

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის  
სახელმწიფო უნივერსიტეტი



გიორგი ჯაფარიძე

კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხი საქართველოში

სამაგისტრო პროგრამა:  
საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის  
მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: ნატა ყაზახაშვილი  
თსუ, პროფესორი

თბილისი, 2019

## ანოტაცია

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ცნება რთული და მრავალგანზომილებიანი ფენომენია. ხარისხის განმარტების ერთიანი, შეთანხმებული აზრი არ არსებობს და სხვადასხვა ავტორები განსხვავებულად წარმოგვიდგენენ. ა. დონაბედიანის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გულისხმობს თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერების და ჯანდაცვის პრაქტიკის მიღწევების გამოყენებას მაქსიმალურად შესაძლებელი სარგებლის მიღების პრინციპის საფუძველზე, მკურნალობის რისკის გაზრდის გარეშე. მარტივად რომ ვთქვათ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ეს არის ყველაფერი, რაც აკმაყოფილებს პაციენტის მოთხოვნებს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებულ იქნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემდეგი განმარტება: იგი წარმოადგენს ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთქმედების შინაარსს, რომელიც ეფუძნება სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციას, ანუ უნარს შეამციროს დაავადების პროგრესირების და ახალი პათოლოგიური პროცესის წარმოქმნის რისკი, მედიცინის რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას და ჯანდაცვის სისტემასთან ურთიერთქმედებით პაციენტის კმაყოფილების უზრუნველყოფას.

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებებზე დაავადებათა ტვირთის უდიდესი ნაწილი მოდის და დიდ გავლენას ახდენს სიცოცხლის ყველაზე პროდუქტიულ წლებზე. არაგადამდები დაავადებები გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ჯანმრთელობაზე, არამედ ქვეყნის მდგრად განვითარებაზეც.

განვითარებული ქვეყნებისაგან განსხვავებით, საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ზრდა ხდება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირების ფონზე.

დღესდღეობით, მნიშვნელოვან კვლევის საგანს წარმოადგენს კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხი ჩვენს ქვეყანაში, არსებული რესურსების ხელმისაწვდომობა, განვითარება და გამოყენება პრაქტიკაში და მოსახლეობის ინფორმირებულობის განსაზღვრა კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხის მიმართ.

სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარდა მცირე მასშტაბის რაოდენობრივი კვლევა. **კვლევის მიზანი:** კარდიოლოგიური დახმარების მნიშვნელობა და მისი განვითარების პერსპექტივების განსაზღვრა, გამოვლინდეს კარდიოლოგიური სერვისებისადმი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და ხარისხი საქართველოში, მოსახლეობის ინფორმირებულების განსაზღვრა კარდიოლოგიური მომსახურების ხარისხის შესახებ, მოსახლეობის დამოკიდებულების განსაზღვრა კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხთან მიმართებით.

### **კვლევის ამოცანები:**

1. სამაგისტრო ნაშრომის თემის ირგვლივ ხელმისაწვდომი ლიტერატურული წყაროების შეკრება, სისტემატიზაცია, შედარება და ანალიზი.
2. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სტატისტიკის შესწავლა საქართველოში.
3. მცირე მასშტაბის კვლევის ჩატარება მოსახლეობაში, რათა შესწავლილ იქნეს მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულება კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხის მიმართ საქართველოში.
4. შესწავლა იმისა, თუ რა გავლენას ახდენს კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხი პაციენტთა ჯანმრთელობაზე.
5. სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში მოძიებული ლიტერატურული წყაროებისა და ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

**კვლევის ჰიპოთეზა:** სამაგისტრო ნაშრომის დაწყებამდე დაკვირვების მეთოდითა და ლიტერატურის მიმოხილვის შედეგად, გამოითქვა ვარაუდი, რომ ჩვენს ქვეყანაში დიდ პრობლემას წარმოადგენს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა გავრცელების ზრდის ტენდენცია. პირველ რიგში, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა პრევენციული ღონისძიებების ნაკლებობა, პირველადი ჯანდაცვის მცირე როლი კარდიოლოგიური დახმარების სფეროში. ასევე მოსახლეობის ცოდნის სიმცირე კარდიოვასკულური დაავადებათა შესახებ. მოსახლეობის ნაკლები მატერიალური შესაძლებლობა კარდიოლოგიური სერვისების დასაფინანსებლად.

**კვლევის მეთოდოლოგია:** შეკრების, სისტემატიზაციის და აღწერის მეთოდები, ანკეტირების მეთოდი, შედარების და ანალიზის მეთოდები, რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი. კვლევის ეტაპებს წარმოადგენს მოსამზადებელი სამუშაოები, სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობა, კვლევის ინტერვიუება, შედეგების ანალიზი. (SPSS 21)

**სამიზნე ჯგუფი:** რესპონდენტები შერჩეული იქნება შემთხვევითი შერჩევის წესით. კვლევის მიზნობრივ ჯგუფს წარმოადგენდა ქვეყნის მოსახლეობა.

"Quality of Cardiologycal Care in Georgia"

Giorgi Japaridze

# შინაარსი

შესავალი .....	6
თავი 1	
1.1 კარდიოლოგიური დაავადებათა ეპიდემიოლოგია მსოფლიოში .....	7-10
1.2 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ზოგადი მახასიათებლები.....	10-13
1.3 კარდიოლოგიური დახმარების შეფასების კრიტერიუმები .....	13-17
1.4 კარდიოლოგიური დაავადებათა მკურნალობის თანამედროვე მიდგომები და ტექნოლოგიები .....	17-24
თავი 2.	
2.1 კარდიოლოგიური დაავადებათა სტატისტიკა საქართველოში .....	25-29
2.2 კარდიოლოგიური დახმარების ორგანიზაცია საქართველოში .....	29-33
2.3 რესურსები საქართველოში .....	33-35
2.4 კარდიოლოგიური სერვისები და მათი ღირებულებები საქართველოში ...	35-37
2.5 კარდიოლოგთა კომპეტენცია.....	38-44
2.6 კარდიოლოგთა სარეზიდენტო პროგრამა .....	45-53
თავი 3.	
3.1 მცირე მასშტაბის კვლევა “ მოსახლეობის ცოდნა დამოკიდებულება კარდიოლოგიური დახმარების ხარისზე“.....	54-67
დასკვნები.....	68-69
რეკომენდაციები.....	70
გამოყენებული ლიტერატურა .....	71-73
დანართები.....	74-75
ინფორმაცია რესპოდენტებისთვის.....	76-79

## შესავალი

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებებზე დაავადებათა ტვირთის უდიდესი ნაწილი მოდის და დიდ გავლენას ახდენს სიცოცხლის ყველაზე პროდუქტიულ წლებზე. არაგადამდები დაავადებები გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ჯანმრთელობაზე, არამედ ქვეყნის მდგრად განვითარებაზეც.

განვითარებული ქვეყნებისაგან განსხვავებით, საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ზრდა ხდება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირების ფონზე. განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდის გამო შეინიშნება მოსახლეობის დაბერება, სიკვდილიანობის მიზეზების სტრუქტურაში ბუნებრივად იზრდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების წილი. თუმცა, ამ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულებში მნიშვნელოვნად შემცირდა გულის იშემიური დაავადებით სიკვდილიანობა, რაც მიღწეულ იქნა ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების, დაავადებათა პრევენციის, რისკის ფაქტორებთან ბრძოლის (დიაბეტი, სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, თამბაქოს მოხმარება), კლინიკურ პრაქტიკაში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალტექნოლოგიური მეთოდების დანერგვით.

## თავი 1

### 1.1 კარდიოლოგიური დაავადებათა ეპიდემიოლოგია მსოფლიოში

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ დოკუმენტში, 30-69 წწ. ასაკ -სტანდარტიზებული ნაადრევი სიკვდილიანობის სტრუქტურაში – არაგადამდებ დაავადებათა შორის ლიდერობს კარდიოვასკულური დაავადებები.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გსდ) სიკვდილობის ძირითადი მიზეზია მსოფლიოში. 4 მლნ ევროპელი კვდება კარდიოვასკულური პათოლოგიით ყოველწლიურად.

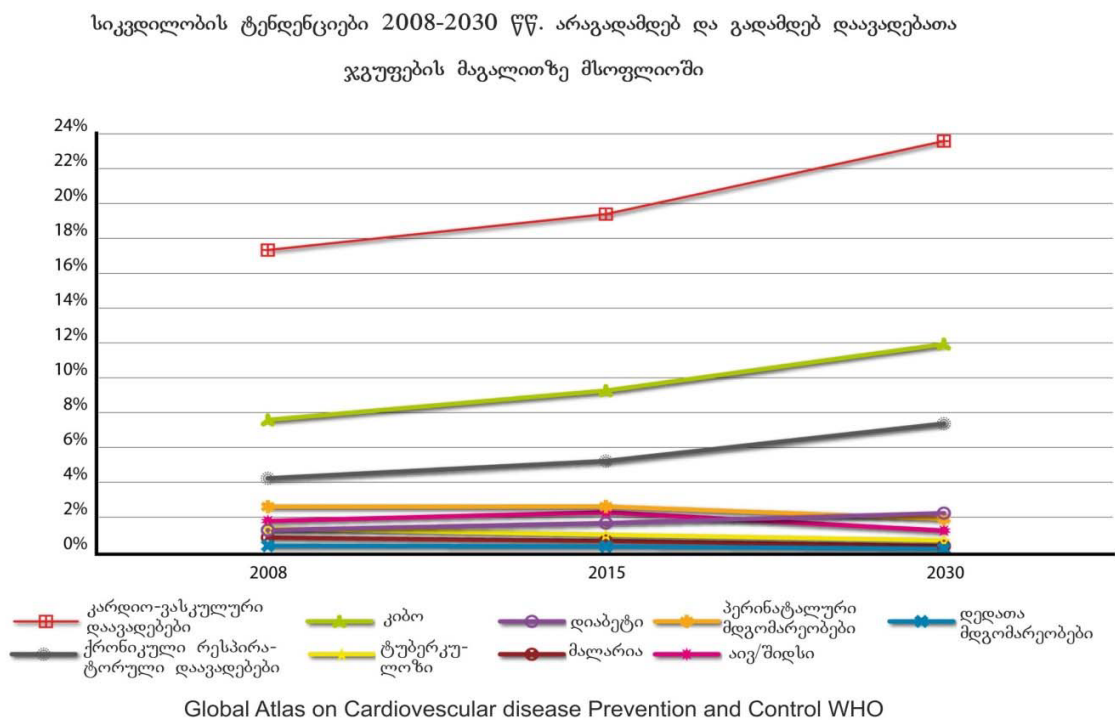
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გსდ), სადღეისოდ განიხილება, როგორც სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზი მსოფლიოში.

2015 წლის სექტემბერში გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ მიიღო მდგრადი განვითარების მიზნები 2016-2030 წლისათვის, რომელთაგან მესამე მიზანი შეეხება ჯანმრთელობას და მდგომარეობს შემდეგში – „ჯანმრთელი ცხოვრების გარანტია და კეთილდღეობის ხელშეწყობა ყველა ასაკობრივი ჯგუფისათვის“. განსაზღვრულ ქვემიზნებს შორის, ორი რაოდენობრივი ხასიათისაა და მათგან ერთ-ერთი, არაგადამდები დაავადებებით სიკვდილობის 1/3-ით შემცირებას შეეხება.

არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის დაახლოებით ნახევარი გამოწვეულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით. ექსპერტთა შეფასებით ეს რიცხვი 2030 წლისათვის 23,6 მლნ.-ს მიაღწევს. ამ შემთხვევების 80%-ზე მეტი საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების პოპულაციებზე მოდის, სადაც ადამიანური და ფინანსური რესურსები ჯანდაცვის მიმართულებით ლიმიტირებულია. სიკვდილიანობის საერთო სპექტრში გსდ გამოწვეული სიკვდილიანობა მერყეობს 4-დან 42%-მდე დაბალი და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების პოპულაციებში, რაც მზარდი უთანასწორობის საფუძველი ხდება ამ დაავადებათა განვითარებისა და გამოსავლის მხრივ ქვეყნებსა და პოპულაციებს შორის. სახეზეა ამ მიმართულებით მძიმე ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ახალი მასშტაბები.

უკანასკნელი ორ ათწლეულზე მეტია, გსდ-ით სიკვდილობა მცირდება მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში და ამავე დროს იზრდება საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. ამ დაავადებათა დიდი ნაწილი მართვადია და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ხარჯთეფექტური, ინდივიდუალური და პოპულაციური ინტერვენციებით მათი და მათი რისკის ფაქტორების ტვირთი-ჯანმრთელობისა და სოციალ-ეკონომიკური თვალსაზრისით, შესაძლოა, იყოს შემცირებული

სურათი#1



წყარო: Global status report on NCDs 2016

კარდიოვასკულური პროფილის დაავადებებს არ გააჩნია გეოგრაფიული, გენდერული და სოციალურ-ეკონომიკური საზღვრები.

მოზრდილი პოპულაციის დაახლოებით 15–37%–ს აქვს ჰიპერტენზია, რომელიც ყოველწლიურად 5 მლნ. ნაადრევი სიკვდილიანობის მიზეზია. მაღალი არტერიული წნევის მიზეზით, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეგიონის ქვეყნებში მოიაზრება 62% თავის ტვინის ინსულტის და 49% გულის კორონარული დაავადებით სიკვდილის შემთხვევა. ასევე ჯანმოს მონაცემებით, ყოველწლიურად მსოფლიოში 15 მლნ. სიკვდილიანობის შემთხვევა დაკავშირებულია თავის ტვინის ინსულტთან.



ბავშვთა და მოზარდთა პოპულაციას, განვითარებულ ქვეყნებში, 5–13 წლის

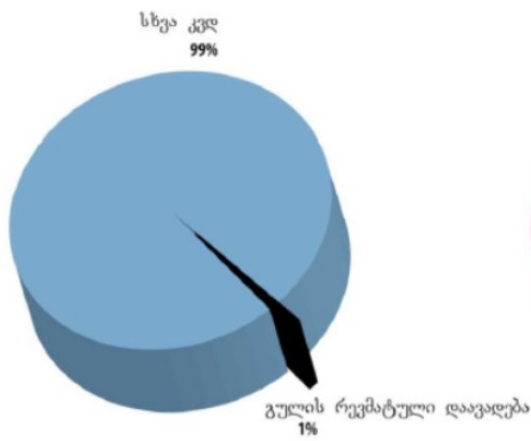
ბავშვებში რევმატული ცხელება გულის რევმატული დაავადების უზმირესი მიზეზია, 25–40% მიზეზი ამ სუბპოპულაციაში კარდიოვასკულური დაავადებებით და 33–50% – მიზეზი ზოგადად ჰოსპიტალიზაციის. მოზრდილ პოპულაციაში, გულის რევმატული დაავადებების წვლილი გსდ ზოგად სტრუქტურაში დაბალია, მიუხედავად ამისა, ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემად რჩება, მაგალითად, დედათა არაპირდაპირი სამეანო მიზეზებით სიკვდილიანობის მხრივ.

