობა და გაიზარდა სოციალური დისტანცირება. ეტაპობრივად მოიხსნა შეზღუდვები. დაშვებულ იქნა სატრანსპორტო საშუალებით გადაადგილება და გაიხსნა სხვადასხვა მუნიციპალიტეტებზე დაწესებული მოთხოვნები.

2021 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით, COVID 19 პანდემიის დროს ჩატარებული ტესტების ჯამურმა რაოდენობამ შეადგინა - 6015070 (3055418 ტესტი 100 000 მოსახლეზე), ჩატარებული PCR ტესტების რაოდენობამ - 3055418 (82075 ტესტი 100 000 მოსახლეზე) ანტიგენზე დაფუძნებული ტესტების რაოდენობამ - 2959652 (79502 ტესტი 100 000 მოსახლეზე). დადასტურებული შემთხვევების რაოდენობამ - 367058 სრული

დადებითობის მაჩვენებელი - 6.1% კუმულაციური ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე - 9364 აცრილთა რაოდენობა - 265290, სრულად აცრილთა რაოდენობა - 103170; ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 45344; გამოჯანმრთელებულთა ჯამური რაოდენობა - 352624 (96%) სიკვდილის შემთხვევა - 5327 (ლეტალობის მაჩვენებელი 1.4%) აქტიური შემთხვევა - 9081.

2022 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით, COVID 19 პანდემიის დროს ჩატარებული ტესტირების ჯამურმა რაოდენობამ შეადგინა 1957395. ოფიციალურად აღირიცხა COVID 19-ის 936 844 შემთხვევა, COVID 19 საწინააღმდეგო ვაქცინით აცრილთა რაოდენობამ შეადგინა 1 151 070. გარდაცვლილთა ჯამურმა რაოდენობამ 13 860. ლეტალობა - 1.45% (ჰიპერტენზია 41.0 %; დიაბეტი 25.9 %; ემბოლია 8.2 %; ონკოლოგიური დაავადება 5.6 %; ფილტვის ქრონიკული დაავადება 4.7 %) (NCDC/ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2022).

კოვიდიმუნიაცია პანდემიის მართვაში წარმოადგენდა ყველაზე მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს. COVID 19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინები თავდაპირველად ორიენტირებული იყო სიმპტომური, ხშირად მწვავედ მიმდინარე ავადმყოფობის თავიდან აცილებაზე. 2020 წლის 10 იანვარს პლატფორმა GISAID-ის საშუალებით გავრცელდა SARS-CoV-2-ის გენეტიკური კვლევის შედეგები და მისი გენეტიკური მიმდევრობა, ხოლო 2020 წლის 19 მარტისთვის მსოფლიო ფარმაცევტული ინდუსტრია COVID-19-ის წინააღმდეგ ბრძოლაში ერთობლივი ძალისხმევით ჩაერთო. ვაქცინების როლი COVID-19-ის გავრცელების, სიმწვავისა და სიკვდილიანობის შემცირებაში ფართოდაა აღიარებული (Vergano D./ვერგანო დ, 2021). კლინიკური კვლევის III მესამე ფაზაში ზოგიერთმა ვაქცინამ აჩვენა 95%-მდე ეფექტიანობა სიმპტომური ინფექციის თავიდან აცილების კუთხით. ბევრმა ქვეყანამ ვაქცინების განაწილების ფაზური სისტემა გამოიყენა, რის შედეგადაც მოხდა პრიორიტეტული, გართულებების ან გადადების მაღალი რისკის ჯგუფების გამოვლენა, პრიორიტეტულ ჯგუფებში გადანაწილდნენ ჯანდაცვის მუშაკები და მუხუცები (Corey , Mascola, et al./ კორეი, მასკოლა და სხვა, 2020). ევროპაში 60 წელზე უფროსი ასაკის მქონე 28,1 მილიონმა ადამიანმა მიიღო COVID-19 საწინააღმდეგო ვაქცინის ერთი დოზა, ხოლო შვიდ მილიონს მიაღწია 80 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანების რაოდენობამ, რომელმაც მიიღო ასევე COVID-19 ვაქცინის ერთი დოზა. ასაკობრივი ჯგუფები, რომლებმაც ყველაზე მეტად ისარგებლა ვაქცინაციით იყო 80 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანები, რომელთა მოსალოდნელი კოვიდ სიკვდილობა მთლიანობაში 62%-ით შემცირდა. პირველადი ჯანდაცვის ეფექტიანი მუშაობის შედეგი

იყო სწორად დაგეგმილი ვაქცინაციის პროცესი ისრაელში. სადაც ყველა ასაკობრივ ჯგუფში სრულად ჩატარებული ვაქცინაციის მაღალი პროცენტი დაფიქსირდა, რის შედეგადაც 75% -ით შემცირდა სიკვდილიანობა. ასევე მაღალი შედეგი დაფიქსირდა მალტასა (72%) და ისლანდიაში (71%). კოვიდ-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინა სხვადასხვა ქვეყნებში გამოყენებაში ჩაეშვა 2020 წლის მიწურულს და 2021 წლის დასაწყისში. 2020 წლის დეკემბრისთვის სხვადასხვა ქვეყანამ ვაქცინების 10 მილიარდზე მეტი დოზა შეუკვეთა, რისი ნახევარიც მოდიოდა მაღალშემოსავლიან ქვეყნებზე, რომლებიც მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით 14%-ს წარმოადგენენ (Watson, Barnsley, Toor, et al./უატსონი, ბარნსლი, ტუური და სხვა, 2022). სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სააგენტოების მონაცემების მიხედვით, 2021 წლის 2 ოქტომბრისთვის, მსოფლიოს მასშტაბით, გაკეთებული იყო COVID-19-ის ვაქცინის 6.31 მილიარდი დოზა (Silveira, Moreira et al /სილვეირა, მორეირა, 2021). საქართველოში, COVID-19 ვაქცინაციის პოლიტიკის განსაზღვრისა და დანერგვის ხელშეწყობის მიზნით, შეიქმნა სამუშაო პლატფორმა. საქართველოში ვაქცინის პირველი პარტია 2021 წლის 13 მარტს COVAX პლატფორმის საშუალებით შემოვიდა, ხოლო ვაქცინაციის პროცესი 2021 წლის 15 მარტს დაიწყო. ხელმისაწვდომი იყო 4 სახის ვაქცინა: Pfizer-BioNTech (პფაიზერი), რომელიც წარმოადგენდა COVID-19-ის საწინააღმდეგო სრულად ავტორიზებულ ორ დოზიან ვაქცინას და გამოირჩეოდა მაღალი ეფექტურობით. პფაიზერით ვაქცინაცია შესაძლებელი იყო: 12-დან 15-წლამდე ასაკის ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვებში; 18 წლის და უფროსი ასაკის ადამიანებში და ორსულებში, ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე. Sinopharm-ისა და Sinovac-ის ვაქცინებს მინიჭებული ჰქონდათ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გადაუდებელი გამოყენების ავტორიზაცია. წარმოადგენდა ტრადიციული მეთოდით დამზადებულ ინაქტივირებულ ვაქცინას, რეკომენდირებული ორი დოზით. ასტრაზენეკა (Oxford/AstraZeneca) წარმოადგენდა ბრიტანულ-შვედური კომპანიისა და ოქსფორდის უნივერსიტეტის მიერ შექმნილი ვექტორული ტიპის ვაქცინას. იგი გამოირჩეოდა მაღალი ეფექტურობით და ვაქცინაცია შესაძლებელი იყო 45 წლის და უფროსი ასაკის ადამიანებისთვის. ორ დოზიანი და დოზებს შორის რეკომენდებული 8-12 კვირიანი ინტერვალით.

2021 წლისთვის შეირჩა სამიზნე პოპულაციური ჯგუფები, რომელთა მოცვა ეტაპობრივად განხორციელდა. ჯგუფების შერჩევა ეფუძნებოდა ETAGE22-ის რეკომენდაციებს და მიმართული იყო, პირველ რიგში, სასიცოცხლო - ჯანდაცვითი სერვისების შენარჩუნებაზე და მაღალი რისკის ჯგუფებში ავადობისა და

სიკვდილიანობის შემცირებაზე. შერჩეული ჯგუფები განიხილა და რეკომენდაცია გაუწია საქართველოს იმუნიზაციის ეროვნულმა ექსპერტთა ტექნიკურმა კომიტეტმა 2020 წლის 12 დეკემბერს. ვაქცინაციის ეროვნული გეგმა ითვალისწინებდა საქართველოს მოქალაქეებისა და საქართველოში მცხოვრები მუდმივი ბინადრობის მქონე პირთა აცრას. ვაქცინაციის მიღება შეეძლოთ მოქალაქეებს, COVID-19-ის ინფექციის დიაგნოზის დასმიდან 30 დღის შემდეგ. მხოლოდ, გამონაკლისს წარმოადგენენ ის ადამიანები, რომლებიც COVID-19 ინფექციის დროს მკურნალობდნენ კონვალესცენტური პლაზმით და ის ადამიანები რომელთაც მწვავე პერიოდში ჰქონდათ მულტისისტემური ანთებითი სინდრომი. ასეთ შემთხვევაში მინიმალური ინტერვალი შეადგენდა 120 დღეს. საქართველოში მოქმედებდა ვაქცინაციის 30 -ზე მეტი პუნქტი. ვაქცინების ხელმისაწვდომობის ზრდასთან ერთად გაფართოვდა ვაქცინაციით მოცული მოსახლეობის ჯგუფები. თუმცა 2022 წლის მაისისთვის ჩატარებული აცრების რაოდენობის მიხედვით 2 მილიონ 900 ათასამდეა, ხოლო სრულად აცრილი მოსახლეობის რაოდენობა 1 მილიონ 250 ათასს აღემატებოდა. რაც მთლიანი მოსახლეობის დაახლოებით 34%-ს შეადგენდა. აღნიშნული სტატისტიკის მიხედვით საქართველო მკვეთრად ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის და მეზობელი ქვეყნების უმეტესობას. მაშინ როდესაც გერმანიაში ვაქცინირებული მოსახლეობის რაოდენობა 76%-ს, იტალიაში იგივე მაჩვენებელი 79%-ს, დიდ ბრიტანეთში 73%-ს, ხოლო აშშ-ში 66%-ს შეადგენდა (Marcellusi, et al/მარცელუსი და სხვა, 2021). საქართველოში ჩატარებული COVID 19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით აცრილთა რაოდენობამ შეადგინა 2 930 677; ხოლო სრულად ვაქცინირებულ ადამიანთა რაოდენობა - 1 276 173 (NCDC/ჯანმო, 2020-2022).

თავი II.

2. კვლევით მიღებული შედეგები

2.1 საკვლევი ჯგუფის დახასიათება - ოჯახის ექიმები

კვლევაში მონაწილეობას იღებდა ქ. თბილისში არსებულ 35 ამბულატორიულ ცენტრში დასაქმებული 298 ოჯახის ექიმი. ოჯახის ექიმების საკვლევი რაოდენობა დადგინდა შერჩევის ზომის ფორმულით (sample size calculator, კომპიუტერული პროგრამა SPSS23.0).

სანდოობის დონე:	99.999%	
ცდომილების ზღვარი ϵ :	5%	
პოპულაციური პროპორცია p :	50	გამოიყენე 50% თუ არაა ცნობილი
პოპულაციის ზომა:		დატოვე ცარიელი თუ პოპულაციის ზომა შემოუსაზღვრელია.

მისი გამოთვლის ფორმულას აქვს შემდეგი სახე:

$$n = (z^2 \times p \times (1 - p)) / \epsilon^2$$

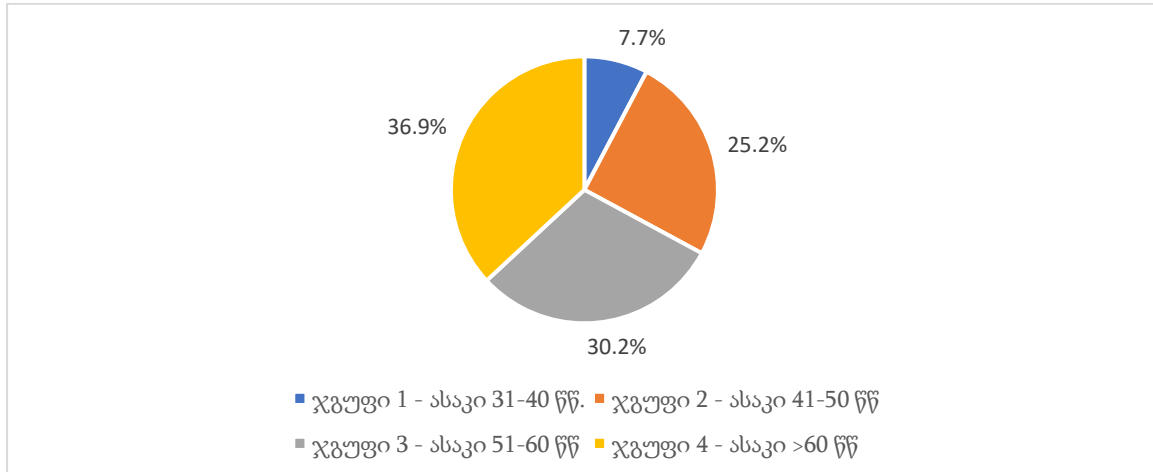
თუ პოპულაციური პროპორცია შეადგენს 50%-ს, მაშინ - $z = 1.96$; $p = 0.5$, $\epsilon = 0.05$

$$n = ([1.96]^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)) / [0.05]^2 = 297.16$$

კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმები დაიყო სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებად.

ექიმების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (იხ. დიაგრამა 1)

დიაგრამა 1. ოჯახის ექიმების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



კვლევაში მონაწილე ექიმთა სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფიდან სარწმუნოდ სჭარბობდნენ 51-60წწ და 60 წწ. ექიმები (67.1%) $\chi^2=55.74$, $df=3$, $p<0.001$

კვლევაში მონაწილე ექიმების 99.3%-ი ფლობდა ოჯახის ექიმის სერტიფიკატს ($\chi^2=290.05$, $df=1$, $p<0.001$) (იხ. ცხრილი 1).

სარწმუნოდ სჭარბობდნენ ექიმები (90.9%), რომლებსაც ჰქონდათ 10 წელი და მეტი სამუშაო გამოცდილება ($\chi^2=445.01$, $df=2$, $p<0.001$) (ცხრილი 2).

ცხრილი 1. სერტიფიცირებული ოჯახის ექიმთა რაოდენობა

პასუხები	მინიჭებული ქულა	%
არა	0	0.7%
დიახ	1	99.3%

$\chi^2=290.05$, $df=1$, $p<0.001$

ცხრილი 2. ოჯახის ექიმთა განაწილება სამუშაო გამოცდილების მიხედვით

პასუხები	მინიჭებული ქულა	%
< 5 წ.	1	4.7%
5-10 წწ.	2	4.4%
> 10 წწ.	3	90.9%

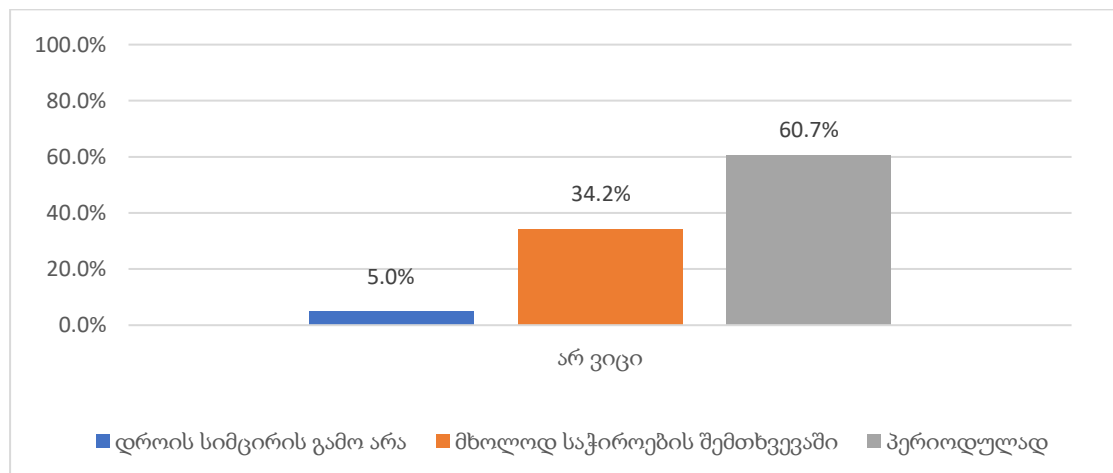
$\chi^2=445.01$, $df=2$, $p<0.001$

კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმების (89.0%) ($\chi^2=110.26$, $df=2$, $p<0.001$) ემსახურებოდნენ 1000-ზე მეტ ბენეფიციარს, ხოლო სარწმუნოდ სჭარბობდნენ დღეში 10-ზე მეტი პაციენტის მომსახურე ოჯახის ექიმები (91.6%) ($\chi^2=110.26$, $df=2$, $p<0.001$).

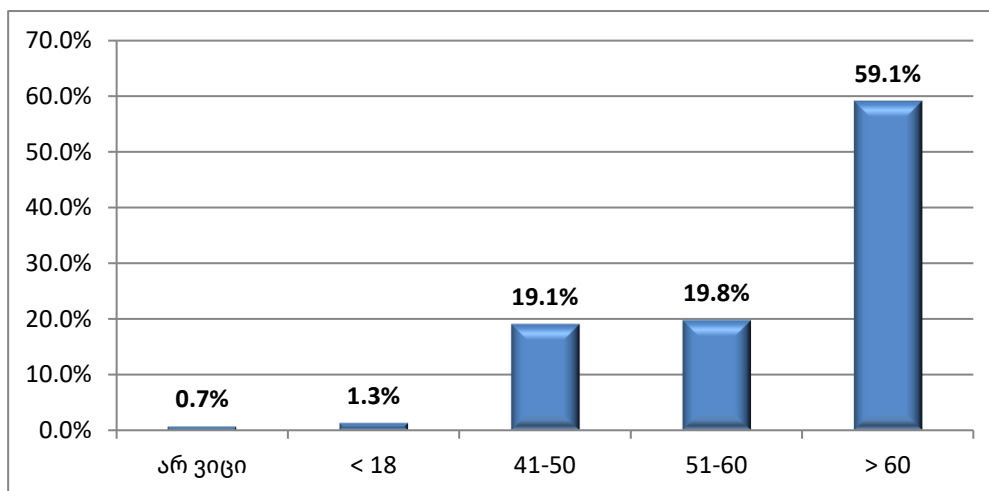
პრევენციული ვიზიტების რეგულარობის შეფასებით აღმოჩნდა, რომ ოჯახის ექიმთა 60.7% პაციენტებთან პერიოდულად ატარებდა პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს, 34.2% მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში, ხოლო 5.0% დროის სიმცირის გამო ვერ ახერხებდა ($\chi^2=138.81$, $df=2$, $p<0.001$)(იხ. დიაგრამა 2)

ამასთან, გამოკითხულ ექიმთა 59.1% აღნიშნა, რომ რეგულარულ ვიზიტებს ჯანმრთელობის კვლევებისათვის ახორციელებდნენ 60 წელს მეტი ასაკის ბენეფიციარები, რაც სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ. დიაგრამა 3)

დიაგრამა 2. პრევენციული ხასიათის ვიზიტების რეგულარობა-ექიმების შეფასებით



დიაგრამა 3. რეგულარული სამედიცინო სერვისებით მომსახურება-ოჯახის ექიმების შეფასებით



პანდემიის დროს, პაციენტების მომართვიანობის ანალიზი ოჯახის ექიმებთან გადაწყვეტი იყო როგორც ინფექციის გავრცელების, ასევე ექიმის დატვირთვაზე და გადაღლაზე გავლენის გასაგებად. ოჯახის ექიმებმა გადამწყვეტი როლი ითამაშეს მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის სიმპტომების მქონე პაციენტების მართვაში და ჯანდაცვის სამსახურებთან ზრუნვის კოორდინაციაში. გამოკითხულ ექიმებს შორის 68.4%-მა აღნიშნა პანდემიის დროს პაციენტების მომართვიანობის მნიშვნელოვანი ზრდა, რაც ხაზს უსვამს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში გაზრდილ მოთხოვნას და ოჯახის ექიმების კრიტიკულ როლს პანდემიაზე რეაგირების საკითხში ($\chi^2=319.18$, $df=3$, $p<0.001$) (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილი 3. COVID 19 პანდემიის დროს პაციენტთა მომართვიანობის მაჩვენებლები, ოჯახის ექიმის შეფასებით

პასუხები	მინიჭებული ქულა	%
არა	0	7.7%
მეტწილად	1	23.8%
საგრძნობლად	2	68.4%
ხშირია	3	1.0%

$\chi^2=319.18$, $df=3$, $p<0.001$.

პაციენტთა გაზრდილი მომართვიანობა იწვევდა ოჯახის ექიმის და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გადაძაბვას, გადაწვას, რაც, თავის მხრივ, ამძაფრებდა პანდემიის მართვის პრობლემებს. აღნიშნულს ადასტურებს, ჩაღრმავებული ინტერვიუს დროს ერთ-ერთ ოჯახის ექიმის პასუხიც: ოჯახის ექიმი # აღნიშნავდა, რომ „გამოწვევად რჩებოდა

არამართო საკუთარი, არამედ ცენტრის სხვა ბენეფიციარების სატელეფონო თუ ადგილზე მომართვიანობის გაზრდა, სადიაგნოსტიკოდ თუ სამკურნალოდ.”

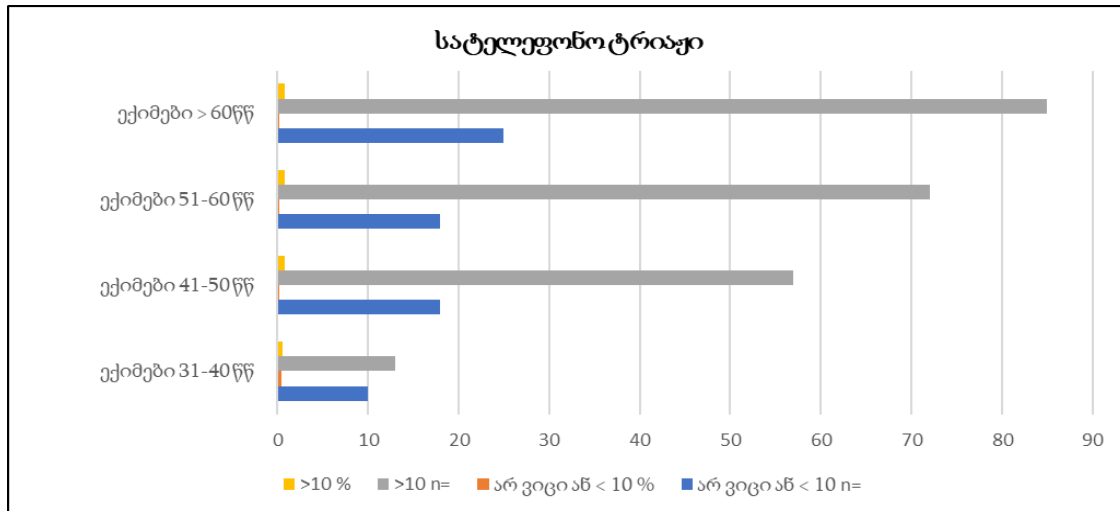
პირველად საქართველოში, ოჯახის ექიმების მიერ შეფასდა COVID 19 მართვის პროტოკოლი პირველადი ჯანდაცვისთვის. კერძოდ: ვირუსით ინფიცირებულ პაციენტთა საექვო, მსუბუქი და საშუალო შემთხვევათა ბინაზე ტელეფონით მართვა (სატელეფონო ტრიაჟი), COVID 19 ჰოსპიტალიზაციის ძირითადი კრიტერიუმები, მათ შორის, თანმხლები ქრონიკული დაავადებები; გამოიყო პროტოკოლის მიხედვით შესასრულებელი მოქმედებების პრიორიტეტული ასპექტები, აგრეთვე, განისაზღვრა ოჯახის ექიმების, მენეჯერებისა და პაციენტების დამოკიდებულება კოვიდიმუნიზაციასთან მიმართებით.

ოჯახის ექიმების მიერ სატელეფონო ტრიაჟმა გადამწყვეტი როლი ითამაშა კოვიდ ინფექციის საექვო, მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის შემთხვევების ადრეულ იდენტიფიცირებაში, მონიტორინგსა და მართვაში. ეს მიდგომა, რომელიც შეესაბამება სახელმწიფო სტანდარტებს, უზრუნველყოფდა არა მხოლოდ დროულ სამედიცინო მითითებებს და ჯანდაცვის რესურსების ოპტიმიზაციას, არამედ ხელს უწყობდა ინფექციის კონტროლს გადაცემის რისკების შემცირებით.

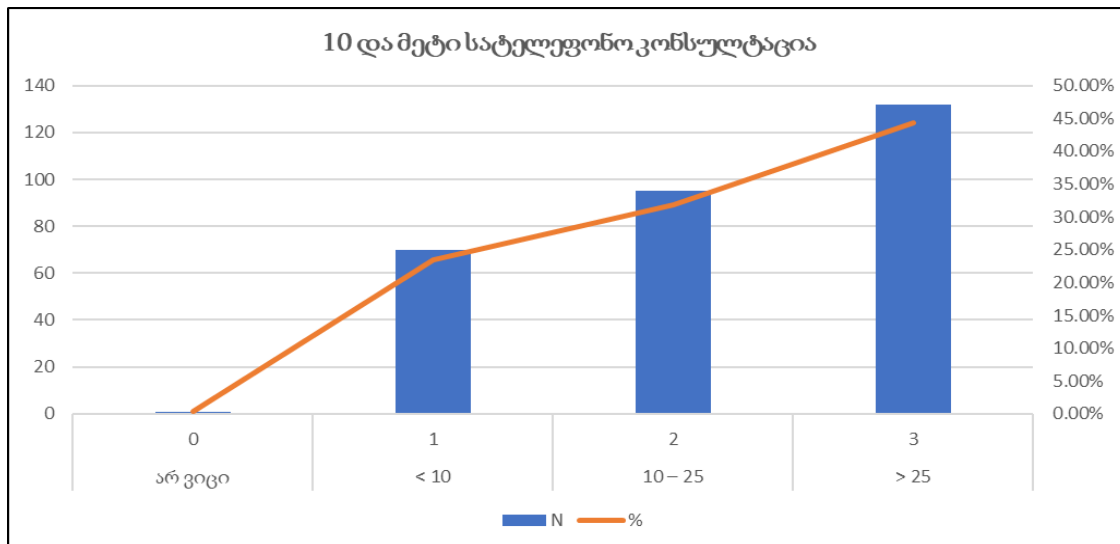
ეფექტიანი ტრიაჟის მიზანი იყო გაემლიერებინა საზოგადოებაზე დაფუძნებული ზრუნვა, შეემცირებინა საავადმყოფოს ტვირთი და გაემლიერებინა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებები. ჩვენს მიერ, აღნიშნული საკითხის შესწავლისას გამოირკვა რომ, დღის განმავლობაში 10 და მეტ სატელეფონო კონსულ-ტაციას ძირითადად ახორციელებდნენ უფროსი ასაკის ოჯახის ექიმები ახალგაზრდა ოჯახის ექიმებისგან განსხვავებით, რომლებიც ნაკლებ პასუხისმგებლობას იღებდნენ პაციენტის სატელეფონო კონსულტირებისთვის (იხ. დიაგრამა 4, დიაგრამა 5)

კოვიდინფიცირებული პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის ძირითადი კრიტერიუმებიდან ყველაზე მეტად ოჯახის ექიმები ასახელებდნენ სუნთქვის გაძნელებას, სუნთქვის უკმარისობას და დაბალ სატურაციას -74,8%, ცხელებას კვირაზე მეტ ხანს -53,7% და ქრონიკული დაავადებებს - 41,6 %. ხოლო, ჰოსპიტალიზაციის მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდნენ პაციენტები შემდეგი თანმხლები დაავადებებით: შაქრიანი დიაბეტი 72,1%, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები 58,4%, ფილტვებისა და სასუნთქი გზების დაავადებები 45,0% (იხ. დიაგრამა 6, დიაგრამა 7).

