



საქართველოს უნივერსიტეტი

ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ხელნაწერის უფლებით

ხათუნა კეკელაშვილი

**სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარების შეფასება ტიპი 2
შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთათვის სახელმწიფო პროგრამების
ფარგლებში ქ.თბილისში**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი ნაშრომის

სადისერტაციო მაცნე

(სპეციალობა- 0904- საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

თბილისი

2022

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლაში.

სადისერტაციო საბჭოს შემადგენლობა:

თავმჯდომარე - ვასილ ტყეშელაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი
სამეცნიერო ხელმძღვანელი - რუსუდან კვანჭახაძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი,
პროფესორი

შიდა ექსპერტი - ნატა ყაზახაშვილი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

შიდა ექსპერტი - თინა ბერუჩაშვილი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური დოქტორი,
პროფესორი

გარე ექსპერტი - ირაკლი მჭედლიშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

გარე ექსპერტი - მარინა გორდელაძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2022 წლის 20 ოქტომბერს

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება საქართველოს უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკებში

მისამართი: თბილისი, კოსტავას 77ა, კორპუსი 1

სადისერტაციო მაცნე დაიგზავნა 2022 წლის 14 სექტემბერს

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი, სადოქტორო საფეხურისა

და საკვალიფიკაციო ნაშრომების მენეჯერი:

ნათია მანჯიკაშვილი

თემის აქტუალობა

შაქრიანი დიაბეტი დღეის მდგომარეობით მსოფლიოს მასშტაბით ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს დაავადებად განიხილება. დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის მონაცემებით 2021 წელს დიაბეტის გავრცელებამ ზრდასრულებში 537 მილიონი შეადგინა, ხოლო დიაბეტთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევების რიცხვი 6.7 მილიონით განისაზღვრა. ამასთან დიაბეტის გავრცელება განუხრელად იზრდება. ექსპერტთა აზრით, 2030 წლისათვის დაავადებულთა რიცხვი 643 მილიონს, 2045 წლისათვის კი 783 მილიონს მიაღწევს, ხოლო საერთო სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის დიაბეტი მე-7 ადგილს დაიკავებს. ამავდროულად, დიაბეტით დაავადებულთა დაახლოებით 46% არ არის დიაგნოსტირებული. ამრიგად, შეიძლება ითქვას, რომ დედამიწაზე დიაბეტის პანდემია მიმდინარეობს.

შაქრიანი დიაბეტი ქრონიკული ჰიპერგლიკემიითა და მეტაბოლიზმის დარღვევით მიმდინარე მეტაბოლური პათოლოგიაა, რაც გამოწვეულია ჰორმონ ინსულინის სეკრეციის დარღვევით. მას მრავალი მწვავე და გვიანი (ქრონიკული) გართულება ახასიათებს. მწვავე გართულებას მიეკუთვნება პრეკომატოზური და კომატოზური მდგომარეობები, ხოლო ქრონიკულ გართულებებს მიეკუთვნება თირკმლის უკმარისობა, მხედველობის დაკარგვა, სისხლძარღვოვანი დაავადებები და ა.შ. ქრონიკული გართულები ხასიათდება შეუქცევადი პროცესებით. დიაბეტით დაავადებული პაციენტების სიკვდილის ძირითად მიზეზს სისხლძარღვოვანი გართულებები წარმოადგენს. ამასთან, ეს ეპიდემია ფაქტობრივად ფარულად მიმდინარეობს. ამდენად, შაქრიანი დიაბეტი საზოგადოებრივ მნიშვნელობას იძენს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მესვეურთა განსაკუთრებული ყურადღება მიმართულია ტიპი2 შაქრიანი (შდ2) დიაბეტის მიმართ, რადგან ამ დაავადების თავიდან აცილება ან გადავადება შესაძლებელია, რაც მკვეთრად ამცირებს დიაბეტის დანახარჯებს და დაავადების ტვირთს. დიაბეტი მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს საქართველოსთვისაც. დაავადების გავრცელება ქვეყანაში საკმაოდ მაღალია და იზრდება ყოველწლიურად. მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ეროვნულ და საერთაშორისო მაჩვენებლებს შორის. დეკჯც-ს მონაცემებით 2019 წელს დაავადების გავრცელება საქართველოში შეადგენდა 87223 რეგისტრირებულ შემთხვევას, ხოლო პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე შეადგენდა 1760.2. დიაბეტის

საერთაშორისო ფედერაციის მონაცემებით 2019 წელს გავრცელება შეადგენს 198.000, ხოლო პრევალენტობა კი - 8.1%-ს.

საქართველო, როგორც გაეროსა და ჯანმოს წევრი-ქვეყანა ჩართულია გლობალურ პროცესებში და ცდილობს ეროვნული პოლიტიკა საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკაზე დაამყაროს. სამედიცინო პრაქტიკა მიმდინარეობს ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების და პროტოკოლების შესაბამისად. დიაბეტის მართვის ფარგლებში მოქმედებს სახელმწიფო პროგრამები. უმეტესობა მათგანი სხვადასხვა მოცულობით ითვალისწინებს დიაბეტთან დაკავშირებულ საკითხებსაც. არსებობს სპეციალიზებული „დიაბეტის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამა.

კვლევის ჰიპოთეზა

დიაბეტის მართვაში მნიშვნელოვანი პროგრესის მიუხედავად, არსებობს პრობლემები და გამოწვევები, რომელთა გადაჭრა არსებითია შაქრიანი დიაბეტის ეფექტური კონტროლისთვის; სავარაუდოა, რომ არსებობს კონკრეტული დაბრკოლებები, რომლებიც განაპირობებენ პაციენტების დიაბეტის მართვის პროგრამაში მონაწილეობის შეფერხებას; სავარაუდოა, რომ შაქრიანი დიაბეტის ეფექტური კონტროლისთვის საჭირო სერვისები არ არის გეოგრაფიულად და ფინანსურად თანაბრად ხელმისაწვდომი მოსახლეობის ყველა ფენისთვის; მოსახლეობაში დაბალია ცნობიერების დონე დიაბეტისა და მისი მართვის სერვისების შესახებ; საქართველოში სათანადოდ არ ხდება დიაბეტის და მისი გართულებების ადრეული გამოვლენა; აღნიშნული საკითხი დღემდე არ არის საკმარისად შეფასებული და შესწავლილი.

კვლევის მიზანი

სპეციალიზებული ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის განსაზღვრა შდ2 მქონე პაციენტებში.

დაბრკოლებების გამოვლენა, რაც დროული და ადეკვატური მომსახურების უზრუნველყოფას უშლის ხელს სამედიცინო დაწესებულების, სამედიცინო პერსონალის, პაციენტების მხრიდან.

კვლევის ამოცანები:

1. შაქრიანი დიაბეტის მართვის საქართველოს ნორმატიული ბაზისა და ლიტერატურული წყაროების მოძიება, შეკრება, სისტემატიზაცია, შესწავლა, ანალიზი და შეფასება;
2. დიაბეტის სახელწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სპეციალიზებული ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების სტრუქტურის შესწავლა და შეფასება;
3. კვლევის ჩატარება პროცესში ჩართული სამიზნე ჯგუფების მონაწილეობით - შდ2 დაავადებულები, ენდოკრინოლოგები, ოჯახის ექიმები, კარდიოლოგები, ოფთალმოლოგები;
4. რეკომენდაციების შემუშავება შეზღუდული მატერიალური რესურსების პირობებში ეფექტური გამოსავლის მიღებისთვის.

კვლევის სამეცნიერო სიახლე:

შესწავლილი იქნა საქართველოში მოქმედი დიაბეტის მართვასთან დაკავშირებული ნორმატიულ-სამართლებლივი და ლიტერატურული ბაზა;

შესწავლილი იქნა საქართველოში დიაბეტის მართვასთან დაკავშირებული სპეციალიზებული ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების გადანაწილების სტრუქტურა და დატვირთვა.

კვლევამ მოგვცა ახალი მონაცემები ქ.თბილისში დიაბეტის, მისი გართულებების და მასთან დაკავშირებული სერვისების შესახებ ცნობიერების თაობაზე, როგორც პაციენტების, ისე პროცესში ჩართული ექიმების მხრიდან.

კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება:

1. ნაშრომში შეჯამებულია კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები ქ.თბილისში შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტების დიაგნოსტიკის, მკურნალობის და სერვისებით სარგებლობის ტენდენციების შესახებ;
2. ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით მოხდეს სამიზნე ჯგუფებში დაავადებების პრევენციული სკრინინგული სამედიცინო გამოკვლევების სისტემის დანერგვა;
3. სამედიცინო სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობისა და შ.დ. დროული გამოვლინების ხელშემშლელი ბარიერების აღკვეცის გზით ხელი შეეწყოს დაავადებების ადრეული გამოვლენასა და პრევენციას;
4. გაიზარდოს ინფორმირების დონე პირველადი ჯანდაცვის ექიმებში შდ-ის და მასთან დაკავშირებული გართულებების შესახებ;

5. ჩატარდეს სპეციალური ტრენინგები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისათვის შდ და მისი გართულებების, ასევე მასთან დაკავშირებული სახ.სერვისების შესახებ;
6. ჩატარდეს მოსახლეობაში საინფორმაციო-საგანმანათლებლო კამპანიები, შდ-ის დროული გამოვლინების, მკურნალობის და პრევენციის დროულად დაწყების თვალსაზრისით;

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

1. პროგრამებში შემავალი სერვისები იძლევა საშუალებას ადრეულად გამოვავლინოთ გართულებები და დავიწყოთ დროული და ადეკვატური მკურნალობა;
2. 2008 - 2021 წწ დიაბეტის გავრცელების მაჩვენებლები განუხრელად იმატებს. საერთაშორისო მონაცემებით საქართველოში დიაბეტიანთა რიცხვი მკვეთრად აღემატება ეროვნულ მონაცემებს. საქართველოში არ არსებობს დიაბეტის ეროვნული რეგისტრი;
3. პაციენტებისთვის არ არის ხელმისაწვდომი ერთიანი სრულყოფილი ინფორმაცია დიაბეტის და დიაბეტის მართვის სერვისის შესახებ;
4. „დიაბეტის მართვის“ პროგრამის სერვისების მიწოდება არათანაბრად არის გადანაწილებული საქართველოს მასშტაბით. პროგრამაში ჩართული პაციენტების რაოდენობა განუხრელად იკლებს 2017-2021 წლის განმავლობაში.
5. მამაკაცი პაციენტები ნაკლებად იცავენ ექნდოკრინოლოგის რჩევებისა და რეკომენდაციებს, უფრო იშვიათად გადიან ყოველწლიური შემოწმებას და უფრო იშვიათად მიმართავენ ოჯახის ექიმს. ასევე უფრო იშვიათად აწარმოებენ დიაბეტის თვითკონტროლის დღიურს;
6. პაციენტთა შედარებით დაბალი ასაკობრივი ჯგუფები ნაკლებად იცავენ ექნდოკრინოლოგის რჩევებისა და რეკომენდაციებს;
7. შედარებით მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში დიაბეტური გართულებების და თანმხლები დაავადებების არსებობის ალბათობა უფრო მაღალია;
8. რაც უფრო მეტია დიაბეტის ხანგრძლივობა, მით მაღალია გართულებების შანსი. დიაბეტის ხანდაზმულობასთან ერთად მატულობს ინსულინით მკურნალობის სიხშირე;
9. დიაბეტის ხანდაზმულობასთან ერთად მატულობს პროგრამაში მონაწილეობის სიხშირე და ასევე მატულობს იმავე დაწესებულებაში პროგრამით სარგებლობის რიცხვიც;
10. დიაბეტის მართვაში ჩართულ სხვადასხვა სპეციალობის ექიმს პაციენტი უხშირესად მიმართავს თვითდინებით;

11. უმაღლესი განათლების მქონე პირები უფრო იშვიათად მიმართავენ ოჯახის ექიმს.