ჯანმოს მონაცემებით, 12 მლნ პაციენტი, გულის რევმატული დაავადებით, საჭიროებს მკურნალობას, შრომისუუნარობისა და ლეტალური გამოსავლის პრევენციის მიზნით. მათ შორის 8 მლნ. სკოლის ასაკის ბავშვია. გულის რევმატული დაავადების გავრცელება 1000 ბავშვზე 15–ს აჭარბებს და ეს პროცესი აქტიურდება სიცოცხლის მეორე და მესამე ათწლეულში.

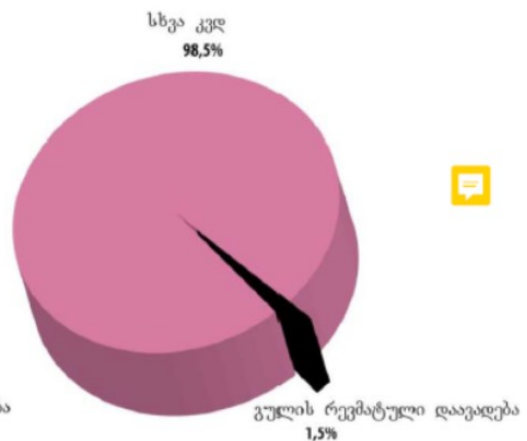
მსოფლიოში არსებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციიდან გამომდინარე, აუცილებლად აღნიშვნის ღირსია ევროპასა და ამერიკაში რეგისტრირებული პერიფერიული არტერიების დაავადების 27 მლნ. შემთხვევა, რომელთა შორის 16 მლნ. ასიმპტომურია

### სურათი #3

კვლევების ზოგად სტრუქტურაში გულის რევმატული დაავადების წილი მამაკაცებში (2008)



კვლევების ზოგად სტრუქტურაში გულის რევმატული დაავადების წილი ქალებში (2008)



Global Atlas on Cardiovascular disease Prevention and Control WHO

წყარო: Global status report on NCDs 2016

კარდიოვასკულურ დაავადებათა ძირითადი რისკ-ფაქტორებია:

1. ოჯახური ანამნეზი
2. ასაკი
3. სქესი
4. არაჯანალი კვება
5. დაბალი ფიზიკური აქტივობა
6. თამბაქოს მოხმარება
7. მაღალი არტერიული წნევა
8. დისლიპიდემია სისხლში
9. ჭარბი წონა/სიმსუქნე
10. შაქრიანი დიაბეტი და სხვა პრედისპოზიციური მდგომარეობები
11. მეტაბოლური სინდრომი
12. პერინატალური ფაქტორები
13. ანთებითი მარკერები.

ჯანმოს ექსპერტთა პროგნოზის მიხედვით, გულის იშემიური და ცერებროვასკულური დაავადებები 2030 წლისათვის უპირატეს ადგილს დაიკავენ მსოფლიოში დაავადებათა ტვირთის ათ წამყვან მიზეზს შორის.

## 1.2 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ზოგადი მახასიათებლები

ხარისხის მართვის სისტემების განვითარება და მისი კონტროლის განხორციელება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ყველა ქვეყნისათვის, განსაკუთრებით განვითარებადი ქვეყნებისათვის, რომელთაც შეზღუდული რესურსების პირობებში უნდა უზრუნველყონ მოსახლეობა მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო სერვისებით. ექსპერტთა მოსაზრებით სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ეფექტურობა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ჯანდაცვის მართვის საკვანძო პრობლემას წარმოადგენს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი წარმოადგენს გარკვეული მახასიათებლების ერთობლიობას, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელია შეფასდეს გაწეული მომსახურების შესაბამისობა პაციენტის (მოსახლეობის) მოთხოვნებთან, მის

მოლოდინთან და სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიის თანამედროვე დონესთან.

„საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მე-16 მუხლის ბ) პუნქტის თანახმად: ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო დამხარების ხარისხის კონტროლი, ხოლო ამავე კანონის 63 -ე მუხლის თანახმად „ყველა სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლს დადგენილი წესით აწარმოებს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო.

2012 წლის სექტემბრიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით ამოქმედდა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა. საქართველოში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო პრაქტიკის დანერგვის მიზნით 2012 წლის 14 მაისს მიღებულ იქნა საქართველოს მთავრობის # 180 დადგენილება „კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების საგრანტო პროგრამა“ (საქართველოს მთავრობის # 180 დადგენილება), რომლის ფარგლებში ღიად გამოცხადებული საგრანტო კონკურსის გზით მოხდება კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) პროექტების შერჩევა და დაფინანსება; მათი შეფასების მიზნით შეიქმნა საკონკურსო კომისია, რომელიც განსაზღვრავს პროტოკოლის სარეკომენდაციო ფორმატს, პროექტების შეფასების კრიტერიუმებს; გათვალისწინებულია გაიდლაინების პრაქტიკული გამოყენების მონიტორინგის ჩატარება, რაც ხელს შეუწყობს კლინიკური გამოსავლის გაუმჯობესებას .

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით კლინიკებში შექმნილია სამედიცინო ხარისხის მართვის სამსახური, რომელიც ახორციელებს მომსახურების ხარისხის კონტროლს.

ხარისხის მართვის სამსახური ვალდებულია უზრუნველყოს:

1. კლინიკის ხელმძღვანელობის და კლინიკის სამედიცინო პერსონალის დროული და ადეკვატური ინფორმირება სამედიცინო მომსახურების კუთხით განხორციელებული ცვლილებებისა და სიახლეების თაობაზე.

2. პერსონალის პროფესიული განვითარების უზრუნველყოფა და პერიოდული მონიტორინგი.

3. პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და ხარვეზების გამოსწორების მიზნით რეკომენდაციების შემუშავება და დანერგვა.

4. უზრუნველყოს ხარისხის მართვის სისტემის გამართული ფუნქციონირება.

ხარისხის მართვის სამსახური ვალდებულია განახორციელოს კონტროლი, მონიტორინგი შემდეგ საკითხებზე:

1. სანებართვო პირობების შესრულება.
2. ინფრასტრუქტურისა და ტექნიკური აღჭურვილობის გამართული მუშაობა.
3. სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია.
4. სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდსაწინააღმდეგო რეჟიმის უზრუნველყოფა.
5. ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლისა და აღრიცხვის პროცესის მართვა.
6. ქვეყანაში აღიარებული სტანდარტების (გაიდლაინი, პროტოკოლი) სამედიცინო მომსახურების პროცესში გამოყენება.
7. სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება.
8. სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის დროული და მართებული წარმოება.

ხარისხის მართვის სამსახურს ევალება მონაწილეობა მიიღოს ეთიკური საკითხების განხილვაში. აუცილებელი წესით აღრიცხოს და შეისწავლოს შემდეგი შემთხვევები:

1. ლეტალური გამოსავალი.
2. პაციენტის ჯანმთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება.

3. სამედიცინო შეცდომა/სამედიცინო გადაცდომა.
4. ნოზოკომიური ინფექცი(ებ)ის დადასტურებული შემთხვევა.
5. პაციენტის/პაციენტის წარმომადგენლის საჩივარი.
6. სტატისტიკურად ხშირი გართულება.
7. რეკოსპიტალიზაცია იგივე დიაგნოზით.
8. საწოლზე დაყოვნების გახანგრძლივება.

### 1.3 კარდიოლოგიურ დახმარების ხარისხის შეფასების კრიტერიუმები

ზოგადი ხარისხის ინდიკატორები, PATH ( „Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals“ )

„საავადმყოფოს ხარისხის გაუმჯობესების შესრულების შეფასების ინსტრუმენტები“ არსებობს „PATH“ კონცეპტუალური მოდელის 6 განზომილება.

1. **კლინიკური ეფექტიანობა** – საავადმყოფოს მიერ მიღწეული წარმატებული შედეგები კლინიკურ სფეროში, რომელიც დაფუძნებულია ქვეყანაში არსებულ სამედიცინო ცოდნაზე და მოიცავს ყველა პაციენტს, რომელთაც შეუძლიათ აქედან პოტენციური სარგებლის მიღება. ეს მოიცავს მოვლის პროცესის ადექვატურობასა და მოვლის შედეგებთან შესაბამისობას.

2. **ეფექტურობა** – მაქსიმალური შედეგის მიღება რესურსების ოპტიმალური გამოყენებით, მოიცავს პროდუქტიულობასაც, საუკეთესო მოვლისთვის ტექნოლოგიების გამოყენებასა და ჩარევების შესაბამისობას დროულად!

3. **თანამშრომელთა ორიენტაცია** – თანამშრომელთა კვალიფიკაციის შესაბამისობა მათ მოვალეობასა და საავადმყოფოს მიზნებით, უწყვეტი პროფესიული განათლების, შესაფერის გარემოში მუშაობის საშუალება და სამსახურისთ კმაყოფილება. მოიცავს სამუშაო გარემოს, ინდივიდუალური საჭიროებების პერსპექტივებისა და იდენტიფიცირების ინდიკატორებს, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და უსაფრთხოების ინიციატივებს, თანამშრომლების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ქცევებსა და ჯანმრთელობის სტატუსს.

4. **რეაგირებადი მართვა** – მოიცავს მენეჯმენტის მიერ ჰოსპიტალის მიერ საზოგადოების საჭიროებების გათვალისწინებისა და მოცვის ხარისხს, მოვლის უწყვეტობის გარანტიას და ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას ყველა ჯგუფებისათვის ეთნიკური, ფიზიკური, კულტურული, სოციალური, დემოგრაფიული და ეკონომიკური განსხვავებების მიუხედავად. განმსაზღვრელი ასევე არის ჰოსპიტალის საზოგადოებასი ინტეგრაცია და ჰოსპიტალის ორიენტაცია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში.

5. **უსაფრთხოება** – საავადმყოფოში რისკების პრევენციისა და შემცირების მიზნით არსებული მრავალპიკა. საჭირო სტრუქტურებისა და პროცესის არსებობა. პაციენტის უსაფრთხოების გარდა გულისხმობს კადრისა და გარემოს უსაფრთხოებასაც.

6. **პაციენტზე ფოკუსირება** – პაციენტი განიხილება ჯანდაცვის სერვისების მთავარ მონაწილედ და სერვისები ითვალისწინებს პაციენტის, ოჯახისა და მოვლის მიმწოდებლის საჭიროებისა და მოლოდინის შესწავლა–დაკმაყოფილებას. მოიცავს მომხმარებელზე ორიენტაციას (ყურადღების სწრაფად მიქცევა, საჭირო სერვისების მისაწვდომობა, კომუნიკაცია) და პატივისცემას (პაციენტის ავტონომიურობა, კონფიდენციალურობა, ღირსება).

კარდიოლოგიური დახმარება მოიცავს სხვადასხვა სახის კვლევებსა და დიაგნოსტიკას.

კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხის შეფასებისას მრავალი კრიტერიუმია გასათვალისწინებელი, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დაავადებათა დროულ დიაგნოსტიკასა და სწრაფ რეაგირებას, რომელიც მნიშვნელოვანია პაციენტის სიცოცხლის შენარჩუნებისთვის და სიცოცხლის ხარისხის გასაუმჯობესებლად.

ნოზოლოგიები რომელიც საჭიროებს სასწრაფო კარდიოლოგიურ დახმარებას:

1. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი (ST-ელევაციით, ST-ელევაციის გარეშე, დადებითი Troponini I, გართულებული კარდიოგენული შოკით)
2. გულის მწვავე უკმარისობა
3. ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია

4. სრული AV- ბლოკადა
5. პარკუჭოვანი ტაქიკარდია
6. პარკუჭოვანი ფიბრილაცია
7. გულის ტამპონადა

მკურნალობის ხარისხი დამოკიდებულია კარდიოლოგიური დახმარების სწრაფ, სწორ დიაგნოსტიკაზე და მკურნალობაზე.

ზოგადად, მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის ეფექტურობა ფასდება სხვადასხვა კრიტერიუმებით. კერძოდ, პაციენტის მდგომარეობის ობიექტური მონაცემების შეფასება, ისეთი სტატისტიკური პარამეტრების გამოთვლა, როგორცაა სიკვდილობა, განმეორებითი ოპერაციების შემთხვევათა სიხშირე და ა.შ. თუმცა, ეს კრიტერიუმები არ მოიცავს ადამიანის სიცოცხლის ისეთ მნიშვნელოვან ასპექტებს, რომელიც განსაზღვრავს მას როგორც საზოგადოების აქტიურ წევრს. ეს ფაქტორები ფასდება ცხოვრების ხარისხის მიხედვით.

ინდიკატორები რომლითაც ფასდება კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხი:

#### **მოდელი #1**

1. ლეტალობა.
2. რეჰოსპიტალიზაცია.
3. ნოზოკომიური ინფექციების სეხშირე.
4. დაბრუნება ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში.
5. შემთხვევაზე მორგებული დაყოვნების დრო (მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, გულის მწვავე უკმარისობის, კარდიოქირურგიული ოპერაციების დროს).
6. პაციენტის ჯანმთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება.

#### **მოდელი #2**

1. კადრების მომზადება.
2. ზედმეტი სამუშაო საათები.
3. სამსახურში გამოუცხადებლობა.

4. პერსონალის ხშირი ცვლილება.
5. სამედიცინო შეცდომა/სამედიცინო გადაცდომა.
6. დანახარჯების ზრდა.

კლინიკური ინდიკატორების განსაზღვრა და კლასიფიკაცია ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.

სტრუქტურის, პროცესისა და შედეგების ინდიკატორი

*სტრუქტურული ინდიკატორი*

1. ჯანდაცვის სისტემის მიერ გამოყოფილი რესურსების რაოდენობა.
2. პერსონალის რაოდენობა.
3. პაციენტთა რაოდენობა.
4. საწოლების რაოდენობა.
5. ტექნოლოგიების ხელმისაწვდომობა.
6. შენობის სტრუქტურა.
7. კლინიკური გაიდლაინების ყოველ 2 წელში გადახედვა

*პროცესის ინდიკატორები*

1. პაციენტის სამედიცინო მომსახურება.
2. პაციენტზე ზრუნვა.
3. სამედიცინო მომსახურების მეთოდი.
4. პაციენტზე ორიენტაცია.

*შედეგების ინდიკატორი*

1. სიკვდილიანობა.
2. ფუნქციური სტატუსი.
3. ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება.
4. შრომისუნარიანობის სტატუსი.
5. ცხოვრების ხარისხი.



6. პაციენტის კმაყოფილება.

#### 1.4 კარდიოლოგიური დაავადებათა მკურნალობის თანამედროვე მიდგომები და ტექნოლოგიები

დღესდღეობით თანამედროვე ტექნოლოგიების როლი მთელს მსოფლიოში უმნიშვნელოვანესია, დღითი დღე იზრდება მისი განვითარების ტემპები და საჭიროება. კომპიუტერული თუ სხვა ტექნოლოგიური მიღწევებით ჩვენ შეგვიძლია შევქმნათ საუკეთესო ჯანმრთელობის სისტემა მთელს მსოფლიოში, ამ სისტემის შემადგენელი ნაწილები შეძლებენ დასვან სწორი დიაგნოზი და უმკურნალონ ეფექტურად პაციენტებს.