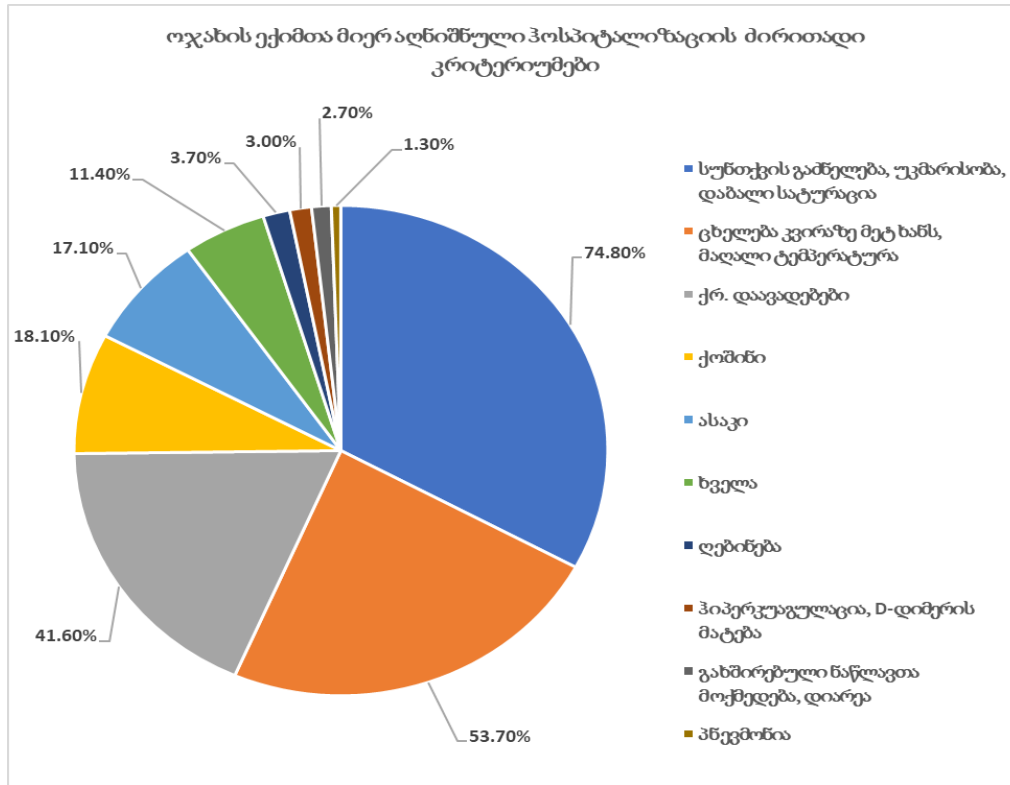
დიაგრამა 4. სატელეფონო კონსულტაციები (ტრიაჟი) ოჯახის ექიმთა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



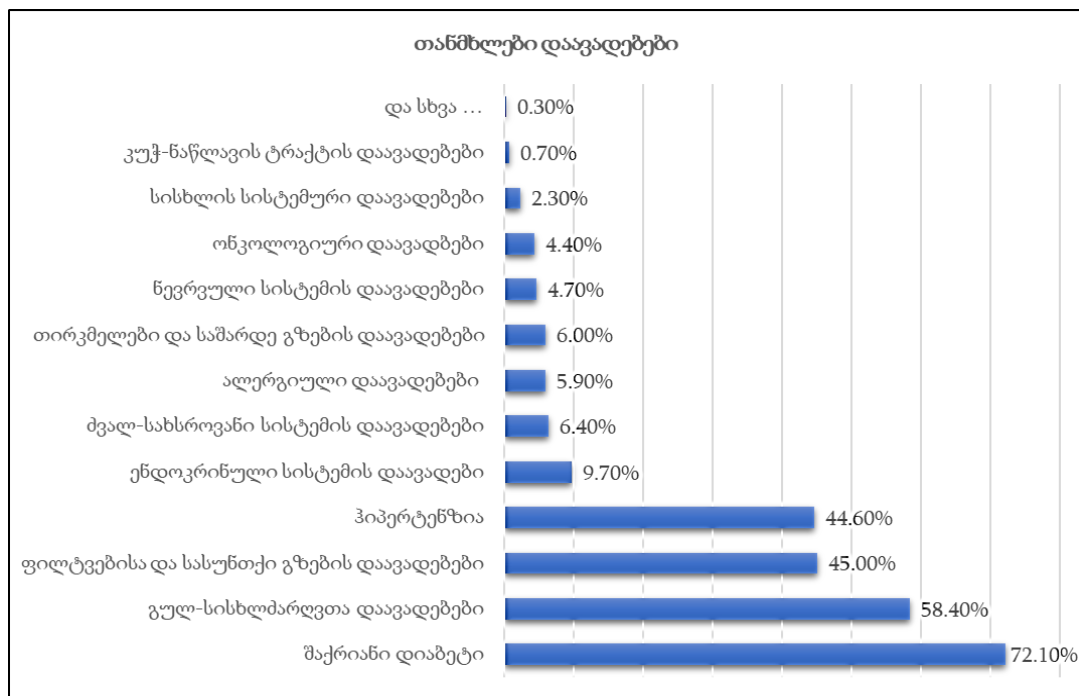
დიაგრამა 5. ოჯახის ექიმთა მიერ ჩატარებული სატელეფონო კონსულტაციები (სატელეფონო ტრიაჟი)



დიაგრამა 6. ოჯახის ექიმის მიერ აღნიშნული კოვიდინფიცირებული პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის ძირითადი მაჩვენებლები



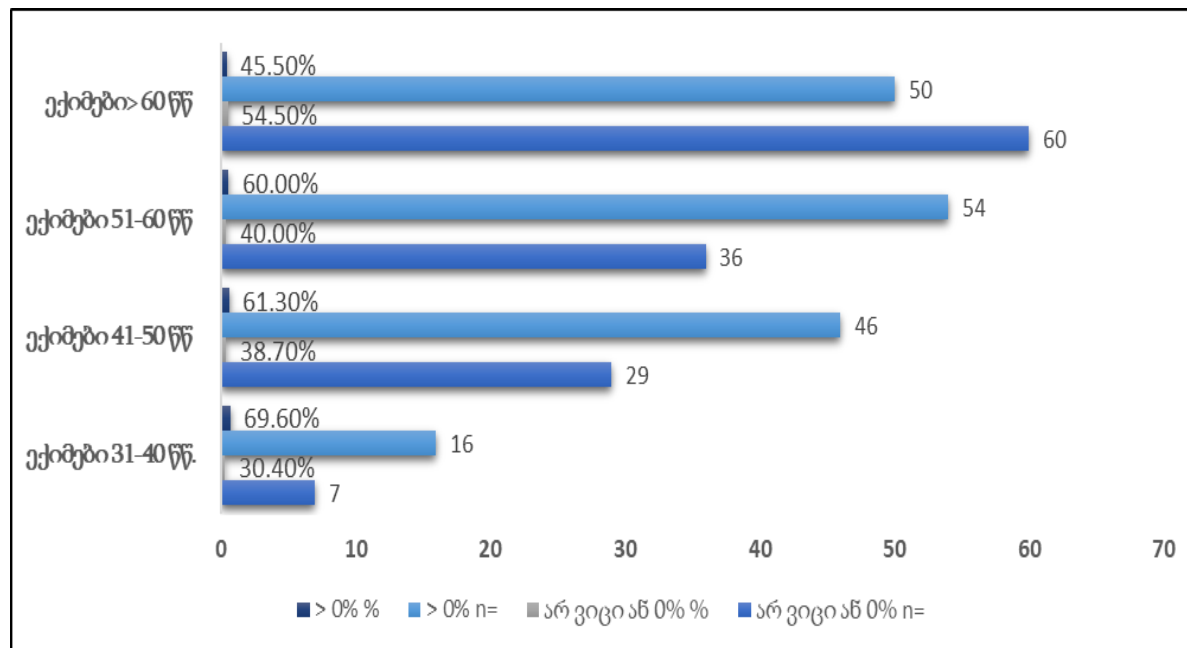
დიაგრამა 7. ოჯახის ექიმის მიერ აღნიშნული თანმხლები დაავადებები კოვიდინფიცირებული პაციენტების ჰოსპიტალიზაციისას



შევისწავლეთ ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობის დონე საკუთარი ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ. გამოკითხული ოჯახის ექიმებიდან, მათ მიერვე დადასტურებული COVID 19 ით, პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ

ინფორმაცია ძირითადად ჰქონდათ ახალგაზრდა ოჯახის ექიმებს 31-40წწ და 41-50 წწ ასაკობრივი ჯგუფებიდან. (იხ. დიაგრამა 8)

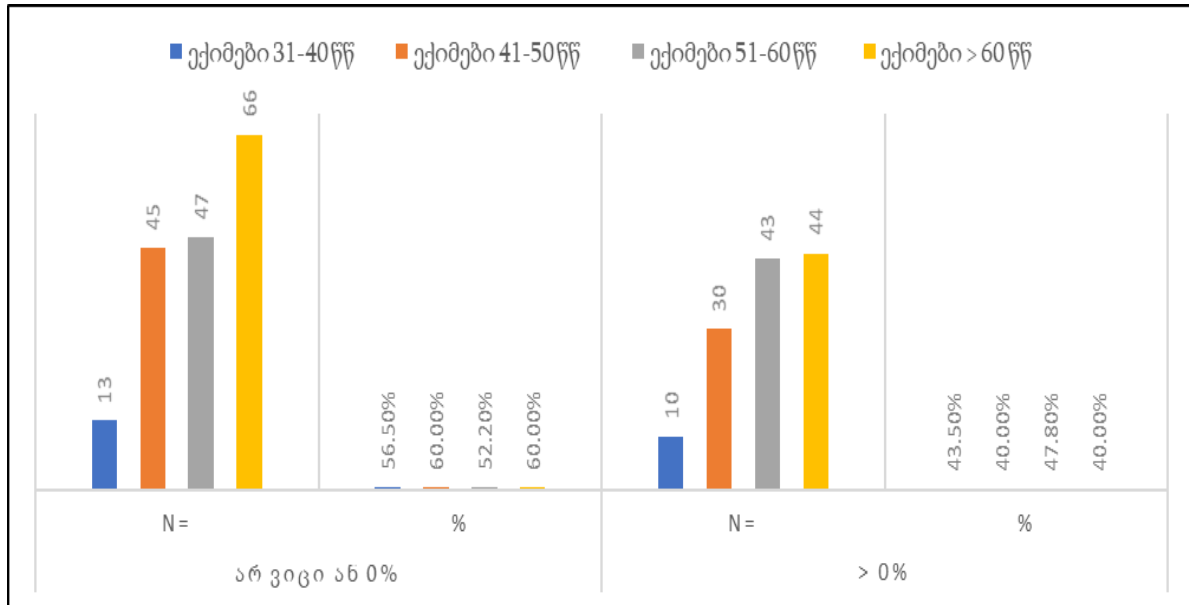
დიაგრამა 8. ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობა საკუთარი ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ (მათ მიერვე დადასტურებული COVID 19)



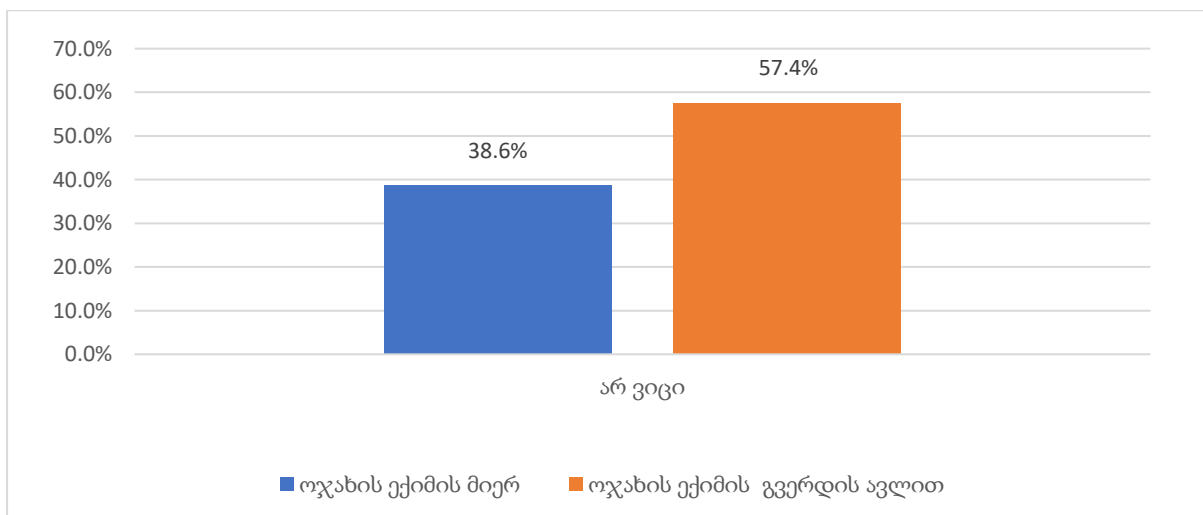
ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობა, საკუთარი ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ (მათი გვერდის ავლით დადასტურებული COVID 19) ექიმთა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში იყო დაბალი- სარწმუნო განსხვავების გარეშე (იხ. დიაგრამა 9).

მიღებული პასუხების მიხედვით, პანდემიის პერიოდში, ოჯახის ექიმის მიერ საკუთარ ბენეფიციარებთან დიაგნოსტირებული COVID 19 -ით ჰოსპიტალიზაციის შესახებ ინფორმირებული არ იყო ოჯახის ექიმების 38.6 % ($\chi^2 = 274.40$, $df=6$, $p<0.001$). ასევე საკუთარი ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ ინფორმაციას არ ფლობდა ოჯახის ექიმების 57.4%-ს ($\chi^2=396.63$, $df=5$, $p<0.001$), რომელთა გვერდის ავლითაც მოხდა დიაგნოზის დადასტურება. (იხ. დიაგრამა 10).

დიაგრამა 9. ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობა საკუთარი ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ (მათი გვერდის ავლით დადასტურებული COVID 19)

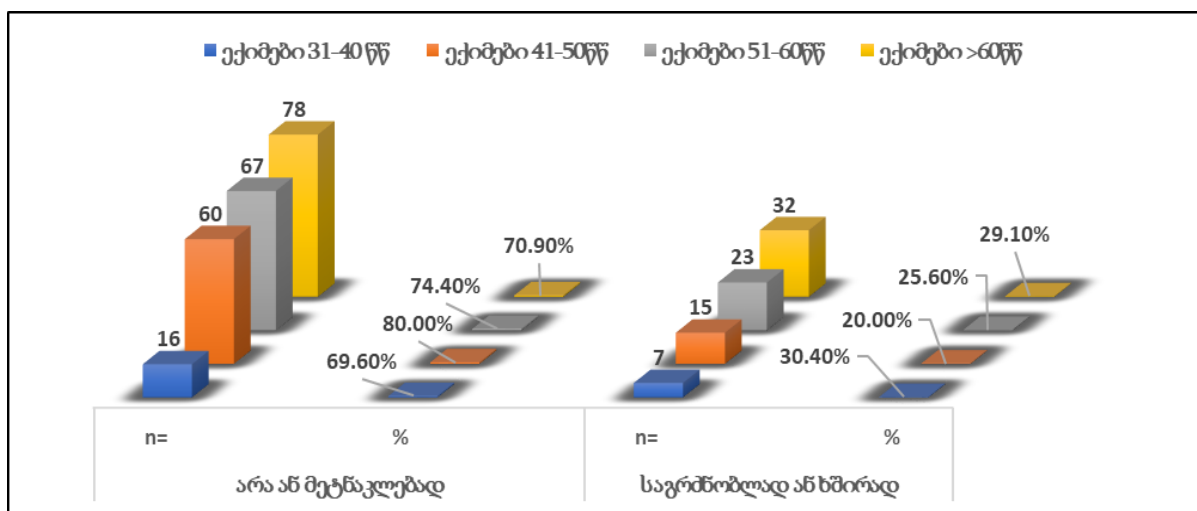


დიაგრამა 10. ოჯახის ექიმის ინფორმირებულობა მის მიერ და მისი გვერდის ავლით დადასტურებული COVID 19 - ით პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის შესახებ



პანდემიის პერიოდში გაიზარდა ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია. ქრონიკულ დაავადებათა მქონე ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციის შესახებ ოჯახის ექიმთა პასუხები, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (იხ. დიაგრამა 11).

დიაგრამა 11. ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები ექიმთა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

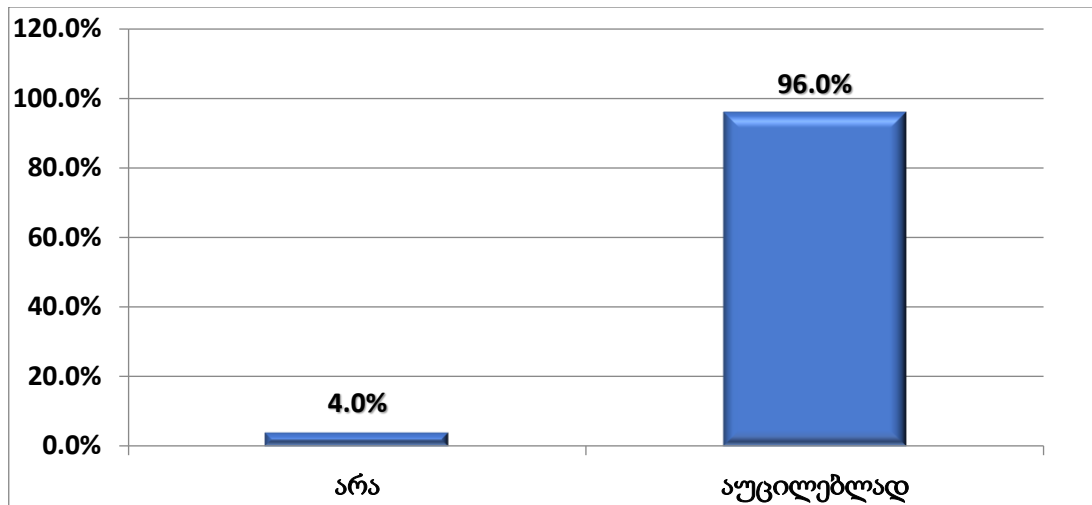


წყარო: კვლევის შედეგები

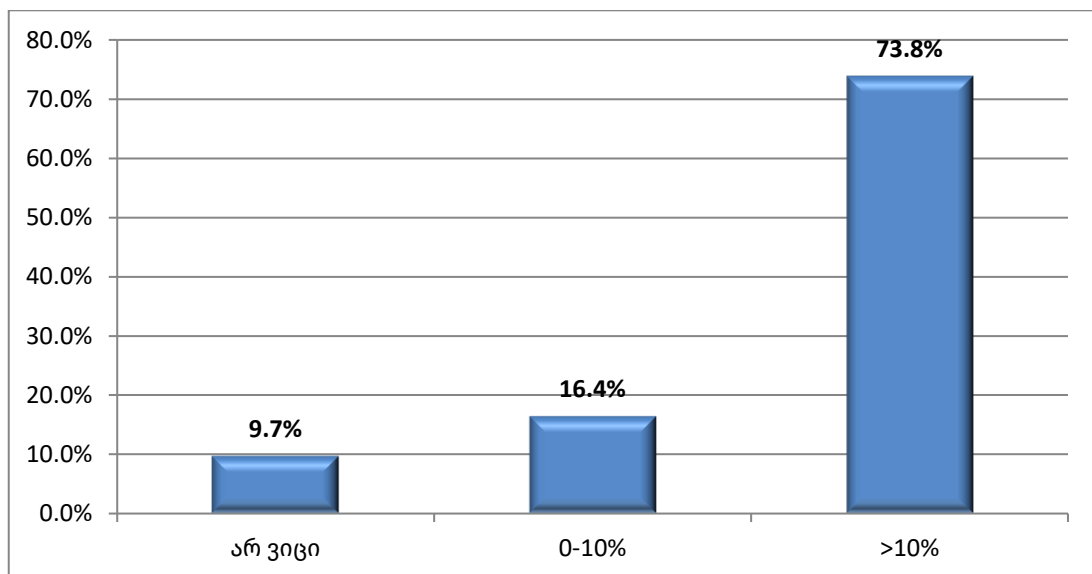
გამოკითხული ოჯახის ექიმები, ყველა ასაკობრივი ჯგუფიდან აღნიშნავენ, რომ ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი გაიზარდა.

პანდემიის პერიოდში, მსოფლიოს რიგ ქვეყნებში და მათ შორის, საქართველოშიც უდიდეს გამოწვევად იქცა კოვიდიზმუნიაზის პროცესი. მნიშვნელოვანი იყო ვაქცინის შენახვის, განაწილების, პრიორიტეტების და ადმინისტრირების ლოჯისტიკური გამოწვევები. აქედან გამომდინარე, კვლევის ფარგლებში შევისწავლეთ ოჯახის ექიმის მიერ COVID 19 - ის საწინააღმდეგო ვაქცინის საჭიროების აუცილებლობის შესახებ პაციენტებისთვის ინფორმაციის მიწოდების საკითხი, ასევე პაციენტთა დამოკიდებულება კოვიდიზმუნიაზის თაობაზე. გამოკითხული ოჯახის ექიმთა 96.0 % აღნიშნავენ, რომ COVID 19 -ის საწინააღმდეგო ვაქცინის საჭიროების აუცილებლობის შესახებ პაციენტებს ინფორმაციას რეგულარულად აწვდიდა, ხოლო ოჯახის ექიმთა 4 % აღნიშნავენ, რომ არ აწვდიდა ინფორმაციას ($\chi^2 = 251.93$, $df=1$, $p<0.001$) (იხ. დიაგრამა 12) . მიუხედავად ექიმთა მიერ პაციენტთა ინფორმირებულობის მაღალი მაჩვენებლისა, კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმები აღნიშნავენ, რომ მათი ბენეფიციარების მხოლოდ 10 %-ზე ოდნავ მეტი იყო აცრილი კოვიდის საწინააღმდეგო ვაქცინით (იხ. დიაგრამა 13).

დიაგრამა 12. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტების ინფორმირებულობა COVID 19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინის საჭიროების აუცილებლობის შესახებ.



დიაგრამა 13. ოჯახის ექიმების პასუხები პაციენტთა კოვიდიმუნიზაციის თაობაზე



* $\chi^2 = 221.89$, $df=2$, $p<0.001$

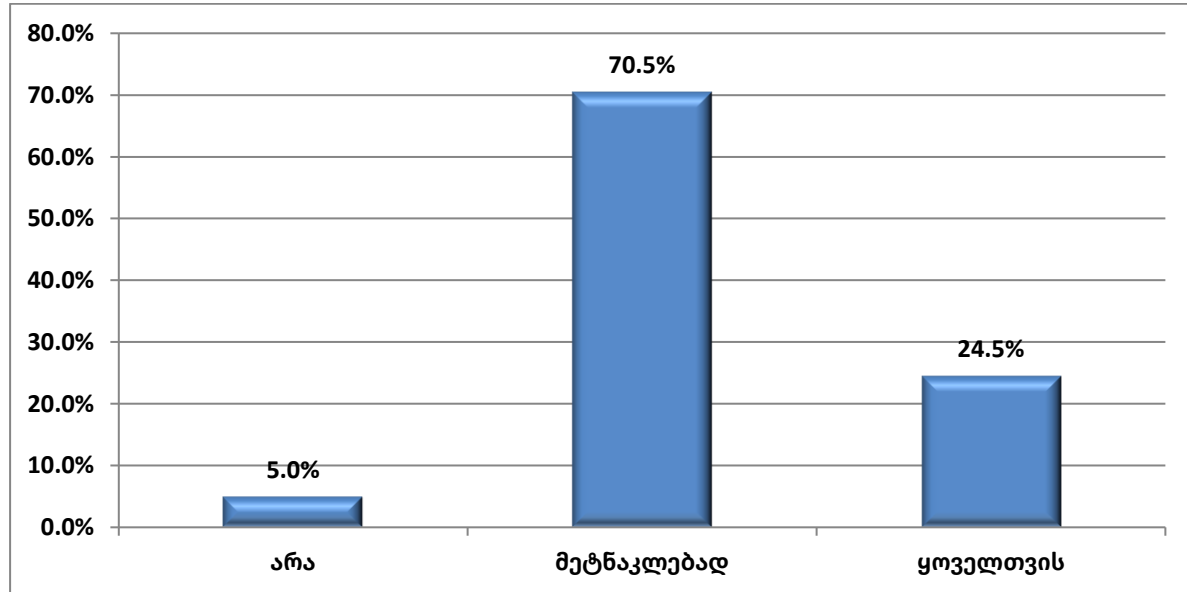
წყარო: კვლევის შედეგები

საინტერესო აღმოჩნდა გამოკითხულ ოჯახის ექიმთა პასუხები სეზონური გრიპის ვაქცინის იმუნიზაციის თაობაზე. გამოკითხულ ექიმთა 70.5% აღნიშნავდა, რომ სეზონური გრიპის იმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე ინფორმაციული ხასიათის კონსულტაციებს მეტ-ნაკლებად ატარებდა, 24.5% აღნიშნავდა, რომ ყოველთვის ატარებდა, ხოლო გამოკითხულ ექიმთა 5.0% არ ატარებდა. (იხ.დიაგრამა 14).

სეზონური გრიპის იმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე, ინფორმაციული ხასიათის კონსულტაციების ჩატარება არცერთი ასაკობრივი ჯგუფის ექიმებში არ ატარებს მუდმივ ხასიათს, მაჩვენებელი ყველა ჯგუფში დაბალია, თუმცა, ჯგუფებს შორის

განსხვავება სარწმუნო არ აღმოჩნდა. პასუხები ექიმთა ასაკობრივ ჯგუფებს შორის გადანაწილდა შემდეგნაირად. (იხ. ცხრილი 4).

დიაგრამა 14. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტთა ინფორმირებულობა სეზონური გრიპის იმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე



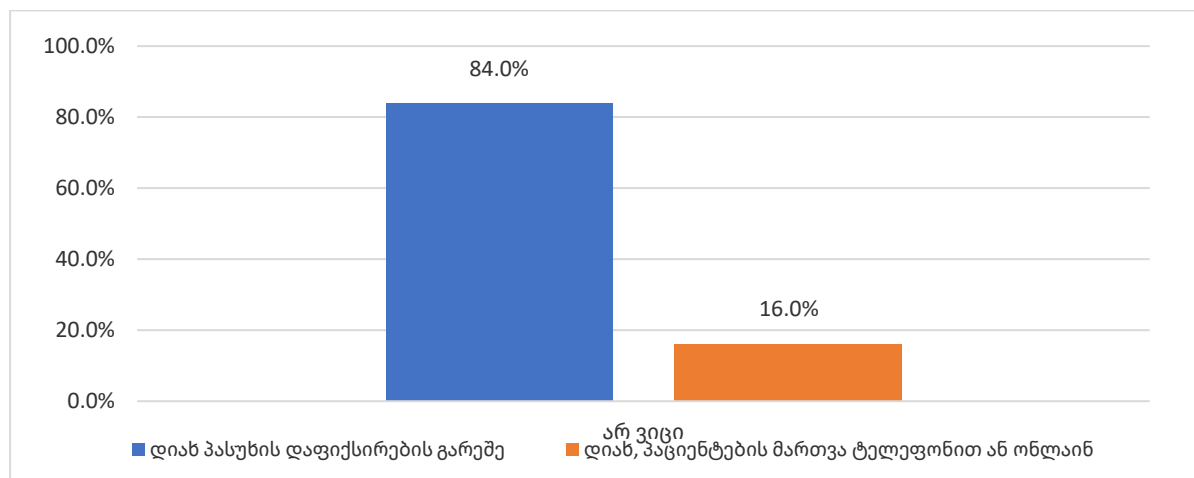
ცხრილი 4. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტთა ინფორმირებულობა სეზონური გრიპის იმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე ექიმთა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

პასუხი ჯგუფი	არა ან მეტწილად		ყოველთვის	
	n=	%	n=	%
ექიმები 31-40 წწ	18	78.3%	5	21.7%
ექიმები 41-50 წწ	57	76.0%	18	24.0%
ექიმები 51-60 წწ	61	67.8%	29	32.2%
ექიმები > 60 წწ	91	82.7%	19	17.3%
შესადარებელი ჯგუფები		Chi ² -test	P	
41-50 წწ vs. 31-40 წწ		0.05	0.824 (NS)*	
51-60 წწ vs. 31-40 წწ		0.95	0.330 (NS)*	
> 60 წწ vs. 31-40 წწ		0.25	0.614 (NS)*	
51-60 წწ vs. 41-50 წწ		1.35	0.245 (NS)*	
> 60 წწ vs. 41-50 წწ		1.25	0.263 (NS)*	
> 60 წწ vs. 51-60 წწ		6.03	0.014	

* NS – non-significant - არასარწმუნო

პროტოკოლის უპირველესი მიზანი იყო ოჯახის ექიმების მხარდაჭერა პანდემიის ეფექტურად მართვაში. მისი გავლენის შესაფასებლად ჩვენ გამოვიკვლიეთ ოჯახის ექიმების დამოკიდებულება პროტოკოლის მიმართ. გამოვლინდა, რომ გამოკითხული ოჯახის ექიმების 84% დადებითად აფასებს პროტოკოლის საერთო ეფექტურობას, ხოლო 16% კონკრეტულად ხაზს უსვამს მის სარგებლობას პაციენტის დისტანციური მართვის გასაადვილებლად ონლაინ ან სატელეფონო კონსულტაციების მეშვეობით. ეს შედეგები ხაზს უსვამს პროტოკოლის როლს პირველადი ჯანდაცვის რეაგირების გაძლიერებაში, პაციენტის მოვლის ოპტიმიზაციაში და ტელემედიცინის, როგორც კრიტიკული ინსტრუმენტის გაძლიერებაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გადაუდებელი შემთხვევების დროს (იხ. დიაგრამა 15, იხ. ცხრილი 5).

დიაგრამა 15. ოჯახის ექიმების დამოკიდებულება პროტოკოლის მიმართ



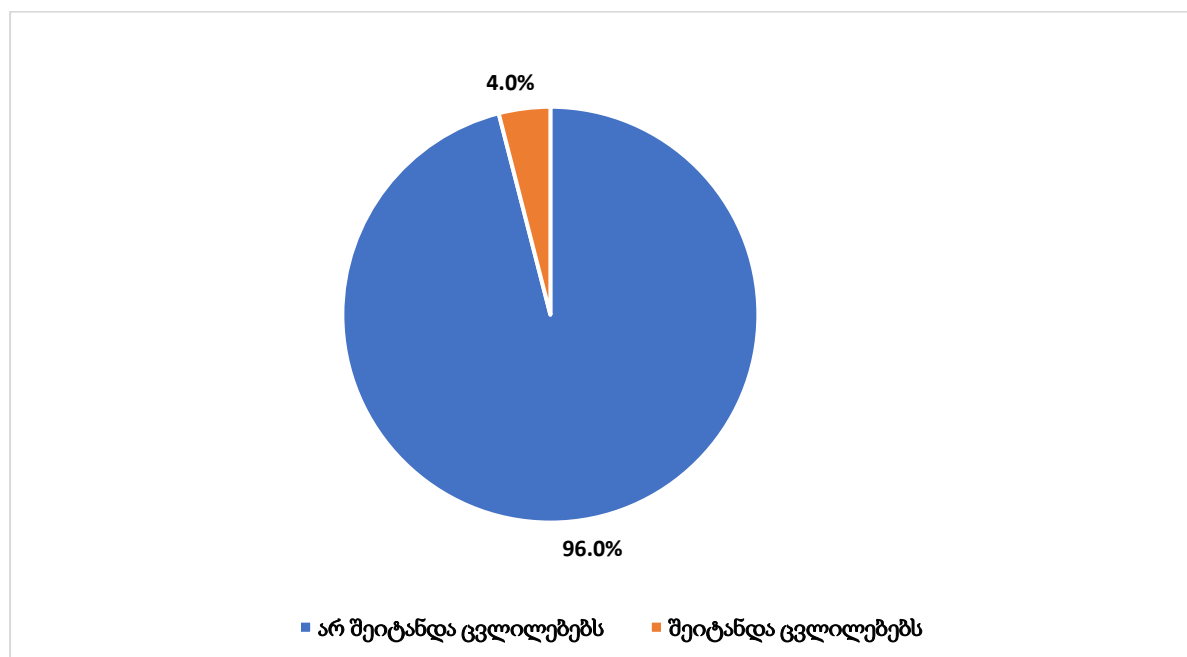
ცხრილი 5. ოჯახის ექიმების დამოკიდებულება პროტოკოლის მიმართ

#	პასუხი	% საერთოდან	Chi ² - ტესტი	Df	P
1	დიახ, პასუხის დაფიქსირების გარეშე	84.0%	11.56	1	0.001
2	დიახ, პაციენტების მართვა ტელეფონით ან ონლაინ	16.0%			
	სულ				

წყარო: კვლევის შედეგები

საინტერესო აღმოჩნდა ოჯახის ექიმების განსახვედრებული მოსაზრებები პროტოკოლთან დაკავშირებით. გამოკითხულ ოჯახის ექიმთა 96% აღნიშნავდა რომ პროტოკოლში არ შეიტანდა ცვლილებას. მხოლოდ ექიმთა 4 % -მა აღნიშნა რომ ცვლილებას შეიტანდა, პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის კუთხით. აღმოჩნდა რომ მხოლოდ ექიმთა 4% იფიქრა პროტოკოლში შესაძლო ცვლილებებზე (იხ. დიაგრამა 16).