მეთოდები

ჯვარედინ-სექციური კვლევა ჩატარდა ქ.თბილისის რამდენიმე მაღალი მიმართვიანობით გამორჩეულ დაწესებულებაში, შდ დაავადებული პაციენტების და ექიმების მონაწილეობით; ჩატარდა საქართველოში მოქმედი დიაბეტის მართვასთან დაკავშირებული ნორმატიულ-სამართლებლივი და ლიტერატურული წყაროების შესწავლა;

ჩატარდა ჯანდაცვის სამინისტროდან გამოთხოვილი ინფორმაციის საფუძველზე დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის პროვაიდერების სტრუქტურისა და დავირთვის შესწავლა;

ამონარჩევის ზომა:

განისაზღვრა საკვლევი ობიექტის შერჩევის ჩარჩო (Sampling frame) 95%-იანი სანდობის ($Z=1.96$) შენარჩევის ზომის განსაზღვრის მიზნით გამოყენებულ ფორმულაში შეცდომის დასაშვებ დონედ განისაზღვრა 5% ($e=0.05$), ძირითადი საკვლევი ინდიკატორების (შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება ანუ დიაბეტიან პირთა როდენობა) პრევალენტობა შეადგენს (https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF_diabetes_atlas_ninth_edition_en.pdf) 8.1% ($P=0.081$); შერჩევის მეთოდის ზეგავლენა (design effect) – 1.5, გამომხაურების მაჩვენებელი (response rate) 80%. საჭირო შენარჩევის ზომად 120 რესპოდენტი განისაზღვრა ($n=Z^2 P(1-P)/e^2$).

კვლევის ინსტრუმენტები:

4 ურთიერთგანსხვავებული სტრუქტურირებული კითხვარი სხვადასხვა დარგის ექიმებისთვის. სტრუქტურირებული კითხვარი პაციენტებისთვის.

კითხვარები მოიცავს დამოკიდებულ და დამოუკიდებელ ცვლადებს (ასაკი, სქესი, განათლება, სამუშო გამოცდილება). დემოგრაფიულ მონაცემებთან ერთად კითხვარი მოიცავს დიაბეტის მართვასთან, მის გართულებებთან, სერვისებთან დაკავშირებულ კითხვებს. კითხვარები შეთანხმებულია საქართველოს უნივერსიტეტის ჰუმანურ საკითხთა კომისიასთან.

კვლევისას არ მომხდარა რაიმე სახის პერსონალური ინფორმაციის გაზიარება. კვლევის დაწყებამდე რესპოდენტებს განემარტათ კვლევის მნიშვნელობა და კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე თანხმობას ხელმოწერით ადასტურებდნენ. კვლევის მონაცემები თავდაპირველად

შეტანილი იქნა ნაბეჭდ კითხვარებში. მონაცემების შეყვანა განხორციელდა EpiInfo7 ელექტრონულ ბაზაში, კოდების მიხედვით. მონაცემთა ბაზის მეორადი ანალიზი განხორციელდა სტრატეგიცირების და ბივარიაციული კვლევის მეთოდოლოგიით, სტატისტიკური პროგრამის spss-ის 22-ე ვერსიის საშუალებით.

კვლევის შედეგები:

ნორმატიული ბაზის და სერვისების გადანაწილების ინფორმაციულ-ანალიტიკური კვლევა.

სახელმწიფო პროგრამები „საყოველთაო ჯანდაცვა“, „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა“, „იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტთა მკურნალობა“, „სოფლის ექიმი“, „ქრონიკული დაავადებების მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა“) სხვადასხვა მოცულობით ითვალისწინებს დიაბეტის პაციენტების სტაციონარულ და ამბულატორიულ დახმარებას.

გარდა ამისა, არსებობს „დიაბეტის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც 3 ქვეკომპონენტისგან შედგება და მოიცავს: (1) ბავშვთა დიაბეტი - ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობა მთელი წლის განმავლობაში. (2) სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურება 18 წლის ზემოთ ასაკისთვის. სერვისი მიეწოდება ამბულატორიულად, ღირებულება შეადგენს 240 ლარს, თანაგადახდა - 30% - 50%. მოცულობა: ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობა 1 თვის განმავლობაში; ნევროლოგის, კარდიოლოგის, ოფთალმოლოგის და ანგიოლოგის კონსულტაცია; კლინიკო-ლაბორატორიულ კვლევები (სისხლში გლუკოზის, გლიკოჰემოგლობინის, კრეატინინის, C-პეპტიდის, ჰომო-2 ინდექსის განსაზღვრა; სისხლის საერთო ანალიზი; მიკროალბუმინურიის კვლევა; შარდის საერთო ანალიზი; ე.კ.გ.). დიაბეტის სამკურნალო საინექციო პრეპარატები იფარება „დიაბეტის მართვის“ პროგრამის ქვეკომპონენტის (3) ფარგლებში.

2021 წლის მდგომარეობით პროგრამაში ჩართული იყო 108 დაწესებულება, საიდანაც 55% (n=59) განთავსებულია თბილისში, ხოლო 45% (n=49) დანარჩენ საქართველოში. 4 რეგიონში არ არის არცერთი პროგრამის პროვაიდერი დაწესებულება. 2017-2021 წლის მონაცემებით პროგრამაში ჩართული პაციენტების 87.6% (n=17429) მომსახურება მიიღო თბილისში, ხოლო 12.4% (n=2483) დანარჩენ რეგიონებში.

აღწერილობითი (დესკრიპტული) კვლევის შედეგები:

ჯვარედინ-სექციური კვლევა ჩატარდა ქ.თბილისის მაღალი მიმართვიანობით გამორჩეულ სამედიცინო დაწესებულებებში. საკვლევ პოპულაციას წარმოადგენდნენ პროგრამაში მონაწილე ტ2 შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტები და პროცესში ჩართული ექიმების ჯგუფები. საკვლევ პირთა საერთო რაოდენობა: ტ2 შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პირები - 120, ექიმები - 100 (35 ენდოკრინოლოგი, 25 ოჯახის ექიმი, 15 კარდიოლოგი, 25 ოფთალმოლოგი).

რესპოდენტთა დემოგრაფიული მახასიათებლები:

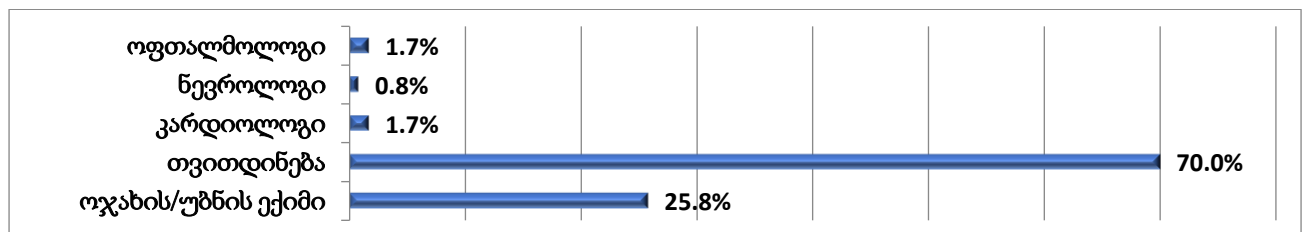
1 გამოკითხულ პაციენტთა დახასიათება კითხვარის პასუხების მიხედვით

კვლევაში მონაწილე გამოკითხულ პაციენტთა 55% (n=66) ქალია. ასაკობრივ ჭრილში ჭარბობენ 66 წელს გადაშორებული ასაკობრივი კატეგორიის პაციენტები 34% (n=41), შემდეგ ადგილზეა 61-65 წლის (23%; n=28) და 56-60 წლის პაციენტები (17%; n=21). პაციენტების 75% (n=69) არის 60 წელს გადაცილებული, ხოლო 89% (n=107) - 40 წელს გადაცილებული.

გამოკითხულთა შორის პროცენტულად სარწმუნოდ სჭარბობენ უმაღლესი განათლების დონის წარმომადგენლები 64.2% (n=77). შემდეგ ადგილზეა საშუალო განათლების მქონე პაციენტები (16%; n=19). გამოკითხულთა 64% დაოჯახებულია (n=77), 14% დასაოჯახებელი(n=19), 14% ქვრივია (n=17), 15% განქორწინებული (n=7). გამოკითხული პაციენტების 79% სარგებლობს სახელმწიფო დაზღვევით (n=95).

გამოკითხულ პაციენტთა განაწილება ენდოკრინოლოგთან რეფერალის მიზეზის მიხედვით მოყვანილია დიაგრამაზე #1.1. პროცენტულად სარწმუნოდ სჭარბობს თვითდინებით მოსული პაციენტები (n=84, 70.0%). ამ ჯგუფს სხვა მიზეზებთან შედარებით მაღალი პროცენტული მაჩვენებლით მოჰყვება ოჯახის ექიმის/უბნის ექიმის მიმართვა (n=31, 25.8%).

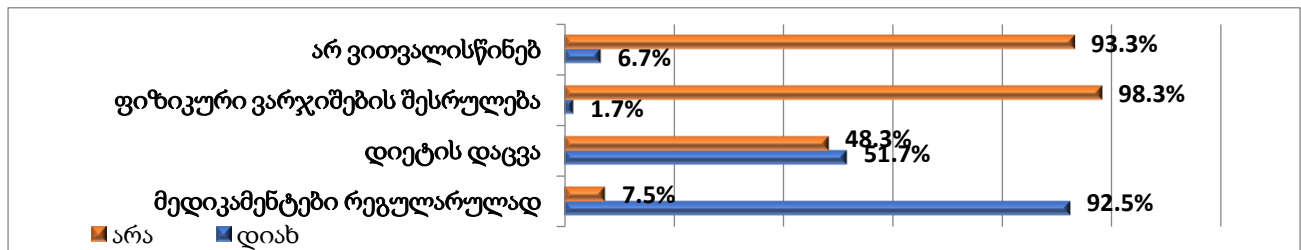
დიაგრამა #1.1. გამოკითხულ პაციენტთა განაწილება ენდოკრინოლოგთან რეფერალის მიზეზის მიხედვით



შდ2 დიაგნოზი 64%-ში დადგენილია 5 წელზე მეტი ხნის წინ (n=83). პროცენტულად სარწმუნოდ სჭარბობს პასუხი 6-10 წელი (n=46). 20 წელზე მეტი ხნის წინ დადგენილი დიაგნოზი გამოვლინდა შემთხვევათა 8%-ში (n=9).