როგორც მედიცინის ყველა დარგში, ასევე კარდიოლოგიაშიც დაინერგა და ვითარდება ახალი თანამედროვე გამოკვლევებისა და მკურნალობის მეთოდები.

საქართველოც არ ჩამორჩება განვითარების ამ ტემპს კარდიოლოგიაში და წარმატებით

ახორციელებს სხვადასხვა მძიმე დიაგნოზის მქონე ავადმყოფთა მკურნალობასა და პაციენტთა მდგომარეობის გაუმჯობას.

ჩვენს ქვეყანაში ხელმისაწვდომია კარდიოლოგიური სერვისების თითქმის ყველა ომსახურება, როგორც ინსტუმენტული ისე ლაბორატორიული კვლევის მეთოდები.

#### *ინტერვენციული კარდიოლოგია*

ინტერვენციული კარდიოლოგია ეს არის კარდიოლოგიის თანამედროვე ინოვაციური სუბსპეციალობა, რომელიც წარმატებით დაინერგა ჩვენს ქვეყანაში.

თანამედროვე კარდიოლოგიაში გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტიკისა და

მკურნალობის აუცილებელ სტანდარტს წარმოადგენს კორონაროგრაფია და

კორონარული ანგიოპლასტიკა .

## *კორონაროგრაფია, კორონარული ანგიოპლასტიკა*

1977 წლის 16 სექტემბერს უნივერსიტეტის საავადმყოფოში, ციურიხში, ანდრეას გრუნტზიგმა პირველად წარმატებით შეასრულა ადამიანის პერკუტანული თერაპიული კორონარული ანგიოპლასტიკა.

კორონაროგრაფია ეს არის გულის სისხლძარღვების ანგიოგრაფია, რომლითაც ზუსტად დგინდება კორონარული (გულის მკვებავი სისხლძარღვების) არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანების ხარისხი და მდებარეობა.

პროცედურა ტარდება სპეციალიზირებულ, მაღალტექნოლოგიური რენტგენოსკოპიით აღჭურვილ ლაბორატორიაში (კათეტერიზაციის ლაბორატორიაში). პროცედურის დროს სპეციალური კათეტერი თავსდება ბარძაყის ან სხივის არტერიაში. ამ კათეტერის დახმარებით სპეციალური რენტგენო-კონტრასტული ნივთიერება შეყავთ სისხლძარღვში და ღებავენ მას, რათა სისხლძარღვი რენტგენის სხივებისათვის ხილული გახდეს. პროცედურის დასასრულს თქვენ საშუალება გექნებათ ნახოთ თქვენი გულის სისხლძარღვების სურათი.

პროცედურა ემსახურება როგორც გამოკვლევას ისე მკურნალობას, თუ რომელიმე სისხლძარღვის სანათური აღმოჩნდა დაზიანებული ან ოკლუზირებული ათეროსკლეროზული ფოლაქით, აწარმოებენ კორონარული არტერიების ანგიოპლასტიკას სტენტის იმპლანტაციით, რათა მოხდეს სისხლძარღვის გამავლობის აღდგენა და გულის კუნთის ადექვატური პერფუზია.

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს პირველი ორი საათის განმავლობაში ჩატარებულ კორონარულ ანგიოპლასტიკას დიდი შედეგი მოქვს და პაციენტთა დიდ ნაწილში თავიდან ვირიდებით შეუქცევად ცვლილებებს.



კათეტერიზაციის ლაბორატორია

### *გულის ხელოვნური რითმის წამყვანი*

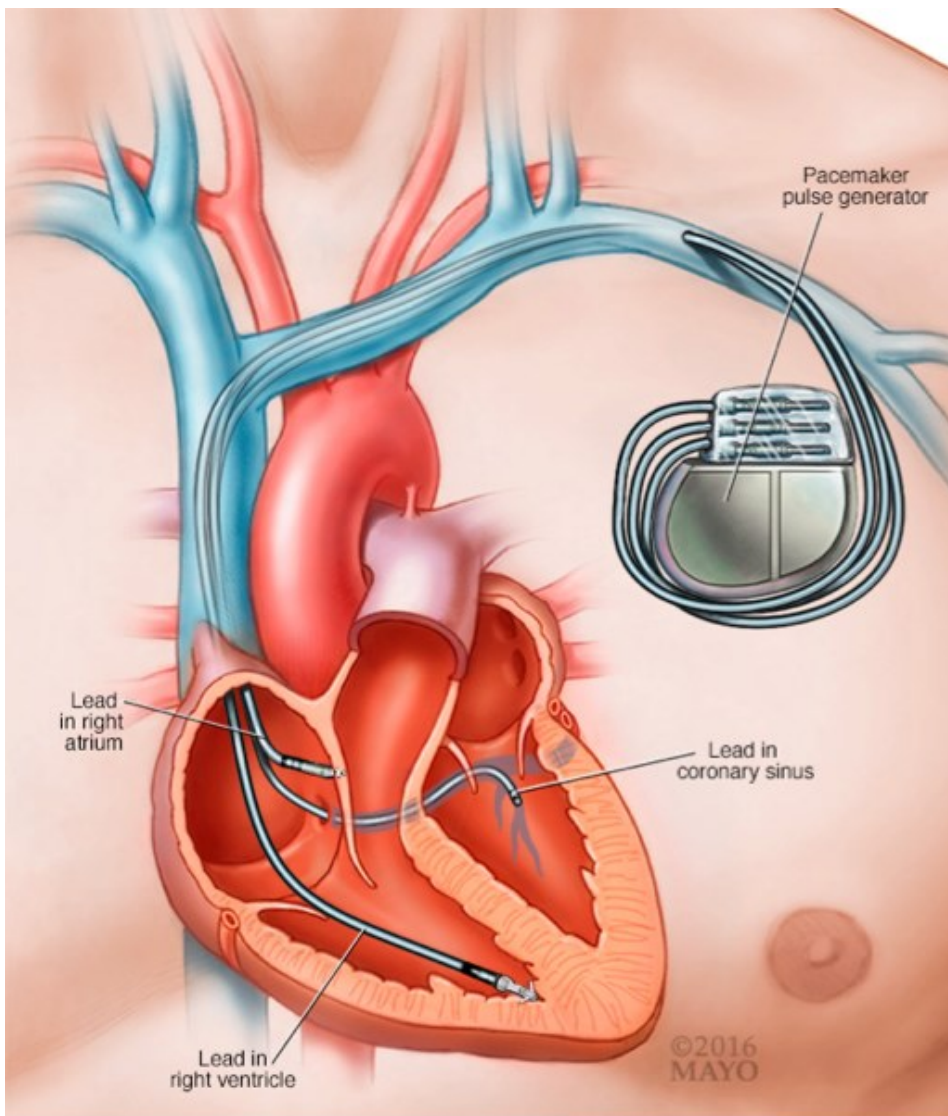
პეისმეიკერი ან ხელოვნური რითმის წამყვანი (გულის ელექტრული იმპულსების წყაროს ბუნებრივ პეისმეიკერს უწოდებენ) წარმოადგენს სამედიცინო მოწყობილობას, რომელიც უზრუნველყოფს მისთვის ელექტრული იმპულსის მიტანას ელექტროდი-გადამწოდების საშუალებით. ამ უნიკალური სისტემის საშუალებით გულის კუნთი იკუმშება და აგრძელებს ორგანიზმის ჰემოდინამიკის შენარჩუნებას.

პეისმეიკერი ან ხელოვნური რითმის წამყვანი (გულის ელექტრული იმპულსების წყაროს ბუნებრივ პეისმეიკერს უწოდებენ) წარმოადგენს სამედიცინო მოწყობილობას, რომელიც უზრუნველყოფს მისთვის ელექტრული იმპულსის მიტანას ელექტროდი-გადამწოდების საშუალებით.

პეისმეიკერის უმთავრესი მიზანია შეინარჩუნოს გულისცემის საჭირო სიხშირე, თუ ნატურალური პეისმეიკერი არასაკმარის სიხშირეს გამოიმუშავებს ან გამტარი სისტემის დაზიანების გამო ელ. იმპულსი გულის კუნთამდე ვერ აღწევს.

თანამედროვე პეისმეიკერი გარედან პროგრამირებადია და ექიმს საშუალებას აძლევს თითოეულ პაციენტს შეურჩიოს სტიმულაციის ოპტიმალური რეჟიმი.

იმპლანტირებადი პეისმეიკერის პირველი კლინიკური იმპლანტაცია ჩატარდა 1958 წელს კაროლინსკის ინსტიტუტში (სოლნა, შვეცია) ქირურგ Ake Senning- ის მიერ. არნე ლარსონი, პირველი პაციენტი, რომელმაც 86 წლის ასაკამდე მიაღწია პეისმეიკერის დახმარებით და იცოცხლა გამომგონებელსა და ქირურგზე გაცილებით დიდხანს. მას 26-ჯერ შეუცვალეს იმპლანტირებადი მოწყობილობა, რადგან თავდაპირველად პეისმეიკერის ბატარეა დიდხანს ვერ მუშაობდა. ამჟამად პეისმეიკერის სიცოცხლის ხანგრძლივობა გაცილებით მაღალია.



გულის ხელოვნური რითმის წამყვანი მოწყობილობა

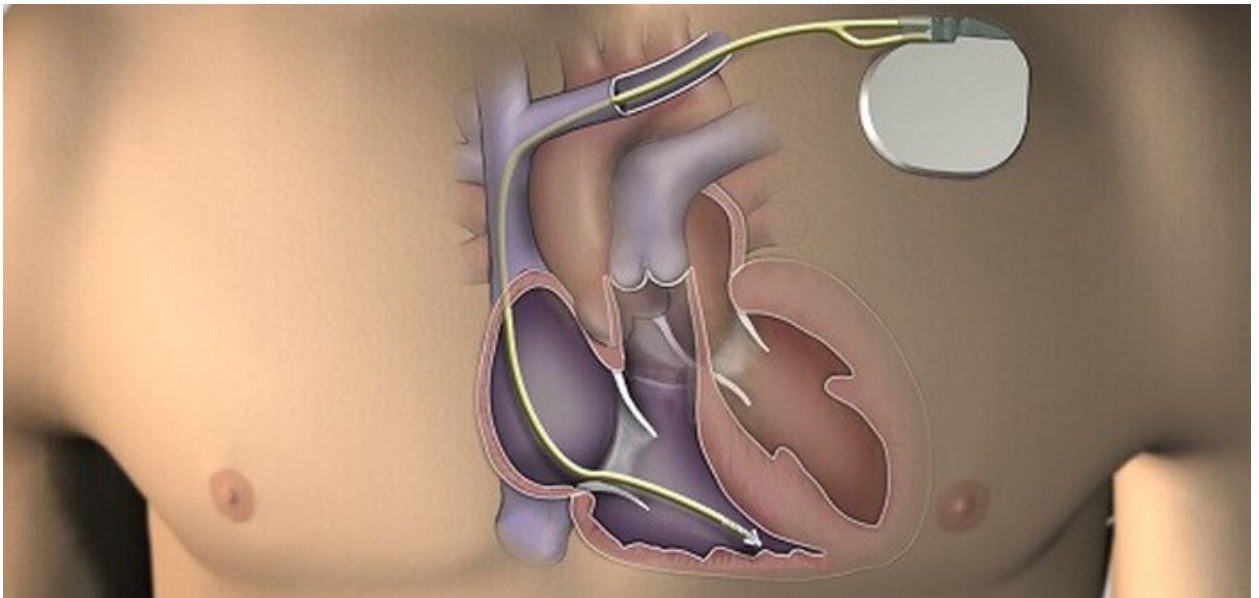
## იმპლანტაციის პროცედურა

მუდმივი ელექტრული სტიმულაციის დროს იმპლანტირებადი პეისმეიკერის ელექტროდები დგება გულის ერთ, ორ ან სამ კამერაში ვენის, ძირითადად, ლავიწქვეშა ვენის გავლით, ხოლო თვითონ პეისმეიკერი თავსდება ლავიწვეშ, ქირურგიულად შექმნილ კანქვეშა ჯიბეში. პროცედურა გამარტივებულია ფლუოროსკოპით (რენტგენით), რაც შესაძლებლობას იძლევა თვალი მივადევნოთ ელექტროდის გზა. მას შემდეგ რაც ელექტროდი კარგად დაფიქსირდება გულის შესაბამის ღრუში, ელექტრული სადენის მეორე ბოლო უკავშირდება პეისმეიკერის გენერატორს. მუდმივი პეისმეიკერის სამი ძირითადი ტიპის არსებობს. მათი კლასიფიკაცია ხდება ფუნქციის, სტიმულირებული კამერების რაოდენობის და ძირითადი ზემოქმედების მექანიზმის მიხედვით.

### *კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორი*

კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორი - პეისმეიკერის მსგავსი მოწყობილობა პეისმეიკერის და კიდევ სხვა ფუნქციით.

იმპლანტირებადი კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორი წარმოადგენს პეისმეიკერის მსგავს მოწყობილობას, რომელიც პეისმეიკერის მსგავსად დგება ლავიწქვეშა მიდამოში კანქვეშ და ასევე ვენური სისხლძარვების გამოყენებით, ელექტროდების საშუალებით, უკავშირდება გულის ღუებს. განსხვავებით პეისმეიკერისაგან, მისი დანიშნულებაა სიცოცხლესთან შეუთავსებელი არითმიების გამოცნობა და მკურნალობა. შესაბამისად ვამბობთ, რომ იმპლანტირებადი კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორი- ICD (Implanted Cardioverter-Defibrillator), რომელსაც ხშირად შემოკლებით უწოდებენ, უეცარი კარდიული სიკვდილის ანუ უეცარი გულის გაჩერების წინააღმდეგ ყველაზე ეფექტური საშუალებაა ამბულატორიულ პირობებში, როდესაც კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება შეუძლებელია



## კარდიოვერტერ დეფიბრილატორის მოწყობილობა

### *კათეტერული აბლაცია*

კათეტერული აბლაცია ინვაზიური პროცედურაა, რომელიც გამოიყენება არითმიის გარკვეული ტიპის სამკურნალოდ. აბლაციას ექვემდებარება ისეთი არითმიები, როგორცაა წინაგულთა ფიბრილაცია, წინაგულთა თრთოლვა, სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდია და ვოლფ-პარკინსონ-უაიტის სინდრომი (WPW). კათეტერული აბლაციის ორი ტიპი არსებობს: რადიოსიხშირული და კრიოაბლაცია.

კათეტერული აბლაცია რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუ არითმია ვერ კონტროლდება მედიკამენტების გამოყენებით.

კათეტერულ აბლაცია წარმატებული ინვაზიური ჩარევაა. წარმატების სიხშირე მაგალითადად, WPW დროს 95%, სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის და წინაგულთა თრთოლვისას 95-98%, ხოლო ავტომატური წინაგულოვანი ტაქიკარდიის შემთხვევაში 70-90%-ია. პოტენციური გართულება მოიცავს სისხლდენას, თრომბს, პერიკარდიულ ტამპონადას, გულის ბლოკადას, მაგრამ ეს რისკი ძალიან დაბალი და მერყეობს 0,5-3% შორის.