დიაგრამა 16. არსებულ პროტოკოლთან დაკავშირებით ოჯახის ექიმების განსახვედრებული მოსაზრებები



წყარო: კვლევის შედეგები

პანდემიის დროს, ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის კოლეგიალურობასა და ურთიერთდახმარებას უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა. ეს განწყობა მკვეთრად აისახა ოჯახის ექიმების პასუხებში, გამოკითხული ექიმების 100% დადებითად აფასებს როგორც საკუთარ, ისე კოლეგების სამუშაო პროცესებს. ასევე გამოკითხული ოჯახის ექიმების 32% აღნიშნავდა, რომ COVID 19 პანდემიის დროს ხელმძღვანელების მხრივ, მუშაობის პროცესში, გრძნობდა მხარდაჭერას და ეს ძირითადად გამოხატული იყო მათ მიერ შესაბამისი სამუშაო პირობების და გარემოს შექმნით. გამოკითხული ექიმების 68% აღნიშნავდა რომ, COVID 19 პანდემიის დროს გრძნობდა ხელმძღვანელების მხრიდან მხარდაჭერას, თუმცა რა სახის მარდაჭერა იყო პასუხის დაფიქსირებაგან, თავი შეიკავა (იხ. ცხრილი 6)

ცხრილი 6. ოჯახის ექიმისათვის ხელმძღვანელების მხრიდან გამოვლენილი
მხარდაჭერის შეფასება

#	პასუხი	N	% საერთოდან	Chi ² - ტესტი	Df	P
1	დიახ, პასუხის დაფიქსირების გარეშე	17	68.0%	3.24	1	0.072
2	დიახ, სამუშაო პირობების შექმნა	8	32.0%			
	სულ	25				

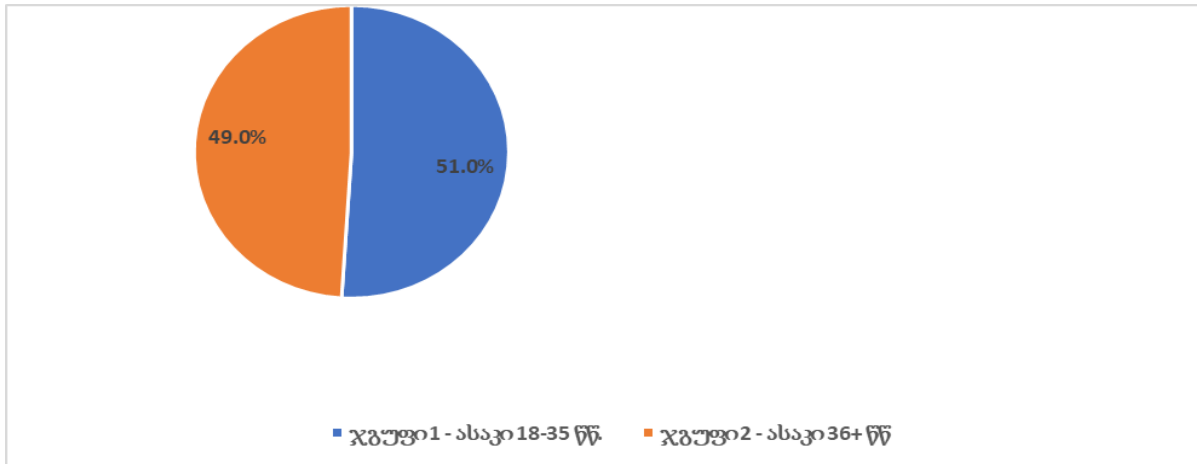
წყარო: კვლევის შედეგები

ეს დასკვნები ხაზს უსვამს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მდგრადობას და გუნდურ მუშაობას, რაც აძლიერებს თანამშრომლობის არსებით როლს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კრიზისების დროს პაციენტთა ეფექტური მოვლის შენარჩუნებაში.

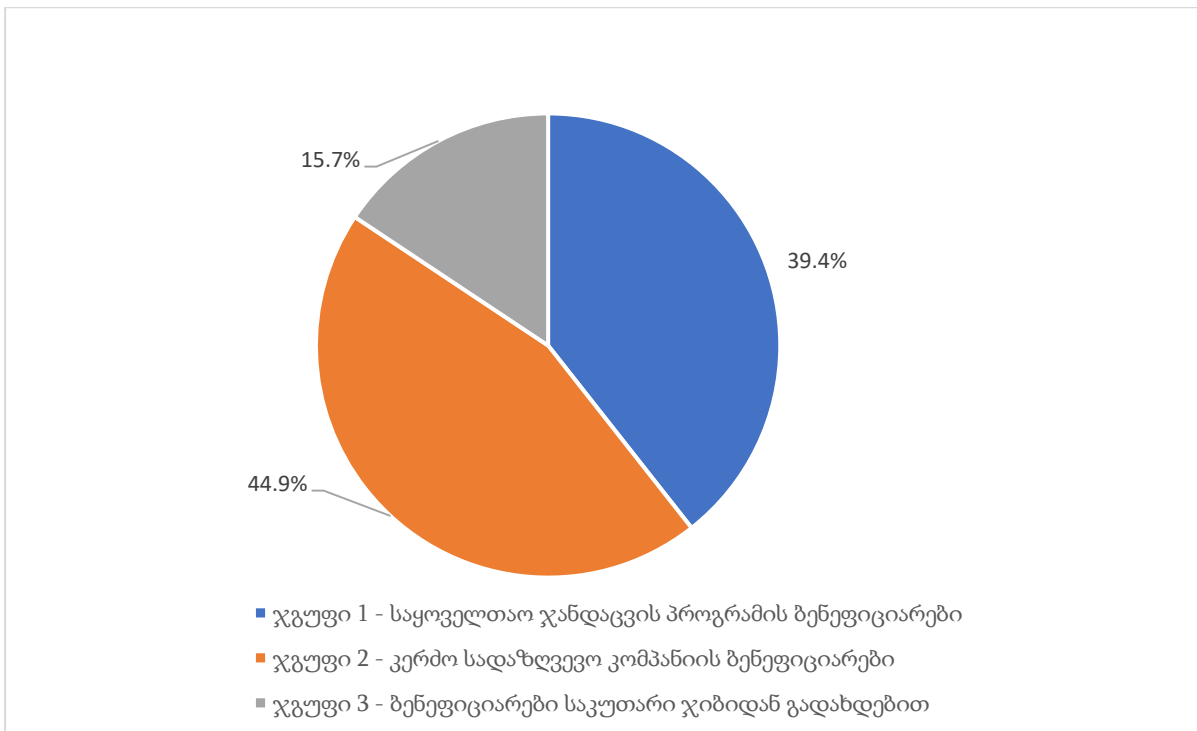
2.2. საკვლევი ჯგუფის დახასიათება - პაციენტები

კვლევაში მონაწილეობდა 396 პაციენტი. მონაწილე პაციენტები დაიყო ორ ასაკობრივ ჯგუფად: 18წწ-35წწ და 36 წწ და ზემოთ; ასევე, პაციენტები, ჯანმრთელობის დაზღვევის ტიპების მიხედვით დავყავით სამ ჯგუფად: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები; კერძო დაზღვევის ბენეფიციარები და პაციენტები თვითდაფინანსებით (იხ. დიაგრამა 17, დიაგრამა 18).

დიაგრამა 17. პაციენტთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით



დიაგრამა 18. პაციენტთა განაწილება ჯანმრთელობის დაზღვევის ტიპების მიხედვით



გამოკითხულ პაციენტებში სარწმუნოდ სჭარბობენ მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები (82.3%) ($\chi^2=165.49$, $df=1$, $p<0.001$) და პაციენტების უმრავლესობას ჰქონდა უმაღლესი (საუნივერსიტეტო) განათლება 90.9% ($\chi^2=592.24$, $df=2$, $p<0.001$) (იხ. ცხრილი 7, დიაგრამა 19).

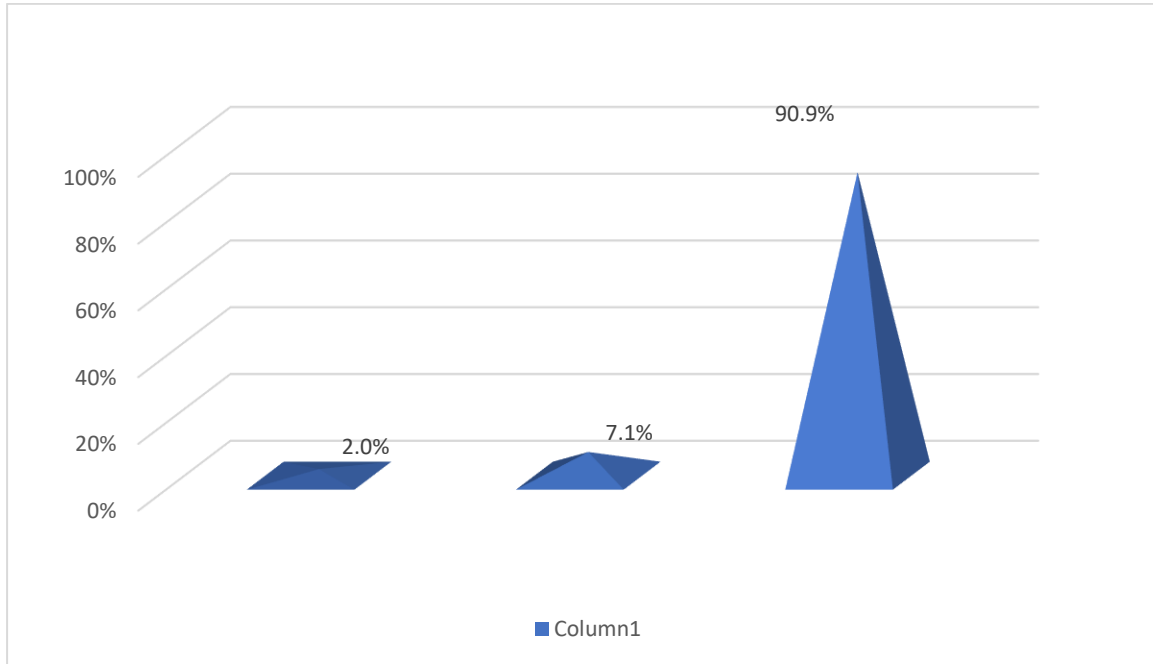
ცხრილი 7. პაციენტთა განაწილება სქესის მიხედვით

პასუხები	მინიჭებული ქულა	n	%
----------	-----------------	---	---

მდედრობითი	1	326	82.3%
მამრობითი	2	70	17.7%

$\chi^2=165.49$, $df=1$, $p<0.001$

დიაგრამა 19. პაციენტთა გადანაწილება განათლების დონის მიხედვით



სარწმუნოდ დაბალი აღმოჩნდა გამოკითხული პაციენტების რაოდენობა (34.8%) ($\chi^2=108.08$, $df=3$, $p<0.001$), რომლებმაც აღნიშნეს, რომ წლის განმავლობაში, ოჯახის ექიმთან ჰქონდათ 3-5 ვიზიტზე მეტი. პაციენტთა პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად ცხრილის მიხედვით. (იხ. ცხრილი 8)

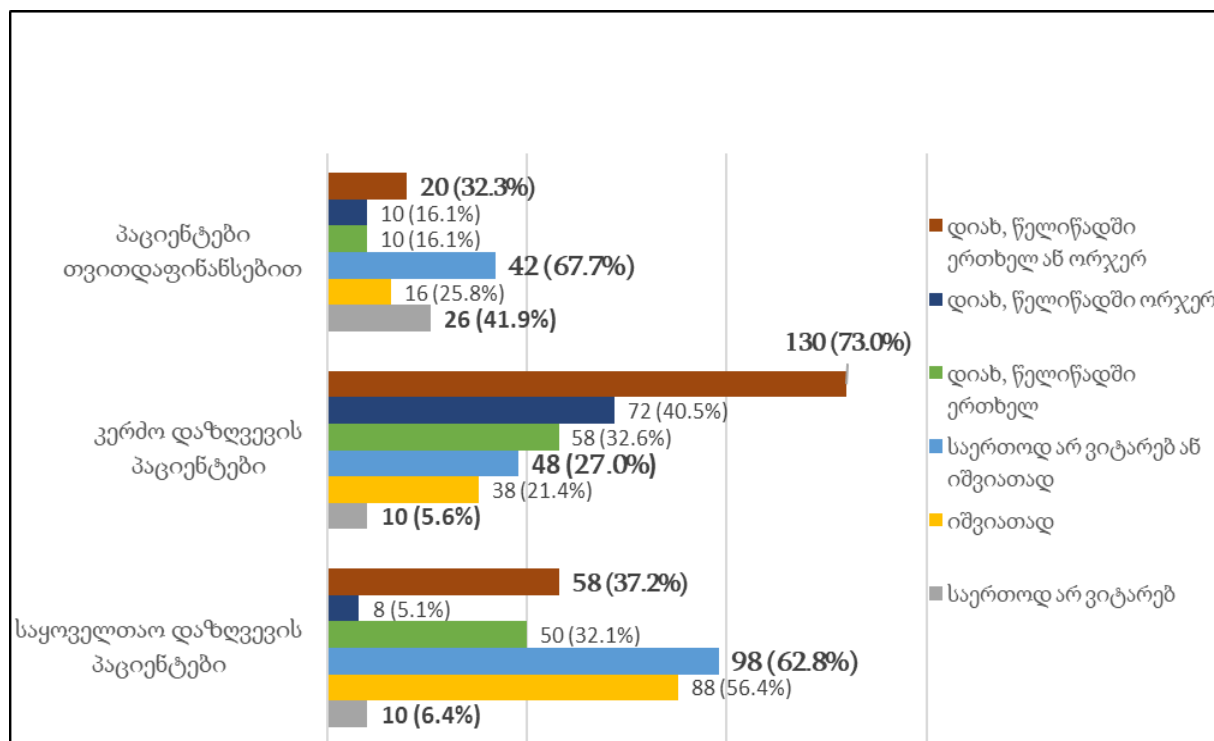
ცხრილი 8. პაციენტების მიერ ოჯახის ექიმთან ვიზიტთა რაოდენობა წლის განმავლობაში

პასუხები	მინიჭებული ქულა	n	%
0 ვიზიტი	1	126	31.8%
1-2 ვიზიტი	2	122	30.8%
3-5 ვიზიტი	3	138	34.8%
> 5-ზე ვიზიტი	4	10	2.5%

$\chi^2=108.08$, $df=3$, $p<0.001$.

კვლევის პროცესში ოჯახის ექიმის პრევენციული როლის შეფასების მიზნით განსხვავებული ჯანმრთელობის დაზღვევის ტიპების მქონე პაციენტებში შევისწავლეთ ოჯახის ექიმთან ვიზიტების რეგულარობა. გამოკითხვის შედეგად მიღებული პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად (იხ. დიაგრამა 20)

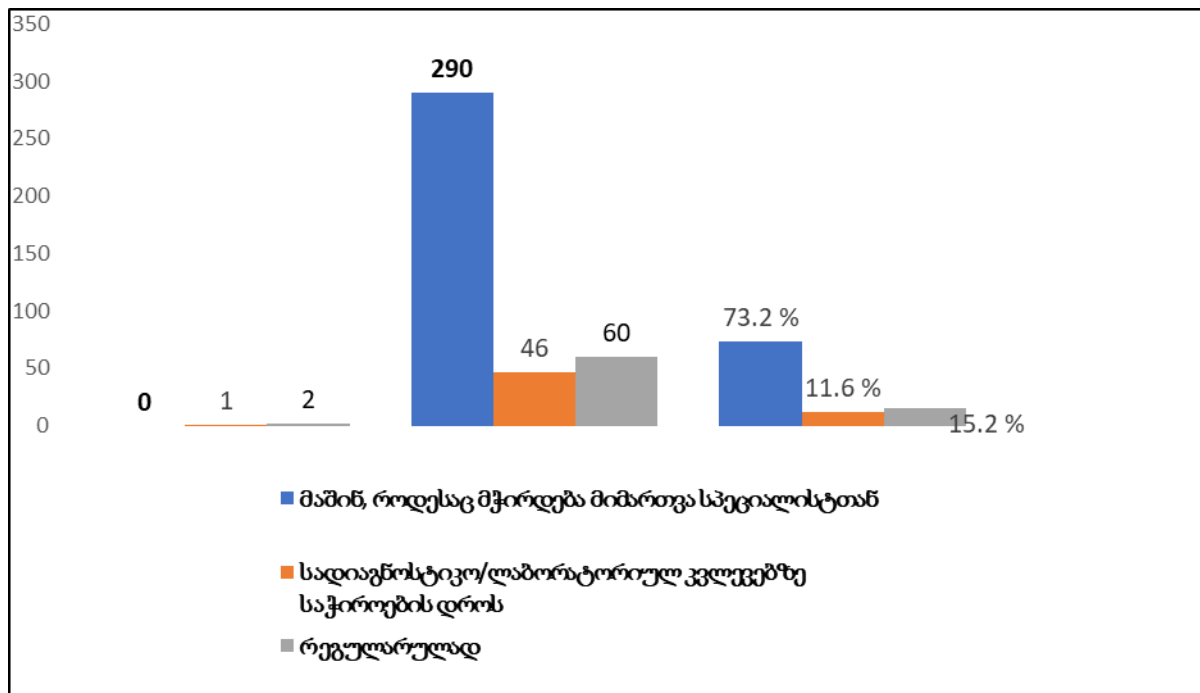
დიაგრამა 20. ოჯახის ექიმთან ვიზიტების რეგულარობა ჯანმრთელობის დაზღვევის ტიპების შესაბამისად



რეგულარული ვიზიტებს წელიწადში ერთჯერ ან ორჯერ, სარწმუნოდ მაღალი პროცენტული მაჩვენებლით, ახორციელებდნენ კვლევაში მონაწილე კერძო დაზღვევის პაციენტების 73.0%. დაბალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები (37.2%) და პაციენტები თვითდაფინანსებით (32.3%).

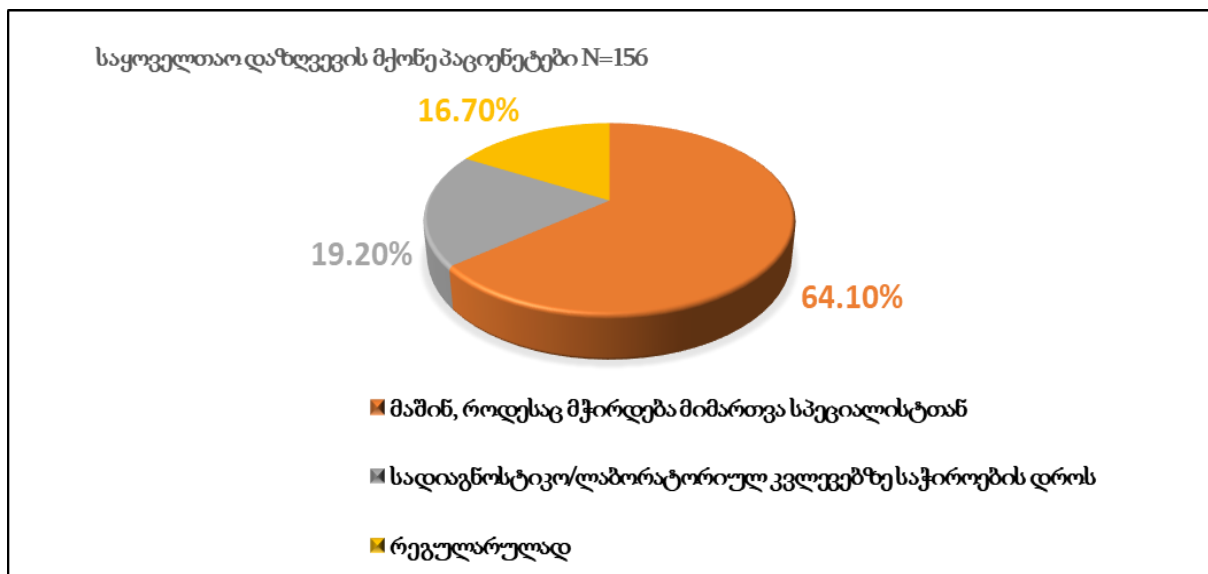
ასევე, ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა, შესაბამისად, პაციენტების კმაყოფილება წარმოადგენდა ჩვენი შესწავლის მნიშვნელოვან ასპექტს. კვლევაში მონაწილე პაციენტების 73.2% აღნიშნავდა რომ ოჯახის ექიმთან ვიზიტის ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა სხვა სპეციალისტთან გადამისამართება. პაციენტთა 11.6% აღნიშნავდა რომ ოჯახის ექიმთან ვიზიტს იყენებდა სადიაგნოსტიკო/ლაბორატორიულ კვლევების საჭიროების დროს, ხოლო პაციენტთა 15.2% იყენებდა რეგულარული სამედიცინო კვლევების მიზნით (იხ. დიაგრამა 21).

დიაგრამა 21. ოჯახის ექიმთან მომართვიანობის მიზეზი

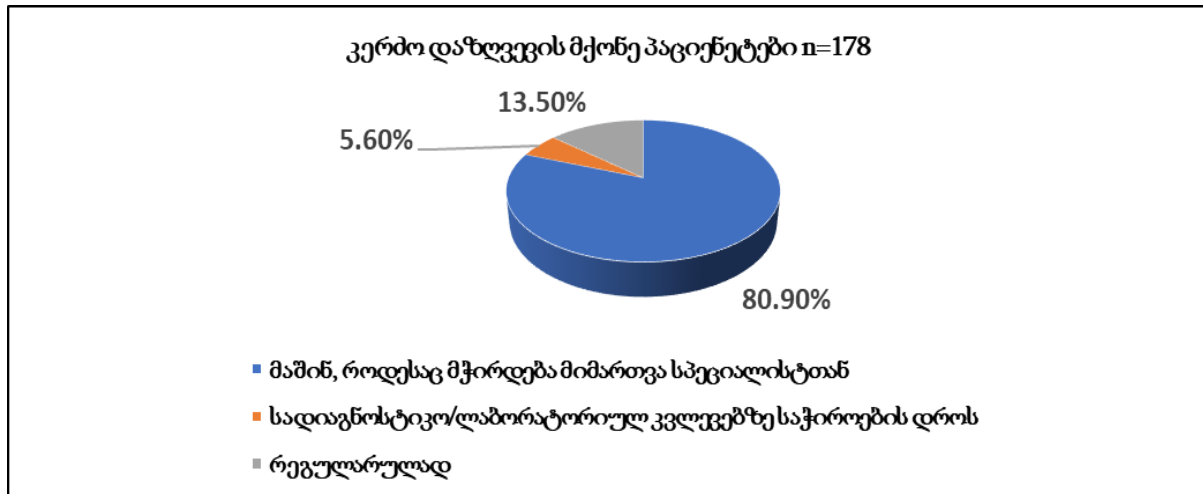


საკითხი ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვადასხვა ტიპის მქონე პაციენტებში გადანაწილდა შემდეგნაირად (იხ. დიაგრამა 22,23 24)

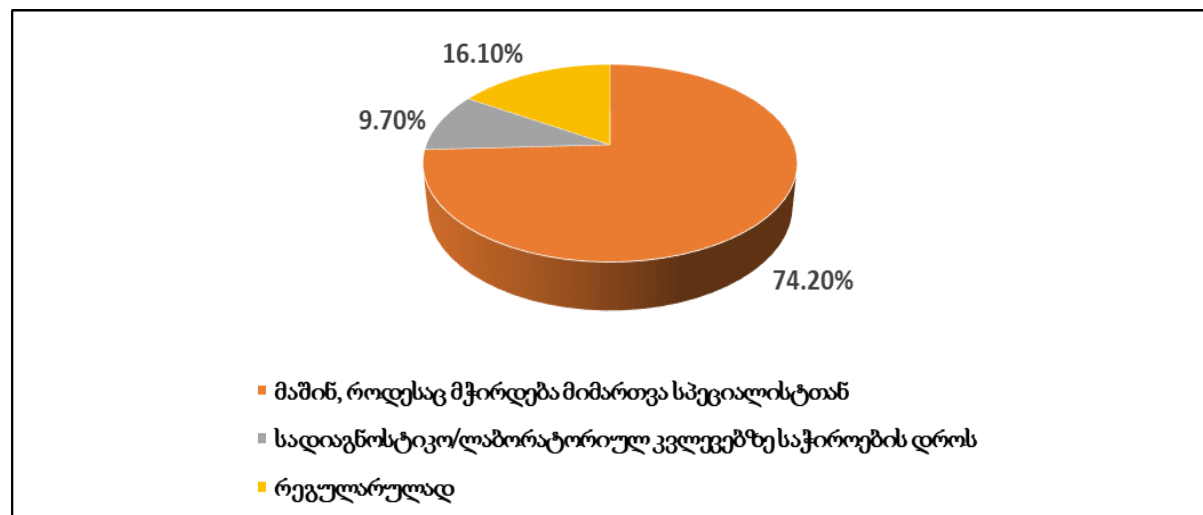
დიაგრამა 22. საყოველთაო დაზღვევის პაციენტების კმაყოფილება-ნდობა ოჯახის ექიმების მიმართ



დიაგრამა 23. კერძო დააზღვევის პაციენტების კმაყოფილება - ნდობა ოჯახის ექიმების მიმართ



დიაგრამა 24. თვითდაფინანსების მქონე პაციენტების კმაყოფილება - ნდობა ოჯახის ექიმების მიმართ



კვლევაში მონაწილე პაციენტები ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვადასხვა ტიპის მიხედვით, აღნიშნავენ რომ ოჯახის ექიმის სერვისს იყენებდნენ მაშინ, როდესაც სჭირდებოდათ მიმართვა სხვა სპეციალისტთან კონსულტაციისთვის.

საინტერესო შედეგები დაფიქსირდა, კვლევაში მონაწილე პაციენტების მიერ, რომელიც ეხებოდა ოჯახის ექიმების მიერ დასმული დიაგნოზების სანდოობას. გამოკითხულ პაციენტებში სარწმუნოდ სჭარბობდა პროცენტული მაჩვენებელი (49.0%)($\chi^2=100.06$, $df=2$, $p<0.001$) ამა თუ იმ ხარისხით ექიმების ნდობის მქონე პაციენტებში. ასევე გამოკითხულ პაციენტებში სარწმუნოდ სჭარბობდა პროცენტული

მაჩვენებელი (76.8 %) $\chi^2=336.42$, $df=2$, $p<0.001$) იმ ექიმებში, რომლებიც იძლეოდნენ დანიშნული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების საჭიროება/მნიშვნელობის განმარტებებს.

სარწმუნოდ მაღალი იყო პროცენტული მაჩვენებელი იმ პაციენტებში (60.1%) $\chi^2=130.24$, $df=2$, $p<0.001$), რომელთათვისაც ოჯახის ექიმთან ვიზიტი არა იყო დამოკიდებული სეზონური ვირუსების არსებობაზე. საკითხი ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვადასხვა ტიპის მქონე პაციენტებში გადანაწილდა შემდეგნაირად (იხ. ცხრილი 9).

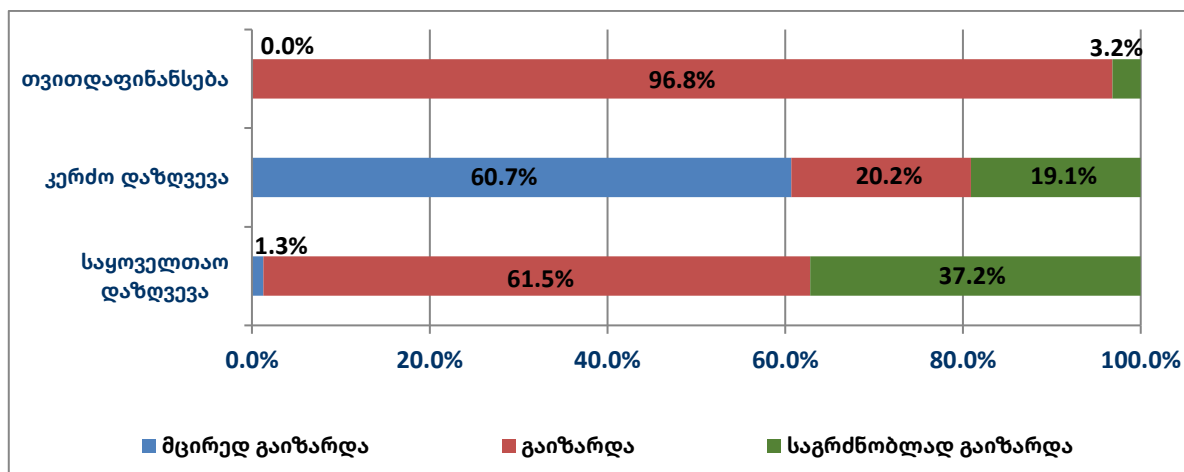
ცხრილი 9. სეზონური ვირუსების დროს ოჯახის ექიმთან მომართვიანობა სადაზღვევო პაკეტის ტიპების მიხედვით დაყოფილ პაციენტთა ჯგუფებში

პასუხები	საყოველთაო დაზღვევის პაციენტები	კერძო დაზღვევის პაციენტები	პაციენტები თვითდაფინანსებით
არა	124 (79.5%)	104 (58.4%)	10 (16.1%)
იშვიათად	0 (0.0%)	50 (28.1%)	42 (67.7%)
დიახ	32 (20.5%)	24 (13.5%)	10 (16.1%)

გამოკითხული საყოველთაო დაზღვევის პაციენტების 79.5%, კერძო დაზღვევის პაციენტების 58.4% და თვითდაფინანსებულ პაციენტები 16.1% აღნიშნავენ, რომ მათი ოჯახის ექიმთან ვიზიტი არ იყო დამოკიდებული სეზონური ვირუსების არსებობაზე.