ძალზე საინტერესო შედეგები მივიღეთ პაციენტთა მიერ ენდოკრინოლოგის რჩევებისა და რეკომენდაციების შესრულების კუთხით (დიაგრამა #1.2). სარწმუნოდ ძალზე მცირეა ისეთი პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც სრულად არ ითვალისწინებენ ენდოკრინოლოგის რჩევებსა და რეკომენდაციებს (6.7%; n=8). თუმცა, რჩევა-რეკომენდაციებს შორის უნდა გამოვყოთ მხოლოდ მედიკამენტების რეგულარული მიღება. სარწმუნოდ მაღალია იმ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც გამოირჩევიან ამ რეკომენდაციის შესრულებით (92.5%; n=111); თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ დიეტის დაცვის რეკომენდაციის (51.7%; n=62) შემსრულებლები სარწმუნოდ ვერ სჭარბობენ არშემსრულებლებს. ფიზიკური დატვირთვის სავარჯიშოებს მხოლოდ 1.7% ასახელებს.

დიაგრამა #1.2. გამოკითხულ პაციენტთა განაწილება ენდოკრინოლოგის რეკომენდაციის შესრულების მიხედვით



გამოკითხულების 94% (n=103) დიაბეტის გარდა აღნიშნავს მინიმუმ ერთი თანმხლები დაავადების არსებობას. უხშირესად აღნიშნავენ შემდეგ თანმხლებ ქრონიკულ დაავადებებს:

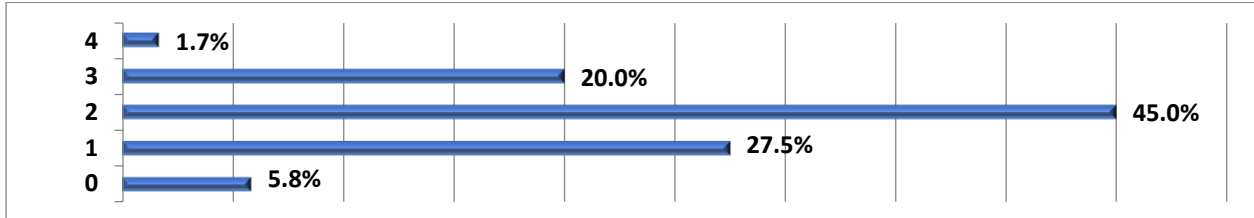
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა 67.5% (n=81), თვალის დაავადებები 38.3% (n=46), საჭმლის მომნელებელი ორგანოები 32,5% (n=39), ნერვული სისტემის პათოლოგია 27,5% (n=33).

თანმხლები დაავადებების არსებობას არ აღნიშნავს მხოლოდ 6% (n=7). ამასთან, გსდ მქონე პაციენტების 47% ასევე აღნიშნება თვალის პათოლოგია (n=38), 31%-ს საჭმლის მომნელებელი სისტემის (n=25) და 26%-ს ნერვული სისტემის პათოლოგია (n=21).

ერთდროულად არსებული რამდენიმე თანმხლები დაავადების რაოდენობის მიხედვით მიღებული განაწილების მონაცემები კი მოყვანილია დიაგრამაზე #1.3. ცხრილიდან და

დიაგრამიდან ნათლად ჩანს, რომ სარწმუნოდ მაღალია ერთზე მეტი თანმხლები დაავადების მქონე პაციენტების რიცხვი (66.7%; n=80).

დიაგრამა #1.3. გამოკითხულ პაციენტთა განაწილება ერთდროულად არსებული რამდენიმე თანმხლები დაავადების რაოდენობის მიხედვით



გამოკითხული პაციენტების 75% (n=91) აღნიშნავს მინიმუმ ერთი დიაბეტის გართულების არსებობას. სარწმუნოდ მაღალი პროცენტული მაჩვენებლებით გამოირჩევა დიაბეტური რეტინოპათია (n=40; 33.3%), ნერვული სისტემის დიაბეტური დაზიანებები (n=32; 26.7%), გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დიაბეტური გართულებები (n=28; 23.3%). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დიაბეტური გართულებას არ აღნიშნავს 24% (n=29).

ბოლო ერთი წლის მანძილზე გლიკოზირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრას აღნიშნავდა 93 გამოკითხული (77.5%), სარწმუნოდ ხშირად ამ პარამეტრს ისინჯავენ 6 თვეში ერთხელ (51.7%; n=62). გლიკოზირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრას არ აღნიშნავს 11 პაციენტი (9.2%).

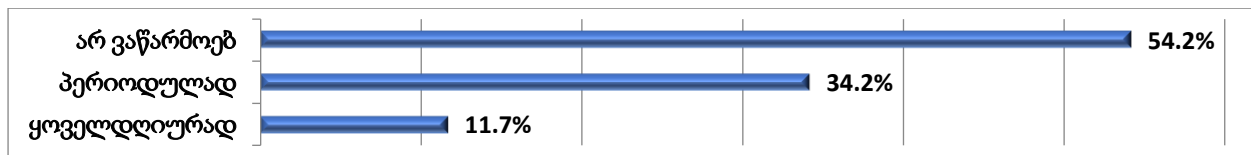
ყველა გამოკითხული იტარებს შდ მედიკამენტურ მკურნალობას. 63% (n=76) იტარებს ტაბლეტოთერაპიას, 22% (n=26) იღებს ინსულინს, 15% - კომბინირებულ თერაპიას (n=18).

ბოლო 5 წლის განმავლობაში პაციენტების 74% (n=89) სტაციონარული მკურნალობა არ ჩატარებია. სტაციონარში მოხვედრილი პაციენტების 71% (n=21) მკურნალობდა 24 სთ-ზე მეტ ხანს, ხოლო ჰოსპიტალიზაციის მიზეზთა შორის ყველაზე ხშირად (66%; n=19) დაფიქსირდა გსდ, პაციენტების 9% შაქრიანი დიაბეტის დეკომპენსაციის გამო მკურნალობდა სტაციონარში.

გამოკითხულები რუტინული ვიზიტისთვის ენდოკრინოლოგს უხშირესად მიმართავენ 6 თვეში ერთხელ (n=63, 52.5%). წელიწადში ერთხელ ამას აღნიშნავდა 45 პაციენტი (37.5%). ეს მაჩვენებლები სარწმუნოდ სჭარბობენ სხვა პასუხებს. გამოკითხულები ოჯახის ექიმთანაც ყველაზე ხშირად 6 თვეში ერთხელ ვიზიტს აღნიშნავენ (37.5% 45=n). თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ოჯახის ექიმთან ვიზიტზე არ დადიოდა 33 პაციენტი (27.5%).

ყოველწლიურ შემოწმებას უზშირესად გადიან ოჯახის ექიმთან 42.5% (n=51) და ენდოკრინოლოგთან 40% (n=48). რაც სარწმუნოდ სჭარბობს დანარჩენ სპეციალისტებთან ვიზიტებს. არცერთ სპეციალისტთან ვიზიტს აღნიშნავდა 8 პაციენტი (7.6%). გამოკითხვამ აჩვენა, რომ მონაწილეები აქტიურად მიმართავენ თვითკონტროლს გლუკომეტრის საშუალებით (n=111, 92.5%). თვითკონტროლის დღიურს უმრავლესობა (54%; n=65) არ აწარმოებს (დიაგრამა #1.4).

დიაგრამა #1.4. გამოკითხულ პაციენტთა განაწილება თვითკონტროლის დღიურის წარმოების მიხედვით



პაციენტების სარწმუნო უმეტესობა ფლობს ექიმის მიერ მიწოდებულ დეტალურ ინფორმაციას დიაბეტის (n=76; 63.3%), ფეხის მოვლის წესების (n=66; 55.0%) და ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ (n=59; 55.0%). თუმცა, მაინც საკმარისად მაღალია იმ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი რომელთაც ასეთი ინფორმაცია არ აქვთ: დიაბეტის (35%; n=43), ფეხის მოვლის (26.7%; n=32) და ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ (12.5%; n=15).

გამოკითხულთა 55.8% (n=67) არ ცვლის მედიკამენტებს, რადგან თავს კარგად გრძნობს ენდოკრინოლოგის დანიშნულებაზე. დანარჩენ შმთხვევებში მედიკამენტების შეცვლა ხდება სხვადასხვა მიზეზით. მ.შ. 71% ექიმის რეკომენდაციით (n=36), 24%-ში პაციენტი მედიკამენტს ცვლის ღირებულების გამო (n=12) და 6%-ში (n=3) საკუთარი შეხედულებით. დიაბეტის მკურნალობის ზეგავლენას ცხოვრების წესზე აღნიშნავდა გამოკითხულთა სარწმუნო უმრავლესობა (არა - 19.2% vs. დიახ - 80.8% (n=97), $Chi^2=45.63$, $p<0.001$).

საკონსულტაციო სერვისების მიღების კუთხით კი პაციენტების უმრავლესობას (n=71; 59.2%), საჭიროებისას შეუძლია სატელეფონო კონსულტაციის მიღება მკურნალი ექიმისგან, 32%-ს უწევს კლინიკაში მისვლა (n=38; $Chi^2=99.00$, $p<0.001$), 7,5% კი იძახებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურს.

პაციენტების 58,3% (n=69) აქამდეც უსარგებელია დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამით, ხოლო მათგან 48%-მა (n=33) განმეორებით მიმართა იმავე კლინიკას პროგრამის გასაველეად. გაამოკითხულთა 75% (n=90) სერვისს იღებს საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, ხოლო 25%-ს (n=30) ამისთვის უწევს სხვა ქალაქში ჩასვლა.

რაც შეეხება კითხვას, რამდენად არის პაციენტის მხრიდან სავალდებულო თანაგადახდა ხელისშემშლელი ფაქტორი დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობისთვის, მიუხედავად მოლოდინისა არ აღმოჩნდა ხელისშემშლელი ფაქტორი უმეტეს შემთხვევაში (70%; n=84). ხელისშემშლელ ფაქტორად თანაგადახდას აღიარებდა მხოლოდ 27,5% (n=33), რაც სარწმუნოდ ჩამორჩება იმ პაციენტების პროცენტულ მაჩვენებლებს, რომლებიც თანაგადახდას არ მიიჩნევენ ხელისშემშლელ ფაქტორად (დიახ - 27.5% vs. არა - 70.0%, $\chi^2=83.85$, $p<0.001$).