კათეტერული აბლაციის დროს ელექტრული კათეტერი და ხშირად რამოდენიმე კათეტერი ბარძაყის ვენის გავლით, თავსდება გულის ღრუებში. ელექტრული იმპულსის საშუალებით ხდება კლინიკური არითმიის გამოწვევა, რათა შეისწავლონ

არითმოგენული სუბსტრატის ბუნება, მდებარეობა, გართულებების რისკი. შემდგომ არითმიის სუბსტრატზე მიეწოდება რადიოსიხშირული ან კრიო ენერგია, რომლის შედეგადაც მიოკარდის ქსოვილი გადახურდება და დანეკროზდება. კათეტერული აბლაცია ტარდება ელექტროფიზიოლოგის მიერ კათეტერიზაციის ლაბორატორიაში. კათეტერული აბლაციის შემდეგ პაციენტი გადადის კარდიოინტენსიურ ნაწილში, სადაც მათ არ აქვთ უფლება იმოდრონ 4-6 საათი. მოძრაობის შემცირება ხელს უშლის სისხლდენას კათეტერიზაციის ადგილიდან. მეორე დღიდან პაციენტი უბრუნდება ჩვეულ დატვირთვას ყოველგვარი შეზღუდვების გარეშე.

### *აორტის სარქველის ტრანსკათეტერული იმპლანტაცია*

პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ მწვავე აორტალური სტენოზი და მათი ფიზიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე შეუძლებელია ტრადიციული მეთოდით სარქველის ჩანაცვლების ოპერაცია, შეუძლიათ ისარგებლონ მკურნალობის ახალი მეთოდით.

აღნიშნული ტრანსკათეტერული იმპლანტაციის მეთოდი ახალი აპრობირებული მიდგომაა დაზიანებული აორტალური სარქველების შესაცვლელად. სარქველის გადანერგვის ტრადიციული მეთოდები მოითხოვს ღია გულზე ოპერაციას, რომელსაც თან ახლავს ხანგრძლივი გამოჯანმრთელების პროცესი და შესაძლოა რთულად გადაიტანონ ხანშიშესულმა ან დამატებით სხვა დაავადებების მქონეს პაციენტებმა.

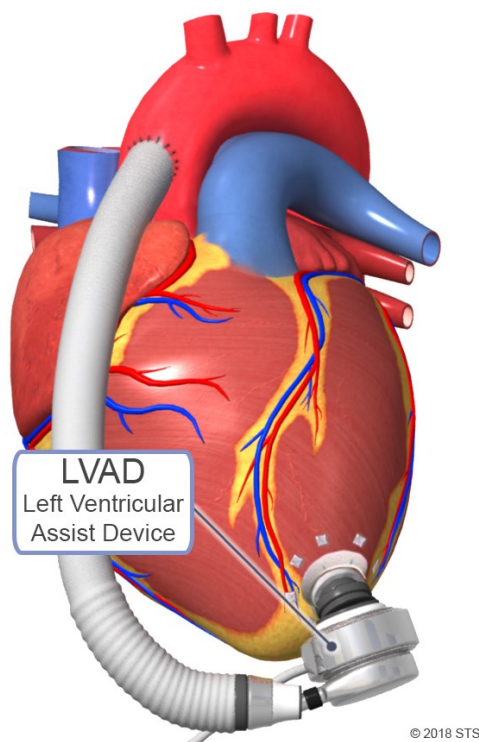
ტრანსკათეტერული იმპლანტაციის დროს, ქირურგი ხსნის ბარძაყის არტერიას, აფართოვებს დაავადებულ აორტარულ სარქველს ბალონის მეშვეობით და შემდეგ გადაადგილებს გულის ახალ სარქველს დაზიანებული სარქველის გასწვრივ, რომელიც ფიქსირდება თავის მუდმივ პოზიციაში.

## მარცხენა პარკუჭის დახმარების ხელსაწყო

მარცხენა პარკუჭის დახმარების ხელსაწყო (Left Ventricular Assist Device (LVAD)), არის ტუმბო, რომელსაც ვიყენებთ გულის მძიმე ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულ პაციენტებში, ხელსაწყო ქირურგიული მეთოდით იმპლანტირდება გულის მარცხენა კამერაში, რისი მეშვეობითაც მარცხენა პარკუჭს მექანიკურად, აპარატის დახმარებით შეუძლია გადატუმბოს სისხლი სხვადასხვა ორგანოში.

ამ მეთოდს იყენებენ პაციენტებში რომლებიც ელოდებიან გულის ტრანსპლანტაციას, მოწყობილობა აუმჯობესებს პაციენტთა სიცოცხლის ხარისხს.

ზოგიერთი პაციენტი არ არის გულის ტრანსპლანტაციის კანდიდატი. ამ შემთხვევაში პაციენტებს შეუძლიათ მიიღონ გრძელვადიანი მკურნალობა LVAD- ის საშუალებით, რაც პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას შეუწყობს ხელს.



მარცხენა პარკუჭის დახმარების ხელსაწყო



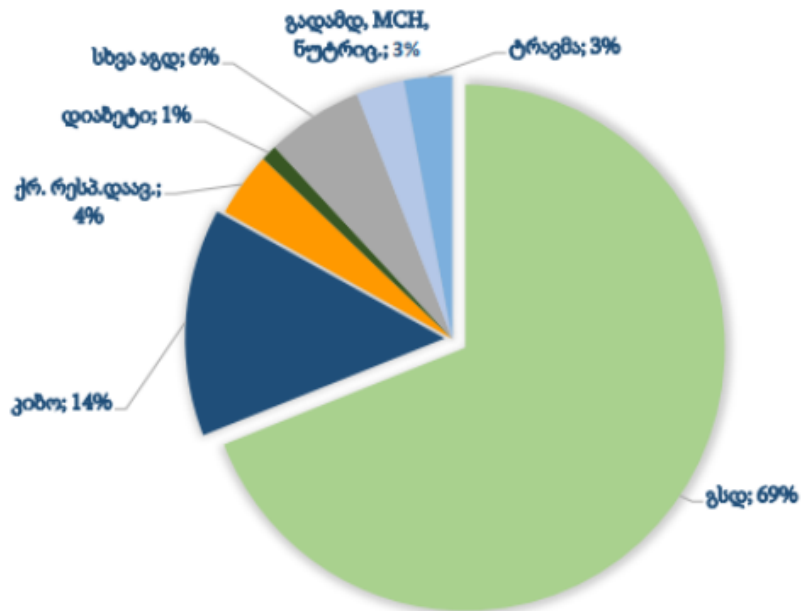
## თავი 2

### 2.1 კარდიოლოგიურ დაავადებათა სტატისტიკა საქართველოში

2017 წლის ანგარიშის თანახმად საერთო სიკვდილიანობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით, მათ შორის 69% უკავშირდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს, 14% - კიბოს, 1% - დიაბეტს და 4% - ქრონიკულ რესპირატორულ დაავადებებს. არაგადამდები დაავადებები გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ჯანმრთელობაზე, არამედ ქვეყნის მდგრად განვითარებაზეც.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა შესახებ ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების გაანალიზების საფუძველზე 2013-2017წწ გამოვლენილი მაჩვენებლების თვალსაჩინო ზრდა ასოცირებულია ჰიპერტონული დაავადების მკვეთრმა ტემბამსთან.

არაგადამდები ავადმყოფობებით გარდაცვალების სტრუქტურა

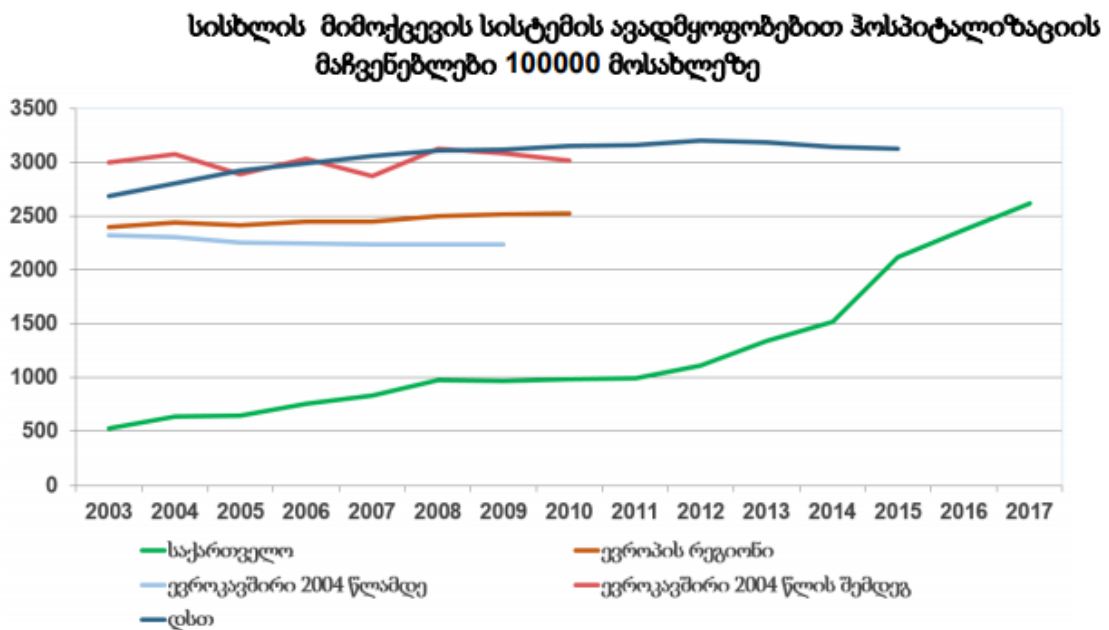


წყარო: Global status report on NCDs 2016

## სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 17.2%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 9.4%-ს შეადგენს. ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილიანობით ხასიათდება.

ჰიპერტენზიული, იშემიური და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები. 2000-2017წლებში საქართველოში აღინიშნება სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების პრევალენტობის ზრდის ტენდენცია.



*წყარო: დეკჯეც, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“*

## ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა

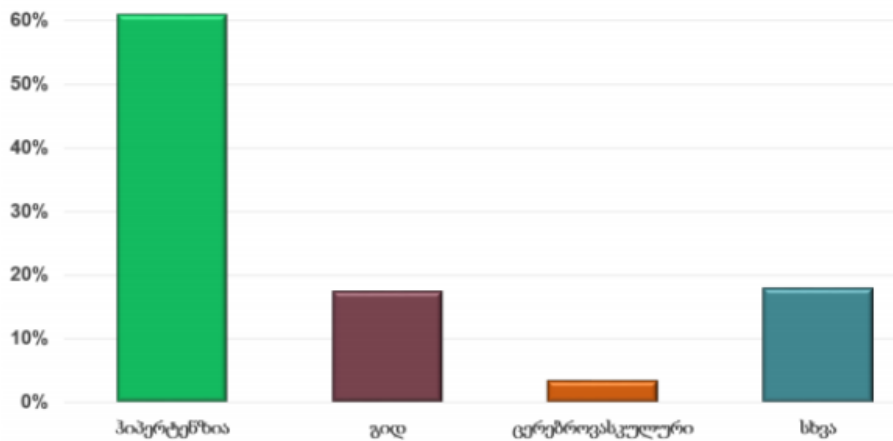
კარდიოვასკულური ავადმყოფობების რეგისტრირებული შემთხვევების სტრუქტურაში 53.3% ჰიპერტენზიაზე მოდის (2017). არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის STEPS 2016-ის მონაცემებით, მაღალი არტერიული წნევა მოსახლეობის 37.7%-ში აღირიცხა; იგივე მაჩვენებელი 2010 წელს 33.4% იყო.

## გულის იშემიური ავადმყოფობები

გულის იშემიური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა ~15.9%-ს შეადგენს, მათ შორის სტენოკარდია – 6.3%; მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი – 1.6% და სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობები –

1.3%. 2017 წელს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით დროული ჰოსპიტალიზაცია (ავადმყოფობის დაწყებიდან პირველ 24 საათში) შემთხვევათა 48%-ში განხორციელდა.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურა (%), საქართველო, 2017



წყარო: დეხჯე

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო 2017

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელება, საქართველო, 2008 – 2017

წელი	სულ				ბავშვები 0-15 წლამდე			
	წლის ბოლოს რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა 100 000 მოსახლეზე	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე	წლის ბოლოს რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა 100 000 მოსახლეზე	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე
2008	306573	7966.1	74379	1932.7	5102	742.6	1250	181.9
2009	326421	8557.6	96038	2517.8	4775	697.9	1359	198.6
2010	337651	8916.8	98193	2593.1	4672	681.8	1103	161.0
2011	363488	9676.4	103466	2754.4	4176	610.8	749	109.5
2012	355657	9537.9	133411	3577.8	4044	593.2	823	120.7
2013	425232	11438.1	196348	5281.5	2347	343.4	1739	254.5
2014	409817	11018.3	165398	4446.9	1789	257.8	2069	298.1
2015	425105	11411.4	174735	4690.5	2793	392.8	3581	503.6
2016	447713	12011.1	190994	5123.9	1815	250.0	1731	238.4
2017	615732	16516.4	184729	4955.2	2819	381.5	1555	210.4

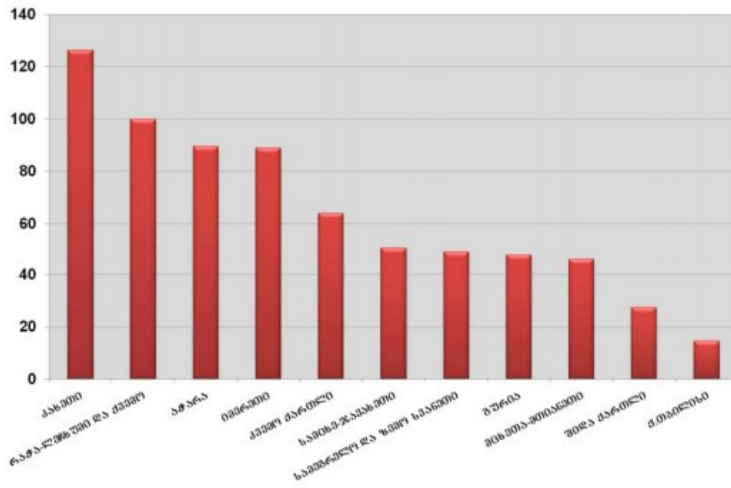
წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო 2017

**ცხრილი 4.19 გულის იშემიური ავადმყოფობის სტრუქტურა, საქართველო, 2017**

	რეგისტრირებულია წლის ბოლოს		ახალი შემთხვევები	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
<b>გულის იშემიური ავადმყოფობა</b>	<b>76715</b>	<b>100</b>	<b>29412</b>	<b>100</b>
<i>მათ შორის:</i>				
სტენოკარდია	26503	34.5	11620	39.5
მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი	1820	2.4	2983	10.1
გულის სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობა	5422	7.1	2404	8.2

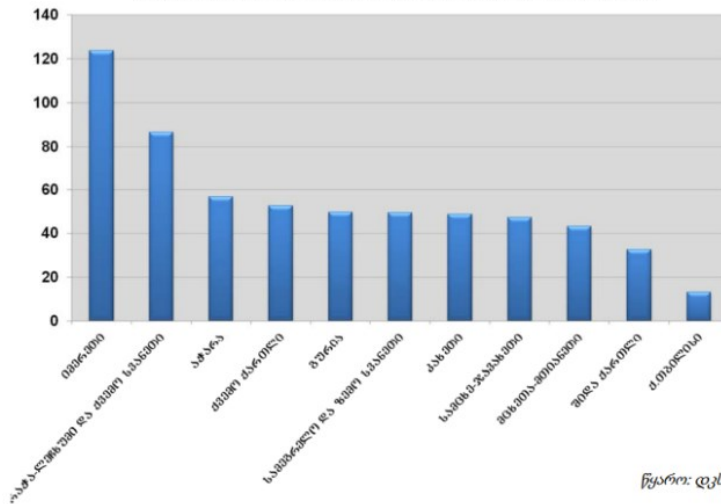
წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო 2017

**გულის მწვავე ინფარქტი, პრევალენტობა რეგიონების მიხედვით,**



წყარო: დკსჯე

**გულის მწვავე ინფარქტი, ინციდენტობა რეგიონების მიხედვით,**



წყარო: დკსჯე

ბოლო 5 წლის მაჩვენებელი -სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში

1. 2013-საქართველოში 2013 წელს აღინიშნა სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების ახალი შემთხვევების და რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობის მკვეთრი მატება, რაც სავარაუდოდ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდასთან არის დაკავშირებული.