პანდემიის დროს, პაციენტების მომართვიანობის ზრდას აფიქსირებდნენ გამოკითხული პაციენტებიც. პაციენტები ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვადასხვა ტიპის მიხედვით, აღნიშნავენ რომ გაიზარდა ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა (იხ. დიაგრამა 25)

დიაგრამა 25. პაციენტთა პასუხები COVID 19 პანდემიის დროს ოჯახის ექიმთან მომართვიანობის რეგულირებაზე



ამასთან, საინტერესო შედეგები დაფიქსირდა გამოკითხულ პაციენტების პასუხებში, რომელიც ეხებოდა ოჯახის ექიმთან დაკავშირებას. პაციენტთა 77.3 % აღნიშნავდა, რომ პანდემიის დროს ოჯახის ექიმი უკავშირდებოდათ დღეგამოშვებით, პაციენტთა 14.6% აღნიშნავდა, რომ ოჯახის ექიმთან ჰქონდათ ყოველდღიური კონტაქტი, ხოლო პაციენტთა 8.1% აღნიშნავდა ოჯახის ექიმის არ დაკავშირების თაობაზე (იხ. ცხრილი 10)

ცხრილი 10. პაციენტების პასუხები COVID 19 პანდემიის დროს ოჯახის ექიმის მიერ დაკავშირების თაობაზე

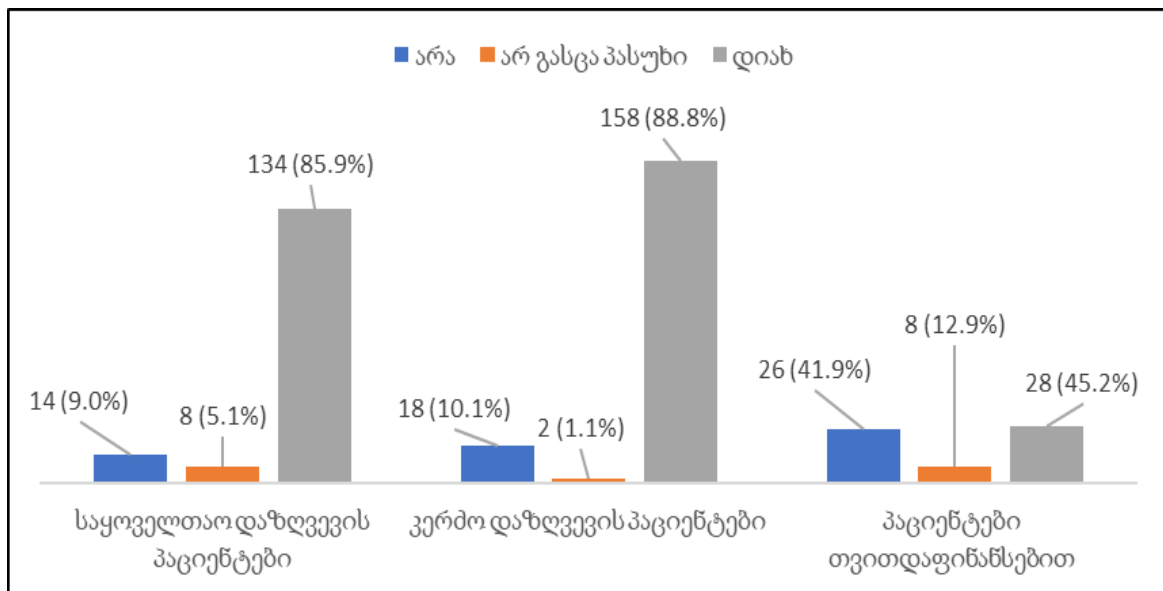
პასუხები	მინიჭებული ქულა	%
არ დამკავშირებია/არ გასცა პასუხი	0	8.1%
დღეგამოშვებით	1	77.3%
ყოველდღე	2	14.6%

$\chi^2=346.61$, $df=2$, $p<0.001$.

ინფექციის გავრცელების პრევენციისათვის, პროტოკოლში დიდი ყურადღება აქვს დათმობილი ვირუსის დადასტურების შემდეგ, ოჯახის ექიმის მიერ, საექვო/სავარაუდო კონტაქტების შესახებ ინფორმაციის მიღების და შემდეგ ამ ინფორმაციის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციებისთვის გადაცემის საკითხს.

ოჯახის ექიმების მიერ საექვო/სავარაუდო კონტაქტების შესახებ ინფორმაციის მიღების და შესაბამისი დოკუმენტის შევსების შესახებ, ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვადასხვა ტიპის მქონე პაციენტების მიერ მიღებული პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად (იხ. დიაგრამა 26).

დიაგრამა 26. პაციენტების პასუხები ოჯახის ექიმის მიერ საექვო/სავარაუდო კონტაქტების აღრიცხვის შესახებ



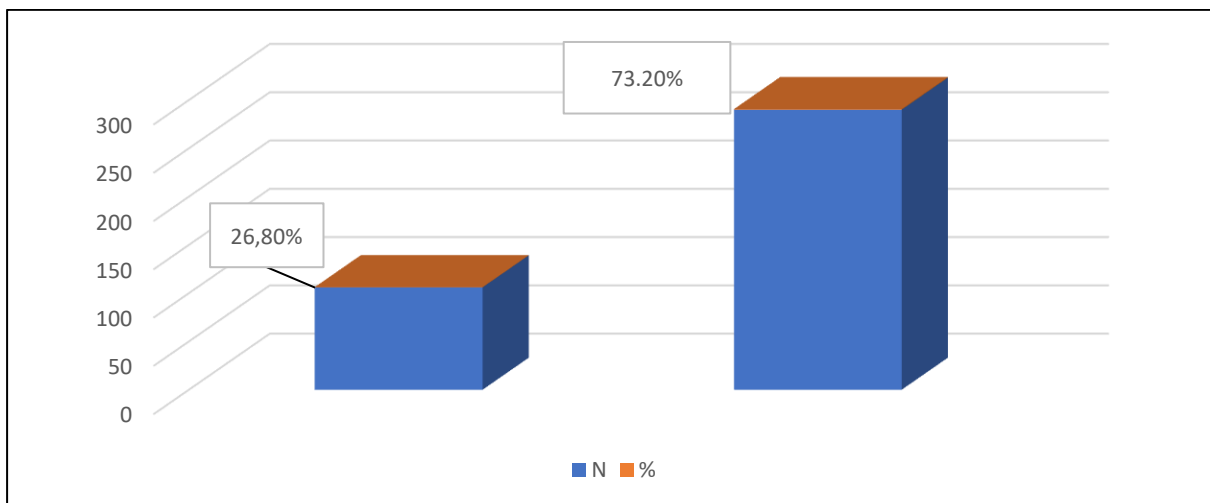
დიაგრამაზე ჩანს, რომ კერძო სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტების 88.8% აღნიშნავდა ოჯახის ექიმების მიერ საექვო/სავარაუდო კონტაქტების შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას და შესაბამისი დოკუმენტის შევსებას. კვლევის პროცესში განვსაზღვრეთ, გაიზარდა თუ არა პაციენტის კონსულტაციისთვის დათმობილი დრო პანდემიის დროს. კერძოდ, კითხვარში მითითებული იყო კონსულტაციისთვის გამოყოფილი დროები: სტანდარტული 15 წთ, ასევე 15-25 წთ და 25 წუთზე მეტი. სარწმუნოდ სჭარბობდა გამოკითხული პაციენტთა პასუხები (52%) ($\chi^2=113.15$, $df=2$, $p<0.001$), რომელიც აღნიშნავდა რომ კონსულტაციის დრო შეესაბამებოდა 15-25 წთ-ს (იხ. ცხრილი 11).

ცხრილი 11. პაციენტთან კონსულტაციებისთვის დათმობილი დრო COVID 19 დროს

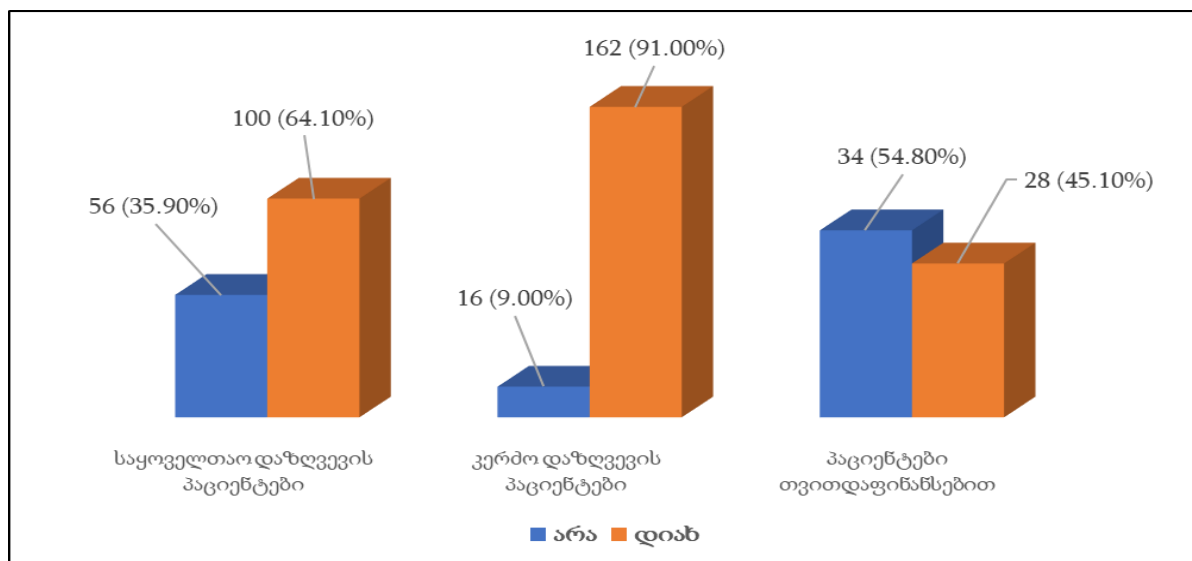
პასუხები	მინიჭებული ქულა	%
0-15 წთ	1	37.9%
15-25 წთ	2	52.5%
> 25 წთ	3	9.6%

პანდემიის დროს, ოჯახის ექიმთა მიერ უმნიშვნელოვანესი აქტივობა იყო პაციენტთა ინფორმირება COVID 19 - ის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის მნიშვნელობის და საჭიროების თაობაზე. ექიმის მიერ, კოვიდიმუნიზაციის თაობაზე ინფორმირებულობას ადასტურებდა გამოკითხულ პაციენტთა 73.2 %, ხოლო გამოკითხულ პაციენტთა 26.8%-ს აღნიშნავდა რომ ექიმი არ აწვდიდა ინფორმაციას. პასუხები სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტებში გადანაწილდა შემდეგნაირად: საყოველთაო დაზღვევის პაციენტთა 64.10% და კერძო დაზღვევის პაციენტთა 91% აღნიშნავდა რომ ექიმი აწვდიდა ინფორმაციას კოვიდიმუნიზაციის თაობაზე (იხ. დიაგრამა 27, დიაგრამა 28).

დიაგრამა 27. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტთა ინფორმირებულობა კოვიდიმუნიზაციის თაობაზე



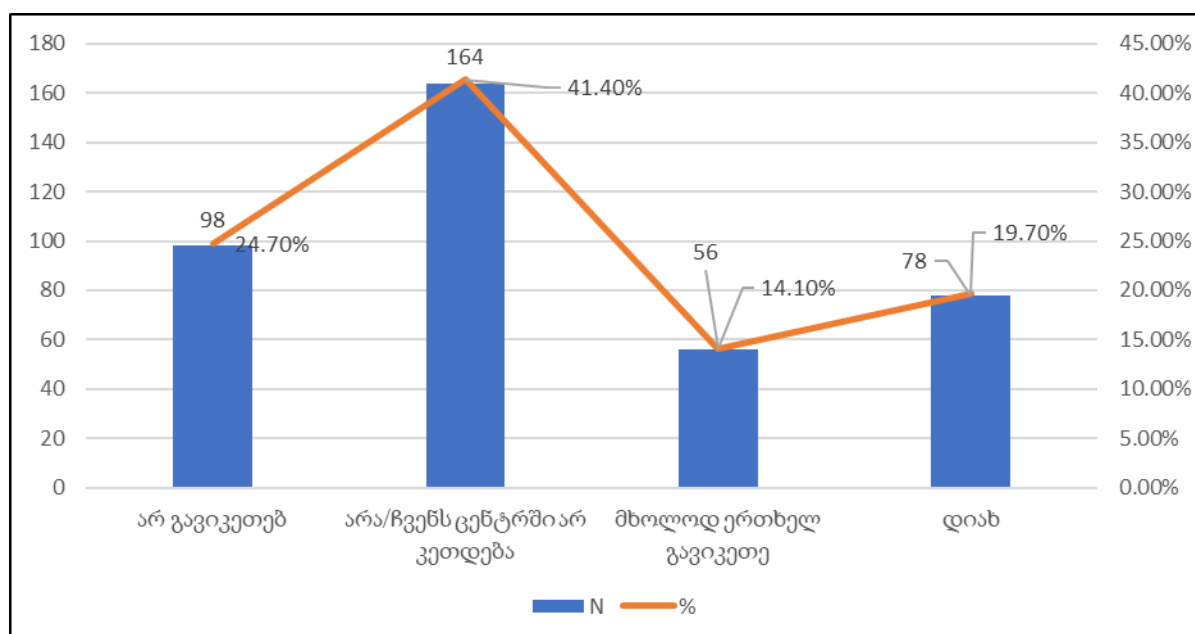
დიაგრამა 28. ოჯახის ექიმის მიერ, სხვადასხვა დაზღვევის ტიპის მქონე პაციენტთა ინფორმირებულობა კოვიდიმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე



პასუხებიდან გამომდინარე ჩანს, რომ საყოველთაო და კერძო დაზღვევის პაციენტებთან უფრო მეტად მუშაობდნენ ექიმები კოვიდიმუნიზაციის საჭიროების შესახებ ინფორმაციის მიწოდების თაობაზე.

საინტერესო პასუხები დაფიქსირდა პაციენტთა მიერ სეზონური გრიპის ვაქცინაციის თაობაზე (იხ. დიაგრამა 29).

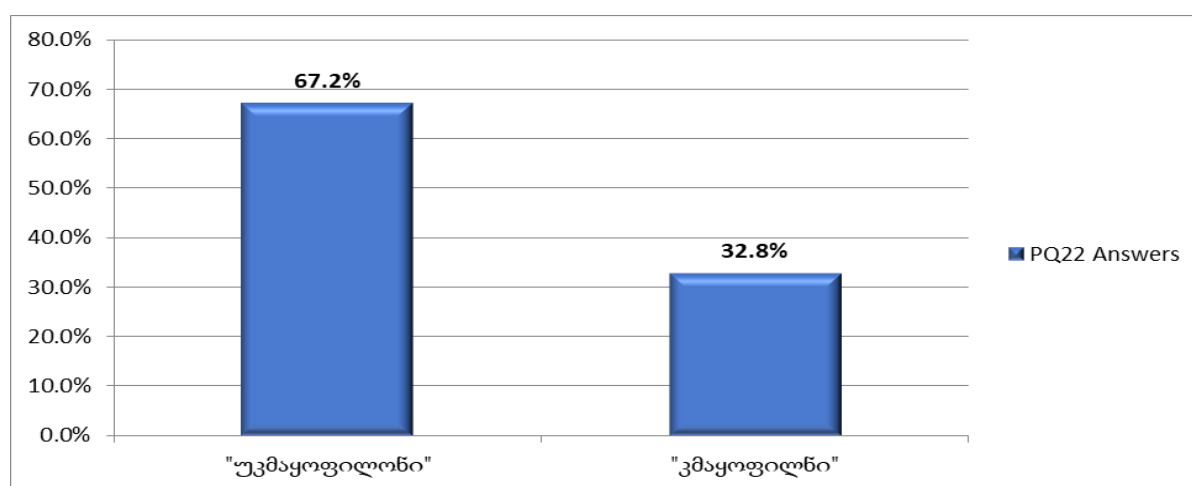
დიაგრამა 29. პაციენტთა დამოკიდებულება სეზონური გრიპის ვაქცინაციასთან მიმართებით



მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტები ოჯახის ექიმის მიერ იღებდნენ ინფორმაციას ვაქცინაციის საჭიროების თაობაზე, პაციენტთა მხოლოდ 19,7 % იყო თანახმა გრიპის ვაქცინის იმუნისაციაზე.

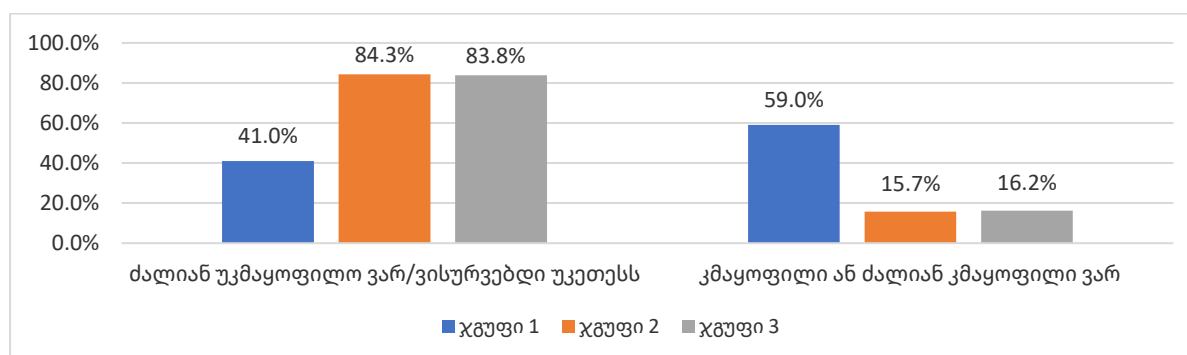
კვლევის პროცესში შევაფასეთ პაციენტების კმაყოფილების ხარისხი მათ სუბიექტური შეგრძნებებზე დაყრდნობით მიღებული სამედიცინო მომსახურების თაობაზე. გამოკითხულ პაციენტთა 67.2% უკმაყოფილებას გამოხატავდა ოჯახის ექიმის მომსახურების თაობაზე, მხოლოდ პაციენტთა 32.8% იყო კმაყოფილი ოჯახის ექიმის მომსახურებით. (იხ. დიაგრამა 30)

დიაგრამა 30. პაციენტთა პასუხები ოჯახის ექიმის მომსახურების შესახებ



ოჯახის ექიმის მომსახურების კმაყოფილების შეფასება მოხდა გამოკითხულ სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტებში (იხ. დიაგრამა 31)

დიაგრამა 31. სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტთა პასუხები ოჯახის ექიმის მომსახურების თაობაზე



წყარო: კვლევის შედეგები

სარწმუნოდ მაღალი იყო ოჯახის ექიმის მომსახურებით უკმაყოფილება კერძო დაზღვევის პაციენტებში (83.8%) და თვითდაფინანსების მქონე პაციენტებში (84.3%), საყოველთაო დაზღვევის პაციენტებთან (41.0%) შედარებით. საყოველთაო დაზღვევის პაციენტების 59.0% აღნიშნავდა, რომ კმაყოფილი იყო ოჯახის ექიმის მომსახურებით.

პაციენტთა გამოკითხვისას შეფასდა ოჯახის ექიმთან მოლოდინის დრო. გამოკითხული პაციენტების უმრავლესობა (90%) ($\chi^2=594.61$, $df=2$, $p<0.001$) აღნიშნავდა რომ ოჯახის ექიმთან ვიზიტზე მოლოდინის დროს შეადგენდა 15-30 წთ-ს. შეფასდა ექიმის დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ. გამოკითხულ პაციენტთა 99,5% ($\chi^2=594.61$, $df=2$, $p<0.001$) აღნიშნავდა რომ ოჯახის ექიმი მათ მიმართ იყო კეთილგანწყობილი. ასევე სარწმუნოდ სჭარბობდნენ გამოკითხული პაციენტები (99,5%) ($\chi^2=277.27$, $df=2$, $p<0.001$) რომლებც აღნიშნავდნენ რომ კონსულტაციის დროს ოჯახის ექიმი იყო სრულად კონცენტრირებული. ასევე გამოკითხულ პაციენტთა 56.1% ($\chi^2=96.42$, $df=2$, $p<0.001$) აღნიშნავდა რომ ოჯახის ექიმი აწვდიდათ ამომწურავ ინფორმაციას საკუთარი ავადმყოფობის შესახებ.

კვლევის პროცესში შევისწავლეთ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების მიერ ხდებოდა თუ არა შშმ პირებზე ადაპტირებული სერვისების უზრუნველყოფა.

სარწმუნოდ სჭარბობდნენ გამოკითხული პაციენტები (75.8%) ($\chi^2=110.02$, $df=3$, $p<0.001$) რომლებსაც მიაჩნდათ, რომ მათი მომსახურე პჯდც შშმ პირებზე ნაწილობრივ მაინც იყო ადაპტირებული (იხ. ცხრილი 12).

ცხრილი 12. შშმ პირებზე ადაპტირებული სერვისები პჯდ ცენტრში

პასუხები	მინიჭებული ქულა	n	%
არ ვიცი	1	36	9.1%
არა	2	60	15.2%
ნაწილობრივ	3	160	40.4%
დიახ	4	140	35.4%

$\chi^2=110.02$, $df=3$, $p<0.001$

გამოკითხულ პაციენტებში პჯდც-ის მიმართ სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობით კმაყოფილი პაციენტების პასუხები სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტების მქონე პაციენტებში გადანაწილდა შემდეგნაირად (იხ. ცხრილი 13)

ცხრილი 13. პედიატრულ-სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობის შესახებ სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტთა პასუხები

პასუხები	საყოველთაო დაზღვევის პაციენტები	კერძო დაზღვევის პაციენტები	პაციენტები თვითდაფინანსებით
არა	4 (2.6%)	0 (0.0%)	2 (3.2%)
დიახ	152 (97.4%)	178 (100.0%)	60 (96.8%)

$\chi^2=5.10$, $df=2$, $p=0.078$, NS.

სარწმუნოდ მაღალი აღმოჩნდა სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც აკმაყოფილებთ სამედიცინო დაწესებულების სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა. ჯგუფებს შორის სარწმუნო განსხვავება არ გამოვლინდა.

პაციენტთა დამოკიდებულება, მომსახურე პედიატრ-ის მიმართ პასუხების მიხედვით გადანაწილდა შემდეგნაირად (იხ. ცხრილი 14).

ცხრილი 14. პაციენტთა ზოგადი დამოკიდებულება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მიმართ

პასუხები	საყოველთაო დაზღვევის პაციენტები	კერძო დაზღვევის პაციენტები	პაციენტები თვითდაფინანსებით
არა	2 (1.3%)	2 (1.1%)	18 (29.0%)
მიჭირს პასუხის გაცემა	54 (34.6%)	80 (44.9%)	24 (19.3%)
არა ან მიჭირს პასუხის გაცემა	56 (35.9%)	82 (46.1%)	42 (67.7%)
დიახ	100 (64.1%)	96 (53.9%)	20 (32.3%)

$\chi^2=36.68$, $df=6$, $p<0.001$.

სარწმუნოდ სჭარბობდა გამოკითხული საყოველთაო დაზღვევის პაციენტების (64.1%) რაოდენობა, კერძო დაზღვევის (53.9%) და თვითდაფინანსების მქონე პაციენტებთან (32.3%) შედარებით, რომელნიც ამა თუ იმ ფორმით ურჩევდნენ მეგობარს,

ახლობელს, ოჯახის წევრს თავის მომსახურე ჯანდაცვის დაწესებულებაში აღრიცხვაზე დადგომას

მიღებული შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ პაციენტების მიერ ოჯახის ექიმების შეფასებისას მიღებული დადებითი პასუხებიდან შესაძლოა გამოვყოთ:

ვიზიტის ლოდინის მცირე დრო;
25 წუთამდე კონსულტაციის დრო;
ექიმების კეთილგანწყობილება;
ექიმების კონცენტრირებულობა;
ავადმყოფობის შესახებ ამომწურავ ინფორმაციის მიწოდება;
დანიშნული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების
საჭიროება/მნიშვნელობის განმარტებების მიწოდება;
ხშირი კავშირი პაციენტთან COVID 19 დადასტურების შემდეგ (მინიმუმ
დღეგამოშვებით);
COVID 19 დადასტურების შემდეგ ოჯახის ექიმის მიერ კითხვარის შევსება
საექვო/სავარაუდო კონტაქტების შესახებ;
COVID 19 საწინააღმდეგო ვაქცინაციის საჭიროებაზე ამომწურავი ინფორმაციის
მიწოდება;

პაციენტების მიერ ოჯახის ექიმების შეფასებისას მიღებული უარყოფითი პასუხებიდან კი უნდა გამოვყოთ:

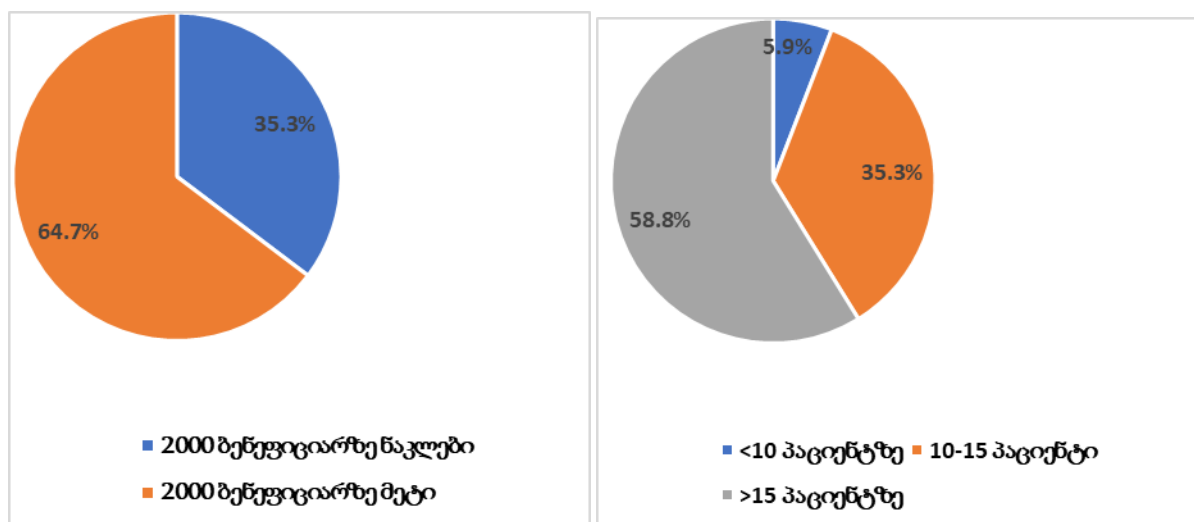
ოჯახის ექიმის ნდობა დასმული დიაგნოზთან დაკავშირებით;
დანიშნული მედიკამენტების ან/და მანიპულაციების გვერდითი ეფექტების,
სავარაუდო გართულებების და მოსალოდნელი დისკომფორტის შესახებ
ინფორმაციის არასრულად მიწოდება;
ოჯახის ექიმთან ვიზიტების არარეგულარობა; ვიზიტი ოჯახის ექიმთან
ძირითადად მაშინ, როდესაც პაციენტი საჭიროებს მიმართვას სპეციალისტთან ან
სადიაგნოსტიკო/ლაბორატორიულ კვლევებს;
COVID 19 ვირუსის საწინააღმდეგოდ სრულად ვაქცინირებულთა დაბალი
პროცენტული მაჩვენებელი;
სეზონური გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგოდ სრულად ვაქცინირებულთა დაბალი
პროცენტული მაჩვენებელი;

მეგობრისათვის, ახლობლისათვის, ოჯახის წევრისათვის თავისი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში აღრიცხვაზე დადგომასთან დაკავშირებით რჩევის არმცემა;

2.3. საკვლევი ჯგუფი - მენეჯერები

კვლევაში ასევე მონაწილეობდა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების 17 მენეჯერი. სარწმუნოდ სჭარბობდა კვლევაში მონაწილე მენეჯერები, რომელთა პჯდ ცენტრი ემსახურებოდა 2000-ზე მეტ ბენეფიციარს (იხ. დიაგრამა 29) და ასევე, სარწმუნოდ სჭარბობდნენ მენეჯერები, რომელთა პჯდ ცენტრის ოჯახის ექიმები დღის განმავლობაში ემსახურებოდნენ 15 ბენეფიციარს (იხ. დიაგრამა 32,33).

დიაგრამა 32. 33 პჯდც განაწილება ბენეფიციარების რაოდენობით და მიღებული პაციენტების მიხედვით



სარწმუნოდ სჭარბობდნენ 5-ზე ნაკლები ექიმით მომსახურე პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მენეჯერები (70.6%) ($\chi^2=19.0$, $df=3$, $p<0.001$). ასევე სარწმუნოდ სჭარბობდნენ მენეჯერები (100%), რომლებიც აღნიშნავდნენ რომ მათი კლინიკა სრულად იყო აღჭურვილი სადიაგნოსტიკო და ლაბორატორიული ტექნიკით.

სარწმუნოდ სჭარბობდნენ მენეჯერები, რომელთა კლინიკებში მუშაობდა 5-ზე მეტი ექთანი (99.0%) (იხ. ცხრილი 15).

ცხრილი 15. მენეჯერთა პასუხები ექთნების რაოდენობის შესახებ პჯდ ცენტრში

პასუხები	მინიჭებული ქულა	%
2-5	1	17.6%
5-ზე მეტი	2	82.4%

$\chi^2=7.12$, $df=1$, $p=0.008$.

სარწმუნოდ სჭარბობდნენ მენეჯერები (76.5%) ($\chi^2=14.59$, $df=2$, $p=0.001$) რომლებიც აღნიშნავდნენ, რომ ბენეფიციარები ოჯახის ექიმის სერვისს იყენებდნენ როგორც სხვა სპეციალისტთან გადამისამართების კუთხით, ისე მკურნალობის მიზნით (იხ. ცხრილი 16).

ცხრილი 16. გამოკითხული მენეჯერების პასუხები, ოჯახის ექიმთან ვიზიტების მიზნობრიობის მიხედვით

პასუხები	მინიჭებული ქულა	N	%
სხვა სპეციალისტთან გადამისამართების მიზნით	1	1	5.9%
მკურნალობის მიზნით	2	3	17.6%
ორივე შემთხვევისათვის	3	13	76.5%

$\chi^2=14.59$, $df=2$, $p=0.001$

პროტოკოლის შეფასებისას საინტერესო შედეგები დაფიქსირდა გამოკითხული მენეჯერის პასუხებში. პროტოკოლის რეკომენდაციების პრიორიტეტულობის განსაზღვრისას კვლევაში მონაწილე მენეჯერების პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად: მიღებული შედეგებით გამოიკვეთა, რომ გამოკითხული მენეჯერები პრიორიტეტს ანიჭებდნენ შემდეგ რეკომენდაციებს: ვაქცინაციას- 41.2%, პირბადის ტარებას -35.3% და დისტანციაზე მუშაობას- 23.5%. ხოლო, ნაკლებად პრიორიტეტული აღმოჩნდა ხელის დაბანა- 5.9%, ხელთათმანების მოხმარება- 5.9 %, იზოლაცია- 5.9 % და სხვა (იხ. ცხრილი 17)

პროტოკოლის დაცვისა და ხარისხიანად შესრულებისათვის ჩატარებული ღონისძიებების მიხედვით, გამოკითხული მენეჯერების (35.3%) იყო გაურკვევლობაში და არ ჰქონდა მონიშნული პრიორიტეტული ღონისძიება (იხ. ცხრილი 18).

კვლევაში ჩართული პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში დასაქმებული თანამშრომლებისათვის COVID 19-ის პროტოკოლის ეფექტიანად შესრულებისათვის ჩატარებული ტრენინგების თაობაზე მენეჯერების პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად (იხ. ცხრილი 19).