2 გამოკითხულ ოჯახის ექიმთა დახასიათება კითხვარის პასუხების მიხედვით

ოჯახის ექიმების უმეტესობა (96%; n=22) ქალია. ასაკობრივ ჯგუფში ჯარბობენ 56-65 წლის ადამიანები (52%; n=13), შემდეგ ადგილზეა 41-45 წლის კატეგორია (24%). უხშირესად მათი ასაკი მერყეობს 41 წლიდან 65 წლამდე (70%; n=20). ოჯახის ექიმთა უმრავლესობას (80%; n=20) აქვს 15 წელზე მეტი ხანგრძლივობის სამუშაო გამოცდილება.

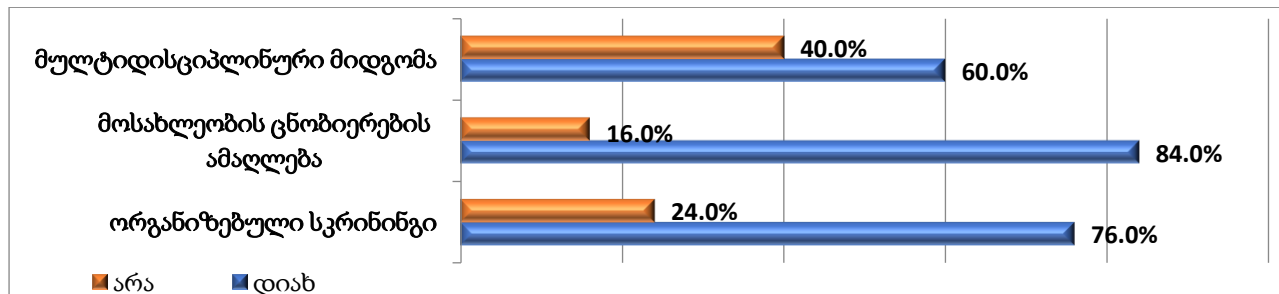
მათგან 56% (n=14) აქვს გავლილი დამატებითი სწავლება შაქრიანი დიაბეტის შესახებ. ყველა ოჯახის ექიმი აღნიშნავს, რომ მონაწილეობს სამედიცინო განათლების ან პროფესიული განვითარების პროგრამებში. პროცენტულად სარწმუნოდ სჯარბობენ ისეთი გამოკითხვები, რომლებიც წელიწადში ორჯერ აფიქსირებენ სამედიცინო განათლების პროგრამებში მონაწილეობას (n=18, 72%).

კვლევაში ჩართულ ექიმებს შევთავაზეთ დიაბეტის გართულებების დროული გამოვლენისთვის აუცილებელი ღონისძიებების შერჩევა. შესაძლებელი იყო რამდენიმე პასუხის დაფიქსირება.

სარწმუნოდ ხშირი პასუხები იყო: რეგულარული ორგანიზებული სკრინინგების ჩატარება (76.0%; n=19) და მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება (84.0%; n=21). ასევე ხშირად სახელდება მულტიდისციპლინური მიდგომა სამედიცინო მომსახურებისას (60%; n=15). (დიაგრამა #2.1).

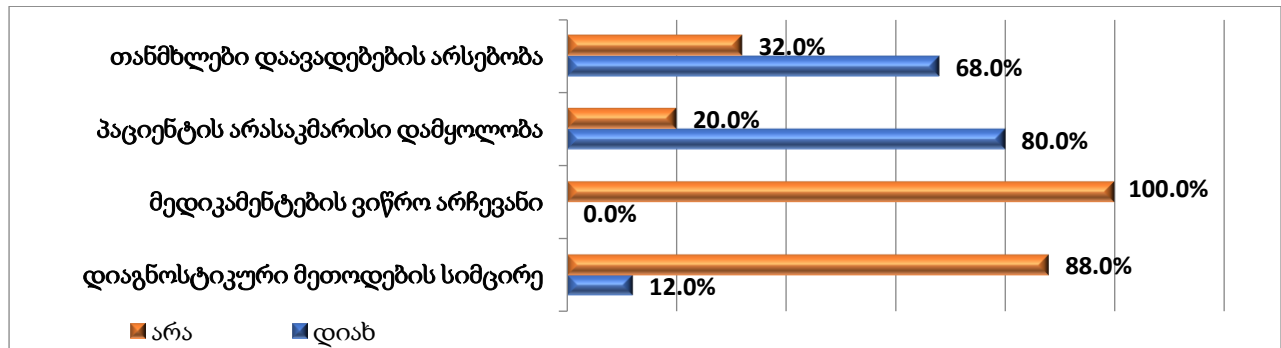
დიაგრამა #2.1. გამოკითხულთა განაწილება შდ2-ის გართულებების დროული

გამოვლენისთვის აუცილებელი ღონისძიებების მიხედვით



რაც შეეხება იმ სირთულეებს, რომელთაც შეეჩება გამოკითხული ოჯახის ექიმი შდ-ის დიაგნოსტიკის და/ან მკურნალობის პროცესში (დიაგრამა #2.3). სარწმუნო ბარიერებად გამოკითხულები მიიჩნევენ პაციენტებში თანმხლები დაავადებების არსებობას (68%; n=17) და პაციენტის არასაკმარისი დამყოლობას (80%; n=20).

დიაგრამა #2.3. გამოკითხულთა განაწილება შდ-ის დიაგნოსტიკის და/ან მკურნალობის პროცესში წარმოშობილი უსირთულეების აღნიშვნის მიხედვით



გამოკითხულთა სარწმუნო რაოდენობა აღნიშნავს თვითდინებით (44.0%; n=1) მოსულ და ენდოკრინოლოგისგან (52.0%; n=12) რეფერირებულ შდ-ის მქონე პაციენტებს.

გამოკითხულთა სარწმუნო უმრავლესობა (92%; n=23) თვლის, რომ მათ რუტინულ პრაქტიკაში სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა შეუძლია დიაბეტის ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა და მათ უმრავლესობას (68.0%; n=17) აქვს გლუკოზის უფასოდ განსაზღვრის შესაძლებლობა.

3 გამოკითხულ კარდიოლოგთა დახასიათება კითხვარის პასუხების მიხედვით

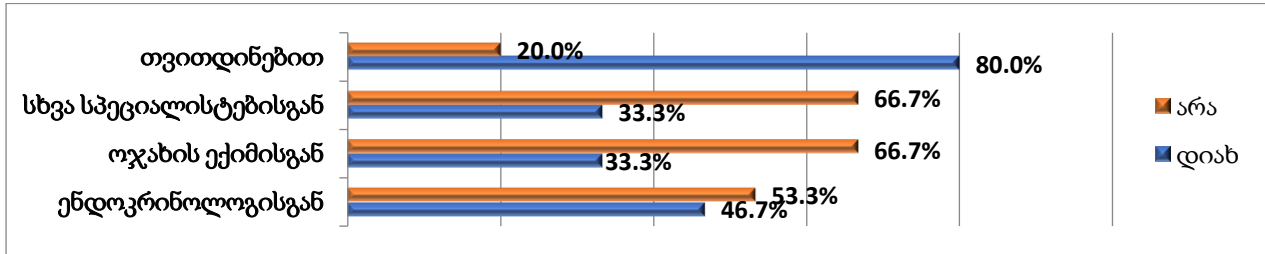
კარდიოლოგების 93% (n=14) ქალია. ასაკობრივ ჭრილში პროცენტულად სარწმუნო ტენდენცია არ აღინიშნება, თუმცა უმეტესობა მათგანი (61%; n=9) არის 46 წლამდე ასაკის. სპეციალობით მუშაობის გამოცდილების მიხედვითაც განაწილება არასარწმუნოა. თუმცა მათ 45% აქვს 10 წელზე მეტი ხანგრძლივობის სამუშაო გამოცდილება.

გამოკითხულთა 73.3% (n=11) აღნიშნავს, რომ დიაბეტის შესახებ დამატებითი სწავლება არ გაუვლია. ყველა კარდიოლოგი აღნიშნავს (100%), რომ მონაწილეობს სამედიცინო განათლების პროგრამებში და მათი 67% (n=10) ამას აკეთებს წელიწადში ერთხელ.

გამოკითხულებს საკონსულტაციოდ პაციენტები სარწმუნოდ ხშირად მიმართავენ თვითდინებით (80.0%; n=12). მათი სარწმუნო რაოდენობა არ აღნიშნავს რეფერალს

ენდოკრინოლოგისგან (53.3%; n=8), ოჯახის ექიმისა (33.3%; n=10) და სხვა სპეციალისტებისგან (33.3%; n=10) (დიაგრამა #3.1).

დიაგრამა #3.1 გამოკითხულ კარდიოლოგთა განაწილება რეფერალის მიხედვით

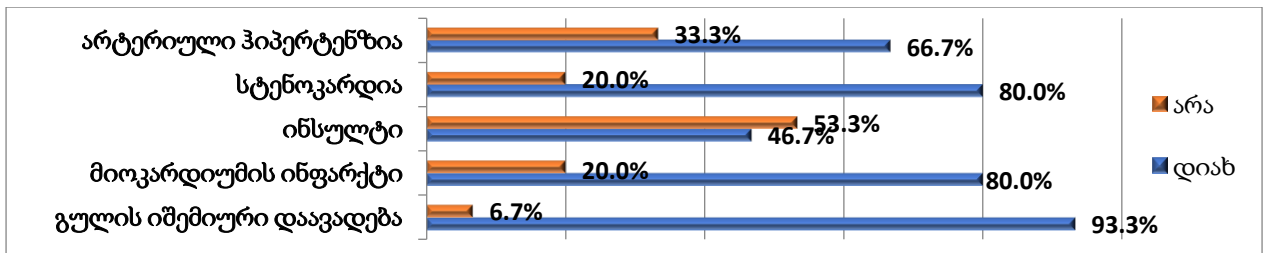


კარდიოლოგების უმეტესობა თვლის, რომ შდ2 მქონე პაციენტმაც (66.7%; n=10) და გართულების მქონე პაციენტმაც (71%; n=11) მას უნდა მიმართოს წელიწადში ორჯერ. მათი 87% (n=13) აცნობს პაციენტებს დეტალურ ინფორმაციას გართულებების შესახებ. პაციენტი კონსულტაციაზე ხვდება გლუკოზის (87%; n=13) და გლიკოჰემოგლობინის (40%; n=6) ანალიზით.

სარწმუნოდ მაღალია იმ კარდიოლოგთა რაოდენობა, რომლებიც აღნიშნავენ (93.3%; n= 14), რომ მათთან ვიზიტზე მოსულ ტიპი 2 დიაბეტის მქონე პაციენტებს შორის ხვდება გართულებების მქონე პაციენტები და მათი მხოლოდ 40% (n=6) აწარმოებს ამ გართულებების რეესტრს.

შდ2-ის მქონე პაციენტების გასინჯვისას ნანახი გართულებებიდან გამოკითხული კარდიოლოგები სარწმუნოდ ხშირად ირჩევდნენ გულის იშემიურ დაავადებას (93.3%; n=14), მიოკარდიუმის ინფარქტს (80.0%; n=12) და სტენოკარდიას (80.0%; n=12) (დიაგრამა #3.2).