2. 2014-საქართველოში 2014 წელს სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების ახალი შემთხვევებისა და რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობის მატების ტენდენცია შემცირდა.

3. 2015-სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 15.5%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 8.6%-ს შეადგენს.

4. 2016-სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 15.6%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 7.9%-ს შეადგენს.

5. 2017-სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 17.2%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 9.4%-ს

## 2.2 კარდიოლოგიური დახმარების ორგანიზაცია საქართველოში

სტატისტიკური მონაცემებით გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა ერთ-ერთ წამყვან ადგილზეა მთელს მსოფლიოში და მათ შორის საქართველოშიც. აღსანიშნავია, რომ საგრძნობლად გაახალგაზრდავდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემთხვევები. ბოლო პერიოდში კარდიოლოგიაში დაინერგა ახალი ტექნოლოგიები, რომლებმაც მნიშვნელოვნად შეამცირა დაავადებების პროგრესირება, მათი გართულებები. მნიშვნელოვანია

პრევენციული ღონისძიებების ჩატარება, ასევე დაავადების დროული დიაგნოსტიკა და მისი სწორი მართვა.

კარდიოლოგიური პრობლემები ერთ-ერთი პირველია იმ ჩამონათვალს შორის, რაც უყურადღებობის შემთხვევაში, შესაძლოა ფატალური შედეგით დასრულდეს. საბედნიეროდ, დღეს საქართველოში მედიცინის ეს სფერო საკმაოდ კარგადაა განვითარებული და ჩვენი კარდიოლოგები მაქსიმალურად ცდილობენ, ფეხი აუწყონ თანამედროვე მსოფლიო მედიცინაში მიმდინარე პროცესებს.

ბოლო წლებში განსაკუთრებით განვითარდა კარდიოლოგია საქართველოში. ქართველი კარდიოლოგები მსოფლიოს წამყვან კლინიკებში მუშაობენ და გადიან სტაჟირებებს, გარდა ამისა, მსოფლიოს წამყვანი კარდიოლოგიური კლინიკებიდან ჩამოდიან უცხოელი კარდიოლოგები ცოდნის გასაზიარებლად.

ბოლო წლების განმავლობაში ქვეყანაში გაიხსნა მრავალი ახალი კლინიკა, რომელიც წარმატებით ფუნქციონირებს და მოსახლეობას აწვდის სათანადო სამედიცინო მომსახურებას.

თბილისში ფუნქციონირებს 20 სპეციალიზირებული კარდიოლოგიური კლინიკა, სადაც მკურნალობა ტარდება უახლესი ევროპული და ამერიკული გაიდლაინების შესაბამისად.

ბოლო წლების განმავლობაში მნიშვნელოვნად განვითარდა კარდიოქირურგიული მიმართულება, დაინერგა მინი ინვაზიური მანიპულაციები, რომლებმაც შეამცია პოსტ-ოპერაციული გართულებები. შემცირდა ოპერაციის მაშტაბურობა, რომელიც პირველ რიგში პაციენტის ჯანმრთელობაზე აისახება.

სპეციალიზებულ კარდიოლოგიურ კლინიკებში მკურნალობას გადიან შემდეგი ნოზოლოგიების მქონე პაციენტები:

1. მიოკარდიუმის ინფარქტი;
2. სტენოკარდია;
3. არტერიული ჰიპერტენზია;
4. გულის რითმის დარღვევა;
5. გულის უკმარისობა;

6. კარდიტები;

7. კარდიომიოპათიები.

სპეციალიზებულ კარდიოლოგიურ კლინიკებში არსებობს მრავალი სტრუქტურული ერთეული, რომელიც ემსახურება კარდიოლოგიურ დახმარების ორგანიზებას.

სტრუქტურული ერთეულები დაყოფილია შემდეგნაირად:

1. გენერალური დირექტორი
2. კლინიკური დირექტორი
3. სამეთვალყურეო საბჭოს დირექტორი
4. ამბულატორიული დეპარტამენტი
5. გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტი
6. კარდიორეანიმაციული განყოფილება
7. კარდიოქირურგიული დეპარტამენტი
8. მულტიპროფილური განყოფილება
9. ზოგადი კარდიოლოგიის დეპარტამენტი
10. დიაგნოსტიკური ცენტრი
11. ცენტრალური ლაბორატორია
12. კათეტერიზაციის ლაბორატორია
13. რეაბილიტაციის ცენტრი
14. სამეცნიერო კვლევების დეპარტამენტი
15. ხარისხის კონტროლი

**კარდიოლოგიური განყოფილების მოწყობის თავისებურებები**

ზოგადი კარდიოლოგიის დეპარტამენტში მნიშვნელოვანია რესურსების სწორი განაწილება.

კარდიოლოგიური განყოფილების საწოლების რაოდენობას განსაზღვრავს კლინიკის შესაძლებლობები.

განყოფილებაში უნდა არსებობდეს 24 საათიანი სამუშაო გრაფიკი კვირაში 7 დღე.

მორიგე ბრიგადის სამუშაოს სპეციფიკის მიხედვით დაშვებულია მორიგეობის 24 საათიანი და 18 საათიანი გრაფიკი ექიმებისთვის, 24 საათიანი განრიგი მედდებისთვის და უმცროსი მედდებისთვის. საჭიროების შემთხვევაში დასაშვებია მორიგეობის ინდივიდუალური განრიგის შემუშავება ცალკეული სამსახურის მიხედვით.

დეპარტამენტის სამუშაოს სპეციფიკის გათვალისწინებით არჩეული უნდა იყოს მუშაობის გუნდური პრინციპი ერთდროულად მორიგეობს გუნდი შემდეგი შემადგენლობით:

1. ექიმი, მორიგე ბრიგადის ხელმძღვანელი.
2. ექიმი-რეზიდენტი ან უმცროსი ექიმი.
3. ექთანი.
4. ექთნის დამხმარე.
5. სანიტარი.

კარდიოლოგიური განყოფილება დაყოფილია შემდეგნაირად: ინტენსიური მოვლის პალატა და ცალკეული პალატები.

დეპარტამენტი აღჭურვილი უნდა იყოს შემდეგი ინსტრუმენტებით:

1. ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის აპარატი
2. დეფიბრილატორის აპარატი
3. ენდოტრაქეალური მილი
4. ლარინგოსკოპი
5. დროებითი ხელოვნური რითმის წამვანის აპარატი



6. ელექტროკარდიოგრაფიის აპარატი
7. 24 საათიანი ეკგ-მონიტორი
8. ექოკარდიოგრაფი აპარატი
9. გადაუდებელი დახმარების მედიკამენტები
10. 24 საათიანი ჟანგბადის მიმწოდებლები

## 2.3 რესურსები საქართველოში

ჯანდაცვის ადამიანური რესურსი პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან, რომლის მართვაც 2017-2030 წწ ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვის დოკუმენტის მიხედვით სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ პრიორიტეტს წარმოადგენს ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ადამიანების რაოდენობით საქართველო სრულ ასიმეტრიაშია ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ განვითარებულ ქვეყნებში სამედიცინო დაწესებულების ხარჯის დაახლოებით 60-70% დასაქმებულთა ხელფასზე მოდის, გამოდის რომ ღარიბი საქართველო ჯანდაცვაში გაცილებით ძვირადღირებულ ადამიანურ რესურსს იყენებს (ნაცვლად ექთნებისა) და ამით ჯანდაცვის მომსახურებას მნიშვნელოვნად აძვირებს, რაც ფინანსურ ტვირთად მოსახლეობას აწევბა. ეს დისბალანსი კიდევ იმით მწვავედება რომ არის სექციო სპეციალობები, სადაც საქართველოს ექიმი თითქმის არ ჰყავს და თუ ყავს მეტად არასაკმარისი რაოდენობით.

2017 წლის მონაცემებით, საქართველოში 37 000-მდე სერტიფიცირებული ექიმი და 27 800 სტომატოლოგია. თუ ამ ციფრებს 2016 წლის მონაცემებს შევადარებთ, ის ასე გამოიყურებოდა: დასაქმებული ექიმების რაოდენობა დაახლოებით 24 000-ს შეადგენდა. ამასთან, კვლევაში აღნიშნულია, რომ ექიმების ზუსტი რაოდენობის დადგენა ძალზე რთულია, რადგან მედიკოსები ხშირად რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობენ

## სამედიცინო კადრების გეოგრაფიული დისბალანსი

თბილისს, სადაც ქვეყნის მოსახლეობის მარტო 30% ცხოვრობს, დაახლოებით 15,000 ექიმი ემსახურება. ქვეყნის მოსახლეობის დანარჩენ 70%-ს კი მხოლოდ 8,000 ექიმითბილისს ექთნები არ სჭირდება, რადგან ორ ექიმზე ერთი ექთანი მოდის, მაშინ როცა ევროპაში ეს თანაფარდობა პირიქითაა და ორი ექთანი ეხმარება ერთ ექიმს, შესაბამისად ხარისხიც უკეთესია. არც სხვა რეგიონებში არის საქმე კარგად: მცხეთა-მთიანეთში ერთ ექიმზე ერთი ექთანია, ხოლო რაჭა-ლეჩხუმში და ქვემო სვანეთში ერთ ექიმს 1.48 ექთანი ეხმარება.

მოსახლეობის გათვალისწინებით რამდენი ექიმი და ექთანი უნდა ჰყავდეს საქართველოს ყველა რეგიონში მოსახლეობის შესაბამისი რომ იყოს

ქვეყანა	ექიმი	ექთანი
საქართველო	24,082	18,701
გერმანია	15,257	49,848
საშუალო ევროპული ქვეყანა	11,969	27,496
ინგლისი	10,422	32,407

წყარო: კანმოს მონაცემთა ბაზა „კანმრთელობა ყველასათვის“ 2014წ  
დკსჯეც, სტატისტიკური ცნობარი, 2016წ

ზუსტად რამდენი ექიმი და ექთანი გვყავს საქართველოში

1.-2016 წლის მონაცემებით საქართველოში დასაქმებულ ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 24,082-ს

წყარო: დკსჯეც, სტატისტიკური ცნობარი

2.-2017 წლის მონაცემებით სერტიფიცირებულ ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 36,959-ს, სტომატოლოგიური სპეციალობების გარეშე 27,851-ს

წყარო: სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო, სახელმწიფო სასერტიფიკაციო რეესტრი

100 ათას მოსახლეზე საქართველოში 462 ექიმი მოდის, როდესაც ევროპულ ქვეყნებში ეს რიცხვი 327-ია.

ზოგადი მონაცემებიდან გამომდინარე, საქართველოში ადამიანური რესურსების არათანაბარი გადანაწილებაა მედიცინაში, რაც აისახება მომსახურების ხარისხზე.

როგორც მედიცინის ყველა სფეროში ასევე კარდიოლოგიის მიმართულებითაც ეს პრობლემა თვალსაჩინოა, ექიმებისა და ექთნების განაწილება არათანაბარია.

კარდიოლოგიური დაწესებულებათა, კარდიოლოგებისა და კარდიოქირურგთა რაოდენობა:

1. 2018 წლის მონაცემებით გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება ფლობს 124 სტაციონარული დაწესებულება, მათ შორის თბილისში 62
2. 2019 წლის მონაცემებით თბილისში ფუნქციონირებს 20 სპეციალიზებული კარდიოლოგიური კლინიკა.
3. 2019 წლის მონაცემებით საქართველოში სერთიფიცირებულია 1870 კარდიოლოგის სპეციალისტი და 70 კარდიოქირურგი.

*წყარო: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან, დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.*

## 2.4 კარდიოლოგიურ სერვისები და მათი ღირებულებების საქართველოში

კარდიოლოგიური სერვისები მოიცავს მრავალ ინსტრუმენტულ და ლაბორატორიულ კვლევებს.

კარდიოლოგიაში დანერგილია სხვადასხვა დიაგნოსტიკური მეთოდები. აღნიშნული კვლევები ადრეულ სტადიაში გულისა და სისხლძარღვთა დაავადებების გამოვლინების, ეფექტური პროფილაქტიკისა და მკურნალობის საშუალებას გვაძლევს. უკანასკნელ წლებში გულისა და სისხლძარღვთა დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საქმეში დიდი პროგრესი შეინიშნება, ამის მიზეზები უთუოდ უახლესი ოპერაციული მეთოდების დანერგვა, ახალი თაობის

ფარმაკოლოგიური პრეპარატების შექმნა და სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებაა.

ჩვენს ქვეყანაში ხელმისაწვდომია კარდიოლოგიური სერვისების თითქმის ყველა მომსახურება, როგორც ინსტუმენტული ისე ლაბორატორიული კვლევის მეთოდები.