ცხრილი 17. გამოკითხული მენეჯერების პასუხები პროტოკოლის რეკომენდაციების პრიორიტეტულობის შესახებ

პასუხი	მინიჭებული კოდი	%
17.1. პროტოკოლით გათვალისწინებული ყველა	1	23.5%
17.2. დისტანცია	2	23.5%
17.3. პირბადის ტარება	3	35.3%
17.4. იზოლაცია	4	5.9%
17.5. ვაქცინაცია	5	41.2%
17.6. ხელის დაბანა	6	5.9%
17.7. ხელთათმანის მოხმარება	7	5.9%
17.8. pcr და სწრაფი ტესტით ტესტირება	8	5.9%
17.9. პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის სიხშირე	9	5.9%
17.10. დეზინფექცია	10	11.8%
17.11. სტერილიზაცია	11	11.8%
17.12. სამედიცინო ნარჩენების მართვა	12	5.9%

ცხრილი 18. პროტოკოლის დაცვისა და ხარისხიანად შესრულებისათვის ჩატარებული ღონისძიებები

პასუხი	%
18.1. პროტოკოლის ზედმიწევნით შესრულება	11.8%
18.2. დისტანციური მონიტორინგი	5.9%
18.3. საინფორმაციო კამპანია	29.4%
18.4. კონტროლი	5.9%
18.5. ყველა ღონისძიების განხილვა ექიმთა თათბირზე	11.8%

18.6. პაციენტთა მდგომარეობის განხილვა	11.8%
18.7. პერსონალის ტრენინგები	11.8%
18.8. პერსონალის გადამზადება	11.8%
18.9. ვიდეორგოლების ჩვენება	11.8%
18.10. სანიტარული ნორმების მაქსიმალური დაცვა	5.9%
18.11. არ ვიცი	35.3%

ცხრილი 19. პედიტრულ დასახელებულ თანამშრომლებისათვის ჩატარებული ტრენინგები პროტოკოლის ხარიხიანად შესრულებისათვის

პასუხი	%
19.1. ტიპი 1 - ინდივიდუალური ტრენინგები (სიხშირე - ყოველდღიური)	17.6%
19.2. ტიპი 2 - ჯგუფური (სიხშირე - ყოველთვიური)	35.3%
19.3. საჭიროებისამებრ	41.2%
19.4. არ ვიცი	23.5%

$\chi^2 = 2.0$, $df=3$, $p=0.572$ (NS);

წყარო: კვლევის შედეგები

მიღებულ პასუხებს შორის განსხვავება არ აღმოჩნდა სარწმუნო. ისეთი პასუხების გაერთიანებამ, რომელიც დაკავშირებული იყო მენეჯერების ინფორმირებულობასთან (19.1 და 19.2, $n=6$) და არაინფორმირებულობასთან (19.3 და 19.4, $n=11$) და χ^2 -ტესტით გადამოწმებამ აჩვენა, რომ განსხვავება ამ ჯგუფებს შორისაც არ იყო სარწმუნო ($\chi^2 = 1.47$, $df=1$, $p=0.225$, NS).

კვლევაში მონაწილე მენეჯერების (52.9%) აზრით COVID 19-ის დროს ყველაზე რთულად შესასრულებელ რეკომენდაციას წარმოადგენდა დისტანციური მუშაობა - პაციენტის ინფორმირება სატელეფონო კავშირით. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულთა მიერ დაფიქსირებული დანარჩენი პრობლემური საკითხები მცირე მაჩვენებლით გამოირჩეოდა, მაინც საყურადღებოდ უნდა ჩაითვალოს. ზოგიერთი შეიძლება გაერთიანდეს „მართვის ცენტრალიზაციის“ პრობლემური საკითხის ქვეშ, როგორცაა: ეპიდვითარებიდან გამომდინარე გაზრდილი COVID 19 -ით ინფიცირებული ბენეფიციარების მართვა; პაციენტების მართვის ცენტრალიზაცია; უცნობი (არაბენეფიციარი) პაციენტების მართვა; დიდი დრო ანამნეზის შეგროვებაზე (იხ. ცხრილი 20).

ცხრილი 20. მენეჯერების აზრით, შესასრულებლად რთული რეკომენდაცია

პასუხი	%
20.1. დისტანციური მუშაობა - პაციენტის ინფორმირება სატელეფონო კავშირით	52.9%
20.2. ყველა ზარზე დროული რეაგირება	5.9%
20.3. ეპიდვითარებიდან გამომდინარე გაზრდილი COVID 19 -ით ინფიცირებული ბენეფიციარების მართვა	5.9%
20.4. საინფორმაციო კამპანიის გაძლიერება	5.9%
20.5. თვითიზოლაციის დაცვის მონიტორინგი	5.9%
20.6. პაციენტების მართვის ცენტრალიზაცია	11.8%
20.7. უცნობი (არაბენეფიციარი) პაციენტების მართვა, დიდი დრო ანამნეზის შეგროვებაზე	5.9%
20.8. არ ვიცი	5.9%

Chi² = 25.8, df=7, p<0.001.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში, ექიმებისა და ექთნებისათვის ინფექციის კონტროლის შესახებ ცოდნის ამაღლებისათვის ჩატარებული ღონისძიებებიდან, გამოკითხული მენეჯერების პასუხებიდან სარწმუნოდ სჭარბობდა - პასუხი „ტრენინგები“, თუმცა, იგი მხოლოდ 52.9%-ს შეადგენდა. დანარჩენი პასუხების პროცენტული მაჩვენებლები ვერც კი აღემატება 25%-ს. 5.9% ტესტირება (ცხრილი 21)

ცხრილი 21. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში, ექიმებისა და ექთნებისათვის ინფექციის კონტროლის უზრუნველყოფისათვის ჩატარებული ღონისძიებები

პასუხი	%
16.1. ტრენინგები	52.9%
16.2. სახელმწიფოს მიერ მოწოდებული ახალი ინსტრუქციების გაცნობა	23.5%
16.3. მარეგულირებლის მიერ მოწოდებული ინსტრუქციების გაცნობა	11.8%
16.4. მონიტორინგი	17.6%
16.5. პერიოდული საპროფელაქტიკო შემოწმება	11.8%
16.6. სამედიცინო ნარჩენების მართვა	5.9%

16.7. ბიოუსაფრთხოების ზედამხედველობა	5.9%
16.8. კოვიდ ინფექციის დროს ტესტირება	5.9%
16.9. ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებების სწორი გამოყენება	5.9%

$\text{Chi}^2 = 20.3, \text{df}=8, \text{p}=0.009$

თავი III.

ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო და უწყვეტი პროფესიული განათლების მნიშვნელობა ეპიდემიის მართვის და პრევენციის მიზნით

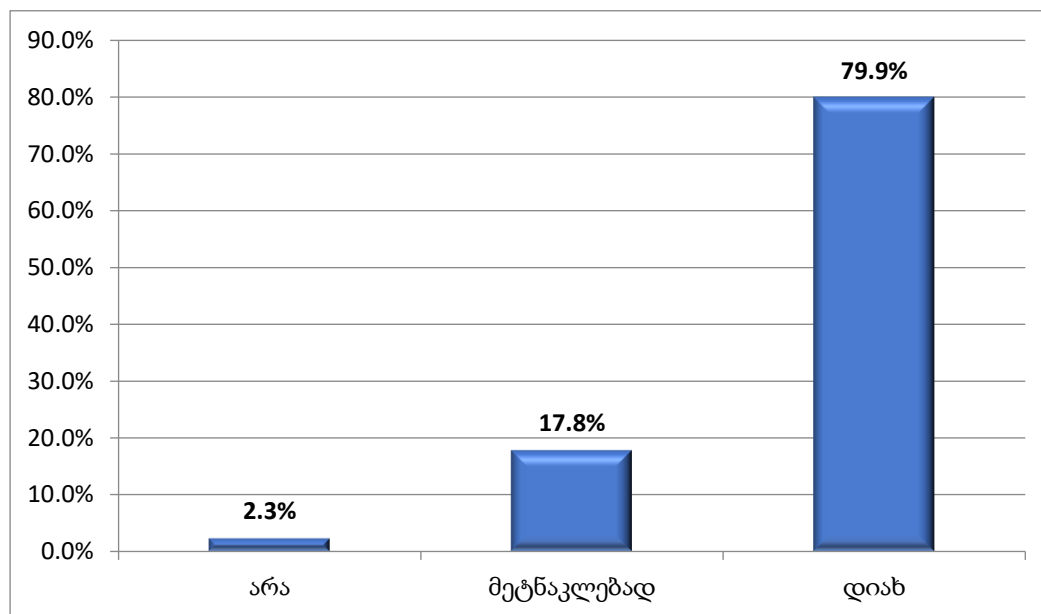
სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და პაციენტის უსაფრთხოების მაღალი სტანდარტის უზრუნველსაყოფად, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია (WHO) და კლინიკური სერვისების საერთაშორისო მასშტაბით აღიარებული ორგანიზაციები წამყვან როლს ანიჭებენ სამედიცინო პერსონალის პროფესიული კვალიფიკაციის დონეს. სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ხარისხს მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს „უწყვეტი სამედიცინო განათლების“ (უსგ) სისტემის არსებობა. უწყვეტი სამედიცინო განათლება არის სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი პერსონალის მიერ დიპლომის შემდგომი საგანმანათლებლო აქტივობა, რომელიც გამოიხატება სასემინარო, სატრენინგო, სალექციო, საკონფერენციო, სასერტიფიკაციო, კლინიკური უნარ-ჩვევების განვითარებისა და სამეცნიერო აკადემიური აქტივობებით, მათ შორის, თვითგანათლებლასა და ონლაინ განათლებაში ე.წ. e-learning-ის მეშვეობით, რომელიც ხორციელდება უწყვეტად მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და მიზნად ისახავს და მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისის მიწოდებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის მნიშვნელოვან ფრაგმენტს წარმოადგენდა ოჯახის ექიმების შესაძლებლობების განვითარების და უწყვეტ სამედიცინო (უსგ) და უწყვეტ პროფესიულ განათლებაში (უპგ) მონაწილეობის შესწავლა, რომელიც განაპირობებს ოჯახის ექიმების მზაობას ეპიდემიების და პანდემიების პერიოდში უზრუნველყონ დაავადების პრევენცია და ეფექტიანი მართვა. კერძოდ, კვლევის პროცესში შევისწავლეთ ოჯახის ექიმების მონაწილეობის სიხშირე საგანმანათლებლო და პროფესიულ ვორქშოფებსა და ტრენინგებში; მათი აქტიურობა დაავადებების პრევენციის კუთხით; ოჯახის ექიმების დამოკიდებულება აიტი ტექნოლოგიების მიმართ და მათი გამოყენების შესაძლებლობა; მონაწილეობა პაციენტის განათლებაში ზოგადად და COVID 19 პანდემიის დროს.

გამოკითხული ოჯახის ექიმების 79.9% აღნიშნავდა, რომ მონაწილეობდა უწყვეტ სამედიცინო და პროფესიულ საგანმანათლებლო ტრენინგებსა და ვორქშოფებში, ოჯახის ექიმთა 17.8% აღნიშნავდა რომ მეტ-ნაკლებად მონაწილეობდა, ხოლო 2.3% აღნიშნავდა

რომ საერთოდ არ იყო ჩართული საგანმანათლებლო ტრენინგებსა და ვორქშოფებში (იხ. დიაგრამა 33).

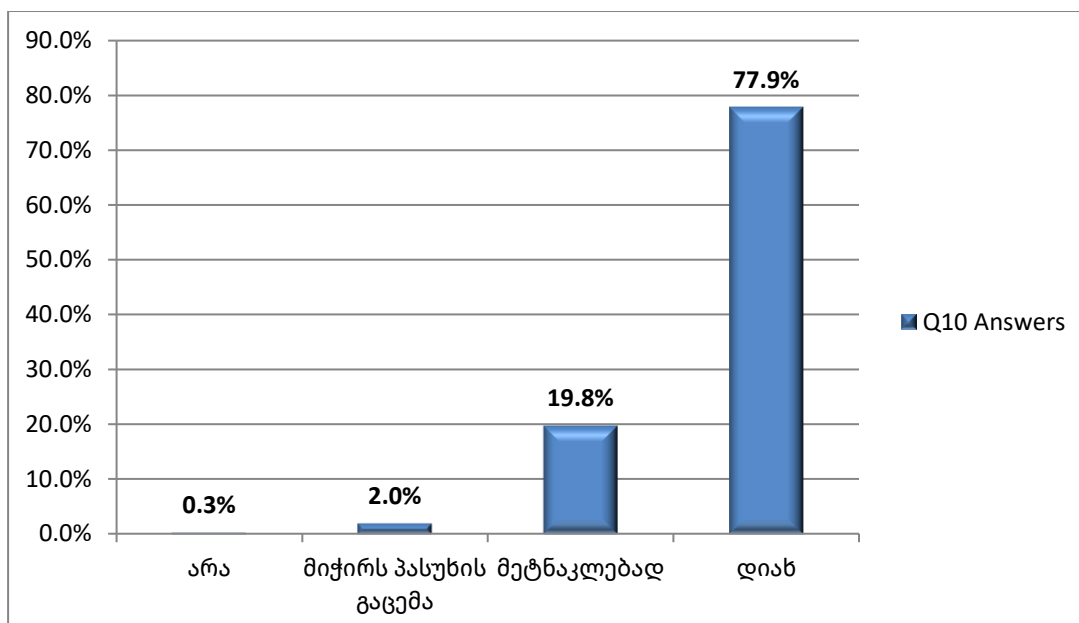
დიაგრამა 34. ოჯახის ექიმების ჩართულობა უწყვეტ სამედიცინო და უწყვეტ პროფესიულ საგანმანათლებლო ტრენინგებსა და ვორქშოფებში.



წყარო: კვლევის შედეგები

ამასთან, ოჯახის ექიმის 77.9% აღნიშნავდა რომ საკმაოდ მაღალი სიხშირით ეცნობოდა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალებისა და სტატიების მეშვეობით, ექიმთა 19.8% აღნიშნავდა რომ მეტწილად ეცნობოდა, 0.3% აღნიშნავდა რომ არ ეცნობოდა ხოლო გამოკითხული ექიმების 2%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა (იხ. დიაგრამა 35)

დიაგრამა 35. ოჯახის ექიმების მიერ სამედიცინო ჟურნალებისა და სტატიების გაცნობის მაჩვენებელი



ოჯახის ექიმების შესაძლებლობების განვითარების და უწყვეტ სამედიცინო (უსგ) და უწყვეტ პროფესიულ განათლებაში (უპგ) მონაწილეობის თაობაზე საინტერესო პასუხები დაფიქსირდა კვლევაში მონაწილე მენეჯერების გამოკითხვისას. გამოკითხული მენეჯერების 76.5% ($\chi^2=14.24$, $df=2$, $p=0.001$) აღნიშნავდა, რომ მათ კლინიკაში დასაქმებული ოჯახის ექიმებს პროფესიული ზრდის ხელშეწყობის მიზნით პერიოდულად უტარდებოდათ სემინარები, ტრენინგები და ვორქშოფები. ასევე გამოკითხული მენეჯერები ($\chi^2=3.47$, $df=3$, $p=0.325$ (NS)) არ ფლობდნენ ინფორმაციას სამედიცინო ჟურნალებისა და სტატიების უნიფიცირებული ბაზის ან ბიბლიოთეკის შესახებ რომლითაც დაეხმარებოდნენ კლინიკის ექიმებს მედიცინის სიახლეების გაცნობაში.

უწყვეტ სამედიცინო და პროფესიულ განათლებაში მონაწილეობის აქტივობით გამოირჩეოდნენ ახალგაზრდა ასაკის ოჯახის ექიმები 31-41 წწ, სარწმუნო განსხვავების გარეშე (იხ. ცხრილი 22).

ცხრილი 22. ოჯახის ექიმთა მონაწილეობა საგანმანათლებლო ღონისძიებებში

სიხშირე ჯგუფი	არა ან მეტნაკლებად		ხშირად	
	n=	%	n=	%
ექიმები 31-40 წწ	2	8.7%	21	91.3%
ექიმები 41-50 წწ	21	28.0%	54	72.0%
ექიმები 51-60 წწ	20	22.2%	70	77.8%

ექიმები > 60 წწ	17	15.5%	93	84.5%
შესადარებელი ჯგუფები	Chi ² -test	P		
41-50 წწ vs. 31-40 წწ	3.71	0.057 (NS)*		
51-60 წწ vs. 31-40 წწ	2.12	0.146 (NS)*		
> 60 წწ vs. 31-40 წწ	0.70	0.401 (NS)*		
51-60 წწ vs. 41-50 წწ	0.73	0.394 (NS)*		
> 60 წწ vs. 41-50 წწ	4.27	0.039		
> 60 წწ vs. 51-60 წწ	1.50	0.221 (NS)*		

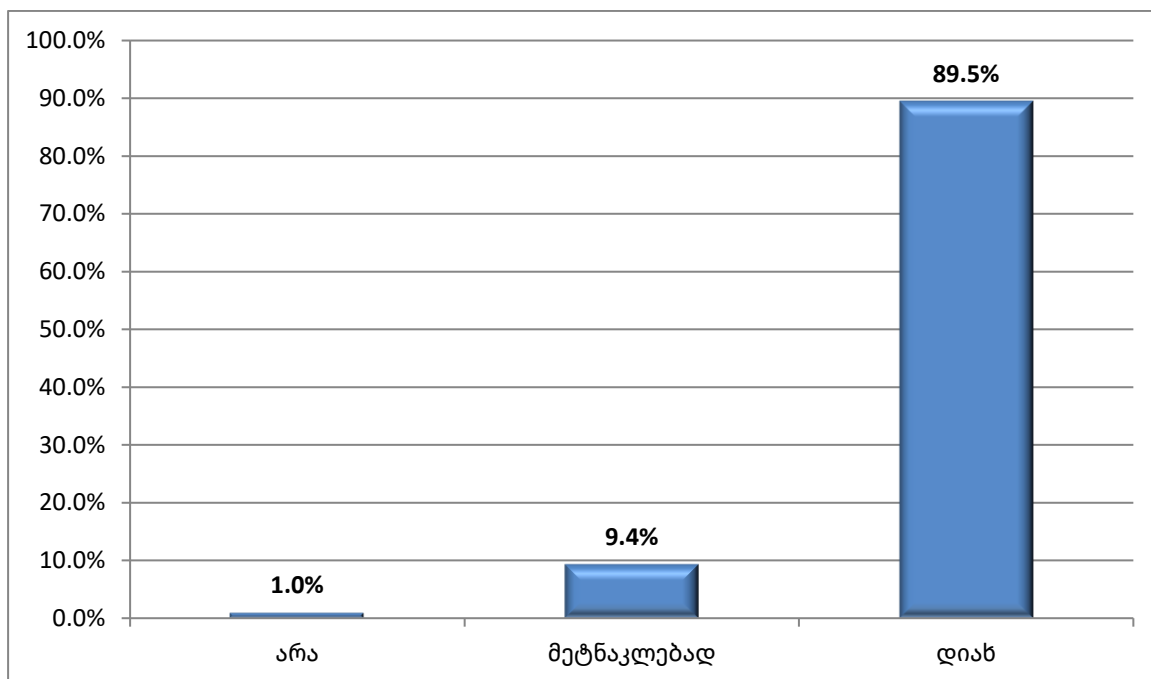
* NS – non-significant - არასარწმუნო

წყარო: კვლევის შედეგები

ოჯახის ექიმების 52.9% აღნიშნავდა, რომ მათი მონაწილეობა არ ხდებოდა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების უშუალო დაფინანსებით. პასუხების ჩაღრმავებისას - ოჯახის ექიმის მოსაზრებით „პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ხელმძღვანელობისთვის არ იყო საინტერესო ფინანსური რესურსის ჩადება ექიმების საგანამანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობაში“. აღნიშნული დადასტურდა მენეჯერტა გამოკითხვისას. სარწმუნოდ სწარბობდნენ მენეჯერების 64.7% ($\text{Chi}^2=7.88$ df=1, $p=0.019$), რომლებიც აღნიშნავდნენ, რომ ექიმები საკუთარი სახსრებით მონაწილეობენ ეროვნულ და საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციებში და ექიმთა მონაწილეობა ტრენინგებში, ვორკშოპებში და სემინარებში, არ მიმდინარეობს კლინიკების მხარდაჭერით.

მტკიცებითი მედიცინის პერიოდში, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ეროვნული გაიდლაინების ინტეგრირება პრაქტიკაში, რაშიც ოჯახის ექიმებს მნიშვნელოვანი როლის შესრულება უწევთ. ეს გამოიხატება გაიდლაინების მორგებაში პაციენტების სპეციფიკურ საჭიროებებთან, მათ შორის გამოწვევებთან და შემუშავებულ გადაწყვეტილებებთან. საინტერესო შედეგები დაფიქსირდა აღნიშნულთან დაკავშირებით ოჯახის ექიმების გამოკითხვისას (იხ. დიაგრამა 36).

დიაგრამა 36.ოჯახის ექიმების ინფორმირებულობა განახლებული გაიდლაინებითა და პროტოკოლებით



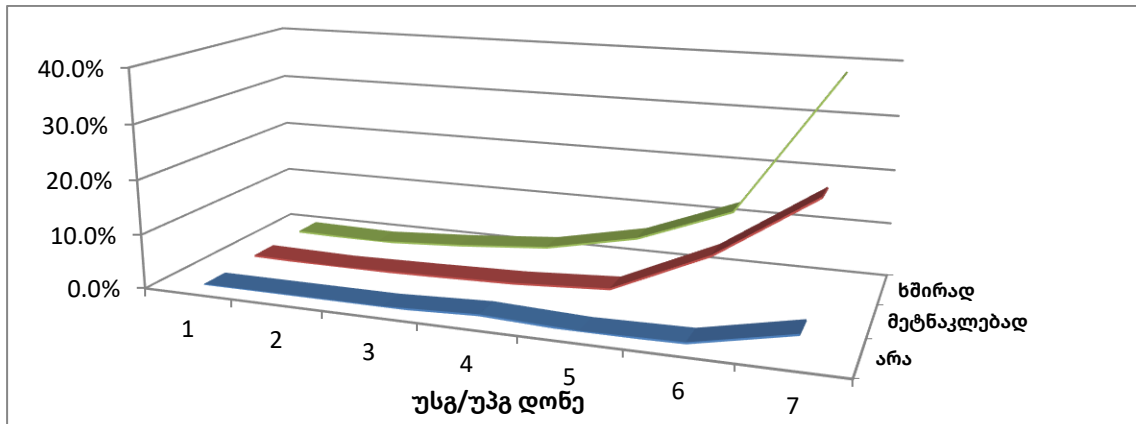
ოჯახის ექიმების მიერ განახლებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების გაცნობა-გამოყენების კუთხით ჩატარებული კვლევით გამოირკვა, რომ გამოკითხულ ოჯახის ექიმთა 89.5% ეცნობოდა განახლებულ გაიდლაინებს და პროტოკოლებს, ექიმთა 9.4% აღნიშნავდა, რომ მეტწილად ეცნობოდა, ხოლო 1.0% აღნიშნავდა რომ არ ეცნობოდა.

კვლევის პროცესში, უსგ-უპგ-ის შესახებ დასმული კითხვების საფუძველზე ექიმებისაგან მიღებული პასუხებით შემოვიტანეთ ახალი ცვლადი - „უსგ-უპგ-ის დონე“, რომელიც წარმოადგენდა ამ შეკითხვებზე პასუხების მიხედვით მიღებული ქულების ჯამს. ოჯახის ექიმის უსგ-უპგ-ის დონის მიხედვით გავანალიზეთ პრევენციული კონსულტაციების ხასიათი (იხ. დიაგრამა 37).

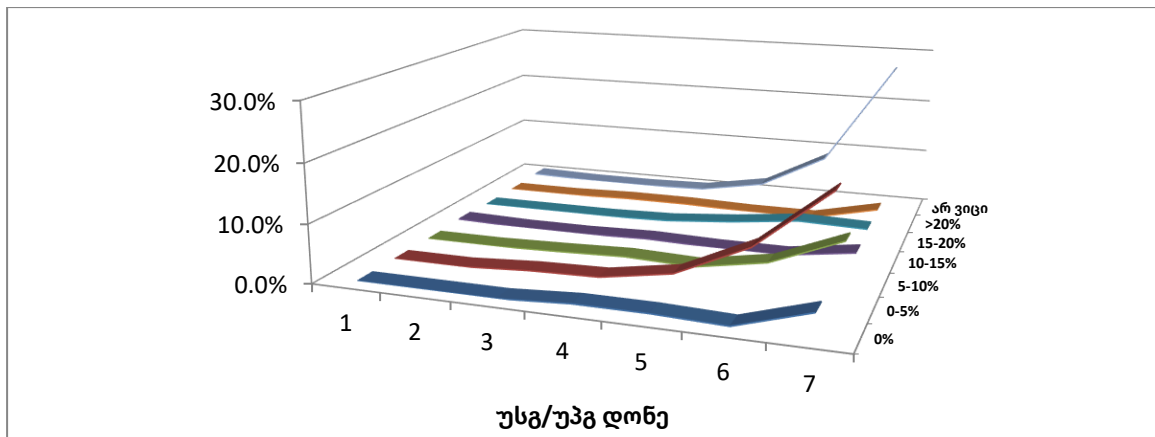
უსგ-უპგ-ის დონისა და ექიმთა პასუხების მიხედვით მიღებული შედეგები არ ატარებს სარწმუნო ხასიათს და ვერ ავლენს სარწმუნო ასოციაციას პაციენტების კონსულტაციების ხასიათთან (პრევენცია, გადამისამრთება, გამოკვლევები).

შევაფასეთ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით და ოჯახის ექიმის მიერ დადასტურებული COVID 19-ით ჰოსპიტალიზებული ბენეფიციარების რაოდენობა, დაკავშირებული უსგ/უპგ დონესთან (იხ. დიაგრამა 37, დიაგრამა 38).

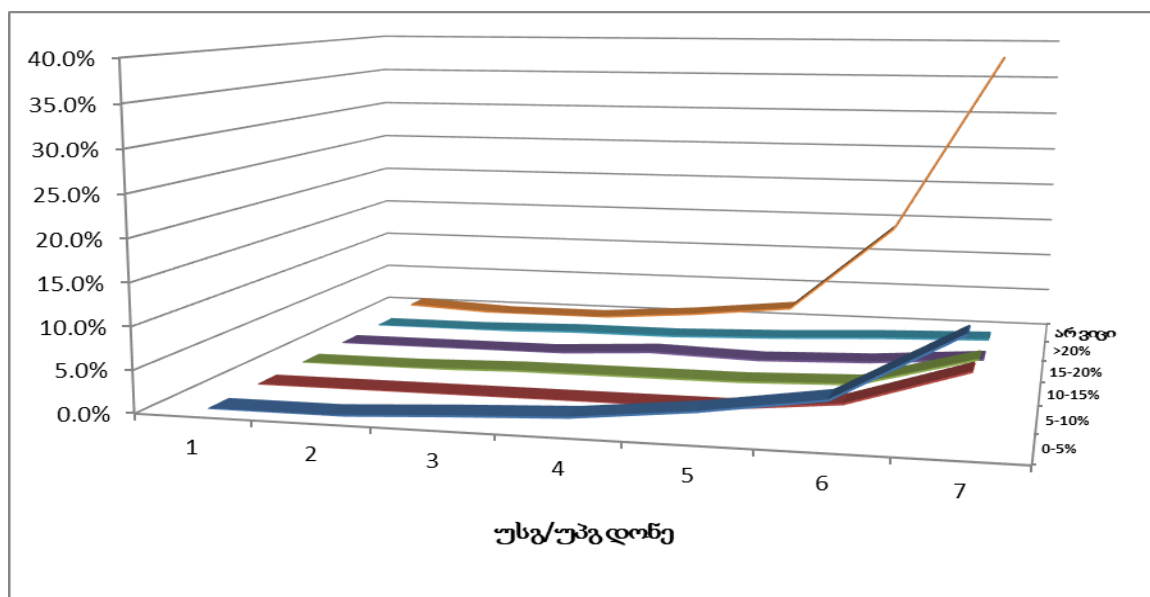
დიაგრამა 37. ოჯახის ექიმების პრევენციული ხასიათის კონსულტაციები უსგ-უპგ-ის დონის მიხედვით



დიაგრამა 38. ოჯახის ექიმის მიერ დადასტურებული COVID 19-ით ჰოსპიტალიზებული ბენეფიციარების რაოდენობა დაკავშირებული უსგ/უპგ დონესთან



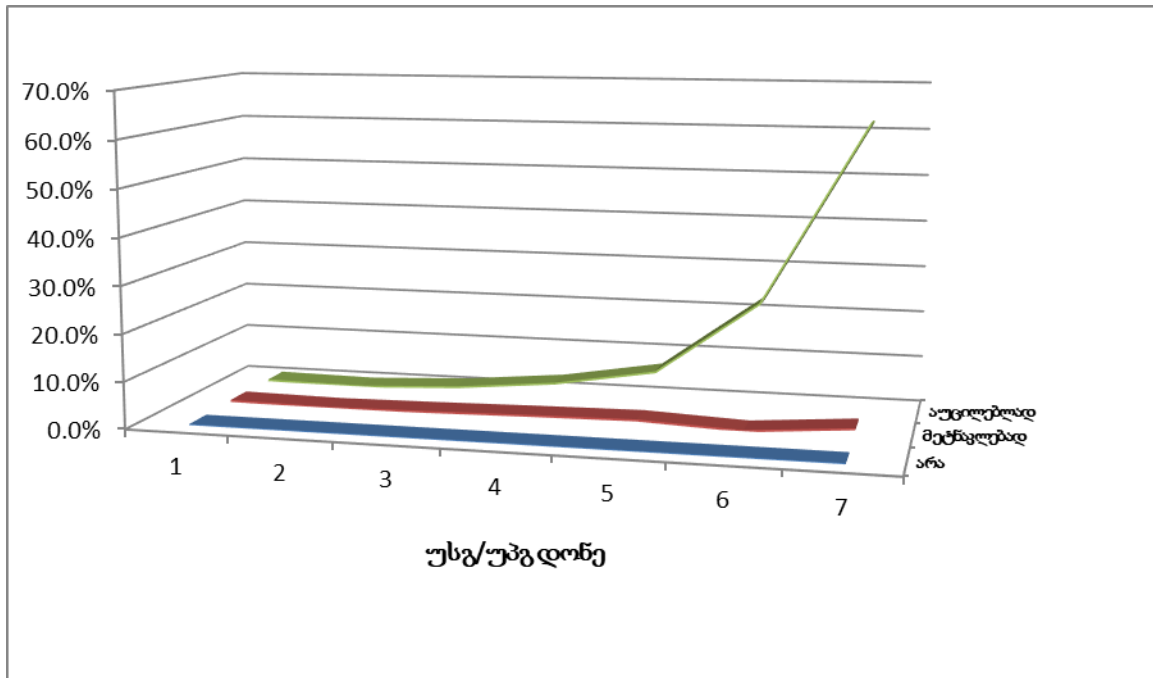
დიაგრამა 39. ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით დადასტურებული COVID 19-ით ჰოსპიტალიზებული ბენეფიციარების რაოდენობა დაკავშირებული უსგ/უპგ დონესთან



უსგ /უპდონის მიხედვით განაწილება არ ატარებს სარწმუნო ხასიათს, ვერ ავლენს სარწმუნო ასოციაციას ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, დადასტურებული COVID 19-ით ბენეფიციარების ჰოსპიტალიზაციასთან.