დიაგრამა #3.2. გამოკითხულთა განაწილება შდ2-ის მქონე პაციენტების გასინჯვისას ნანახი გართულებების მიხედვით



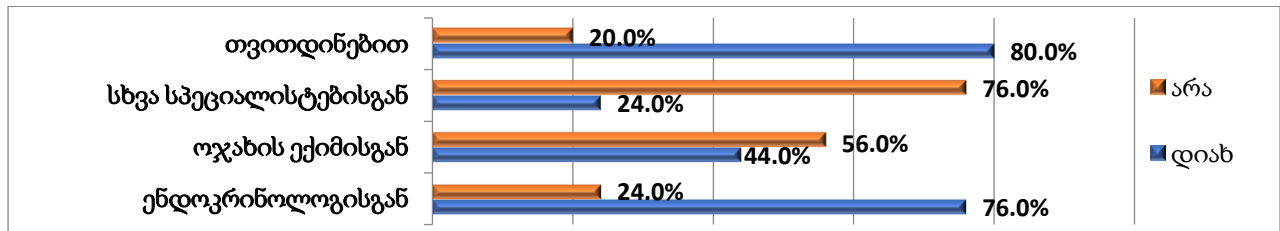
4 გამოკითხულ ოფთალმოლოგთა დახასიათება კითხვარის პასუხების მიხედვით

გამოკითხული ოფთალმოლოგების 87% (n=21) ქალია. ასაკობრივ ჭრილში პროცენტულად სარწმუნო ტენდენცია არ აღინიშნება, თუმცა 80% (n=20) არის 50 წელზე ნაკლები ასაკის.

სპეციალობით მუშაობის გამოცდილების მიხედვით პროცენტულად სარწმუნოდ სჭარბობენ 5-10 წწ (44%; n=11) სტაჟიანები, ხოლო მათ 96%-ს (n=24) აქვს 5 წელზე მეტი გამოცდილება.

გამოკითხულებს საკონსულტაციოდ პაციენტები სარწმუნოდ ხშირად მიმართავენ თვითდინებით (80.0%; n=20) და ენდოკრინოლოგის რჩევით (76.0%; n=19); მათი სარწმუნო რაოდენობა არ აღნიშნავს სხვა სპეციალისტებისგან (76.0%; n=19) რეფერირალს (დიაგრამა #4.1.).

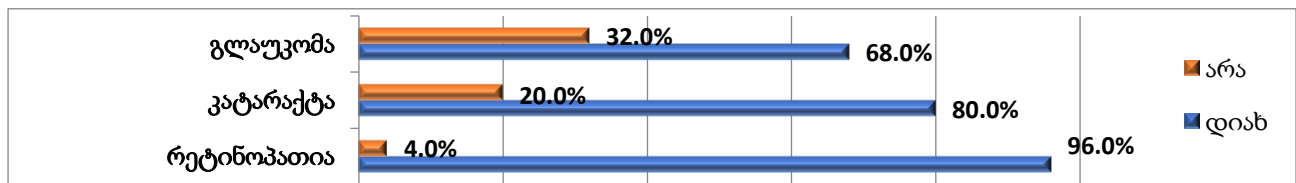
დიაგრამა #4.1. გამოკითხულ ოფთალმოლოგთა განაწილება მასთან რეფერალის მიხედვით



დიაბეტის შესახებ დამატებითი სწავლება პროცენტულად სარწმუნო უმრავლესობას არ გაუვლია (76.0%; n=19). თუმცა სარწმუნო უმრავლესობა (76.0%; n=19) აღნიშნავს სამედიცინო განვითარების პროგრამებში მონაწილეობას. მ.შ. უმეტესობა პროფესიული განვითარების პროგრამაში მონაწილეობას (n=17, 68.0%) აფიქსირებს წელიწადში ერთხელ. ოფთალმოლოგების სარწმუნოდ მაღალი რაოდენობა (96%; n=24) ამბობს, რომ მათთან ვიზიტზე მოსულ დიაბეტიან პაციენტებში ხვდება გართულებები და მათი სარწმუნოდ დაბალი რაოდენობა (22%; n=6) აწარმოებს ამ გართულებების რეესტრს.

გამოკითხული ოფთალმოლოგები შდ2-ის მქონე პაციენტების გასინჯვისას ნანახი გართულებების ჩამონათვალიდან სარწმუნოდ ხშირად ირჩევდნენ დიაბეტური რეტინოპათიას (96.0%; n=24) და კატარაქტას (80.0%; n=20) (დიაგრამა #4.2.). ზოგადად თვალის მხრივ დიაბეტის ყველაზე ხშირ გართულებად ოფთალმოლოგების პასუხებში სარწმუნოდ პრევალირებს ისევ დიაბეტური რეტინოპათია (96.0%; n=24) და კატარაქტა (92.0%; n=23).

დიაგრამა #4.2. გამოკითხულთა განაწილება შდ2-ის მქონე პაციენტების გასინჯვისას ნანახი გართულებების მიხედვით



ოფთალმოლოგების სარწმუნო უმრავლესობის აზრით, ტიპი 2 დიაბეტის მქონე პაციენტმა უნდა მიმართოს მათ წელიწადში ერთხელ ან საჭიროებისამებრ (56.0%; n=14), ხოლო გართულების მქონე პაციენტმა კი - წელიწადში ორჯერ (72%; n=18).

ოფთალმოლოგების 84%-ს (n=21) ხვდებიან ისეთი პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ მკურნალობას დიაბეტური რეტინოპათიის გამო. მათი უმეტესობა (84%; n=21) აცნობს პაციენტებს დეტალურ ინფორმაციას რეტინოპათიის და მისი შედეგების შესახებ.

ოფთალმოლოგების 96% (n=24) ფლობს ინფორმაციას (სრულად 68%; n=19 და ნაწილობრივ 28%; n=5) დიაბეტური რეტინოპათიის ლაზეროქირურგიული მკურნალობის შესახებ.

5 გამოკითხულ ენდოკრინოლოგთა დახასიათება კითხვარის პასუხების მიხედვით

გამოკითხულ ენდოკრინოლოგთა უმეტესობა (94.3%; n=33) ქალია. ასაკობრივ ჭრილში განსაკუთრებული ტენდენცია არ აღინიშნება, თუმცა მათ შორის ყველაზე მეტი (34.3%; n=12) 56-65 წლის არის. ენდოკრინოლოგებში პროცენტულად სარწმუნოდ სჭარბობენ 15 წელზე მეტი გამოცდილების მქონე წარმომადგენლები (68.6%; n=24).

ყველა ენდოკრინოლოგი აღნიშნავს სამედიცინო განათლების პროგრამებში მონაწილეობას. მ.შ.

უმეტესობა მონაწილეობს წელიწადში ერთხელ (n=19, 54.3%), ხოლო 31% (n=11) მონაწილეობს

წელიწადში ორჯერ. გამოკითხული ენდოკრინოლოგების სარწმუნო უმრავლესობას არ

სჭირდება დამატებითი საკვალიფიკაციო კურსი შდ2-ის მართვის საკითხებში (n=27; 77.1%).

ბოლო 5 წლის განმავლობაში დიაბეტის ადრეული გამოვლენისთვის ორგანიზებულ

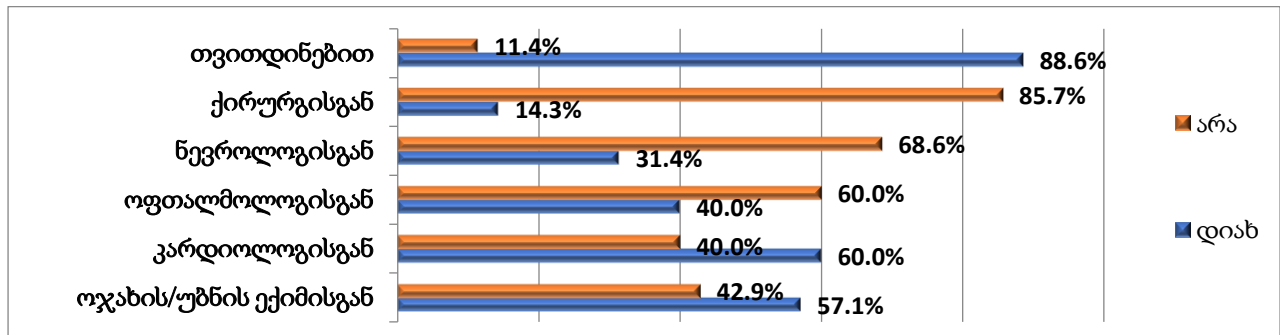
სკრინინგში ენდოკრინოლოგთა მცირე რაოდენობას აქვს მიღებული მონაწილეობა (n=9; 25.7%).

გამოკითხულებს საკონსულტაციოდ შდ2 მქონე პაციენტები სარწმუნოდ ხშირად მიმართავენ

თვითდინებით (88.6%; n=31); მცირე რაოდენობა აღნიშნავს ნევროლოგისგან (31.4%; n=11) და

ქირურგისგან (14.3%; n=5) რეფერალს (დიაგრამა #5.1.)

დიაგრამა #5.1. გამოკითხულ ენდოკრინოლოგთა განაწილება მასთან რეფერალის მიხედვით



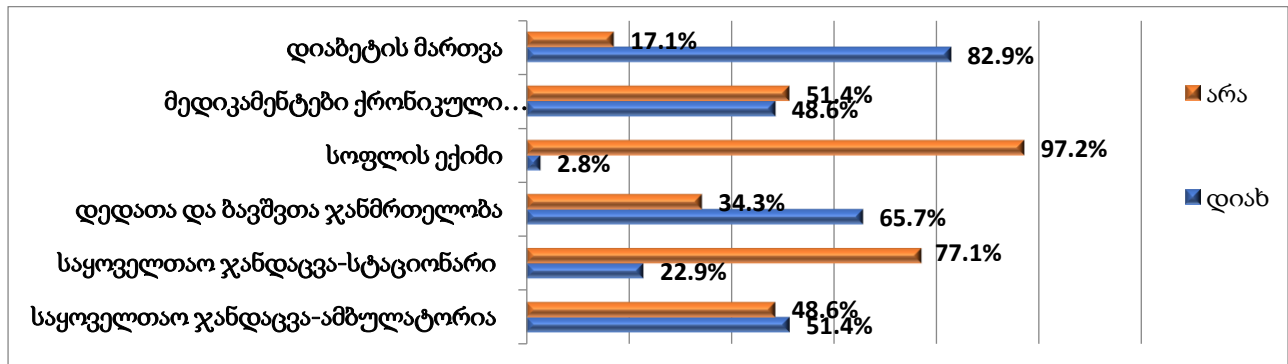
სარწმუნოდ მაღალია იმ ენდოკრინოლოგების რაოდენობა, რომლებიც დიაბეტის გართულებების რეესტრს აწარმოებენ (71.4%; n=25). გამოკითხული ენდოკრინოლოგების პასუხებში მათი დაკვირვების ქვეშ მყოფ პაციენტებში გამოვლენილი შდ2-ის გართულების შესახებ სარწმუნოდ ხშირად გვხვდება: დიაბეტური ნეიროპათია (80.0%; n=28); დიაბეტური ანგიოპათია (71.4%; n=25); დიაბეტური რეტინოპათია (71.4%; n=25).