**გამოკვლევის ინსტუმენტული მეთოდები და მათი ღირებულება**

	ფასი	
	თბილისი	რეგიონი
<i><u>დიაგნოსტიკური ტესტირება:</u></i>		
კარდიოლოგის კონსულტაცია	40–70ლ	30–50ლ
ექოკარდიოგრაფია	60–80ლ	40–60ლ
სტრესი ტესტირება		
ჰოლტერის მონიტორი	60–80ლ	40–60ლ
კორონაროგრაფია	600–850ლ	600–700ლ
ტრანსეზოფაგული ექოკარდიოსკოპია		
ელექტროკარდიოგრაფია	10–15ლ	10–15ლ
გულის მაგნიტო რეზონანსული კვლევა, MRT	600ლ	
გულის CT ანგიოგრაფია	150–250ლ	150–250ლ

გამოკვლევის ლაბორატორიული მეთოდები და მათი ღირებულება

	ფასი	
	თბილისი	რეგიონი
<u>დიაგნოსტიკური ტესტირება:</u>		
სისხლის საერთო ანალიზი	15-20ლ	10-15ლ
კოაგულოგრამა	20-30ლ	20-25ლ
კრეატინინი	10-15ლ	10-15ლ
ტროპონინი	35-45ლ	30-40ლ
გაზების და ელექტროლიტების განსაზღვრა სისხლის	15-20ლ	10-15ლ
ლიპიდური სპექტრი	35-45ლ	25-35ლ
ღვიძლის ფუნქციური სინჯი	50-65ლ	35-45ლ
შარდის საერთო ანალიზი	10-15ლ	10-15ლ
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში	10-15ლ	10-15ლ
თირეოტროპული ჰორმონი, TSH	35-50ლ	30-40ლ
ალბუმინი	10-15ლ	10-15ლ
B ტიპის წინაგულოვანი ნატრიურული პეპტიდი BNP	100-120ლ	100-120ლ
შრატის რკინა, ფერიტინი	35-45ლ	30-40ლ
C-რეაქტიული ცილა, CRP	15-20ლ	10-15ლ
გლიკოზირებული ჰემოგლობინი	25-35ლ	25-35ლ

## 2.5 კარდიოლოგთა კომპეტენცია

„კარდიოლოგია“ არის შინაგანი მედიცინის სპეციალობა, რომელიც შეისწავლის გულის და სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის და პრევენციის საკითხებს.

კარდიოლოგი – არის ექიმი-სპეციალისტი, რომელიც მედიცინის თანამედროვე მიღწევებისა და შესაბამისი გაიდლაინების რეკომენდაციების გათვალისწინებით ატარებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით, აგრეთვე მათთან ხშირად ასოცირებული სხვა (ფართოდ გავრცელებული – ცომმონ დესეასეს) დაავადებებით დაავადებული პაციენტების ეფექტურ და რაციონალური დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და პრევენციას.

**კარდიოლოგის პროფესიული ზოგადი ცოდნა:** კარდიოლოგია მოიცავს ჩამოთვლილი დაავადებებისა და პათოლოგიური მდგომარეობების სიმპტომატოლოგიას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და პრევენციას: გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ანატომია და ფიზიოლოგია;

1. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების პათოფიზიოლოგია;
2. კარდიოვასკულური დაავადების რისკის ფექტორები;
3. საქართველოში კარდიოვასკულური დაავადების ეპიდემიოლოგია;
4. კარდიოვასკულური დაავადებების რაციონალური ფარმაკოთერაპიის პრინციპები;
5. კანონდებლობით განსაზღვრული სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსების წესები;
6. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით პაციენტების შრომისუნარობის ექსპერტიზა;
7. სამედიცინო ეთიკის საფუძვლები;
8. გუნდური მუშაობის პრინციპები;
9. პაციენტთან, აგრეთვე მისი ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის, საჭირო ინფორმაციის მიწოდებისა და ინფორმირებული თანხმობის მიღების პრინციპები და წესები.

## ექიმ-სპეციალისტის ზოგადი უნარ-ჩვევები:

1. სრულყოფილი ანამნეზის შეკრება;
2. ფიზიკალური გამოკვლევების ჩატარება;
3. ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული დიაგნოსტიკური ღონისძიებების დანიშვნა (გამოკვლევის რაციონალური გეგმა);
4. ჰემოდინამიკის პარამეტრების მონიტორირების ჩატარება და შედეგების შეფასება;
5. ძირითადი დაავადების, გართულებებისა და თანმხლები დაავადებების რაციონალური მკურნალობის დაგეგმვა და ეფექტური ჩატარება;
6. სამკურნალო ღონისძიებების თერაპიული ეფექტის დინამიკაში შეფასება;
7. მედიკამენტური და არამედიკამენტური მკურნალობის თანამოვლენებისა და გართულებების დროული ამოცნობა და მათი მართვა;
8. დაავადების ადრეული და მოგვიანებითი პერიოდის გართულებების დროული ამოცნობა, მკურნალობა და პრევენცია;
9. ცხოვრების სტილის და მავნე ჩვევების (თამბაქო, ალკოჰოლი და სხვა) უარყოფითი ზეგავლენა კარდიოვასკულურ სისტემაზე;
10. კარდიოვასკულური დაავადების რისკის შეფასება და პაციენტების ადექვატური მართვა;
11. რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაცია (თამბაქო, კვება, ჰიპოდინამია, და სხვ.) და მისი როლი კარდიოვასკულური დაავადებების მეორად პრევენციის საქმეში;
12. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვადასხვა დაავადებებისა (და პათოლოგიური მდგომარეობების) დროს ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებების, აგრეთვე ჰოსპიტალური მართვის დასრულების (გაწერის) დროის განსაზღვრა, პაციენტის გაგზავნა ამბულატორიული დაკვირვება-მკურნალობის გასაგრძელებლად;
13. პაციენტის ინვაზიური დიაგნოსტიკის, აგრეთვე ინტერვენციული და კარდიოქირურგიული მეთოდებით მკურნალობის ჩვენებების განსაზღვრა;
14. კარდიოქირურგიული და სხვადასხვა კარდიოვასკულური ინტერვენციული პროცედურების წინასაოპერაციო დიაგნოსტიკისა და მომზადების ჩატარება, ოპერაციების შემდგომ პაციენტების მართვა;

15. გუნდური მუშაობა სხვა პროფილის სპეციალისტებთან;
16. პაციენტისათვის და მისი ოჯახის წევრებისათვის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება და ინფორმირებული თანხმობის მიღება.

**სპეციალობა მოიცავს ქვემოთჩამოთვლილი დაავადებების, პათოლოგიური მდგომარეობების კლინიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და პროფილაქტიკას:**

1. არტერიული ჰიპერტენზიები;
2. ათეროსკლეროზი, დისლიპიდემიის სხვადასხვა ფორმები, Mდიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
3. გულის იშემიური დაავადება, მისი მწვავე და ქრონიკული ფორმები;
4. გულის კუნთის არაკორონაროგენული დაავადებები (კადიმო-პათიები, მიოკარდიტები);
5. გულის შეძენილი მანკები;
6. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის თანდაყოლილი მანკები;
7. პერიკარდიუმის დაავადებები;
8. გულის სიმსივნეები;
9. ინფექციური ენდოკარდიტი;
10. რევმატიული ცხელება;
11. გულის არითმიები;
12. აორტის დაავადებები და ტრამვული დაზიანებები;
13. პერიფერიული არტერიული სისტემის დაავადებები;
14. ვენური სისტემის დაავადებები;
15. ორსულობის პერიოდის გულსისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია;
16. გულ-სისხლძარღვთა მწვავე და ქრონიკული უკმარისობა;
17. ფილტვებში (მცირე წრეში) სისხლის მიმოქცევის დარღვევებთან დაკავშირებული პათოლოგიური მდგომარეობები;
18. პულმონური თრომბოემბოლია;
19. არტერიული ჰიპოტონია;
20. სინკოპეს დიაგნოსტიკისა და მართვის თანამედროვე პრინციპები;



21. უეცარი კარდიული სიკვდილის დროს რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარების ალგორითმი, შემდგომი კლინიკური გამოკვლევის და რისკის შეფასების, ხანგრძლივი მართვის, მედიკამენტური თერაპიის, იმპლანტირებადი მოწყობილობების შერჩევის, პრინციპები;
22. კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი კარდიული ავადმყოფების (cardiac emergency) დროული ამოცნობა, სპეციალური გამოკვლევისა და მართვის პრინციპები;
23. კარდიოქირურგიული და სხვადასხვა კარდიოვასკულური ინტერვენციული პროცედურების ჩვენებები, მოსალოდნელი შედეგები, შესაძლო გართულებები, პაციენტების შემდგომი მართვის პრინციპები;
24. კარდიოვასკულარულ დაავადებებთან ხშირად ასოცირებული დაავადებები: სასუნთქი სისტემის დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, სხვა ენდოკრინული დაავადებები, თირკმლების დაავადებები, ინფექციური დაავადებები.

**იმ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩამონათვალი, რომელთა შედეგების ინტერპრეტაცია და კლინიკური შეფასება უნდა შეეძლოს ექიმ-სპეციალისტს:**

1. სისხლის, შარდის და სხვა ბიოლოგიური მასალების ბიოქიმიური, ციტოლოგიური, იმონოლოგიური, ბაქტერიოლოგიური, რეოლოგიური, ჰორმონალური გამოკვლევები;
2. გულმკერდის რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია;
3. ფილტვების ფუნქციური ტესტები;
4. გულსისხლძარღვთა სისტემის არაინვაზიური სადიაგნოზო კვლევები: კომპიუტერული ტომოგრაფია /კტ/ და მაგნიტური რეზონანსული გამოკვლევა (MRI), რადიოიზოტოპური დიაგნოსტიკა;
5. გულსისხლძარღვთა სისტემის ინვაზიური სადიაგნოზო კვლევები: კათეტერიზაცია, ანგიოკარდიოგრაფია, კორონაროგრაფია და ვენტრიკულოგრაფია.

## ექიმ-სპეციალისტის აუცილებელი პრაქტიკული უნარ-ჩვევები:

1. პაციენტის გასინჯვა: ანამნეზი, ინსპექცია, პერკუსია, პალპაცია, აუსკულტაცია;
2. ეკგ, ეკგ სტრეს ტესტი;
3. ამბულატორიული (24 სთ) ეკგ და არტერიული წნევის მონიტორირება;
4. ექოკარდიოგრაფია (M-მოდე, 2D, დოპლერი) და სისხლძარღვების დუპლექს სკანირება;
5. მხარ-გოჯის ინდექსის განსაზღვრა;
6. კანქვეშა, ინტრამუსკულური და ინტრავენური ინექციები; სითხეების და პრეპარატების ი/ვ ტრანსფუზია;
7. ცენტრალური ვენების და პერიფერიული სისხლძარღვების პუნქცია და კათეტერიზაცია;
8. თორაკოცენტეზი;
9. კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი კარდიული ავადმყოფების (cardiac emergency) დროული ამოცნობა, სპეციალური გამოკვლევის, საბაზისო სარეანიმაციო (Basic Life support) და სპეციალური კარდიული სარეანიმაციო ღონისძიებების (Advanced Cardiac life support) ჩატარება;
10. ჰემოდინამიკის პარამეტრების გაზომვა და ინტერპრეტაცია;
11. გადაუდებელი ტრანსვენოზური ელექტროკარდიოსტიმულაცია;
12. სასწრაფო და გეგმიური ელექტრული კარდიოვერსია;
13. გადაუდებელი პერიკადიოცენტეზი;
14. მწვავე არითმიების მართვა;
15. ინოტროპული, ვაზოაქტიური და ანტიარითმული პრეპარატების, აგრეთვე სითხის შემცვლელების შერჩევა და გამოყენება;
16. გადაუდებელი ენდოტრაქეალური ინტუბაცია;
17. ინტენსიური პალატის (განყოფილების) პაციენტებთან ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების და ანტიბაქტერიული თერაპიის ჩატარება;
18. სითხის, ელექტროლიტების, მეტაბოლიზმის, და გლუკოზის დარღვევების კორექცია;
19. ნეიროლოგიური ფუნქციის შეფასება (Glasgow Coma Scale).

დაავადებები და მდგომარეობები:

ICD 10	პათოლოგია
I10-I15	არტერიული ჰიპერტენზია
I 70.0; E75.6	ათეროსკლეროზი, დისლიპიდემია
I20-I25	გულის იშემიური დაავადება და მისი გართულებები
I25.5, I42, I43,8	კარდიომიოპათიები
I01.2; I09; I40; I51,4	მიოკარდიტები
I34-I37, Q20- Q25	გულის შეძენილი მანკები, გულის თანდაყოლილი მანკები
I30-I33.9	პერიკარდიუმის დაავადებები
I44, I45, I46, I47, I48, I49	წინაგულ-პარკუჭოვანი (ატრიო-ვენტრიკულური) და ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადა, გამტარობის სხვა დარღვევები, გულის გაჩერება, პაროქსიზმული ტაქიკარდია, წინაგულების ფიბრილაცია და თრთოლვა, გულის რითმის სხვა დარღვევები
I30.1	ინფექციური ენდოკარდიტი
I00 – I02, M79.0	მწვავე რევმატული ცხელება, რევმატიზმი დაუზუსტებელი
I50, I50.1	გულის უკმარისობა
R57.0	კარდიოგენული შოკი
I71, I73, I70, I74	აორტისა და პერიფერიული არტერიული სისტემის დაავადებები
C38.0	გულის სიმსივნეები
I95-I99	სისხლის მიმოქცევის სისტემის სხვა დაავადებები
I80, I82, I83	ვენური სისტემის დაავადებები
I89.1, I89.8, I89.9	ლიმფური სისტემის დაავადებები
I26-I28, J00- J06, J20-J22, J96, J12-J18,9, J81, J44	ფილტვების სისხლძარღვთა დაზიანებებთან და მცირე წრეში სისხლისმიმოქცევის დარღვევასთან დაკავშირებული პათოლოგიური მდგომარეობები (ფილტვის არტერიის ემბოლია, ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია, მცირე წრის პირველადი ჰიპერტენზია, ფილტვისმიერი გული და სხვ.)
O99.4	ორსულობის პერიოდის გულსისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია
	კარდიოვასკულარულ დაავადებებთან ხშირად ასოცირებული შინაგანი დაავადებები:
J00-J99	სასუნთქი სისტემის დაავადებები
E10-E14 , E00- E07	შაქრიანი დიაბეტი და სხვა ენდოკრინული
N17 –N19	თირკმლის დაავადებები

## სპეციალისტის ეტიკური კომპეტენციები:

თავისი პროფესიული მოღვაწეობის პერიოდში კარდიოლოგს ურთიერთობა აქვს პაციენტთან, კოლეგებთან და საზოგადოებასთან, რაც ემყარება განსაზღვრულ ეტიკურ პრინციპებს. კარდიოლოგმა უნდა იხელმძღვანელოს ადგილობრივი და საერთაშორისო საკანონმდებლო აქტებით, რომლებიც არეგულირებენ ამ ურთიერთობებს, სახელდობრ პაციენტებთან ურთიერთობაში კარდიოლოგი ვალდებულია:

1. გამოიჩინოს ყურადღება პაციენტის მიმართ და თანაბარი მზრუნველობით მოეპყროს მათ.
2. უნდა აღიაროს პაციენტის უფლება მისთვის სამედიცინო დახმარების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღებაში.
3. კარდიოლოგმა უნდა იზრუნოს კოლეგის, სტუდენტისა და სხვა მედპერსონალის ცოდნისა და უნარჩვევების სრულყოფისთვის.
4. თუ კარდიოლოგს გაცნობიერებული აქვს თავისი საკუთარი არასკმარისი შესაძლებლობები, მან დასახმარებლად უნდა მიმართოს კოლეგას, რომლის კომპეტენტურობაშიც ის დარწმუნებულია. მეორეს მხრივ მიუღებელია სხვა ექიმის საექიმო შეცდომაზე საჯაროდ მსჯელობა გარდა კოლეგების წევრისა.
5. კარდიოლოგი მოვალეა მიაწოდოს ინფორმაცია საზოგადოებას იმ გარემოებათა შესახებ, რომლებიც იწვევენ ჯანმრთელობის გაუარესებასა და მათი თავიდან აცილებაა შესაძლებელი.
6. კარდიოლოგის პროფესიული სრულყოფის საშუალებაა მეცნიერული კვლევა, რომელის განხორციელებისას სპეციალისტმა უნდა იხელმძღვანელოს საყოველთაოდ აღიარებული სამეცნიერო პრინციპებითა და შედეგების გამოყენებისას დაიცვას ობიექტურობა.