პაციენტებისთვის ინფორმაციის მიწოდება COVID-19 ვაქცინის აუცილებლობის შესახებ შეფასდა ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო (CME) და უწყვეტი პროფესიული განათლების (CPE) დონესთან კავშირში. პასუხების განაწილება იყო თანმიმდევრული და აჩვენა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ასოციაცია, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ უსგ/უპდ-ის უფრო მაღალი დონე დაკავშირებულია პაციენტებთან უფრო ეფექტურ კომუნიკაციასთან ვაქცინაციასთან დაკავშირებით. ეს დასკვნები ხაზს უსვამს უწყვეტი განათლების გადამწყვეტ როლს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძალისხმევის გაძლიერებაში და ვაქცინის ათვისების გაუმჯობესებაში. (იხ.დიაგრამა 40)

დიაგრამა 40. COVID19 - ის საწინააღმდეგო ვაქცინით აცრილი ბენეფიციარების რაოდენობა დაკავშირებული ექიმების უსგ/უპგ დონესთან



ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული პასუხების ანალიზით, შესაძლებელი გახდა იმ გამოწვევების შეფასება, რომლის წინაშეც აღმოჩნდნენ ოჯახის ექიმები პანდემიის პერიოდში - გაზრდილი მომართვიანობა პაციენტების მხრიდან, სამუშაო დროის გახანგრძლივება, გაზრდილი დატვირთვა რისკ-ჯგუფებში სამუშაოდ, გაზრდილი დატვირთვა პრევენციული ღონისძიებების გატარებისა და პაციენტის განათლების მიმართულები.

თავი IV.

რეზიუმე, მიღებული შედეგების განხილვა ; დასკვნები; პრაქტიკული რეკომენდაციები

გამოქვეყნებული საერთაშორისო სამედიცინო-სამეცნიერო ლიტერატურის მიხედვით, (Rasanathan, Evans et al /რასანათან, ევანსი და სხვა, 2020). (Matta, Gantzer, et al/მატა,განტზერ და სხვა, 2024) . პანდემიის პერიოდში, ოჯახის ექიმის მიერ არ/ვერ ხდებოდა COVID 19-ის დაავადების დიფერენცირება, და მსუბუქი და უსიმპტომო პაციენტების ბინაზე მართვა. რაც უარყოფით გავლენას ახდენდა დაავადების მართვაზე.

როგორც წესი, პირველადი ჯანდაცვის სწორ, გამართულ და ეფექტიან მართვას განსაკუთრებული როლი აქვს ეპიდემიების და პანდემიების დროს. ოჯახის ექიმთან უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა ამცირებს ძვირადღირებული სერვისების მოხმარებას, კერძოდ, 35%-ით მცირდება ჰოსპიტალური მკურნალობის ხარჯები და 50%-ით გადაუდებელი დახმარების საჭიროება. ევროპის ქვეყნებში მაღალია მოთხოვნა ოჯახის ექიმის სერვისზე. ოჯახის ექიმი, სხვა სპეციალისტებთან გადამისამართების გარეშე, საკუთარი კომპეტენციით მკურნალობს პაციენტთა დაახლოებით 80-90%-ს. მხოლოდ 10-15% სარგებლობს გადამისამართების სერვისით (Young ,et al/იანგი და სხვა, 2017). (Ashcroft, Donnelly, et al./აშკროფტი, დონელი და სხვა, 2021). საქართველოში დაბალია ოჯახის ექიმის სერვისზე მოთხოვნილების მაჩვენებელი. რაც ერთის მხრივ შეიძლება განპირობებული იყოს პაციენტების მხრიდან ოჯახის ექიმის მიმართ უნდობლობით და კმაყოფილების დაბალი ხარისხით, ასევე სხვა მრავალი მიზეზით. საქართველოში, გადამისამართების სერვისით სარგებლობს პაციენტთა 40%. ეს ამყარებს მოსაზრებას იმის თაობაზე, რომ ოჯახის ექიმები არიან ნაკლებ პროფესიონალები (ვერულავა , 2019). ჩვენს კვლევაში მონაწილე პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მენეჯერების 76.5%, გამოკითხულ პაციენტთა 73.2% აღნიშნავდა, რომ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ბენეფიციარების მიერ, ოჯახის ექიმის სერვისის გამოყენება ხდებოდა ძირითადად სხვა სპეციალისტთან გადამისამართების მიზნით. მხოლოდ გამოკითხული პაციენტების 15.2% ახორციელებდა ოჯახის ექიმთან რეგულარულ ვიზიტებს, ხოლო პაციენტთა 11.6 % ოჯახის ექიმის სერვისს იყენებდა სადიაგნოსტიკო/ლაბორატორიული კვლევების საჭიროების დროს. (იხ. დიაგრამა 21; ცხრილი 16). აღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში და არა

პრევენციისათვის. საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ მიერ (curation international foundation/საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2017). ჩატარებული კვლევების საფუძველზე, გამოკითხულ რესპოდენტთა 40.1% გამოხატავს ნაწილობრივ, ხოლო 38,6 % სრულ უკმაყოფილებას ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის მიმართ. ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა, შეიძლება განპირობებული იყოს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. ოჯახის ექიმების აზრით, პაციენტების მხრიდან, მათდამი უნდობლობა და კმაყოფილების დაბალი ხარისხი შეიძლება განპირობებული იყოს მრავალი მიზეზით. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოკითხულ პაციენტთა 67,2% გამოხატავდა უკმაყოფილებას ოჯახის ექიმის სერვისის მიმართ, ხოლო კმაყოფილი იყო პაციენტთა 32,8%. რაც მეტყველებს იმაზე, რომ უკმაყოფილო პაციენტების რიცხვი პროცენტულად აღემატება კმაყოფილი პაციენტების რიცხვს (იხ. დიაგრამა 30). ოჯახის ექიმის მიერ მომსახურების კმაყოფილების შეფასება მოხდა გამოკითხულ სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტებშიც (იხ. დიაგრამა 31). სარწმუნოდ მაღალი იყო ოჯახის ექიმის მომსახურებით უკმაყოფილება კერძო დაზღვევის (83.8%) და თვითდაფინანსების მქონე პაციენტებში (84.3%), საყოველთაო დაზღვევის პაციენტებთან (41.0%) შედარებით. საყოველთაო დაზღვევის პაციენტების 59.0% აღნიშნავდა, რომ კმაყოფილი იყო ოჯახის ექიმის მომსახურებით. კვლევის მიხედვით, გამოკითხული ოჯახის ექიმების 59.1% აღნიშნავდა რომ რეგულარულ ვიზიტებს ჯანმრთელობის კვლევებისათვის ახორცილებდნენ 60 წელს მეტი ასაკის ადამიანები (იხ. დიაგრამა 3) აღსანიშნავია, რომ ამ ამ ასაკობრივ ჯგუფს ძირითადად წარმოადგენენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები, რომლებიც ოჯახის ექიმის სერვისით უფასოდ სარგებლობენ. ეს გვაფიქრებინებს, რომ მათი კმაყოფილება შესაძლებელია მეტ-ნაკლებად განპირობებული იყოს სწორედ შეთავაზებული უფასო სერვისით. ასევე, საერთაშორისო ფონდის „კურაციოს“ მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი (75%) აღნიშნავდა რომ, ოჯახის ექიმი არ იბარებდა პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებზე პაციენტებს. ჩვენს კვლევაში შევაფასეთ ოჯახის ექიმის მიერ პრევენციული ვიზიტების რეგულარობა. აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულ ოჯახის ექიმთა 60.7% პაციენტებთან პერიოდულად ატარებდა პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს, 34.2% მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში, ხოლო 5.0% დროის სიმცირის გამო ვერ ახერხებდა ($\chi^2=138.81$, $df=2$, $p<0.001$)(იხ. დიაგრამა 2). ოჯახის ექიმთან ვიზიტების მაღალი რეგულარობით გამოირჩეოდნენ კერძო დაზღვევის პაციენტები (73.0%), რომლებიც

ახორციელებდნენ რეგულარულ ვიზიტებს ოჯახის ექიმთან წელიწადში ერთჯერ ან ორჯერ. დაბალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები (37.2%) და პაციენტები თვითდაფინანსებით (32.3%)(იხ. დიაგრამა 20). ამასთან, ჩვენს კვლევაში მონაწილე პაციენტების 34.8 % აღნიშნავდა, რომ წლის განმავლობაში ოჯახის ექიმთან ახორციელებდა 3-5 ვიზიტს, პაციენტთა 30.8% 1-2 ვიზიტს, ხოლო პაციენტთა 31.8% ახორციელებდა ოჯახის ექიმთან ვიზიტს წლის განმავლობაში (იხ. ცხრილი 8). მიუხედავად იმისა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ 61%-ით გაიზარდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში პაციენტთა ვიზიტების რიცხვი ერთ სულ მოსახლეზე, აღნიშნული მაჩვენებელი ორჯერ დაბალია მსოფლიო ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის მაჩვენებელთან შედარებით სადაც ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 7.5-მდე აღწევს (Emilsson, Lindahl, Koster, et al./ემილსონი, ლინდჰოლი, კოსტერი და სხვა, 2015). ოჯახის ექიმთან დაბალ მიმართვიანობის მიზეზი გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა პაციენტის მხრიდან შესაძლებელია იყოს ამბულატორიულ - სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა, ოჯახის ექიმთან ვიზიტისას რიგში დგომა და ასევე შშმ პირებზე ადაპტირებული სერვისების უქონლობა (ვერულავა, 2019). თუმცა, კვლევაში მონაწილე პაციენტებიდან სარწმუნოდ მაღალი აღმოჩნდა სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის მქონე პაციენტთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც აკმაყოფილებთ სამედიცინო დაწესებულების სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა (იხ. ცხრილი 13). ამასთან, სჭარბობდა გამოკითხული საყოველთაო დაზღვევის პაციენტების (64.1%) რაოდენობა, კერძო დაზღვევის (53.9%) და თვითდაფინანსების მქონე პაციენტებთან (32.3%) შედარებით, რომელნიც ამა თუ იმ ფორმით ურჩევდნენ მეგობარს, ახლობელს, ოჯახის წევრს თავის მომსახურე ჯანდაცვის დაწესებულებაში აღრიცხვაზე დადგომას (ცხრილი 14).

კვლევის პროცესში შევისწავლეთ ოჯახის ექიმების მონაწილეობის სიხშირე საგანმანათლებლო და პროფესიულ ვორქშოფებსა და ტრეინინგებში; მონაწილეობა პაციენტის განათლებაში ზოგადად და COVID 19 პანდემიის დროს. ევროპის ქვეყნების უმრავლესობაში უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში მონაწილეობა სავალდებულოა. თუმცა, არის ქვეყნები სადაც ნებაყოფლობითია (Bitton et al./ბიტტონი და სხვა, 2017). ასევე ნებაყოფლობითია უწყვეტი პროფესიული განათლებაც. თუმცა ევროპისა და სხვა განვითარებულ ქვეყნებში ნებაყოფლობითი უწყვეტი პროფესიული

განვითარება მიბმულია ან ექიმის რეიტინგზე რომელიც უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს მის კარიერაში, ან წახალისებულობა სხვადასხვა აქციით. ექიმები რომლებიც მონაწილეობას არ მიიღებენ უსგ აქტივობებში კარგავენ სადაზღვეო კომპანიებთან კონტრაქტირების შესაძლებლობას (Kumar, Barata, et al /კუმარი, ბარატა და სხვა, 2016). საქართველოში, ექიმი, რომელიც მთელი სიცოცხლის განმავლობაში იღებს ექიმის სერტიფიკატს, მხოლოდ ნებაყოფლობით მონაწილეობს უსგ აქტივობებში. ჩვენს კვლევაში მონაწილე ოჯახი ექიმების 79.9% აღნიშნავდა, რომ მონაწილეობდა უწყვეტ სამედიცინო და პროფესიულ საგანმანათლებლო ტრენინგებსა და ვორქშოფებში, ოჯახის ექიმთა 17.8% აღნიშნავდა რომ მეტ-ნაკლებად მონაწილეობდა, ხოლო 2.3% აღნიშნავდა რომ საერთოდ არ იყო ჩართული საგანმანათლებლო ტრენინგებსა და ვორქშოფებში (იხ. დიაგრამა 33). კლინიკაში დასაქმებული ოჯახის ექიმების პროფესიული ზრდის ხელშეწყობის თაობაზე ექიმების მონაწილეობას სემინარებში, ტრენინგებში და ვორქშოფებში ადასტურებდა კვლევაში მონაწილე მენეჯერების 76.5% ($\chi^2=14.24$, $df=2$, $p=0.001$). აგრეთვე, კვლევის მიხედვით, უწყვეტ სამედიცინო და პროფესიულ განათლებაში მონაწილეობის აქტივობით გამოირჩეოდნენ ახალგაზრდა ასაკის ოჯახის ექიმები 31-41 წწ (იხ. ცხრილი 22). ქვეყნებში, სადაც უსგ რეგულირებადი და სავალდებულოა, იგი ხორციელდება სამეცნიერო საზოგადოებების, სამედიცინო სასწავლებლების, აკადემიური ცენტრების, ჰოსპიტალებისა და კერძო კომპანიების მეშვეობით. ამასთან ექიმთა უსგ უსგ განათლებაზე ზრუნვას ახორციელებს დამსაქმებელი და შესაბამისად მაღალია მასში მონაწილე ექიმებისათვის პროგრამაზე ხელმისაწვდომობა (Sholl, Ajjawi, Allbutt, et al./შოლი, აჯავი, ალბულეტი და სხვა, 2017). (ჩვენს კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმების 52.9% აღნიშნავდა, რომ მათი მონაწილეობა არ ხდებოდა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების უშუალო დაფინანსებით, აღნიშნულს ადასტურებდა მენეჯერთა 64.7% ($\chi^2=7.88$ $df=1$, $p=0.019$), აღნიშნავდა, რომ ექიმები საკუთარი სახსრებით მონაწილეობენ ეროვნულ და საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციებში და ექიმთა მონაწილეობა ტრენინგებში, ვორქშოფებში და სემინარებში, არ მიმდინარეობს კლინიკების მხარდაჭერით.

პანდემიის პერიოდში, სხვადასხვა გაიდლაინი, რომელიც შემუშავებული იქნა პანდემიასთან საბრძოლველად მოიცავდა პირველადი ჯანდაცვის ყველა ელემენტს. ფილიპინების, ჩინეთის, კანადის, აშშ-ის, დიდი ბრიტანეთის და ეთიოპიის მიერ მოწოდებულ გაიდლაინებში აღწერილი რეკომენდაციები ეხებოდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში გაზრდილი ინფექციის (SARS-CoV-2) შემთხვევების

მართვას ოჯახის ექიმის საშუალებით როგორც სატელეფონო, ისე ამბულატორიულ პირობებში. სატელეფონო მართვის პროტოკოლი იყო ერთ ერთი უმნიშვნელოვანესი COVID 19 პანდემიის შემთხვევების მართვის პროცესში (WHO. SARS/ჯანმო, 2021.).

პანდემიის პერიოდში საქართველოში შემუშავებულ იქნა სტანდარტი (პროტოკოლი). ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული პასუხების ანალიზით შესაძლებელი გახდა პანდემიის პერიოდში, კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტზე (პროტოკოლი) პროტოკოლზე დაყრდნობით, ოჯახის ექიმის როლის შეფასება ახალი კორონავირუსით გამოწვეული დაავადების COVID-19-ის პოტენციური შემთხვევების სწრაფად გამოვლენასა და ინფექციის ტრანსმისიის პრევენციაში პაციენტებსა და პერსონალს შორის. აგრეთვე COVID-19-ის დეფინიციით საექვო პაციენტთა ტრიაჟის მიმდინარეობის, პაციენტების ბინაზე მართვის, ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების მართვის, პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმების დაცვის, სასწრაფო შეტყობინებების გაგზავნის წესებისა და შესრულების ხარისხის, ვაქცინაციის პრომოვიციაში ექიმის როლის და ოჯახის ექიმის მიმართ პაციენტების ნდობის ხარისხის შეფასება (Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2020).

ვირუსის გავრცელების პირველ ეტაპზე სხვადასხვა ევროპულმა ქვეყანამ, დაავადების გავრცელების მაღალი პოტენციალიდან გამომდინარე, უარი თქვა ვირუსით ინფიცირებული პაციენტების ამბულატორიულ ცენტრებში მომსახურებაზე და მიმართეს ტელემედიცინის სერვისს (Balestrieri et al./ბალესტრიერი და სხვა, 2021). ტელემედიცინის სერვისი COVID 19 პანდემიის დროს ბევრი ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში იქნა გამოყენებული.

ტელემედიცინა უზრუნველყოფს ელექტრონული საინფორმაციო და სატელეკომუნიკაციო ტექნოლოგიების გამოყენებას დისტანციური კლინიკური ჯანმრთელობის მხარდასაჭერად. პაციენტებისა და პროფესიონალთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული განათლების, ჯანდაცვის ადმინისტრაციისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მხარდასაჭერად.

ტელემედიცინის სერვისი ხელოვნური ინტელექტის და სმარტფონის აპლიკაციის დახმარებით, სახლის პირობებში უზრუნველყოფს პაციენტის მონიტორინგს, ელექტრონული კონსულტაციების საშუალებით დაავადებისა და სიმპტომების თვითმართვას, სკრინინგს (ვიდეო და ტექსტი) იმ ადამიანებისათვის, რომლებსაც

ესაჭიროებათ მოვლა და შემდგომი დაკვირვება (Kristiansen, Breivik, et al/კრისტენსენი,ბრეივიკი და სხვა, 2021), ერვისის ხელმისაწვდომობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანიაქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანებისათვის (Gullslett , at al/გულსლეტი და სხვა, 2021). COVID-19-ის პანდემიამდე ტელეჯანმრთელობის მიღება შეზღუდული იყო მთელი რიგი ბარიერების გამო. თუმცა პანდემიის დროს, პერსონალური კონსულტაციების რაოდენობის შემცირებამ, უპრეცედენტო მასშტაბით გაზარდა ტელემედიცინის საშუალებით, უსაფრთხო კლინიკური სერვისების მიწოდება. პაციენტების დაახლოებით 67% აღნიშნავს, რომ ტელემედიცინის დანერგვის შემდეგ სამედიცინო მომსახურებით გაცილებით კმაყოფილები არიან.

COVID-19-ის პანდემიამდე ტელეჯანმრთელობა ბევრ ქვეყანაში ფუნქციონირებდა საჭირო სამართლებრივი ან მარეგულირებელი ჩარჩოების გარეშე.პანდემიის შემდგომ პერიოდში წევრი ქვეყნებიდან 59%-მა (51-დან 30-მა) გამოსცა ახალი კანონმდებლობა, სტრატეგია, პოლიტიკა ტელეჯანმრთელობის მხარდასაჭერად (Aristodemou, Buchhass, Claringbould et al /არისტოდემუ,ბუჩასი,კლარინგბულდი და სხვა, 2021). აღნიშნული სერვისის საშუალებით რამდენადმე მცირდებოდა მოთხოვნა ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე და შესაბამისად, უამრავ დაუცველ პაციენტს ჰქონდა შესაძლებლობა სახლიდან გაუსვლელად ესარგებლა პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მომსახურებით. (American Academy of Family Physicians/ამერიკის ოჯახის ექიმთა ასოციაცია, 2020) . ტელემედიცინის საშუალებით ქრონიკული დაავადების მქონე და ხანდაზმული პაციენტები იღებდნენ დისტანციურ სამედიცინო დახმარებას პანდემიის პერიოდში. აღნიშნული სერვისის გამოყენებას პანდემიის დროს მხარს უჭერდა ოჯახის ექიმების ამერიკული აკადემიაც (AAFP), როგორც ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და ეფექტურ ინსტრუმენტს პანდემიის მართვის პროცესში. ქვეყნებში, სადაც გაძლიერებულია პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ტელემედიცინა ოფიციალურად იქნა შეტანილი პანდემიის კლინიკური მართვის ეროვნულ პროტოკოლში (Eberly, Kallan, Julien, et al/ემბერლი, კალანი, ჟულიენი და სხვა, 2020). საქართველოში ტელემედიცინის გამოცდილება, პანდემიამდე ძირითადად, პილოტური პროექტებით შემოიფარგლებოდა. სამედიცინო ქსელებმა და ჰოსპიტლებმა ასევე მრავალმა კერძო სადაზღვევო კომპანიამ, კლინიკებმა და საოჯახო მედიცინის ცენტრებმა, განახორციელეს პაციენტთა ნაკადების და კომუნიკაციის მართვის, ანაზღაურების დოკუმენტაციის მოგროვების, დისტანციური კონსულტირების ელექტრონული პლატფორმების და საკუთარი სისტემების სწრაფი განვითარება/დახვეწა, რაც ოჯახის და პირადი ექიმების, ასევე რიგი სპეციალისტის

კონსულტანტების მიერ სამუშაოს 60-90%-ის დისტანციურად ჩატარების წინაპირობა გახდა.

საინტერესო იყო COVID-19-ის მართვის მოდელი მეზობელ ქვეყნებში. სომხეთში 2020 წლის მაისიდან პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები აქტიურად იყვნენ ჩართულნი COVID-19-ის მსუბუქი და საშუალო შემთხვევების მართვაში. თუმცა დაავადების მიერ წარმოქმნილი თითოეული ტალღა იწვევდა სტაციონარული შესაძლებლობების ამოწურვას მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად (Aslanyan, Arakelyan, Atanyan, et al /ასლანიანი, არაქელიანი, ატანიანი და სხვა, 2022). პანდემიის მეორე ტალღის დროს ამოქმედდა პროგრამა COVID@home, პროგრამაში ჩართულნი იყვნენ ექიმები, ექთნები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და კვლევის ექსპერტები. პროგრამის მიზანი იყო დისტანციურ რეჟიმში, პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის შემცირება და სახლის პირობებში დაავადების მსუბუქი და საშუალო შემთხვევების მართვა (Elhadi, Msherghi at al/ ელჰადი, მშერგჰი და სხვა, 2020). დაავადების დადასტურების შემდეგ, პაციენტები ერთვებოდნენ აღნიშნულ COVID@home პროგრამაში. მომდევნო ეტაპზე ხდებოდა პაციენტის შეფასება და შემდგომში საჭიროების მიხედვით დაავადების მართვა. შეფასების კრიტერიუმს წარმოადგენდა სუნთქვის სიხშირე (>22 სუნთქვა/წთ), არტერიული წნევის მაჩვენებელი, ასაკი (≥ 65 წელი), პნევმონია 3-6 ქულით. უფრო მაღალი ქულის მქონე პაციენტები ექვემდებარებოდნენ ჰოსპიტალიზაციას. აპლიკაციის მართვის სისტემა გამოიქყენა ქვეყნის მასშტაბით 14 ჯანდაცვის პროვაიდერმა. პროგრამის ფარგლებში ჩართულ პაციენტებში ყოველდღიურად ხდებოდა მონაცემების ამოღება მონიტორინგის ფარგლებში (Yesudhas, Srivastava, at al/იესუდასი, სრივასტავა და სხვა, 2021). ჩატარებული კვლევების მიხედვით (Balalian, Berberian at al/ბალალიანი, ბერბერიანი და სხვა, 2021). აღნიშნულ პროგრამაში ჩართულ პაციენტებში სიკვდილობის მაჩვენებელი $<1\%$ და პაციენტების მხოლოდ 3% იყო ჰოსპიტალიზებული. აღნიშნული ადასტურებს, რომ COVID-19 დროს სახლის მოვლის პროგრამა ეფექტურად ახდენდა დაავადების მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის შემთხვევების მართვას. ციფრული პლატფორმის საშუალებით ხდებოდა დაავადების მსუბუქი და საშუალო შემთხვევების მართვა აზერბეიჯანში. ექიმთა გუნდის მიერ, რომელიც დაკომპლექტებული იყო ოჯახის ექიმის, ინფექციური დაავადებების, შინაგანი მედიცინის, პულმონოლოგიის, ანესთეზიოლოგიისა და რეანიმაციის სპეციალისტებისაგან შემუშავებულ იქნა ინფექციის კონტროლის, ტრიაჟის სისტემის მართვის აპლიკაცია. ციფრული პლატფორმის მუშაობა განსაკუთრებით

ეფექტური იყო იმ ადგილებში სადაც ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა იყო შეზღუდული (The Solidarity for Health initiative (2020-2022) supports the Eastern partner countries - Armenia, Azerbaijan, Belarus, Georgia, Republic of Moldova, and Ukraine - in their fight against the virus., 2020-2022). (WHO/ჯანმო, 2023). საქართველოში, პანდემიის პერიოდში ოჯახის ექიმების მიერ ვირუსით ინფიცირებული პაციენტების მომსახურება ხდებოდა სატელეფონო კონსულტაციის საშუალებით (COVID19 -ის სატელეფონო ტრიაჟის პროტოკოლი). კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმების 68.4%(Chi2=319.18, df=3, p<0.001) აღნიშნავდა, პაციენტთა გაზრდილ მიმართვიანობას COVID 19 -ის პანდემიის პირობებში (იხ. ცხრილი 3). პაციენტთა გაზრდილი მიმართვიანობა იწვევდა ოჯახის ექიმის და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გადამტანს, გადაწვას, რაც თავის მხრივ ამძაფრებდა პანდემიის მართვის პრობლემებს. კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმების 76.2% კი აღნიშნავდა რომ პანდემიის პერიოდში უხდებოდა 10 და მეტ სატელეფონო კონსულტაციის ჩატარება. კონსულტაციებს უმეტესად ახორციელებდნენ უფროსი ასაკის ოჯახის ექიმები ახალგაზრდა ოჯახის ექიმებისაგან განსხვავებით, რომლებიც ნაკლებ პასუხისმგებლობას იღებდნენ პაციენტის სატელეფონო კონსულტირებისთვის (იხ. დიაგრამა 4, დიაგრამა 5) განვითარება.

COVID 19-ის პერიოდში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გამართული მუშაობის ნათელი მაგალითი იყო გერმანია, როდესაც პირველი ტალღის დროს ინფიცირებულთა 85% მკურნალობას გადიოდა ამბულატორიულ პირობებში, ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ, სადაც ჰოსპიტალიზებულთა ყველაზე ნაკლები მაჩვენებელი დაფიქსირდა (Wu, McGoogan/ ვუ, მაქგოგანი., 2020). ჩვენს კვლევაში მონაწილე პაციენტების 77.3 % აღნიშნავდა, რომ პანდემიის დროს ოჯახის ექიმი უკავშირდებოდა დღეგამოშვებით, 14.6% აღნიშნავდა, რომ ექიმთან ჰქონდა ყოველდღიური კონტაქტი, ხოლო 8.1% კი აღნიშნავდა, ოჯახის ექიმის არ დაკავშირების თაობაზე (იხ. ცხრილი 10). ამასთან, ოჯახის ექიმების მიერ, საექმო/სავარაუდო კონტაქტების შესახებ ინფორმაციის მიღების და შესაბამისი დოკუმენტის შევსებას კერძო დაზღვევის პაციენტთა 88. 8% ადასტურებდა (იხ. დიაგრამა 26). მიუხედავად იმისა, რომ რომ კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმები აფიქსირებდნენ პაციენტთა გაზრდილ მიმართვიანობას პანდემიის დროს და აღნიშნავდნენ სატელეფონო კონსულტაციების მაღალ მაჩვენებელს, გამოკითხულ ექიმთა არც ერთი ასაკობრივი ჯგუფი არ ფლობდა ინფორმაციას მათ მიერ და მათი გვერდის ავლით დადასტურებული COVID 19-ის დიაგნოზით ბენეფიციართა ჰოსპიტალიზაციის თაობაზე (იხ. დიაგრამა 8, დიაგრამა 9 და დიაგრამა 10).

შევისწავლეთ ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები. გამოკითხული ოჯახის ექიმების ყველა ასაკობრივი ჯგუფი სარწმუნო განსხვავების გარეშე აღნიშნავდა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების მატებას ამა თუ იმ ხარისხით (იხ. დიაგრამა 11). გაცილებით მაღალი იყო ევროპის ქვეყნებში ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი COVID 19 პანდემიის დროს. კერძოდ, იტალიაში პაციენტთა 96.2% ჰოსპიტალიზაციის და შემდგომი გარდაცვალების მიზეზს წარმოადგენდა ქრ. დაავადებები (Chudasama, Gillies , Zaccardi et al./ჩუდასმა, გილიესი, ზაკარდი და სხვა, 2020). საფრანგეთში, COVID-19 დროს ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი გაიზარდა 10-15%. დიდ ბრიტანეთში კი ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია გაიზარდა 20 %-ით (Beran, Aebischer Perone , Castellsague et al/ბერანი, აებიშერპერონე, კასტელსაუ და სხვა, 2021). პაციენტებს, რომლებსაც ჰქონდათ ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, COVID 19 დროს აღენიშნებოდათ ისეთი მწვავე გართულებების მაღალი რისკი, როგორიც იყო პნევმონია (4%-10%) სუნთქვის უკმარისობა (8%-30%) და თირკმლის მწვავე დაზიანება (8%-42%-ით მეტი). შესაბამისად მაღალი იყო ასეთი პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი (Barrett et al./ბარეტი და სხვა, 2021). ჩვენს კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმების მიერ გამოყოფილი იქნა ის თანმხლები დაავადებები, რომლებიც გამოირჩეოდნენ ჰოსპიტალიზაციის მაღალი მაჩვენებლით: შაქრიანი დიაბეტი 72. 10%, გულსისხლძარღვთა დაავადებები 58.4%, ფილტვების და სასუნთქი გზების დაავადებები 45.00 % და ჰიპერტენზია 44.6% დანარჩენი თანმხლები დაავადებები მეტ-ნაკლები პროცენტული მაჩვენებლით (იხ. დიაგრამა 7). ასევე გამოკითხული ექიმების მიერ გამოყოფილი იქნა პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის ძირითადი კრიტერიუმები მათგან ყველაზე მაღალი პროცენტული მაჩვენებლით გამოირჩეოდა: სუნთქვის გაძნელება, უკმარისობა დაბალი სატურაცია 74,8%, ცხელება კვირაზე მეტხანს მაღალი ტემპერატურა 53.7% და ქრ. დაავადებები 41. 6% (იხ. დიაგრამა 6).