გამოკითხული ენდოკრინოლოგების სარწმუნო უმეტესობა (91.4%; n=32) თავის საქმიანობაში იყენებს გაიდლაინებსა და პროტოკოლებს. პასუხებს შორის სარწმუნოდ ხშირად გვხვდება: სახელმწიფო გაიდლაინები/პროტოკოლები (77.1%; n=27), ევროპის დიაბეტის შემსწავლელი საზოგადოების გაიდლაინები/პროტოკოლები (77.1%; n=27).

ენდოკრინოლოგთა განაწილება იმის მიხედვით, თუ როგორ იცნობენ მარეგულირებელ დოკუმენტებს, რომლებიც უკავშირდება შაქრიანი დიაბეტის მართვის პროცესს საქართველოში, მოყვანილია დიაგრამაზე #5.2. ენდოკრინოლოგთა სარწმუნოდ მეტი რაოდენობა იცნობს „დიაბეტის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამას (82.9%; n=29). დიქტომური პასუხები თანაბრად ნაწილდება „საყოველთაო ჯანდაცვის“ ამბულატორიული დახმარების კომპონენტისა და „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“

პროგრამისთვის.

დიაგრამა #5.2 გამოკითხული ენდოკრინოლოგების განაწილება სახელმწიფო პროგრამების ცნობადობის მიხედვით

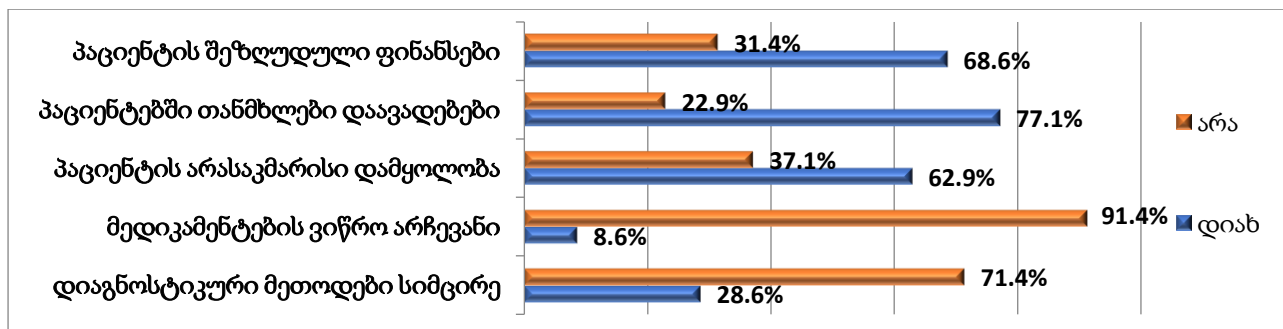


ენდოკრინოლოგები (100%) აცნობენ პაციენტს მკურნალობის გეგმას და მასთან დაკავშირებულ გვერდით მოვლენებს და რისკებს, ხოლო 80%-ში (n =28) ისინი ამას აკეთებენ ყოველთვის. პაციენტთან კონსულტაციისას სარწმუნოდ აქტიურად ამახვილებდნენ ყურადღებას ცხოვრების წესის შეცვლაზე, (n=26, 74.3%), დიაბეტის თვითმართვაზე (n=26, 74.3%), წამლის თერაპიის რეჟიმზე (n=31; 88.6%). ხშირად აფიქსირებენ პასუხებში დიაბეტურ გართულებებსაც (დიაბ - 62.9%; n=22, არა - 37.1%; n=13).

გამოკითხულთა 54.3% (n=19) თვლის, რომ კლინიკაში არსებული ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის საშუალებების სრულიად საკმარისია შდ2-ის მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის.

გამოკითხული ენდოკრინოლოგები შდ2-ის მართვის პროცესში სირთულეებად სარწმუნოდ ხშირად მიიჩნევენ პაციენტებში თანმხლები დაავადებების არსებობასა (77.1%; n=27) და პაციენტის არასაკმარისი დამყოლობას (62.9%; n=22) (დიაგრამა #5.3).

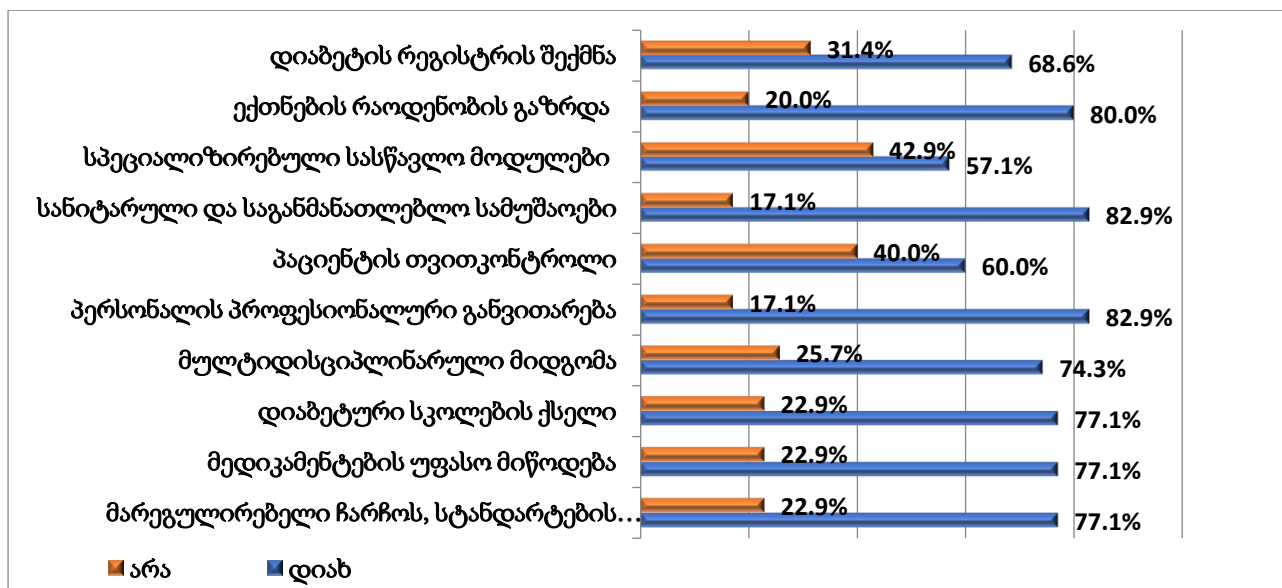
დიაგრამა #5.3. გამოკითხულ ენდოკრინოლოგთა განაწილება შდ მართვის სირთულეების მიხედვით



გამოკითხულ ენდოკრინოლოგებისთვის შეთავაზებული იყო შდ2-ით დაავადებულთა დახმარების გასაუმჯობესებლად რამდენიმე ღონისძიებების შერჩევა ჩამონათვალიდან. სარწმუნოდ მაღალი პროცენტული გადანაწილება იქნა მიღებული შემდეგ პასუხებში:

სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარება (n=29; 82.9%%), ექთნების რაოდენობის გაზრდა ენდოკრინოლოგიურ კაბინეტებში (n=29; 82.9%%), სამედიცინო დახმარების სტანდარტების გაუმჯობესება (n=27; 77.1%), „დიაბეტური სკოლების“ ქსელის შემუშავება (n=27; 77.1%), სანიტარული და საგანმანათლებლო სამუშაოების ჩატარება (n=29; 82.9%%), მედიკამენტების უფასო მიწოდება (n=27; 77.1%), მულტიდისციპლინური მიდგომის დანერგვა (n=26; 74.3%), დიაბეტის რეგისტრის შექმნა (68%; n =24) (დიაგრამა #5.4).

დიაგრამა #5.4. გამოკითხულთა განაწილება იმ ღონისძიებების მიხედვით, რომლებიც გააუმჯობესებენ შდ2 ამბულატორიულ დახმარებას



ანალიტიკური კვლევის შედეგები

პაციენტების პასუხები დაიყო სხვადასხვა ჯგუფებად რამდენიმე პარამეტრის გათვალისწინებით, ასაკის, სქესის, განათლების, დაზღვევის ტიპის, დიაბეტის მიმდინარეობის ხანგრძლივობისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. უმეტესად პაციენტების სარწმუნო განსხვავებას არ იძლეოდა ამ პარამეტრების გათვალისწინებით. თუმცა რამდენიმე შემთხვევაში მივიღეთ სტატისტიკურად სარწმუნო შედეგებიც.

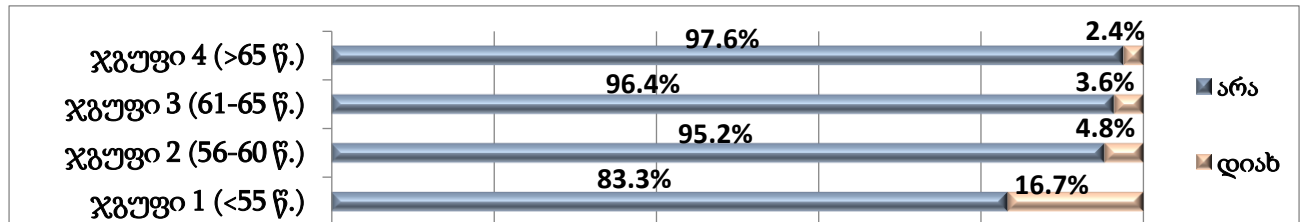
1. პაციენტთა ასაკობრივი ჯგუფების ანალიზი კითხვარის პასუხების მიხედვით

გამოკითხული პაციენტები დაიყო ოთხ ასაკობრივ ჯგუფად (ჯგუფი 1 - <55 წ., n=30; ჯგუფი 2 – 56-60 წწ., n=22; ჯგუფი 2 – 56-60 წწ., n=28; ჯგუფი 2 – >65 წ., n=41). ჯგუფებს შორის სარწმუნო

განსხვავება ამ პარამეტრით არ იქნა ნაჩვენებ (Chi2=6.87, p=0.076). მაშასადამე, გამოკითხულთა ჯგუფები რაოდენობრივად შედარებით ჰომოგენურია.

ასაკის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში ნაჩვენებ იქნა ძალზე საინტერესო შედეგები პაციენტთა მიერ ენდოკრინოლოგის რეკომენდაციების შესრულების კუთხით. რეკომენდაციებს შორის უნდა გამოვყოთ მედიკამენტების რეგულარული მიღება. ამ ნიშნით სარწმუნოდ მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდნენ 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები 55 წელზე ნაკლები ასაკის გამოკითხულებთან შედარებით (OR=10.0; p=0.038). რჩევა-რეკომენდაციებიდან ჯგუფებს შორის სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა მათი არდაცვის კუთხითაც (დიაგრამა #1.1.1). როგორც დიაგრამიდან ჩანს, ამ შემთხვევაში დიეტის არდაცვის სარწმუნოდ მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდნენ უკვე უმცროსი ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტები ყველაზე უფროს გამოკითხულებთან შედარებით (OR=10.3; p=0.038).