## 2.6 კარდიოლოგთა სარეზიდენტო პროგრამა

კარდიოლოგი– გულის დაავადებათა მცოდნე სპეციალისტია, რომელიც თანამედროვე კარდიოლოგიის მიღწევებზე დაყრდნობით და მტკიცებითი მედიცინის დებულებების გათვალისწინებით ეწევა სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ, პროფილაქტიკურ მუშაობას და ზრუნავს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. სპეციალისტის მაღალი პროფესიონალიზმი განაპირობებს სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებას. პრევენციული, დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მუშაობის გაუმჯობესება ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის დანახარჯებს ამ მიმართულებით.

კარდიოლოგიაში სარეზიდენტო პროგრამა ეყრდნობა საერთაშორისო რეკომენდაციებსა და პროგრამებს:

1. ESC Core Syllabus, 2004, The European Society of Cardiology;
2. Core Curriculum for the General Cardiologist. 2006 The European Society of cardiology ;
3. “Education in Heart”, 2004 The European Society of Cardiology ;
4. Textbook of Cardiovascular Medicin. 2006, The European Society of Cardiology;
5. აშშ–სა და ევროკავშირის ქვეყნებში მოქმედი ანალოგიური პროგრამები;
6. ESC Guidelines ;
7. Specialty training Curriculum for Cardiology . Joint Royal Colieges of Physicians Training Board. 2007;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-6/ნ 2014 წლის 4 თებერვალი ქ. თბილისი სარეზიდენტო პროგრამების დამტკიცების შესახებ თანახმად, 2014 წელს:

სარეზიდენტო პროგრამის მიზანი და ამოცანები:

“კარდიოლოგიაში” სარეზიდენტო პროგრამის მიზანია მაძიებელს მისცეს სპეციალური კლინიკური ცოდნა და აათვისებინოს საჭირო პროფესიული უნარ-ჩვევები (დადგენილი კომპეტენციების ფარგლებში). პროგრამის ამოცანაა ექიმმა კარდიოლოგმა შეძლოს (ა) გულ–სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე და ქრონიკული

დაავადებებით, აგრეთვე (ბ) მათთან ხშირად ასოცირებული შინაგანი (ფართოდ გავრცელებული – ცომმონ დესეასეს) დაავადებებით დაავადებული პაციენტების ეფექტური დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პრევენცია.

“კარდიოლოგიაში” სარეზიდენტო პროგრამა შედგენილია ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების 2013 წლის შესაბამისი რეკომენდაციების (The ESC Core curriculum for General Cardiologist, 2013) მიხედვით და მიზნად ისახავს ისეთი სპეციალისტის მომზადებას, რომლის თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამება ამ სპეციალობისადმი წაყენებულ თანამედროვე მოთხოვნილებებს, ამავე დროს ის ასახავს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ინტერესებსა და ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის სპეციფიკას.

“კარდიოლოგიაში” სარეზიდენტო პროგრამის ხანგრძლივობა 4 წელია.

.სარეზიდენტო პროგრამა, შედგება: (I) ზოგადი. და (II) ძირითადი – სპეციფიური ნაწილებისაგან. ზოგადი ნაწილი ეთმობა საბაზისო მზადებას “შინაგან მედიცინაში”, რომელიც გრძელდება არანაკლები 1 წელი. სარეზიდენტო პროგრამის ამ ნაწილის კურიკულუმი უნიფიცირებულია თერაპიული პროფილის სპეციალობებისათვის.

3.სარეზიდენტო პროგრამის მე-2 ძირითადი/სპეციფიური ნაწილი გრძელდება არანაკლებ 3 წელი და ითვალისწინებს სპეციალურ პროფესიულ მზადებას “კარდიოლოგიაში”.

4. სარეზიდენტო პროგრამის უმთავრესი დანიშნულებაა უზრუნველყოს რეზიდენტის მიერ შესაბამისი კომპეტენციებით განსაზღვრული, კლინიკური გამოცდილებისა და პროფესიული უნარ-ჩვევების პრაქტიკული ათვისება, ამ რეზიდენტის მიერ პაციენტებთან უშუალო, ყოველდღიური კონტაქტის, სამედიცინო მანიპულაციებისა და პროცედურების დამოუკიდებლად ჩატარების პირობებში.

5. “კარდიოლოგიაში” სარეზიდენტო პროგრამის სპეციალური ნაწილი შედგება ცალკეული მოდულებისაგან. მართალია ამ სპეციალობის მოდულებად დაყოფა გარკვეულწილად პირობითია, მაგრამ ეს დაყოფა აქცენტირებას უკეთებს კარდიოლოგიის ცალკეული საკითხების შესწავლის მნიშვნელობას და აუმჯობესებს რეზიდენტის მიერ მათ ათვისებას. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ სარეზიდენტო

პროგრამის სხვადასხვა მოდულებით გათვალისწინებული პროფესიული ცოდნა და უნარ-ჩვევები მთლიანობაში წარმოადგენს თანამედროვე “კარდიოლოგის” განუყოფელ შემადგენელ ნაწილებს და ამგვარად, მათი სრულყოფილი ათვისება აუცილებელია თანამედროვე ტიპის “კარდიოლოგისათვის”.

“კარდიოლოგის” სარეზიდენტო პროგრამით პროფესიული მზადების პროცესში (შესაბამის მოდულებში) რეზიდენტმა უნდა ისწავლოს და პრაქტიკულად აითვისოს სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციები და პროცედურები მათი სპეციფიკისა და კომპეტენციის დონეების (მოცულობის) მიხედვით: ცხრილი 2-ში წარმოდგენილია “კარდიოლოგის” რეზიდენტურის პროგრამით გათვალისწინებული მაძიებლის მიერ ჩასატარებელი აუცილებელი პროცედურების მინიმალური ჩამონათვალი, რაოდენობები და კომპეტენციის დონეები (შენიშვნა: კარდიოლოგიური კლინიკების ავადმყოფებით დატვირთვის და დაავადებათა სპექტრის ცვლადი დინამიკის გათვალისწინებით, რეზიდენტს შეუძლია ცხრილში აღნიშნული პრაქტიკული საქმიანობის შესაბამისი მოდულების, ასევე რეზიდენტურის მთელი პროგრამის პერიოდში:

პროცედურები	რაოდენობა	კომპეტენციის დონე
ეკგ	1000	III
24-საათიანი ეკგ	50	III
სტრეს (დატვირთვით) ეკგ	50	III
ამბულატორული არტ. წნევის მონიტორირება	10	III
ტრანსთორაკალური ექო-დოპლერკარდიოგრაფია	300	III
ტრანსსეზოფაგური ექოკარდიოგრაფია	10	II
სისხლძარღვების ულტრაბგერითი გამოკვლევა	50	II
სტრეს ექოკარდიოგრაფია	10	II
კორონაროგრაფია და ვენტრიკულოგრაფია	100	II
კორონარული ინტერვენციები	50	I
დროებითი კარდიოსტიმულაცია	20	III
ელექტროფიზიოლოგიური გამოკვლევები, აბლაცია	5	II
ელექტრული კარდიოვერსია	20	III
თორაკოცენტეზი	20	III
პერიკარდიოცენტეზი	10	III
კარდიოქირურგია	5	I

კომპეტენციის დონეების განსაზღვრება:

ა) I დონე – რეზიდენტს (ექიმს) შეუძლია (გააჩნია გამოცდილება) პაციენტისათვის (მისი მდგომარეობიდან გამომდინარე) შესაფერისი და საჭირო: (1) დიაგნოსტიკური მეთოდის შერჩევა და მიღებული შედეგების კლინიკური ინტერპრეტაცია, (2) მკურნალობის ადექვატური მეთოდის შერჩევა. კომპეტენციის ეს დონე არ ითვალისწინებს სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მეთოდის (პროცედურის) შესრულებას, მაგრამ მზადების პროცესში მონაწილეობა ამგვარ პროცედურებში სასურველია და მნიშვნელოვანია;

ბ) II დონე – აღემატება I დონეს და დამატებით მოითხოვს რეზიდენტისაგან სამედიცინო ქმედებებისა და პროცედურების ჩატარების გარკვეული პრაქტიკული გამოცდილების მიღებას, მაგრამ არა როგორც დამოუკიდებელი შემსრულებელი (ოპერატორი). რეზიდენტმა უნდა შეასრულოს სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცედურის დროს ასისტენცია. ზოგიერთ, რუტინულ შემთხვევებში შეეძლოს პროცედურების ჩატარება და ინტერპრეტაცია;

გ) III დონე – რეზიდენტის (ექიმის) მიერ სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და პროფილაქტიკური ღონისძიებების, პროცედურის (მანიპულაციის) დამოუკიდებლად ჩატარება.

კარდიოლოგიაში რეზიდენტების მზადების ზოგადი პრინციპები - რეზიდენტის პროგრამის ამოცანები განისაზღვრება შესაბამისი პროფესიული კომპეტენციების (ანუ “რა უნდა იცოდეს და რისი გაკეთება უნდა შეეძლოს” ზოგად კარდიოლოგს) მიხედვით. ზოგადად მზადების ამოცანები მოიცავს შემდეგ მახასიათებლებს /მოთხოვნილებებს:

1. ცოდნა (knowledge) – პროფესიული, თეორიული ცოდნის საბაზისო მოცულობა რომელიც სავალდებულოა “ზოგადი კარდიოლოგისათვის”.
2. პრაქტიკული გამოცდილება (skills) და უნარ-ჩვევები (Attitude and behaviours) – გამოიხატება ექიმის მიერ კლინიკური პრობლემების რაციონალურად გადაჭრის, ოპტიმალური კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღების, კლინიკური საქმიანობისა და სხვადასხვა სამედიცინო პროცედურების ეფექტურად ჩატარების უნარში და შესაძლებლობებში. პროფესიული



საქმიანობის ამ მახასიათებლების სრულყოფილი დაუფლების ერთადერთი საშუალებაა ხანგრძლივი ტრენინგი (რეზიდენტის აქტიური მონაწილეობა) რეალურ კლინიკურ პრაქტიკაში.

რეზიდენტის ცოდნის გაღრმავების გზები და საშუალებები:

1. სამედიცინო ინფორმაციის მოძიებისა და მისი კრიტიკული ინტერპრეტაციის უნარის გამომუშავება;
2. რეზიდენტის დამოუკიდებელი მუშაობა სპეციალურ სამედიცინო ლიტერატურაზე (ინტერნეტი, ბიბლიოთეკა და ა.შ.);
3. კლინიკური შემთხვევების გარჩევა და დემონსტრირება;
4. მაძიებლის მიერ პრეზენტაციების მომზადება და დემონსტრირება;
5. ლექციები, სემინარები.

პრაქტიკული გამოცდილებისა და უნარ-ჩვევების გამომუშავება - ადექვატური კლინიკური გამოცდილების და საჭირო უნარ-ჩვევების გამომუშავებისათვის აუცილებელია რეზიდენტის ყოველდღიური პრაქტიკული მუშაობა დაავადებათა ფართო სპექტრის პაციენტების საკმაო რაოდენობასთან. რეზიდენტი აქტიურად მონაწილეობს კლინიკურ მუშაობაში, თავდაპირველად ასისტენტის ფორმით, შემდგომში დამოუკიდებლად – გამოცდილი პედაგოგის მეთვალყურეობით. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა რეზიდენტის აქტიურობას შემდეგი მიმართულებებით:

1. პაციენტის გამოკვლევა;
2. კლინიკური პრობლემების განსაზღვრა და მათი გადაჭრის საშუალებების - დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება;
3. დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და პრევენციული ხასიათის, სამედიცინო მანიპულაციებისა და პროცედურების ჩატარება;
4. სტაციონარული (მათ შორის ინტენსიური კარდიოლოგიის განყოფილების /პალატის) პაციენტების კლინიკური მართვა;
5. სხვა პროფილის (განყოფილებების) პაციენტების კარდიოლოგიური კონსულტირება;

## 6. სისტემატური ღამის მორიგეობები (მინიმუმ 5 ჯერ თვეში).

რეზიდენტების პროფესიული მზადება უნდა ტარდებოდეს მხოლოდ შესაბამისი აკრედიტაციის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში (ცენტრში) ან დაწესებულებათა ჯგუფში, რომლებსაც გააჩნიათ “კარდიოლოგიის” სარეზიდენტო პროგრამით (მისი ცალკეული მოდულების ჩატარების შემთხვევაში ამ მოდულებით) სრულფასოვანი პრაქტიკული ტრენინგის ჩატარების რეალური პოტენციალი:

1. პროგრამის სპეციფიკის შესაბამისი დაავადებების ფართო სპექტრით პაციენტების საკმაო რაოდენობით წლიური დატვირთვის არსებობა კლინიკური ბაზის ცალკულ განყოფილებებში და სამსახურებში;
2. რეზიდენტებისათვის სავალდებულო სამედიცინო მანიპულაციებისა და პროცედურების ჩასატარებლად საჭირო მატერიალურ-ტექნიკური პოტენციალი;
3. სასწავლო დაწესებულებას ძირითად (მუდმივ) შტატში უნდა ჰყადეს სათანადო რაოდენობის, კვალიფიკაციის და გამოცდილების სპეციალისტები, რომლებიც ეფექტურ პროფესიულ მომზადებას ჩაუტარებენ რეზიდენტებს;
4. რეზიდენტისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ინტერნეტი, აგრეთვე საჭირო სამედიცინო ლიტერატურა.

## მუხლი 5. პროგრამის მართვა და ადმინისტრირება

1. რეზიდენტურის პროგრამის განხორციელება მიმდინარეობს საუნივერსიტეტო კლინიკებსა და იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელთაც მიღებული აქვთ აკრედიტაცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

2. რეზიდენტურის პროგრამის ხარისხის უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებელი არიან - რეზიდენტურის პროგრამის ხელმძღვანელი, პროგრამის დირექტორატი, მოდულზე პასუხისმგებელი პირი, რეზიდენტები.

3. საწავლო ბაზაზე რეზიდენტების მზადების პროცესის კოორდინაციას და ზედამხედველობას უწევს პროგრამის ხელმძღვანელი – აღიარებული კლინიკური და პედაგოგიური გამოცდილების კარდიოლოგი. იგი მეთვალყურეობს მზადების

პროგრამის მიმდინარეობას და სისტემატიურად აფასებს რეზიდენტების მომზადების დონეს.

4. პედაგოგები – მოდულზე პასუხისმგებელი პირები უშუალოდ მეთვალყურეობენ თითოეული რეზიდენტის მზადების პროცესს და ხელმოწერით ასაბუთებენ რეზიდენტის მიერ ჩატარებულ სასწავლო საქმიანობას (გატარებული პაციენტების რაოდენობა, ათვისებული უნარ-ჩვევები, ჩატარებული მანიპულაციების ტიპი, რაოდენობა, შესრულების ხარისხი, და ა.შ.) მის სპეციალურ დღიურში.