პანდემიის პერიოდში, მსოფლიოს რიგ ქვეყნებში და მათ შორის, საქართველოშიც უდიდეს გამოწვევად იქცა ვაქცინაციის პროცესი. ევროპაში 60 წელზე უფროსი ასაკის მქონე 28,1 მილიონმა ადამიანმა მიიღო COVID-19 საწინააღმდეგო ვაქცინის ერთი დოზა, ხოლო შვიდ მილიონს მიაღწია 80 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანების რაოდენობამ, რომელმაც მიიღო ასევე COVID-19 ვაქცინის ერთი დოზა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის

შეფასებით, COVID 19 საწინააღმდეგო ვაქცინაციამ ევროპაში სიკვდილიანობა მინიმუმ 57%-ით შეამცირა და სულ მცირე 1,4 მილიონი სიცოცხლე გადაარჩინა. 2020 წლის დეკემბრიდან 2023 წლის მარტამდე ვაქცინამ სიკვდილიანობა 57%-ით შეამცირა 70-79 წლის ასაკში და 54%-ით 60-69 წლის ასაკში. ხოლო 50-59 ასაკობრივ ჯგუფში 52%-ით. ასაკობრივი ჯგუფები, რომლებმაც ყველაზე მეტად ისარგებლა ვაქცინაციით იყო 80 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანები, რომელთა მოსალოდნელი კოვიდ სიკვდილიანობა მთლიანობაში 62%-ით შემცირდა (Gray, Sanders et al / გრეი, სადერსი და სხვა, 2020), (Ball /ბალი , 2021). მნიშვნელოვანი იყო ვაქცინის შენახვის, განაწილების, პრიორიტეტების და ადმინისტრირების ლოჯისტიკური გამოწვევები. აქედან გამომდინარე, კვლევის ფარგლებში შევისწავლეთ ოჯახის ექიმის მიერ COVID 19 - ის საწინააღმდეგო ვაქცინის საჭიროების აუცილებლობის შესახებ პაციენტებისთვის ინფორმაციის მიწოდების საკითხი, ასევე პაციენტთა დამოკიდებულება კოვიდიმუნიზაციის თაობაზე. პირველადი ჯანდაცვის ეფექტიანი მუშაობის შედეგი იყო სწორად დაგეგმილი ვაქცინაციის პროცესი ისრაელში. სადაც ყველა ასაკობრივ ჯგუფში სრულად ჩატარებული ვაქცინაციის მაღალი პროცენტი დაფიქსირდა, რის შედეგადაც 75% -ით შემცირდა სიკვდილიანობა. ასევე მაღალი შედეგი დაფიქსირდა მალტას (72%) და ისლანდიაში (71%) (Bolcato, Rodriguez et al./ ბოლკატო, როდრიგესი და სხვა, 2021).

ჩვენს კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმთა 96.0 % ($\chi^2 = 251.93$, $df=1$, $p<0.001$) აღნიშნავდა, რომ COVID 19 საწინააღმდეგო ვაქცინის საჭიროების აუცილებლობის შესახებ პაციენტებს რეგულარულად აწვდიდა ინფორმაციას (იხ. დიაგრამა 12). თუმცა მიუხედავად ამისა, იმუნიზაციის შედეგები დაფიქსირდა ძალიან დაბალი. გამოკითხული ოჯახის ექიმების 73.8% დაადასტურა, რომ მათი პაციენტების 10%-ზე ოდნავ მეტი იყო აცრილი COVID19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინით(იხ. დიაგრამა 13). მაშინ როდესაც გამოკითხულ პაციენტთა 73,2 % აღნიშნავდა, რომ ექიმის მიერ ხდებოდა კოვიდიმუნიზაციის თაობაზე ინფორმირებულობა (იხ. დიაგრამა 27). ასევე საინტერესო შედეგები დაფიქსირდა სხვადასხვა დაზღვევის ტიპის მქონე პაციენტთა პასუხებში, მათი კოვიდიმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე ოჯახის ექიმის მიერ. კერძოდ, კვლევის მიხედვით, საყოველთაო და კერძო დაზღვევის პაციენტებთან უფრო მეტად მუშაობდნენ ექიმები კოვიდიმუნიზაციის საჭიროების შესახებ ინფორმაციის მიწოდების თაობაზე. (იხ. დიაგრამა 28).

გამოკითხული ოჯახიდან ექიმებისა და პაციენტების მონაცემები ლოგიკურ ბმაშია ქვეყანაში იმუნიზირებულ პაციენტების რაოდენობასთან. სტატისტიკის მიხედვით

ვაქცინაცირებული მოსახლეობის მიხედვით, საქართველო მკვეთრად ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის და მეზობელი ქვეყნების უმეტესობას. მაშინ როდესაც გერმანიაში ვაქცინირებული მოსახლეობის რაოდენობა 76%-ს, იტალიაში იგივე მაჩვენებელი 79%-ს, დიდ ბრიტანეთში 73%-ს, ხოლო აშშ-ში 66%-ს შეადგენდა. (CDC, 2022). საქართველოში ჩატარებული COVID 19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით აცრილთა რაოდენობამ შეადგინა 2 930 677; ხოლო სრულად ვაქცინირებულ ადამიანთა რაოდენობა - 1 276 173.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული პასუხების ანალიზით, შესაძლებელი გახდა იმ გამოწვევების შეფასება, რომლის წინაშეც აღმოჩნდნენ ოჯახის ექიმები პანდემიის პერიოდში.

და ბოლოს მნიშვნელოვანი პროტოკოლის უპირველესი მიზანი იყო ოჯახის ექიმების მხარდაჭერა პანდემიის ეფექტურად მართვაში. შესაბამისად, გამოვიკვლიეთ ოჯახის ექიმების დამოკიდებულება პროტოკოლის მიმართ. გამოკითხული ოჯახის ექიმების 84 % აღნიშნავდა რომ პროტოკოლი ეხმარებოდათ პანდემიის პერიოდში მუშაობაში, 16 % აღნიშნავდა რომ პროტოკოლი ეხმარებოდა პაციენტების ონლაინ ან სატელეფონო მართვისას (იხ. ცხრილი 5; დიაგრამა 15). ამასთან გამოკითხული ექიმების 96% აღნიშნავდა რომ პროტოკოლში არ შეიტანდა ცვლილებას. მხოლოდ ექიმთა 4 % -მა აღნიშნა რომ ცვლილებას შეიტანდა, პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის კუთხით. აღმოჩნდა რომ მხოლოდ ექიმთა 4% იფიქრა პროტოკოლში შესაძლო ცვლილებებზე (იხ. დიაგრამა 16). პროტოკოლის შეფასებისას საინტერესო შედეგები დაფიქსირდა გამოკითხული მენეჯერის პასუხებში. მიღებული შედეგებით გამოიკვეთა, რომ გამოკითხული მენეჯერები პრიორიტეტს ანიჭებდნენ შემდეგ რეკომენდაციებს: ვაქცინაციას- 41.2%, პირბადის ტარებას -35.3% და დისტანციაზე მუშაობას- 23.5%. ხოლო, ნაკლებად პრიორიტეტული აღმოჩნდა ხელის დაბანა- 5.9%, ხელთათმანების მოხმარება- 5.9 %, იზოლაცია- 5.9 % და სხვა (იხ. ცხრილი 17). ხოლო პროტოკოლის დაცვისა და ხარისხიანად შესრულებისათვის ჩატარებული ღონისძიებების მიხედვით, გამოკითხულ მენეჯერების გარკვეულ რაოდენობას (35.3%) არ ჰქონდა მონიშნული პრიორიტეტული ღონისძიება (იხ. ცხრილი 18). მიღებული შედეგები ხაზს უსვამს პროტოკოლის როლს პირველადი ჯანდაცვის რეაგირების გაძლიერებაში.

დასკვნები

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით მიღებული დასკვნები:

პჯდ ცენტრებში, COVID 19 მართვის პროტოკოლზე დაყრდნობით, ვასკვნით, რომ ოჯახის ექიმის მიერ არ/ვერ ხდებოდა დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა, სტაციონარულ სერვისებზე მოთხოვნის შემცირება, ჰოსპიტალიზაციის შემცირება, უსიმპტომო პაციენტების და მსუბუქად მიმდინარე პაციენტების ბინაზე მართვა. აღნიშნული მდგომარეობა უარყოფითად აისახა პანდემიის პერიოდში COVID 19 დაავადების მართვასა და პრევენციაზე;

ეპიდემიის დროს გაიზარდა ქრონიკული დაავადებების (შაქრიანი დიაბეტი, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ფილტვებისა და სასუნთქი გზების დაავადებები) მქონე პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია. რაც, როგორც დამატებითი ტვირთი ისე აისახა ჯანდაცვის სისტემაზე;

ოჯახის ექიმების უმრავლესობა, სამუშაო პროცესში, ძირითადად ასრულებს სხვა ექიმ სპეციალისტებთან გადამისამართების და ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების განმსაზღვრელ როლს, რაც მიუთითებს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გამოყენების შეზღუდვასა და ოჯახის ექიმის ნდობის ნაკლებობაზე;

ოჯახის ექიმთან რეგულარულ ვიზიტებს ახორციელებენ ძირითადად საპენსიო ასაკის ბენეფიციარები, რაც აიხსნება მათი აქტიური ჩართულობით საყოველთაო სადაზღვევო პროგრამაში, სხვა ასაკობრივი კატეგორიის პაციენტებისათვის პირველადი ჯანდაცვის უფასო სერვისები ხელმისაწვდომი არ არის;

ჯანმრთელობის სადაზღვევო პროგრამებში ჩართულობის მიხედვით, კერძო დაზღვევისა და თვითდაფინანსებით მოსარგებლე პაციენტების უმრავლესობა უკმაყოფილოა პირველადი ჯანდაცვის სერვისებით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარების უმრავლესობა ამ სერვისების მიღებით, კმაყოფილია;

ოჯახის ექიმის როლი ეროვნული გაიდლაინების იმპლემენტაციაში მნიშვნელოვანია.

ექიმთა უმრავლესობა მხარს უჭერდა არსებულ გაიდლაინს -პჯდ ცენტრებში COVID 19 მართვის პროტოკოლს, მხოლოდ, ოჯახის ექიმთა მცირე ნაწილი მიანიშნებდა პროტოკოლში შესაძლო ცვლილებებზე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმების განსაზღვრის მიმართულებით;

ოჯახის ექიმები აქტიურად ახორციელებდნენ სტანდარტულ ინტერვენციებს (ვაქცინაციის კამპანიები და ინფექციის პრევენციის ღონისძიებები) როგორც ეს მოცემულია

პროტოკოლში. ექიმთა უმრავლესობა რეგულარულად აწვდიდა პაციენტებს ინფორმაციას კოვიდ და სეზონური გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის აუცილებლობის და მნიშვნელობის შესახებ;

გამოიკვეთა ოჯახის ექიმის ინტეგრაციის აუცილებლობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვადასხვა ადმინისტრაციულ სამსახურთან- სასწრაფო შეტყობინებების გაგზავნის წესების შესრულებით, მომავალი ღონისძიებების დაგეგმვისა და აღსრულების მიმართულებით;

COVID 19 პანდემიამ გამოავლინა ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის მნიშვნელოვანი საკითხი-ოჯახის ექიმების უსგ უპგ -ის კიდევ ერთხელ განხილვის და გადაჭრის აუცილებლობა. პანდემიებისადმი მზადყოფნისათვის მიზნობრივი საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება;

პჯდ ცენტრებში COVID 19 მართვის პროტოკოლის შესრულებისას გამოკვეთილი გამოწვევები და პრობლემები: გაზრდილი მომართვიანობა პაციენტების მხრიდან, სამუშაო დროის გახანგრძლივება, გაზრდილი დატვირთვა რისკ-ჯგუფებში სამუშაოდ, გაზრდილი დატვირთვა პრევენციული ღონისძიებების გატარებისა და პაციენტის განათლების მიმართულებით.

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შემუშავებული პრაქტიკული რეკომენდაციები:

დაავადების გავრცელების უფრო ეფექტიანი კონტროლისა და საზოგადოებაზე დაფუძნებული ზრუნვის განხორციელებისათვის, საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკაში მკაფიოდ იყოს ასახული ოჯახის ექიმების როლი-დაავადების მეთვალყურეობის, შემთხვევების ადრეული გამოვლენის, მართვისა და პრევენციის, ასევე, პაციენტის განათლების მიმართულებით;

ეპიდემიების დროს, ტესტების, ვაქცინების, საწოლფონდის ეფექტიანად გადანაწილებისა და საავადმყოფოების გადატვირთვის თავიდან აცილების მიზნით, საჭიროა ოჯახის ექიმებს, ადგილობრივ ჯანდაცვის ცენტრებსა და საავადმყოფოებს შორის პაციენტის კოორდინირებული მოვლისა და არსებული რესურსების სწორად განაწილების უზრუნველყოფა;

ეპიდემიის მართვის გასაუმჯობესებლად საჭიროა ტელემედიცინისა და ელექტრონული ჯანდაცვის ჩანაწერების (EHR) სისტემების ინტეგრაცია ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში- დისტანციური კონსულტაციების უწყვეტი მონიტორინგის და საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის სტრუქტურებთან მონაცემთა უკეთ გაზიარების შესაძლებლობის
გაზრდისათვის;

ოჯახის ექიმებისთვის სავალდებულო უნდა გახდეს სასწავლო პროგრამების

განხორციელება, რომელიც ფოკუსირებული იქნება ეპიდემიისთვის მზადყოფნაზე,
რეაგირებასა და მართვაზე, მათ შორის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
ინსტრუმენტებისა და ციფრული ჯანდაცვის ტექნოლოგიების გამოყენებაზე;

ეპიდემიების დროს, ოჯახის ექიმები უნდა აღიჭურვიონ მკაფიო, ზუსტი საზოგადოებრივი
ჯანდაცვის შეტყობინებებით და რესურსებით, რათა იმუშაონ პრევენციული ზომების,
ვაქცინების და სხვა მნიშვნელოვანი რჩევების მიწოდების შესახებ;

ოჯახის ექიმებმა, როგორც საზოგადოებისათვის სანდო ფიგურებმა, ზუსტი სამედიცინო
ინფორმაციის მიწოდებით, მცდარი წარმოდგენების შეცვლით და პაციენტებზე
პრევენციული ზრუნვის გაძლიერებით- გადამწყვეტი როლი უნდა შეასრულონ
დეზინფორმაციასთან ბრძოლაში და გააუმჯობესონ საზოგადოების ჯანმრთელობა;

ეპიდემიების დროს, უნდა გაძლიერდეს ოჯახის ექიმების როლი არაპროპორციულად
დაზიანებადი მოწყვლადი მოსახლეობის დაავადებების ადრეული გამოვლენის,
მათზე მორგებული მკურნალობის ჩატარების და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
სერვისების დროულად მიწოდების ორგანიზაციაში.

დანართები

დანართი I. ინფორმირებული თანხმობა

დანართი II. კითხვარი ოჯახის ექიმებისათვის

დანართი III. კითხვარი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის პაციენტებისათვის

დანართი IV. კითხვარი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მენეჯერებისათვის

დანართი I. ინფორმირებული თანხმობა

საქართველოს უნივერსიტეტი. ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა.

მაკა ყურაშვილი-საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამის დოქტორანტი

ელზა ნიკოლეიშვილი-საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების
სკოლის პროფესორი

წარმოდგენილ კვლევას სპონსორი არ ჰყავს.

სამეცნიერო კვლევა „პირველადი ჯანდაცვა - ოჯახის ექიმის მრავალფუნქციური როლი
ეპიდემიების მართვისა და პრევენციის მიმართულებით“

ნაწილი 1: საინფორმაციო ფურცელი

შესავალი

ახალი კორონავირუსით COVID19 (SARS-CoV-2) მკურნალობის პროტოკოლში
მეტად მნიშვნელოვანი როლი აქვს ოჯახის ექიმს. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის
შემთხვევების მართვა, კოორდინაცია, ჰოსპიტალიზაციის თავის არიდება-
დამოკიდებულია სწორედ ოჯახის ექიმის დროულ, სწორ და ეფექტიან ჩარევასთან.
ეპიდემიების დროს, კორონავირუსით COVID19 მკურნალობის პროტოკოლზე
დაყრდნობით, უნდა ხდებოდეს ოჯახის ექიმის მრავალი ფუნქციის შესრულება COVID 19
დაავადების დიფერენცირება სხვა ტიპის რესპირაციული ინფექციებისგან, მათი
ადრეული დიაგნოსტიკა, სტაციონარულ სერვისებზე მოთხოვნის და
ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლების შემცირება; COVID19 (SARS-CoV-2) დაავადების
პრევენციისათვის იმუნიზაციის ხელშეწყობა და ეფექტიანი წარმართვა; თუ ამ
ფუნქციების შესრულებისათვის, პჯდ ცენტრებში არ არსებობს შესაბამისი ადამიანური

რესურსი და ინფრასტრუქტურა, ეს საფუძველი იქნება ოჯახის ექიმის არასრულფასოვანი და უეფექტო ფუნქციონირებისა.

შესაბამისად, კვლევის წარმოებისთვის შეავარჩიეთ კვლევის კომბინირებული - რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მეთოდები.

1. კვლევის მიზანი

დაგეგმილი კვლევის მიზანია -ოჯახის ექიმის როლისა და ფუნქციის შეფასება COVID 19 დაავადების მართვისა და პრევენციის მიმართულებით, ქ. თბილისში არსებულ ამბულატორიულ ცენტრებში, კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტზე (პროტოკოლი) დაყრდნობით.

2. კვლევის ინტერვენციის ტიპი

კვლევის მიზნის მისაღწევად და დასახული ამოცანების გადასაჭრელად გამოვიყენებთ კვლევის რაოდენობრივ და ხარისხობრივ მეთოდებს.

საკვლევ მასალად გამოვიყენებთ: ოფიციალურ დოკუმენტაციას - პაციენტის ამბულატორიულ ისტორიას; პჯდ -ს წლიურ ანგარიშს პაციენტთა მომართვიანობის, ამბულატორიული ვიზიტების, გამოკვლევებისა და ჰოსპიტალიზაციის ხარისხის დასადგენად; პირველად ჯანდაცვაში, ახალი კორონავირუსით COVID19 (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) საექვო შემთხვევის, კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტს (პროტოკოლს) ; სტატისტიკურ ფორმულაზე დაყრდნობით, მიღებული შედეგების სარწმუნოებისთვის საკვლევი რაოდენობა განისაზღვრა 298 ოჯახის ექიმით. საკვლევ პოპულაციაში, ასევე, ჩართულები იქნებიან ბენეფიციარები 18 წლიდან 70 წლის ჩათვლით. ხარისხობრივი მეთოდი დაგვეხმარება კითხვარების საშუალებით საჭირო ინფორმაცია მივიღოთ ოჯახის ექიმებისგან, მენეჯერებისა და პაციენტებისაგან.

ოჯახის ექიმებთან და მენეჯერების ფოკუს ჯგუფებთან ჩატარდება ჩადრმავებული ინტერვიუები.

კითხვარები შემუშავებული და გადაგზავნილი იქნა უნივერსიტეტის ბიოეთიკის საბჭოსთვის.

შემუშავებულ კითხვარებზე (ოჯახის ექიმები, მენეჯერები და პაციენტები) პასუხის გაცემის წინ გაეცნობიან ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტს.

მონაცემების შეყვანა, ვერიფიკაცია, მართვა და სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდება სტატისტიკური პაკეტის SPSS 22-ე ვერსიის საშუალებით.

3. კვლევაში მონაწილეთა შერჩევა

საკვლევ პოპულაციას წარმოადგენს 298 სერტიფიცირებული ოჯახის ექიმი (გამოთვლილია სტატისტიკური ფორმულის მიხედვით) ; შევადგენთ მენეჯერების, ექიმებისა და პაციენტების(პჯდ-ს ბენეფიციარები 18 წლიდან 70 წლის ჩათვლით) ფოკუს- ჯგუფებს ჩაღრმავებული ინტერვიუსთვის.

4. ნებაყოფლობითი მონაწილეობა

კვლევაში მონაწილეობის მიღება ნებაყოფლობითია და განხორციელდება მხოლოდ მონაწილის ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში.

5. პროცედურები და პროტოკოლი

პირველ რიგში, თბილისის მასშტაბით, შევარჩევთ ოჯახის ექიმის ცენტრებს; შემდეგ, ცენტრის ხელმძღვანელებთან (მენეჯერებთან) და ოჯახის ექიმებთან გავაკეთებთ საკვლევ თემის მოკლე პრეზენტაციას, გავაცნობთ კვლევის მიზნებსა და ამოცანებს; გავაცნობთ კითხვარს. მესამე ეტაპზე, მიღებული დადებითი პასუხის შემდეგ, თითოეული ხელს მოაწერს ინფორმირებულ თანხმობას. ამის შემდეგ დავარიგებთ კითხვარებს. კითხვარის შესავსებად, სავარაუდო საკმარისი დრო არის 15 წთ.

კითხვარის ბოლოს მითითებულია და ზეპირსიტყვიერადაც დავუდასტურებთ რომ კვლევაში მონაწილეობა და კონფიდენციალობა იქნება დაცული.

6. ხანგრძლივობა

კვლევა იგეგმება 3 სემესტრი

7. მოსალოდნელი გვერდითი/არასასურველი ეფექტები

არ ექნება

8. რისკი

არ განისაზღვრება

9. დისკომფორტი

არ შეექმნება

10. სარგებლობა

აღნიშნული კვლევის შედეგები საშუალებას მოგვცემს გავაანალიზოთ ოჯახის ექიმის მრავალმხრივი როლი და მნიშვნელობა ეპიდემიების მართვასა და პრევენციაში. კერძოდ, ოჯახის ექიმის როლი დაავადებების დიფერენცირებაში, ჰოსპიტალიზაციის რისკების შემცირებაში, დაავადების ეფექტიან მართვაში ამბოლატორიულ და სახლის პირობებში; ასევე, ოჯახის ექიმის როლი პაციენტების განათლების და დაავადების პრევენციის მიმართულებით.

11. წახალისება

არ განისაზღვრება

12. კონფიდენციალურობა

კვლევაში მონაწილეობის მიღება ნებაყოფლობითია და განხორციელდება მხოლოდ მონაწილის ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში. პროექტში მონაწილეების პირადი ინფორმაცია მკაცრად იქნება დაცული. სამეცნიერო ლიტერატურაში არ მოხდება მონაწილე ამბულატორიული (საოჯახო ექიმის) ცენტრების იდენტიფიცირება.

13. ინფორმაციის გაზიარება

ინფორმაციის გაზიარება არ მოხდება. კვლევისთვის გამოყენებული იქნება კოდირების სისტემა

14. უარის თქმის უფლება

კვლევაში მონაწილეობაზე უარი ასევე დაფიქსირდება.

15. არსებული ალტერნატივები

არ მოიაზრება

16. საკონტაქტო ინფორმაცია

kurashvilimaka28@gmail.com

დანართი II. კითხვარი ოჯახის ექიმებისათვის

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა.

კითხვარი ოჯახის ექიმებისათვის-საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამის
სტუდენტის-მაკა ყურაშვილის სამეცნიერო კვლევისათვის - „პირველადი ჯანდაცვა -
ოჯახის ექიმის მრავალფუნქციური როლი ეპიდემიების მართვისა და პრევენციის
მიმართულებით“

1. თქვენი ასაკი
 - 30 წლამდე
 - 31-40
 - 41-50
 - 51-60
 - 60- ს ზემოთ
2. სამუშაო გამოცდილება
 - 5 წელიწადზე ნაკლები
 - 5-10 წელი
 - 10 წელზე მეტი
3. თქვენი მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფ ბენეფიციართა რაოდენობა?
 - 1000-ზე ნაკლები
 - 1000-2000 მდე
 - 2000-ზე მეტი
4. დღის განმავლობაში მიღებულ პაციენტთა რაოდენობა.
 - 10-ზე ნაკლები
 - 10-15 პაციენტამდე
 - 15-პაციენტზე მეტი
5. თქვენი მუშაობის პროცესში გყავთ თუ არა ექთანნი?
 - მყავს

- 1 ექთანი გვემსახურება 2 ოჯახის ექიმს
 - 1 ექთანი ემსახურება 3 და მეტ ოჯახის ექიმს
6. პაციენტთა მომართვიანობა ხშირად განპირობებულია სხვა ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვის აღების მიზნით
- დიახ
 - არა
 - მეტ-ნაკლებად
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
7. ატარებთ თუ არა თქვენს პაციენტებთან პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს?
- პერიოდულად
 - მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში
 - დროის სიმცირის გამო- არა
8. რამდენად ხშირად ესწრებით საგანმანათლებლო (ტრენინგებს, ვორქშოფებს) პროგრამებს ოჯახის ექიმებისათვის ?
- დიახ
 - არა
 - მეტ-ნაკლებად
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
9. ეცნობით თუ არა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალებისა და სტატიების მეშვეობით?
- დიახ
 - არა
 - მეტ-ნაკლებად
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
10. ეცნობით თუ არა განახლებულ გაიდლაინებს ინტერნეტის საშუალებით?
- დიახ
 - არა

- მეტ-ნაკლებად
- მიჭირს პასუხის გაცემა

11. კმაყოფილი ხართ თუ არა თქვენი საოჯახო მედიცინის ცენტრის ინფრასტრუქტურით? სამედიცინო-ტექნიკური აღჭურვილობით?

- დიახ
- არა
- მეტ-ნაკლებად

12. საოჯახო ექიმის ცენტრში, მუშაობის პროცესში იყენებთ თუ არა კომპიუტერს?

- დიახ
- არა
- არ მაქვს

13. გაიზარდა თუ არა პაციენტთა მომართვიანობა კოვიდ-19 პანდემიის პირობებში ?

- გაიზარდა საგრძნობლად
- არა
- მეტ-ნაკლებად

14. ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში, კოვიდ პანდემიის პირობებში, რამდენად ხშირია პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები?

- ხშირია
- არ არის ხშირი

15. კოვიდ ინფიცირებულ პაციენტებში, დაავადების ბინაზე მართვის შემთხვევაში, დღის განმავლობაში რა რაოდენობის პაციენტს უწევთ სატელეფონო კონსულტაციას

- 10 პაციენტს
- 20-25 პაციენტს
- 25 პაციენტს და მეტს

16. კოვიდ 19 დადასტურებულ შემთხვევაში, რითი განსაზღვრავთ ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებას? -მიუთითეთ

17. კოვიდ ინფიცირებულ პაციენტებში, დაავადების ბინაზე მართვის შემთხვევაში, დღის განმავლობაში რა რაოდენობის პაციენტს უწევთ ამბულატორიულ კონსულტაციას?

- 10 პაციენტს
- 20-25 პაციენტს
- 25 პაციენტს და მეტს

18. სეზონური გრიპის იმუნიზაციის აუცილებლობის თაობაზე თუ ატარებთ ინფორმაციული ხასიათის კონსულტაციებს თქვენს პაციენტებთან.

- ყოველთვის
- არა, დროის დეფიციტის გამო
- მეტ-ნაკლებად

19. თქვენი ბენეფიციარებიდან რეგულარულ სამედიცინო გამოკვლევებს უფრო ხშირად იტარებენ პაციენტები

მიუთითეთ (ასაკობრივი ჯგუფები)

20. კოვიდ საწინააღმდეგო ვაქცინის საჭიროების აუცილებლობის შესახებ თუ აწვდით თქვენს პაციენტებს ინფორმაციას.

- აუცილებლად
- მეტ-ნაკლებად
- არა

21. თქვენი პაციენტების რა პროცენტი აიცრა კოვიდ-საწინააღმდეგო ვაქცინით

- 5%
- 10% და მეტი
- 5%-ზე ნაკლები

დანართი III. კითხვარი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის პაციენტებისათვის

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა.

კითხვარი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის პაციენტებისათვის - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამის სტუდენტის - მაკა ყურაშვილის სამეცნიერო კვლევისათვის - „პირველადი ჯანდაცვა - ოჯახის ექიმის მრავალფუნქციური როლი ეპიდემიების მართვისა და პრევენციის მიმართულებით

1. თქვენი ასაკი
 - 18 -25 წლამდე
 - 25-35 წლამდე
 - 35-55 წლამდე
 - 55 წლის ზემოთ
2. სქესი
 - მდედრობითი
 - მამრობითი
3. განათლება
 - საშუალო
 - უმაღლესი
4. რამდენი ხანი გიწევთ ლოდინი ოჯახის ექიმთან მიღებაზე?
 - 30 წთ-ზე ნაკლები
 - 30 წთ - 60 წთ
 - 1 საათზე მეტი
5. ხართ თუ არა კმაყოფილი თქვენი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით?
 - დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა

6. ენდობით თუ არა თქვენს ოჯახის ექიმს?
 - სრულიად ვენდობი
 - ნაკლებად
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
7. ოჯახის ექიმის მომსახურებით სარგებლობთ თუ არა რეგულარულად?
 - დიახ
 - იშვიათად ვსარგებლობ
 - წელიწადში 3 ჯერ და მეტად
8. ოჯახის ექიმის მომსახურებით სარგებლობთ მხოლოდ სპეციალისტთან გადამისამართების საჭიროების შემთხვევაში
 - მხოლოდ მაშინ როდესაც მჭირდება მიმართვა სპეციალისტთან
 - სადიაგნოსტიკო/ ლაბორატორიულ კვლევებისათვის
9. ოჯახის ექიმის მიმართვით სარგებლობთ იმიტომ, რომ ხართ
 - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარი
 - კერძო დაზღვევის ბენეფიციარი
 - არცერთი
10. რეგულარულად იტარებთ თუ არა პროფილაქტიკურ კვლევებს და რა სიხშირით?
 - წელიწადში ერთხელ
 - წელიწადში ორჯერ
 - საერთოდ არ ვიტარებ
 - იშვიათად
11. თქვენი ოჯახის ექიმთან ვიზიტის სიხშირე დამოკიდებულია თუ არა სეზონური ვირუსების არსებობაზე
 - დიახ
 - არა
 - იშვიათად
12. კოვიდ პანდემიის პირობებში რამდენად გაიზარდა ექიმთან ვიზიტების სიხშირე?

- გაიზარდა
- ნაკლებად

13. გაწვდით თუ არა ოჯახის ექიმი ამომწურავ ინფორმაციას თქვენი ავადმყოფობის შესახებ თუ ამჯობინებთ სხვა ექიმთან ინფორმაციის გადამოწმებას?

- ვიღებ მაქსიმალურ ინფორმაციას
- არა, ძალიან მცირეს
- ვამჯობინებ გადავამოწმო სხვა სპეციალისტთან

14. გაქვთ თუ არა რომელიმე ქრონიკული დაავადება?

დიახ (მიუთითეთ) -----

15. როგორ ფიქრობთ, ოჯახის ექიმი რამდენად ეფექტიანად მართავს თქვენს ქრონიკულ დაავადებას?

- კმაყოფილი ვარ, საჭიროების ეშმთხვევაში შემიძლია მივმართო
- იშვიათად მივმართავ
- მხოლოდ რეცეპტისათვის მივმართავ

16. კოვიდი 19 ეპიდემიის დროს როგორ შეიცვალა თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ქრონიკულ დაავადებასთან მიმართებით?