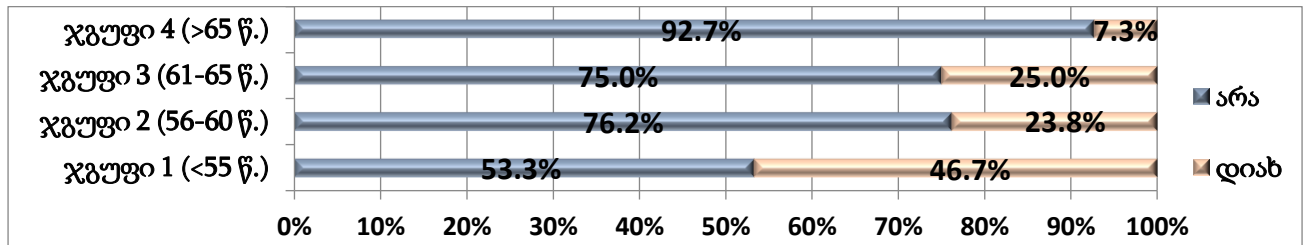
დიაგრამა 1.1.1. კითხვარის მე-8 კითხვის მე-4 პასუხის (არ ვიცავ) შედეგების ანალიზი ასაკობრივ ჯგუფებში.



ასაკობრივ ჯგუფებს შორის სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა დიაბეტური გართულებების არსებობის კუთხითაც. 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები 13.5-ჯერ ხშირად აფიქსირებენ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დიაბეტური გართულებების არსებობას 55 წელზე ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით (p=0.015), დიაბეტური რეტინოპათიის არსებობას კი - 10.4-ჯერ უფრო ხშირად. (p<0.001).

ჯგუფებს შორის სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა დიაბეტური გართულების არარსებობის მაჩვენებლებითაც (დიაგრამა #1.1.2). 55 წელზე ნაკლები ასაკის პაციენტები 11.1-ჯერ ხშირად აფიქსირებენ დიაბეტური გართულებების არარსებობას 65 წელზე მეტი ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით (OR=11.1; 95% CI (2.8 - 43.9) p<0.001).

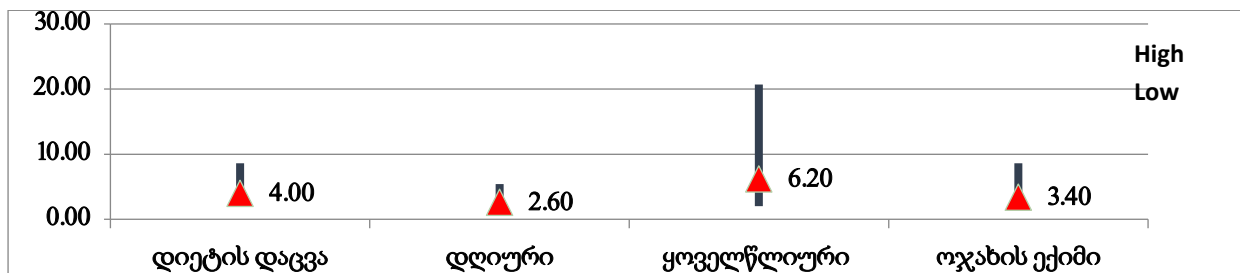
დიაგრამა 1.1.2. დიაბეტური გართულების არსებობა/არარსებობის სიხშირის შედეგების ანალიზი ასაკობრივ ჯგუფებში.



2. სქესის მიხედვით დაყოფილი პაციენტთა ჯგუფების ანალიზი კითხვარის პასუხების მიხედვით

გამოკითხული პაციენტები დაიყო ორ ჯგუფად სქესის მიხედვით (ჯგუფი 1 - მდედრობითი n=66; ჯგუფი 2 - მამრობითი n=54). ჯგუფები შედარებით ჰომოგენურია ($\chi^2=1.2, p=0.273$). განსხვავებები გამოვლინდა სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში. ქალები მამაკაცებთან შედარებით მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდნენ მედიკამენტების რეგულარული მიღების ($OR=11.3; p=0.025$), დიეტის დაცვის ($OR=4.0; p<0.001$), თვითკონტროლის დღიურის წარმოების ($OR=2.6; p=0.014$), ექიმთან ყოველწლიური შემოწმების ($OR=6.2; p=0.002$) და ოჯახის ექიმთან რუტინული ვიზიტებით ($OR=3.4; p=0.004$) (დიაგრამა #1.2.1).

დიაგრამა# 1.2.1. გამოკითხულ პაციენტთა პასუხების განაწილება სქესის მიხედვით

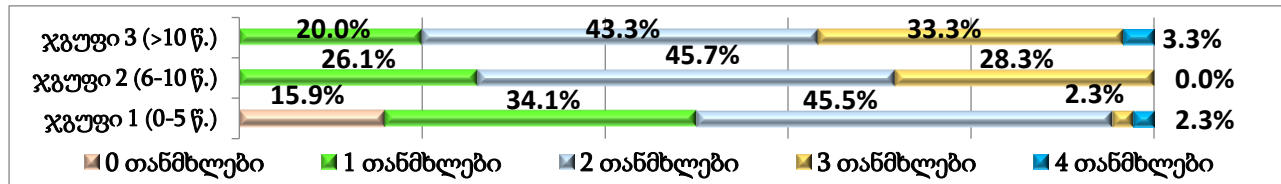


და ბოლოს, სქესის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში ნანახი იქნა სარწმუნო განსხვავება შემდეგ კითხვაზე პასუხებში - „არის თუ არა თქვენთვის პაციენტის მხრიდან სავალდებულო თანაგადახდა ხელისშემშლელი ფაქტორი დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობისთვის?“. აქ უარყოფითი პასუხით გამოირჩნენ მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები მამაკაცებთან შედარებით ($OR=2.6; 95\%CI (1.2 - 5.4); p=0.014$).

3. დიაბეტის ხანგრძლივობის მიხედვით დაყოფილი პაციენტთა ჯგუფების ანალიზი კითხვარის პასუხების მიხედვით

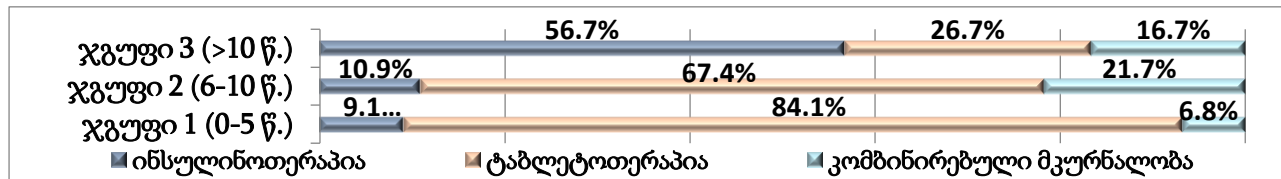
გამოკითხული პაციენტები დაავადების ხანგრძლივობის მიხედვით დაიყო სამ ჯგუფად (ჯგუფი 1 - <5წ. n=44; ჯგუფი 2 - 6-10წ. n=46; ჯგუფი 3 - >10წ. n=30). ჯგუფებს შორის სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა თანმხლები დაავადებების (დიაგრამა #1.3.1) და დიაბეტის გართულებების არსებობის კუთხით. კერძოდ, ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს თანმხლები დაავადებების შანსი. 5 წელზე ნაკლები ანამნეზთან შედარებით 5-10 წლის ანამნეზის მქონენი თანმხლებ დაავადებებს 16,9-ჯერ ხშირად ასახელებენ (OR=16,9; 95% CI (2.1–136,1); p=0.008), ხოლო 10 წელზე მეტი ანამნეზის შემთხვევაში კი 21,5-ჯერ უფრო ხშირად (OR=21,5; 95% CI (2,6-179,7); p=0.004). სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა დიაბეტის გართულებების კუთხითაც. 5 წელზე ნაკლები ანამნეზის შემთხვევაში გულ-სისხლძარღვთა მხრივ გართულებებს 8-ჯერ იშვიათად ასახელებენ, ვიდრე 5-10 წლის ანამნეზის მქონენი (p=0.002) და 5-ჯერ იშვიათად, ვიდრე >10 წ. ანამნეზის შემთხვევაში (p=0.027).

დიაგრამა# 1.3.1. თანმხლები დაავადებების სიხშირის შედეგების ანალიზი შდ2-ის ხანგრძლივობასთან მიმართებაში.



დიაბეტის ხანდაზმულობასთან ერთად მატულობს ინსულინით მკურნალობის სიხშირე. >10 წ. ანამნეზის მქონე პაციენტები 13,1-ჯერ ხშირად მოიხმარენ ინსულინს <5 წ. ანამნეზის მქონე პაციენტებთან შედარებით (OR=13.1; 95%CI (3,7-45,9)) და 10,7-ჯერ ხშირად მოიხმარენ ინსულინს 5-10 წლის ხანგრძლივობის დიაბეტის მქონე პაციენტებთან შედარებით (OR=10.7; 95% CI (3,3-34.8)) (დიაგრამა #1.3.2).

დიაგრამა#1.3.2 დიაბეტის მკურნალობის სახეობა შდ2-ის ხანგრძლივობასთან მიმართებაში



ხანდაზმული დიაბეტის მქონენი უფრო ხშირად მონაწილეობენ სახელმწიფო პროგრამაში. 10 წელზე მეტი ანამნეზის მქონე პაციენტები 10,8-ჯერ ხშირად არიან პროგრამაში ჩართული 5 წელზე ნაკლები ანამნეზის მქონე პაციენტებთან შედარებით (OR=10.8; 95% CI (2.8-40,9); p<0.001) და 9-ჯერ უფრო ხშირად ვიდრე 5-10 წლის ანამნეზის შემთხვევაში (OR=9.0; 95% CI (2.4-33.9);

$p=0,001$). 10 წელზე მეტი ანამნეზის მქონე პაციენტები 7,7-ჯერ ხშირად აკითხავენ პროგრამაში მონაწილეობისთვის იმავე კლინიკას 5 წელზე ნაკლები ანამნეზის მქონე პაციენტებთან შედარებით ($OR=7,7$; 95% CI (2.6-23.0); $p<0.001$) და 5,7-ჯერ უფრო ხშირად ვიდრე 5-10 წლის ხანგრძლივობის დიაბეტის მქონე პაციენტები ($OR=5,7$; 95% CI (1.9-16.6); $p=0,002$).

4. განათლების მიხედვით დაყოფილი პაციენტთა ჯგუფების ანალიზი პასუხების მიხედვით
გამოკითხული პაციენტები განათლების მიხედვით დაიყო 2ჯგუფად (ჯგუფი 1 - არაუმადლესი. $n=43$; ჯგუფი 2 - უმაღლესი $n=77$). უმაღლესი განათლების მქონე პირები სარწმუნოდ უფრო ხშირად აფიქსირებენ პასუხს - არ მივმართავ ოჯახის ექიმს ($OR=2.6$; 95%CI (1.03-6.69); $p=0,044$).

5. დაზღვევის მიხედვით დაყოფილი პაციენტთა ჯგუფების ანალიზი კითხვარის პასუხების მიხედვით

გამოკითხული პაციენტები დაზღვევის მიხედვით დაიყო 2ჯგუფად (ჯგუფი 1 - სახელმწიფო $n=95$; ჯგუფი 2 - კერძო $n=25$). კერძო დაზღვევის მფლობელთათვის თანაგადახდა პროგრამაში მონაწილეობის ხელისშემშლელი ფაქტორი არ არის ($OR=5.6$; $p=0.026$), სახელმწიფო დაზღვევის მფლობელთათვის კი - დაბრკოლებაა ($OR=6.4$; $p=0.016$).

დასკვნები:

1. პროგრამებში შემავალი სერვისები იძლევა საშუალებას ადრეულად გამოვავლინოთ შდ-ს გართულებები და დავიწყით დროული და ადეკვატური მკურნალობა;
2. 2008-2021 წწ. დიაბეტის გავრცელების ოფიციალური მაჩვენებლები განუხრელად იმატებს. საერთაშორისო მონაცემებით საქართველოში დიაბეტიანთა რიცხვი მკვეთრად აღემატება საქართველოს სტატისტიკურ მონაცემებს. საქართველოში არ არსებობს დიაბეტის ეროვნული რეგისტრი;
3. არ არსებობს სივრცე, სადაც თავმოყრილია ინფორმაცია დიაბეტის შესახებ სერვისის მიმწოდებლებისთვის და პაციენტებისთვის, არ არის ხელმისაწვდომი სერვისის მიმწოდებლების ჩამონათვალი და ინფორმაცია მათ შესახებ;
4. „დიაბეტის მართვის“ პროგრამის სერვისების მიწოდება არათანაბრად არის გადანაწილებული საქართველოს მასშტაბით. პროგრამაში ჩართული 108 დაწესებულებიდან

55%(n=59) განთავსებულია თბილისში, 45%(n=49) დანარჩენ საქართველოში. 4 რეგიონში არ არის არცერთი დაწესებულება, რომელიც პროგრამის სერვისებს აწოდებს პაციენტს;

5. 2017-2021 წლის განმავლობაში პროგრამაში ჩართული პაციენტების რ-ბა განუხრელად იკლებს. ამ პერიოდში პაციენტების საერთო რაოდენობის 87.6%-მა (n=17429) მომსახურება მიიღო თბილისში, ხოლო 12.4%-მა (n=2483) დანარჩენ რეგიონებში. 2020 წელს პროგრამის ბენეფიციარების რიცხვი (n=4789) 2-ჯერ შემცირდა 2017 წელთან (n=2828) შედარებით;

6. 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები გამოირჩეოდნენ მედიკამენტების რეგულარული მიღებით 55 წელზე ნაკლები ასაკის გამოკითხულებთან შედარებით (OR=10.0; p=0.038).

7. დიეტის არდაცვის კუთხით მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდნენ <55 წ. ჯგუფის პაციენტები ყველაზე უფროს გამოკითხულებთან (>65წ) შედარებით (OR=10.3; p=0.038).

8. მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში დიაბეტური გართულებების არსებობის ალბათობა შედარებით მაღალია. 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები 55 წელზე ნაკლებ ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით 13.5-ჯერ ხშირად აფიქსირებენ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დიაბეტური გართულებების არსებობას (OR=13.5; 95%CI(1.7-109.9)) და 10.4-ჯერ ხშირად დიაბეტური რეტინოპათიის არსებობას (OR=10.4; 95%CI(2.7-39.9)).

9. ქალი პაციენტები მამაკაცებთან შედარებით მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩეოდნენ მედიკამენტების რეგულარული მიღების (OR=11.3; p=0.025), დიეტის დაცვის (OR=4.0; p<0.001), თვითკონტროლის დღიურის წარმოების (OR=2.6; p=0.014), ექიმთან ყოველწლიური შემოწმების (OR=6.2; p=0.002) და ოჯახის ექიმთან რუტინული ვიზიტებით (OR=3.4; p=0.004)

10. დიაბეტის მიმდინარეობის ხანგრძლივობის მიხედვით სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა დიაბეტის გართულებების არსებობის კუთხით. დიდხნიანი ანამნეზის დროს გართულებების შანსი მეტია ახალგაშობულნილთან შედარებით. <5 წლის ანამნეზის შემთხვევაში გართულებებს 8-ჯერ იშვიათად ასახელებენ, ვიდრე 5-10 წლის ანამნეზის მქონენი (OR=8.0; 95% CI (2.1 - 29,9)) და 5-ჯერ იშვიათად, ვიდრე >10 წელზე მეტი ანამნეზის შემთხვევაში (OR=5.0; 95% CI (1.2 - 20,7)). დიაბეტის ხანდაზმულობასთან ერთად მატულობს ინსულინით მკურნალობის სიხშირე.

>10 წელზე მეტი ანამნეზის პაციენტები 13,1-ჯერ ხშირად მოიხმარენ ინსულინს <5 წლის ანამნეზის პაციენტებთან შედარებით (OR=13.1; 95% CI (3,7-45,9)) და 10,7-ჯერ ხშირად 5-10 წლის ანამნეზის პაციენტებთან შედარებით (OR=10.7; 95% CI (3,3-34.8)).

11. ხანდაზმული დიაბეტის მქონენი უფრო ხშირად მონაწილეობენ სახელმწიფო პროგრამაში. 10 წელზე მეტი ანამნეზის მქონე პაციენტები 10,8-ჯერ ხშირად არიან პროგრამაში ჩართული <5 წლის ანამნეზის მქონე პაციენტებთან შედარებით (OR=10.8; 95% CI (2.8-40,9)) და 9,0-ჯერ უფრო ხშირად ვიდრე 5-10 წლის ხანგრძლივობის დიაბეტის მქონე პაციენტები (OR=9.0; 95% CI (2.4-33.9)). ამასთან, 10 წელზე მეტი ანამნეზის მქონე პაციენტები 7,7-ჯერ ხშირად აკითხავენ პროგრამაში მონაწილეობისთვის იმავე კლინიკას <5 წლის ანამნეზის მქონე პაციენტებთან შედარებით (OR=10.8; 95% CI (2.6-23.0)) და 5,7-ჯერ უფრო ხშირად ვიდრე 5-10 წლის ხანგრძლივობის დიაბეტის მქონე პაციენტები (OR=9.0; 95% CI (1.9-16.6)).
12. პაციენტები ენდოკრინოლოგს უხშირესად მიმართავენ თვითდინებით (n=84, 70.0%);
13. უმაღლესი განათლების მქონე პირები უფრო იშვიათად მიმართავენ ოჯახის ექიმს ექიმს (OR=2.6; 95% CI (1.03-6.69)).
14. კერძო დაზღვევის ბენეფიციარებისთვის თანაგადახდა პროგრამაში მონაწილეობის ხელისშემშლელი ფაქტორი არ არის (OR=5.6; 95%CI (1.23-25.1)), ხოლო სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებისთვის ეს ფაქტორი დაბრკოლებას წარმოადგენს (OR=6.4; 95%CI (1.42-28.9)).

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

1. გაფარდოვდეს და მაქსიმალურად იქნას გამოყენებული პროგრამის რესურსი. მოხდეს დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის სერვისების მიწოდების პროპორციული და თანაბარი გადანაწილება საქართველოს მასშტაბით. შეიქმნას სულ მცირე 1 დაწესებულება ყველა რეგიონში, სადაც მოხდება პროგრამის მიწოდება ბენეფიციარებისთვის. მაქსიმალურად მოხდეს ხელისშეწყობა ადგილებზე პროგრამის მიწოდებისთვის;
2. შეიქმნას დიაბეტის ეროვნული რეგისტრი, რაც საშუალებას მოგვცემს დაზუსტდეს მონაცემები გართულებებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის განსაზღვრის შესახებ;
3. შეიქმნას ელექტრონული სივრცე, სადაც თავმოყრილი იქნება სრული ინფორმაცია დიაბეტისა და მასთან დაკავშირებული სერვისების შესახებ პაციენტებისთვის და სერვისის მიმწოდებლებისთვის;
4. შემუშავდეს და დაინერგოს სასწავლო პროგრამები ექიმ-სპეციალისტებისთვის შდ შესახებ;
5. დაინერგოს რეგულარული ორგანიზებული სკრინინგი სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებში;

6. მოხდეს მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება მასმედიის საშუალებებით დიაბეტის, მისი გართულებების და სახელმწიფო პროგრამების შესახებ; შემუშავდეს და დაინერგოს სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამები პაციენტებისთვის შაქრიანი დიაბეტის შესახებ სხვადასხვა ასპექტების გათვალისწინებით;
7. განახლდეს სახელმწიფო გაიდლაინები და პროტოკოლები შ.დ. შესახებ. შემუშავდეს და დაინერგოს მულტიდისციპლინარული მიდგომის წესები;
8. გაძლიერდეს პირველადი ჯანდაცვის როლი დიაბეტის გამოვლენასა და გართულებების პრევენციაში.

გამოქვეყნებული ნაშრომების ჩამონათვალი:

1. KH.Kekelashvili, M.Kajrishvili, G.Shavladze, „Diabetes mellitus as a public health problem“. International Conference International Conference: HealthCare in 21st Century. KAFKAS UNIVESRSITY (TU)-TSMU (GE) 2019
2. Kh.Kekelashvili, R.Kvanchakhadze „Overview of diabetes management programs in the United States“. 21st Annual International Conference on American Studies 2020
3. Kh.Kekelashvili, R.Kvanchakhadze “Diabets - The Global Challenge of Health Care” 1st Students’ INTERCONTINENTAL All Free Online Conference. The University of Georgia 2020
4. M.Kajrishvili, L.Lomtadze, G.Shavladze, KH.Kekelashvili, D.Kitovani “Trends in Universal Insurance Program development in Georgia”. THE FIRST INTERANATIONAL CONFERENCE: FUTURE OF HEALTH CARE IN THE 21 CENTURY. Tbilisi State Medical University. 2021
5. Khatuna.Kekelashvili, R.Kvanchakhadze - “Diabets - The Global Challenge of Health Care” Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 4, Supplement 6. Pg 54 2020
6. Kh.Kekelashvili, R.Kvanchakhadze, L.Gumbaridze; L.Baramidze “Evaluation of Specialized Outpatient Care for Patients with Type 2 Diabetes in Georgia”. International Journal of Medical Science and Health Research. 2022
7. Kh.Kekelashvili; R.Kvanchakhadze; Badri gvadzabia; Liana Jashi. “Evaluation of specialized state program of outpatient care in terms of effective monitoring of diabetes mellitus and detection of its complications in Tbilisi”. 8th Annual Summit on Cardiovascular, Renal and Glycemic Outcomes (CVOT). 2022
8. Kh.Kekelashvili, R.Kvanchakhadze, M.Kajrishvili, G.Shavladze. „Trends of state diabetes management services development in Georgia“. Journal of Experimental & Clinical Medicine. 2022