- უფრო გაუარესდა
- არ შეცვლილა
- უფრო გამწვანდა ოჯახის ექიმთან ვიზიტზე მოხვედრა
- ძირითადად შემოვიფარგლებით სატელეფონო კონსულტაციებით

17. რა ტიპის კომუნიკაცია გაქვთ ოჯახის ექიმთან კოვიდ 19 ეპიდემიის პერიოდში?

- ძირითადად სატელეფონო
- მქონდა ვიზიტი საოჯახო მედიცინის ცენტრში
- ოჯახის ექიმი მოდიოდა ბინაზე

18. კოვიდ 19 დაავადების საწინააღმდეგო აცრებთან დაკავშირებით რა ტიპის ინფორმაცია მოგაწოდათ ოჯახის ექიმმა?

19. გაიკეთეთ თუ არა კოვიდ 19 საწინააღმდეგო აცრა?

- დიახ
- არა
- მიუთითეთ რომელი (თუ გაიკეთეთ)

20. იკეთებთ თუ არა სეზონური გრიპის საწინააღმდეგო აცრებს?

- დიახ, რეგულარულად
- იშვიათად
- არასდროს გამიკეთებია
- არ გავიკეთებ
- ვაპირებ გავიკეთო

დანართი IV. კითხვარი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მენეჯერებისათვის

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა.

კითხვარი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მენეჯერებისათვის-საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სადოქტორო პროგრამის სტუდენტის-მაკა ყურაშვილის სამეცნიერო კვლევისათვის -„პირველადი ჯანდაცვა - ოჯახის ექიმის მრავალფუნქციური როლი ეპიდემიების მართვისა და პრევენციის მიმართულებით

1. რამდენი ოჯახის ექიმი ემსახურება ბენეფიციარებს თქვენს დაწესებულებაში
 - 5-მდე
 - 10-მდე
 - -----
2. თქვენს სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული რამდენი ოჯახის ექიმი ემსახურება საყოველთაო დაზღვევის ბენეფიციარებს
 - 5-მდე
 - 10-მდე
 - -----
3. თქვენს სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული რამდენი ოჯახის ექიმი ემსახურება კერძო დაზღვევის ბენეფიციარებს
 - 5 მდე
 - 10 მდე
 - -----
4. რამდენ პაციენტს ემსახურება დღიურად ოჯახის ექიმი?
 - 10-ზე ნაკლები
 - 10-20
 - 20 და მეტ პაციენტს
5. ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ რა რაოდენობის ბენეფიციართა რაოდენობა იმყოფება
 - 1000-ზე ნაკლები

- 1000-2000 მდე
 - 2000-ზე მეტი
6. რამდენად ხშირად ცდილობთ თქვენს დაწესებულებაში მომუშავე ოჯახის ექიმების პროფესიული ზრდის ხელშეწყობას?
- პერიოდულად
 - წელიწადში ერთხელ
 - ვერ ხერხდება
7. რამდენი ექთანი მუშაობს თქვენს სამედიცინო დაწესებულებაში?
- 5-მდე
 - 5-10
 - -----
8. აღჭურვილია თუ არა ოჯახის ექიმის კაბინეტი კომპიუტერით?
- დიახ
 - არა
 - ახლო მომავალში ვფიქრობთ აღჭურვას
 - 1 კომპიუტერით სარგებლობს 2 ოჯახის ექიმი
9. რამდენად დატვირთულია თქვენი სამედიცინო დაწესებულება სამედიცინო სერვისებით?
- სრულად აღჭურვილია სადიაგნოსტიკო და ლაბორატორიული სერვისებით
 - მხოლოდ ლაბორატორიული სერვისებია
10. პაციენტთა დიდი ნაწილი ოჯახის ექიმის სერვისს იყენებს
- სხვა სპეციალისტთან გადამისამართების მიზნით
 - საჭრო გამოვლევების ჩატარების მიზნით
 - ორივე შემთხვისათვის
11. უზრუნველყოფთ თუ არა თქვენი ოჯახის ექიმების დასწრებას კვალიფიკაციის ამაღლებისათვის ტრენინგებსა და ვორქშოფებზე?

- პერიოდულად
- წელიწადში ერთხელ
- ვერ ხერხდება

12. ტარდება თუ არა ტრენინგები კოვიდ 19 დაავადების მართვისა და პრევენციის მიმართულებით?

- დიახ, თვეში ერთხელ
- 3 თვეში ერთჯერ
- საჭიროების შემთხვევაში

13. პაციენტის განათლების კუთხით რა საშუალებებს მიმართავთ?

- ვიდეოებზე ელექტონულ საკომუნიკაციო საშუალებებს (მობილური, ელ. ფოსტა)
- ვიდეოებზე საინფორმაციო ბიულეტენებს
- ვსარგებლობთ კონსულტაციის დროით

14. თქვენი საოჯახო მედიცინის ცენტრი არის თუ არა ადაპტირებული შშმ პირებზე?

- დიახ
- არა
- ინფრასტრუქტურის მზადების პროცესში ვართ

გამოყენებული ლიტერატურა

- (NCDC). (2020-2022). *COVID-19 in Georgia national center for disease control and public health 2020-2022 Report 9th revision*. Georgia. მოპოვებული
[https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=c6c26041-e123-4591-b1c6-50103eb5205-](https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=c6c26041-e123-4591-b1c6-50103eb5205-დან)
დან
- (2025). მოპოვებული [https://matsne.gov.ge/document/view/4821121?publication=31-](https://matsne.gov.ge/document/view/4821121?publication=31-დან)დან
- Allen LN, Smith RW, Simmons-Jones F, Roberts N, Honney R, Currie J. (2020 წლის 1
November). Addressing social determinants of noncommunicable diseases in primary care:
a systematic review. *PubMed*, 98(11), გვ. 754–765.
- American Academy of Family Physicians. (2020). Telemedicine and Telehealth. მოპოვებული
[https://www.aafp.org/practice-management/health-it/telemedicine-telehealth.html-](https://www.aafp.org/practice-management/health-it/telemedicine-telehealth.html-დან)დან
- Aristodemou K., Buchhass L., Claringbould D. . (2021). The COVID-19 crisis in the EU: the
resilience of healthcare systems, government responses and their socio-economic effects
Eurasian Econ. . გვ. 251-281.
- Arsenault C, Kim MK, Aryal A, Faye A, Joseph JP, Kassa K, et al. (2020). Use of hospitals for
essential primary care services in 56 countries: determinants and quality. *Bull World
Health Organ. PubMed*, 98(11), გვ. 735–746.
- Ashcroft R, Donnelly C, et al. (2021). Primary care teams' experiences of delivering mental health
care during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *BMC Family Practice. PubMed*,
22(1), გვ. 143. doi:10.1186/s12875-021-01496-8
- Aslanyan L, Arakelyan Z, Atanyan A, Abrahamyan A, Karapetyan M, Sahakyan S. (2022).
Primary healthcare providers challenged during the COVID-19 pandemic: a qualitative
study. *BMC Prim Care*, 23(1), გვ. 3-10. doi:10.1186/s12875-022-01923-4.
- Baker R, Freeman G K, Haggerty J L, Bankart M J, Nockels K H. (2020). Primary medical care
continuity and patient mortality: a systematic review. *PubMed*, 70(698), გვ. 600–611.
doi:10.3399/bjgp20X712289
- Balalian A.A, Berberian A, Chiloyan A, DerSarkissian M, Khachadourian V, Siegel EL, et al.
(2021). Public Health Working Group for Armenia. War in Nagorno-Karabakh highlights
the vulnerability of displaced populations to COVID-19. *J Epidemiol Community Health.*
Medline, 75(7), გვ. 605-607.

- Balestrieri M, Sisti D, Rocchi M, Rucci P, Simon G, Araya R and de Girolamo G. (თ. გ.). (2020). Effectiveness of clinical decision support systems and telemedicine on outcomes of depression: a cluster randomized trial in general practice. *Family Practice*, 37, გვ. 731–737. doi:10.1093/famra/cmaa077
- Balestrieri M, Sisti D, Rocchi M, Rucci P, Simon G, Araya R and de Girolamo G. (2020). Effectiveness of clinical decision support systems and telemedicine on outcomes of depression: a cluster randomized trial in general practice. *Family Practice* 37, 731–737, 37, გვ. 731–737.
- Ball P. (2021). The lightning-fast quest for COVID vaccines – and what it means for other diseases. *Nature*, 589(7840), გვ. 16–18. doi:10.1038/d41586-020
- Barrett CE, Park J, Kompaniyets L, et al. (2021). Intensive care unit admission, mechanical ventilation, and mortality among patients with type 1 diabetes Behospitalized for COVID-19 in the U.S. *Diabetes Care*, 44(8), გვ. 1788–179. doi:10.2337/dc21-0604
- Baudier P, Kondrateva G, Ammi C, Chang V and Schiavone F. (2021). Patients' perceptions of teleconsultation during COVID-19: a cross-national study. *Technological Forecasting and Social Change*, 163, გვ. 120–510.
- Bays D, Whiteley T, Pindar M, et al. (Online December 24, 2021). *Mitigating isolation: the use of rapid antigen testing to reduce the impact of self-isolation periods*. medRxiv. მოპოვებული <https://doi.org/10.1101/2021.12.23.21268326>. -დაწ
- Behbehani et al. (2014). *studies across multiple disciplines*.
- Beran D, Aebischer Perone S, Castellsague Perwhoolini M et al. (2021). Beyond the virus: Ensuring continuity of care for people with diabetes during COVID-19. *Prim Care Diabetes*, 15(1), გვ. 16–17. doi:10.1016/j.pcd.2020.05.014
- Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M et al. (2017). Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med*, 32(5, გვ. 566–71. მოპოვებული <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5>-დაწ
- Bolcato M., Rodriguez D., Feola A., Di Mizio G., Bonsignore A., Ciliberti R., Tettamanti C., Aurillo M., Aprile A. (2021). COVID-19 Pandemic and Equal Access to Vaccines. *Vaccines*, 9, გვ. 5–38. doi:10.3390/vaccines9060538
- Bower EA. (2006). *Continuing medical education needs assessment of Oregon physicians*. Continuing Med Educ.

- Brenna E. (2011). Quasi-market and cost-containment in Beveridge systems: the Lombardy model of Italy. *Health Policy*, 103(2–3), გვ. 209–218. doi:10.1016/j.healthpol.2011.10.003
- Bulliard J, Chiolerio A. (2015). Screening and overdiagnosis: Public health implications. *Public Health Reviews* 36(1), გვ. 1–5. doi:10.1186/s40985-015-0012-1
- Bystrom E, Lindstrand A, Bergstrom J, et al. . (2020 წლის 8 MAY). Confidence in the National Immunization Program among parents in Sweden. 2016 -a cross-sectional survey. *Vaccine.*, 38(22), გვ. 3909–3917.
- Cai J, Deng X, Yang J, et al. (თ. გ.). Modeling transmission of SARS-CoV-2 Omicron in China. *Nat Med* 2022, 28(7), გვ. 1468–1475. doi:10.1038/s41591-022-01855-7
- Caminade C, McIntyre KM, Jones AE. (2019). Ann NY Acad Sci. Impact of recent and future climate change on vector-borne diseases. *PubMed*, 1436, გვ. 157–173. doi:10.1111/nyas.13950
- Chan CH, Tuite AR, Fisman DN. (2013). Historical epidemiology of the second cholera pandemic: relevance to present day disease dynamics. PLoS One. *PubMed*, 8, გვ. 1-8. doi:0.1371/journal.pone.0072498
- Chan JFW, Kok KH, Zhu Z, Chu H, To KKW, Yuan S, Yuen KY. (2020). Genomic Characterization of the 2019 Novel Human-Pathogenic Coronavirus Isolated from a Patient with Atypical Pneumonia after Visiting Wuhan. *Emerg Microbes Infect*, 9(1), გვ. 221-236. doi:080/2222171.2020.1719902
- Chard A.N., Gacic-Dobo M., Diallo M.S., Sodha S.V., Wallace A.S. (2015). Routine vaccination coverage - worldwide, 2019 MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 69 (45) (2000), pp. 1706-1710 Ananworanich J, Mellors JW. Curr Opin HIV AIDS. *PubMad*, 10, გვ. 1-3. doi: 10.1097/COH.0000000000000125
- Chen C, Chen F, Mullan F. (2012). Teaching health centers: a new paradigm in graduate medical education. *Acad Med*, 87(12), გვ. 1752–1756.
- Chen PG, Mehrotra A, Auerbach DI. (2014). Do we really need more physicians? Responses to predicted primary care physician shortages. *PubMed*, 52(2), გვ. 95–96.
- Chowdhury FR, Nur Z, Hassan N, von Seidlein L, Dunachie S. (2017). Ann Clin Pandemics, pathogenicity and changing molecular epidemiology of cholera in the era of global warming. *Microbiol Antimicrob*, 16:10. doi: 10.1186/s12941-017-0185-1

- Chudasama YV, Gillies CL, Zaccardi F et al. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev.* 14(5), გვ. 965-967. doi:10.1016/j.dsx.2020.06.042
- Corey L., Mascola J.R., Fauci A.S., Collins F.S. (2020). A strategic approach to COVID-19 vaccine R&D. *Science*, 368, გვ. 948-950. doi:10.1126/science.abc5312
- Cueto M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health. PubMed*, 94, გვ. 1864-1874. doi:10.2105/ajph.94.11.1864.
- curation international foundation. (2017). მოპოვებული /<https://curatiofoundation.org/ge/>-დან
- De Maeseneer J, Li D, Palsdottir B, Mash B, Aarendonk D, Stavdal A, et al. (2020). Universal health coverage and primary health care: the 30by 2030 campaign. *Bull World Health Organ. PubMed*, November 1; 98(11), გვ. 812-814.
- De Maeseneer J., Li D., et al. (2020 წლის 1 November). Universal health coverage and primary health care: the 30 by 2030 campaign. *PubMed*, 98(11), გვ. 812-814.
- Dennis S. (2016). *Secondary prevention of chronic health conditions in patients with multimorbidity: what can physiotherapists do?* J Comorb. მოპოვებული <https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.82>.-დან
- Dobrow M, Hagens V, Chafe R, et al. (2018). Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *Canadian Medical Association Journal* 190(14), გვ. E422-E429. doi:10.1503/cmaj.171154
- Doherty B. (2020 წლის 25 jan). Coronavirus: three cases in NSW and one in Victoria as infection reaches Australia. *Assessed on Januar.* მოპოვებული <https://www.theguardian.com/science/2020/jan/25/coronavirus-five-people-in-nsw-being-tested-for-deadly-disease>-დან
- Eberly L.A., Kallan M.J., Julien H.M., et al. (2020). Patient Characteristics Associated With Telemedicine Access for Primary and Specialty Ambulatory Care During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*, 3(12). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.31640.
- ECDC. (2024). მოპოვებული <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/escaide>-დან
- ECDC. Measles. In: ECDC. (2020). *Annual epidemiological report for 2018*. Stockholm.
- Elhadi M, Msherghi A, Alkeelani M, Alsuyihili A, Khaled A, Buzreg A, Boughididah T, Abukhashem M, Alhashimi A, Khel S, Gaffaz R, Ben Saleim N, Bahroun S, Elharb A, Eisay M, Alnafati N, Almiqlash B, Biala M, Alghanai E. ., (2020). Concerns for low-resource countries: care units, facing the COVID-19 pandemic. *Infect Dis Health. PubMed*,

- 25(4), გვ. 227–232. მოპოვებული <https://europepmc.org/abstract/MED/32631682> .S2468-0451(20)30035-3-დან
- Emilsson L, Lindahl B, Koster M, et al. (2015). Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *J Intern Med*, 277(1), გვ. 94-136.
- Ethgen O, Cornier M, Chriv E, Baron-Papillon F. (2016). The cost of vaccination throughout life: A western European overview. *PubMed*, 12(8), გვ. 29–37.
doi:10.1080/21645515.2016.1154649
- European Observatory on Health Care Systems. (2024 წლის 20 May). Health Care Systems in Transition: Denmark: health-system-summary. მოპოვებული <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-summary-2024-დან>
- Fang L., Karakiulakis G., Roth M. (2020). Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir Med*, 8, გვ. 21. doi:10.1016/S2213-2600(20)30116-8
- Garattini L, Gritti S, De Compadri P et al. (2010). Continuing Medical Education in six European countries: A comparative analysis. *Health Policy*, 94, გვ. 246–254.
- George S, Hanson J, Jackson JL. (2014). Physician, heal thyself: a qualitative study of physician health behaviors. *Acad Psychiatry*, 38(1), გვ. 19-25. doi:10.1007/s40596-013-0014-6
- Gessner Bradford D., Kaslow David, Louis Jacques, Neuzil Kathleen, O'Brien Katherine L., Picot Valentina, et al. (2017). Estimating the full public health value of vaccination Vaccine. *PubMed*, 35(46), გვ. 6255–6263.
- Giorgi Beria, Vakhtang Surguladze, Tea Giorgadze. (2019).
- Glatter KA, Finkelman P. (2021)]. History of the plague: an ancient pandemic for the age of COVID-19. *PubMed*, 134, გვ. 176–181. doi:10.1016/j.amjmed.2020.08.019.
- Goginashvili K., Nadareishvili M., Habicht T. (2021). *Can people afford to pay for health care?*. Copenhagen: World Health Organization.
- Goldstein R. (2022). *Evidence-based public health policy Public Lecture Presented at*. Boston.
- Goodich M. Ole J. (2006). Benedictow. The Black Death,. *The Complete History. Speculum.*, 81, გვ. 146–147.
- Gray R, Sanders C. A. (2020). *reflection on the impact of COVID-19 on*.

- Green LV, Savin S, Lu Y. (2013). Primary care physician shortages could be eliminated through use of teams, nonphysicians, and electronic communication. *Health Aff (Millwood)*. *PubMed*, 32(1), გვ. 11–19.
- Grennan D. (2019). *JAMA*. *PubMed*, 321, გვ. 9–10. doi:10.1001/jama.2019.0700.
- Grote U, Arvand M, Brinkwirth Set al. (2021.). *Brinkwirth Set al. Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie in Deutschland: nichtpharmakologische und pharmakologische Ansätze*. Germany: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.
- Gullslett M.K., Kristiansen E., Nilsen E.R. (2021). Therapists' experience of video consultation in specialized mental health services during the COVID-19 pandemic: qualitative interview study *JMIR Hum*. 8(3), გვ. 31–50.
- Halfmann PJ, Hatta M, Chiba S et al. . (2020). Transmission of SARS-CoV-2 in Domestic Cats. *N Engl J Med.*, 383(6), გვ. 592–594. doi:10.1056/NEJMc2013400
- Hanson K., Brikci N., Erlangga D., Alebachew A., De Allegri M., Balabanova D. (2022). , Wurie H. The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care: Putting People at the Center. *Lancet Glob. Health*. 2022;10:e715–e772. doi: 10.1016/S2214-109X(22. *Lancet Glob. Health.*, 10, გვ. 715–772. doi:10.1016/S2214-109X(22)0005-5
- Hor HO. J. (2021). he interrelationships between antimicrobial resistance, UkuCOVID-19, past, and future pandemics. *Infect Public Health*, 14, გვ. 53–60. doi: 10.1016/j.jiph.2020.10.018
- Hu D, Liu B, Feng L, et al. (2016). Origins of the current seventh cholera pandemic. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 113, გვ. 0–9. doi:10.1073/pnas.1608732113
- Huang J, Zhu Q, Guo J. (2020). Can Health Disparity Be Eliminated? The Role of Family Doctor Played in Shanghai, China. I. *nternational Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), გვ. 48–55. doi:10.3390/ijerph17155548
- Huilgol Y.S., Miron-Shatz T., Joshi A.U., et al. (2020). Hospital Telehealth Adoption Increased in 2014 and 2015 and Was Influenced by Population. *Telemed J E Health*, 26(4), გვ. 455–461. doi:10.1089/tmj.2019.0029
- Jalloh M.F., Wilhelm E., Abad N., Prybylski D. (2020). Mobilize to vaccinate: lessons learned from social mobilization for immunization in low and middle-income countries. *Hum Vaccines Immunother*, 16, გვ. 1208–1214. doi: 10.1080/21645515.2019.1661206
- Jester B, Uyeki TM, Jernigan DB, Tumpey TM. (2019). Virology. *PubMed*, 527, გვ. 32–37. doi:10.1016/j.virol.2018.10.019.

- Josseran L, Chaperon J. (2001). History of continuing medical education in the United States. *NCBI Journal, Presse Med.*, 30(10), გვ. 493-497.
- Kilpatrick AM, Randolph SE. (2012). Drivers, dynamics, and control of emerging vector-borne zoonotic diseases. *Lancet*, 380, გვ. 1946–1955. doi:10.1016/S0140-6736(12)61151-9
- Kim E, Araujo D, Dahlman B, Agarwal S, Prasad P, Johnson W, et al. (2020). Delivery of essential surgery by family physicians. *Bull World Health Organ. PubMed*, 98(11), გვ. 766–772.
- Kristiansen E., Breivik E., Bergmo T.S., Johansen M., Zanaboni P. (2021). *E-konsultasjon og sykmelding. Undersøkelse av erfaringer med unntak fra krav til personlig fremmøte under covid-19-pandemien*. Tromsø: Norwegian Centre for E-health Research.
- Kumar R, Barata AN, Floss M. (2016). Primary care education: medical student and young doctors' perspective from Brazil, India and Portugal. *Educ Prim Care*, 27(5), გვ. 345-348.
- Langlois E, McKenzie A, Scheider H, Mecaskey JW. (2020). Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ. PubMed*, 98(11), გვ. 781–791.
- Lei J, Kusov Y, Hilgenfeld R. (2018 წლის Jan). Nsp3 of coronaviruses: Structures and functions of a large multi-domain protein. *Antiviral Res. PubMed*, 149, გვ. 58-74.
- Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, et al. (2020). Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *PubMed*, 35, გვ. 23–38. doi:10.1007/s10654-020-00698-1
- Llorente C., Revuelta G., Carrió M., Porta M. (2019). Scientists' opinions and attitudes towards citizens' understanding of science and their role in public engagement activities. *PLoS ONE*, 14, გვ. 224-262 . doi:10.1371/journal.pone.0224262
- Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven PM, Deeg DJ. (2016). Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study *Br J Gen Pract. PubMed*, 66(649), გვ. 31-e539. doi:10.3399/bjgp16X686101
- Macinko J et al. . (2003). *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res.*
- Malvy D, McElroy AK, de Clerck H, Günther S, van Griensven J. (2019). *Lancet. PubMed*, 393, გვ. 936–948. doi:10.1016/S0140-6736(18)33132-5
- Mann DM, Chen J, Chunara R, Testa PA, Nov O, Mann D. (2020). *COVID-19 transforms health care through telemedicine: evidence from the field.* მოპოვებული

- from:<https://academic.oup.com/jamia/advance-article/abstract/doi/10.1093/jamia/ocaa072/5824298>-დან
- Marcellusi A, et al. (2021). The impact of Covid-19 vaccination on the Italian healthcare system: a scenario analysis. *medRxiv*. doi:10.1101/2021.06.08.21258561
- Masia NA, Smerling J, Kapfidze T, Manning R, Showalter M.. (2018). Vaccination and GDP growth rates: exploring the links in a conditional convergence framework. *World Dev.*, 103, გვ. 88–99. doi:10.1016/j.worlddev.2017.10.013.
- Mathews M, Ouédraogo AM, Lam M, Gozdyra P, Green M. (2023). A cross-sectional study of community-level physician retention and hospitalization in rural Ontario. *PubMed*, 39(1), გვ. 69–78.
- Matta M., Gantzer L., Chakvetadze C., Moussiegt A., De Pontfarcy A., Lekens B., Diamantis S. (2024). Antibiotic prescription in ambulatory care for COVID-19 patients: A cohort analysis in four European countries. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.*, 43, გვ. 115–119. doi:10.1007/s10096-023-04716-4
- Mehrotra A, Chernew M, Linetsky D, Hatch H, Cutler D, Schneider E. (2020.). *Impact COVID on outpatient visits: changing patterns & hot spots*. Commonwealth Fund.
- Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო . (2022).
- Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო . (2024).
- Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2013).
- Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2020).
- Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. (2009). What is a pandemic. *J Infect Dis*, 200, გვ. 1018–1021. doi:10.1086/644537
- National Health Agency/ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო. (2023).
- National Statistical Office/Sacstat. (თ. გ.). მოპოვებული
<https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/54/jandatsva>-დან
- National Training Center for Family Medicine. (2024). მოპოვებული
<https://www.tsu.ge/ka/faculty/189/>-დან
- NCDC and Public Health, 7th revision. (2021). *NCDC and Public Health, 7th revision*.

- NCDC/ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2022). *ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი 2020*.
- Pan, H.) . (2020). *Guan Imaging changes in patients with 2019-nCov* . Eur. Radiol. .
- Patterson GE, McIntyre KM, Clough HE, Rushton J. (32021). Front Public Health. Societal impacts of pandemics: comparing COVID-19 with history to focus our response. *PubMed*, 9, გვ. 449-630. doi:10.3389/fpubh.2021.630449
- Rasanathan K, Evans TG. (2020). Primary health care, the declaration of Astana and COVID-19. *Bull World Health Organ*, 98, გვ. 80-81. doi:10.2471/BLT.20.252932
- Sabin Vaccine Institute. (2018). მოპოვებული <https://www.sabin.org-დან>
- Sandvik J, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Gen Pract*, 72(715), გვ. 84-90.
- Schäfer, WLA t. (2016). *Primary care in 34 countries*. NIVEL, Utrecht: PhD Theses.
- Sharma A. (2021 წლის 29 Jan). Ahmad Farouk I, Lal SK. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution. *PubMed*, 13(2).
- Sholl S, Ajjawi R, Allbutt H, et al. (2017). Balancing health care education and patient care in the UK workplace: a realist synthesis. *Med Educ*, 51(8), გვ. 787–801. doi:10.1111/medu.13290
- Silveira M.M., Moreira G.M.S.G., Mendonça M. (2021). DNA vaccines against COVID-19: Perspectives and challenges. *Life Sci. PubMed*, 267, გვ. 118-919. doi:10.1016/j.lfs.2020.118919
- Sole M, Panteli D, Risso-Gill I, et al. (2016). How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licensing? *Clin Med*, 14(6), გვ. 633–639. doi:10.7861/clinmedicine.14-6-633)
- The Solidarity for Health initiative (2020-2022) supports the Eastern partner countries - Armenia, Azerbaijan, Belarus, Georgia, Republic of Moldova, and Ukraine - in their fight against the virus. (2020-2022). *The project is part of a common European response to the outbreak of COVID-19 and is implemented by WHO*.
- Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. (2020). Int Nurs Rev. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *PubMed*, 67, გვ. 164–167. doi:10.1111/inr.12598
- Vergano D. (2021). COVID-19 Vaccines Work Way Better Than We Had Ever Expected. A. o. . Available from: <https://www.buzzfeednews.com/article/danvergano/mrna-covid-vaccine->

success (რედ.).-ში მოპოვებული

<https://www.buzzfeednews.com/article/danvergano/mrna-covid-vaccine-success-დან>

Verulava T., Beruashvili D., Jorbenadze R., Eliava E. (2019). Evaluation of patient referrals to family physicians in Georgia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 21(2), გვ. 180-183.

Verulava T., Dangadze B., Jorbenadze R., Lordkipanidze A., Karimi L., Eliava E. (2020). The Gatekeeper Model: patient's view on the role of the family physician. *amily Medicine & Primary Care Review*, 22(1), გვ. 75–79.

Volosovets OP, Lurin IA, Naumenko OM, et al. (2022). Current challenges for the health care system due to the lack of medical staff and the continuous professional development of doctors. *Wiadomosci Lekarskie*, 75(5), გვ. 1135–1140. doi:10.36740/WLek202205115

Walsh J., Warren K. (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med. PubMed*, 301(18), გვ. 967–974. doi:10.1056/NEJM197911013011804

Wang J, Jiang M, Chen X, Montaner LJ. (2020). Cytokine storm and leukocyte changes in mild versus severe SARS-CoV-2 infection:. *PubMed*, 108(1), გვ. 17-41. doi:Wang J, Jiang M, Chen X, Montaner LJ. Cytokine storm and leukocyte changes in mild versus severe SARS-CoV-2 infection: Review of 3939 COVID-19 patients in China and

Watson, OJ · Barnsley, G · Toor, J · et al. (2022). Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study *Lancet Infect Dis. 2. PubMed*, 22, გვ. 1293-1302.

Weidner Akh, Phillips R L, Fang B, Peterson L E. (2018). Burnout and scope of practice in new family physicians *Ann Fam Med. PubMed*, 16(3), გვ. 200–205. doi:10.1370/afm.2221.

Weigel G., Ramaswamy A. (2020 წლის 11 May). Opportunities and Barriers for Telemedicine in the U.S. *During the COVID-19 Emergency and Beyond. KFF. Published.* მოპოვებული <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/opportunities-and-barriers-for-დან>

Whittaker C, Walker PGT, Alhaffar M et al. (2021). Under-reporting of deaths limits our understanding of true burden of COVID-19. *BMJ*, 375, გვ. 22-39.

WHO. (2019). *The world health report.* მოპოვებული https://www.who.int/europe/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)-დან

- WHO Chron. (1978). International Conference on Primary Health Care Declaration of Alma-Ata. *32(11)*, გვ. 428–430. PubMed.
- WHO. SARS. (2021.). *CoV-2 variants of concern and variants of interest, updated*. მოპოვებულია [https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/-დან](https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/)
- WHO/ჯანმო . (2023). *COVID-19 advice for the public: getting vaccinated World Health Organization*.
- Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, et al. (2020). *European cardiovascular disease statistics 2017 European heart network*. Brussels. მოპოვებულია from: <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>-დან
- Wolfe ND, Dunavan CP, Diamond J. Nature. (2007). Origins of major human infectious diseases. *nature*, *447*, გვ. 279–283. doi:10.1038/nature05775
- Wu Z, McGoogan JM. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, *323*, გვ. 1239–1242. doi: 10.1
- Xu H, Zhong L, Deng J, Peng J, Dan H, Zeng X, Li T, Chen Q. (2020 წლის 24 Feb). High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci. PubMed*, *12(1)*, გვ. 8.
- Yesudhas D, Srivastava A, Gromiha MM. (2021). COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection. Medline*, *49(2)*, გვ. 199-213.
- Young RA, Roberts RG, Holden RJ. (2017). The challenges of measuring, improving, and reporting quality in primary care. *Ann Fam Med*, *15*, გვ. 175–82. doi:10.1370/afm.2014
- Yusef D, Hayajneh W., Awad S., et al. (2020 წლის 20 may). Large outbreak of coronavirus disease among wedding attendees. *Jordan [published online ahead of print, 26(9)*. doi:10.3201/eid2609.201469
- Zhang J.J., Dong X., Cao Y.Y., Yuan Y.D., Yang Y.B., Yan Y.Q. . (2020). *Clinical characteristics of*