5. პროგრამის ხელმძღვანელის მოვალეობები:

ა) მისაღები გამოცდის პროგრამის შედგენა და რეზიდენტურაში მიღების პროცესში მონაწილეობა;

ბ) სპეციალობის აღწერილობის საფუძველზე შედგენილ დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების (რეზიდენტურის) აკრედიტებული პროგრამის განხორციელებას;

გ) სამედიცინო დაწესებულების და მოდულზე პასუხისმგებელი პირის მითითებით რეზიდენტის ინდივიდუალური გეგმა-გრაფიკის შედგენა;

დ) დირექტორატის წევრებთან ერთად დადგენილი წესის მიხედვით ყოველწლიურად რეზიდენტის მუშაობის შეფასება და ანგარიშის ჩაბარება;

ე) ყოველწლიური შეფასების შედეგების გათვალისწინებით რეზიდენტისათვის რეკომენდაციას მიცემა პროგრამის გაგრძელების შესახებ;

ვ) რეზიდენტის საქმიანობის არადაამაკმაყოფილებელი წლიური შეფასებისას დასაბუთებული მოხსენებითი ბარათის წარდგენა გარიცხვის შესახებ;

ზ) მოდულზე პასუხისმგებელი პირის საქმიანობის ზედამხედველობა და შეფასება;

თ) რეზიდენტურის კურსის წარმატებული დასრულების შემდეგ რეზიდენტის შემაჯამებელი ატესტაციის ჩატარება და დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლის დამადასტურებელი მოწმობის გაცემის შესახებ რეკომენდაციის მიცემა.

6. კონკრეტულ კლინიკურ ბაზაზე რეზიდენტების მზადების პროცესს პრაქტიკულად წარმართვას და აკონტროლებს კლინიკური ხელმძღვანელი –

მოდულზე პასუხისმგებელი პირი. იგი ანგარიშვალდებულია რეზიდენტურის პროგრამის ხელმძღვანელის წინაშე. მას ოფიციალურად უნდა ჰქონდეს გამოყოფილი სპეციალური დრო რეზიდენტებთან პედაგოგიური მუშაობისათვის. კლინიკური ხელმძღვანელი ძირითადად წარმართავს სტაციონარისა და ამბულატორიულ პირობებში რეზიდენტის პაციენტებთან პრაქტიკულ მუშაობას, საჭირო უნარ-ჩვევების სრულყოფილ ათვისებას.

7. კლინიკური ხელმძღვანელის – მოდულზე პასუხისმგებელი პირის მოვალეობები:

ა) წინასწარ დადგენილი ინდივიდუალური გრაფიკის მიხედვით რეზიდენტის მიერ შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობასა და ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობაზე კონტროლი;

ბ) თითოეული მოდულის დასრულების შემდეგ დადგენილი წესის მიხედვით, პროგრამ დირექტორისათვის რეზიდენტის მიერ გაწეული სამუშაოს შესახებ ანგარიშის წარდგენა;

გ) რეზიდენტის დღიურში რეზიდენტის მიერ შესრულებული სამუშაოს ხელმოწერით დადასტურება;

დ) პროგრამ ხელმძღვანელთან ერთად რეზიდენტის ატესტაციის ფორმატის შემუშავება;

ე) პროგრამ-ხელმძღვანელთან ერთად ყოველწლიურად რეზიდენტების მუშაობის დადგენილი წესის მიხედვით შეფასება;

ვ) რეზიდენტის შემაჯამებელი ატესტაციის პროცესში მონაწილეობა;

ზ) საჭიროების შემთხვევაში, პროგრამის ხელმძღვანელისათვის რეზიდენტურის პროგრამასთან დაკავშირებულ ნებისმიერ საკითხზე კონსულტაციის გაწევა.

8. რეზიდენტის უფლება/მოვალეობები:

ა) რეზიდენტი შეიძლება გარიცხული იქნას რეზიდენტურიდან ერთი თვის განმავლობაში გამოუცხადებლობის ან პროგრამის ვერ დაძლევის შემთხვევაში. გადაწყვეტილებას რეზიდენტის გარიცხვის შესახებ იღებს პროგრამის დირექტორი;

- ბ) რეზიდენტს უფლება აქვს პროგრამის კურიკულუმის დარღვევის ან შეფერხების შესახებ წერილობით აცნობოს ადმინისტრაციას;
- გ) რეზიდენტს უფლება აქვს პროგრამის დაუბრკოლებელი დამლევისათვის მოითხოვოს შესაბამისი სამუშაო პირობებით უზრუნველყოფა (კვალიფიციური ხელმძღვანელი, თანამედროვე ტიპის კლინიკური და საინფორმაციო/საკომუნიკაციო ტექნოლოგიები, სამუშაო ოთახი);
- დ) რეზიდენტი ვალდებულია შეასრულოს რეზიდენტურის პროგრამით განსაზღვრული კურიკულუმი;
- ე) რეზიდენტი ვალდებულია პროგრამით განსაზღვრული და შესრულებული საქმიანობა დააფიქსიროს პერსონალურ დღიურში;
- ვ) რეზიდენტი ვალდებულია ყოველი წლის ბოლოს წარუდგინოს პროგრამის დირექტორს გაწეული მუშაობის ანგარიში და გაიაროს ეტაპობრივი და დამასრულებელი ატესტაცია დადგენილი წესით;
- ზ) რეზიდენტი ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესი და შეასრულოს დაწესებულების განრიგით განსაზღვრული საქმიანობა.
- თ) კარდიოლოგიური პროფილის სტაციონარში თითოეულმა რეზიდენტმა ყოველდღიურად უნდა აწარმოოს სულ ცოტა ორი ავადმყოფის კურირება.

თავი 3.

### 3.1 მცირე მასშტაბის კვლევა: “მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულება კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხის მიმართ საქართველოში“

სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში ჩატარდა მცირე მასშტაბის რაოდენობრივი კვლევა 2019 წლის მაისი-ივნისში, რომლის საშუალებითაც შეფასდა „მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულება კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხის მიმართ საქართველოში“.

კვლევა ჩატარდა სამ ეტაპად. პირველ ეტაპზე მოხდა კითხვარის შემუშავება და ეთიკის კომისიის თანხმობის მოპოვება. მეორე ეტაპზე განხორციელდა მოსახლეობის გამოკითხვა. მესამე ეტაპზე კი კითხვარის დამუშავება და ანალიზი, შედეგების საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების შემუშავება.

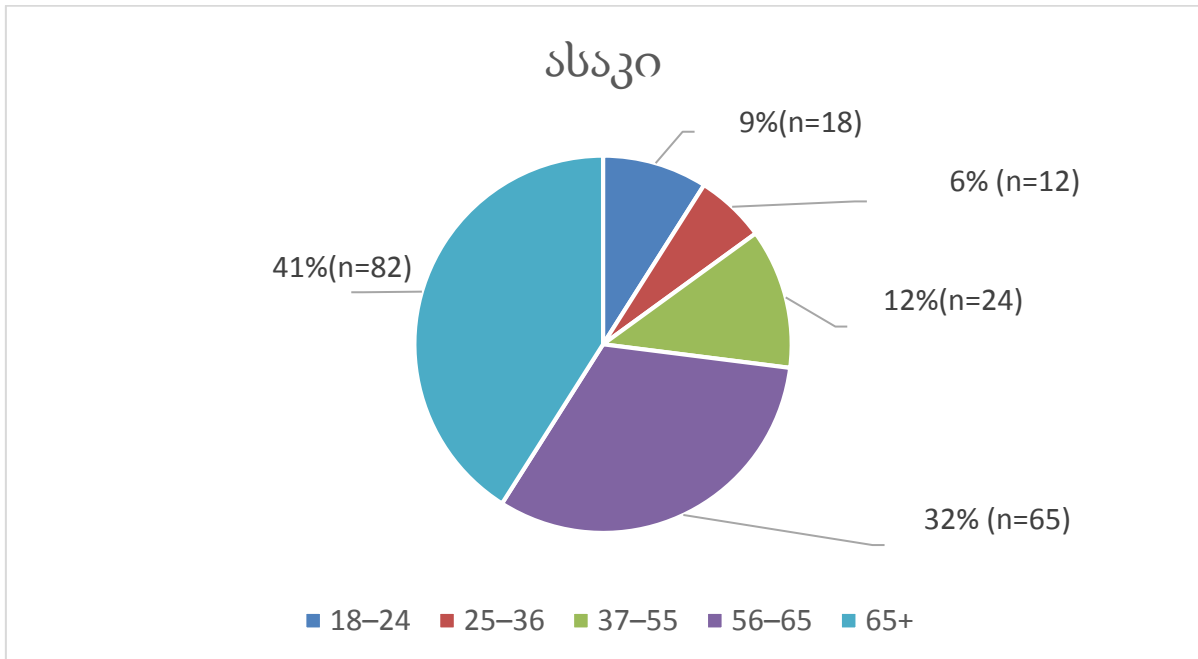
**კვლევის სუბიექტი:** სამაგისტრო ნაშრომისთვის კვლევის სუბიექტს წარმოადგენდა ქვეყნის მოსახლეობა.

**კვლევის ინსტრუმენტი:** კვლევის ჩასატარებლად შემუშავდა კითხვარი. 23 კითხვიდან პირველი 7 კითხვა ეხება რესპონდენტთა დემოგრაფიულ მახასიათებლებს, ხოლო დანარჩენი კითხვები ეხება მოსახლეობის ცოდნა დამოკიდებულებას კარდიოლოგიურ სერვისებზე და დახმარების ხარისზე.

კვლევის პროცესში დადგინდა, რომ კარდიოვასკულური დაავადებები საქართველოში მასშტაბურ პრობლემას წარმოადგენს. ასევე ნათლად გამოიკვეთა მოსახლეობის ინფორმირებულობის ნაკლებობა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა მიმართ, მოსახლეობის კარდიოლოგიური სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის სიმცირე, ასევე პირველადი ჯანდაცვის ნაკლები ჩართულობა კარდიოვასკულარული დაავადებათა პრევენციაში. კვლევის შედეგად გამოკითხულ იქნა 200 რესპონდენტი

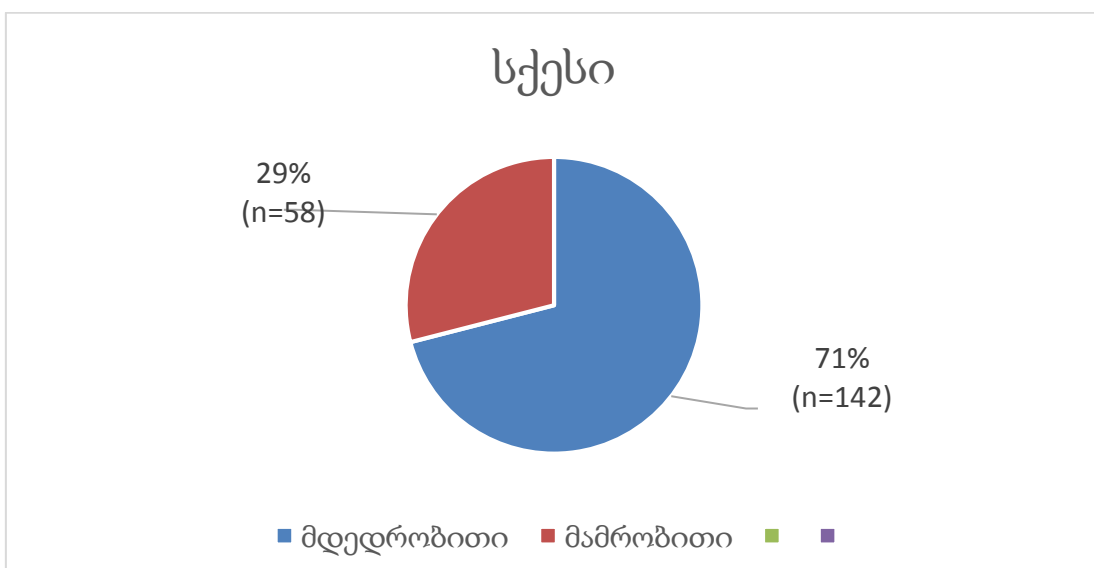
## ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა შემდეგი:

### კითხვა #1 ასაკი



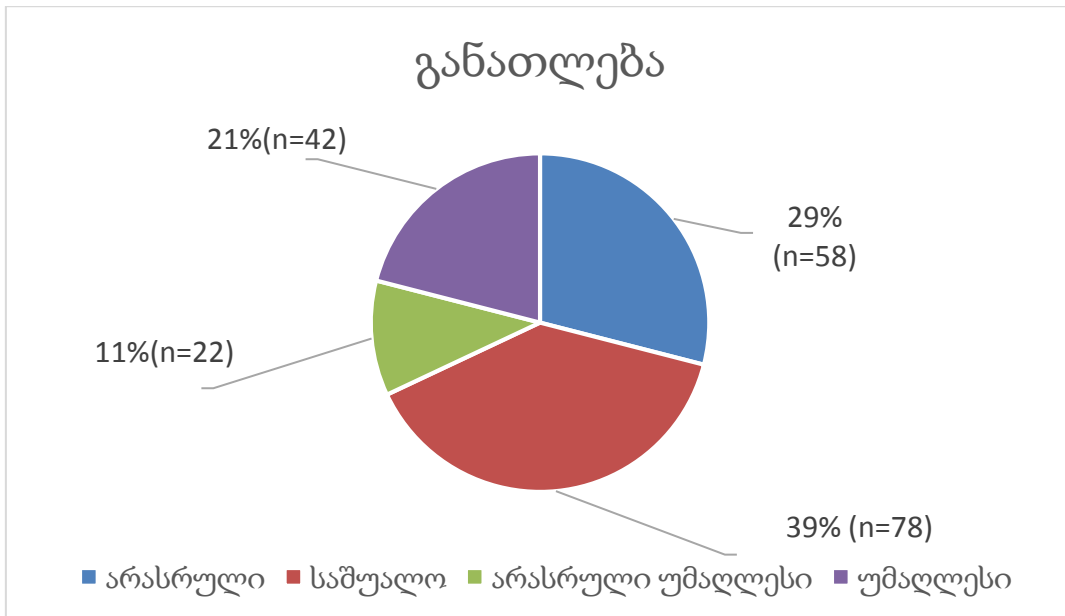
ასაკობრივი მდგომარეობა ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა გავრცელებაში, რასაც ყურდღება ექცევა კვლევის წარმოების პროცესში. მათი ასაკობრივი მაჩვენებელ იასე გამოიყრება: 18-24 წლამდე - 9% (n=18), 25-36 წლამდე 6% (n=12), 37-55 წლამდე ასაკის პირები - 12%, (n=24) 56-65 წლამდე 32% (n=65), ხოლო 65+ წლამდე - 41% (n=82).

### კითხვა #2 სქესი



გამოკითხვაში მონაწილე 200 რესპონდენტიდან 71% (n=142) შეადგენს ქალებს, ხოლო 29% (n=58) კი მამაკაცებს.

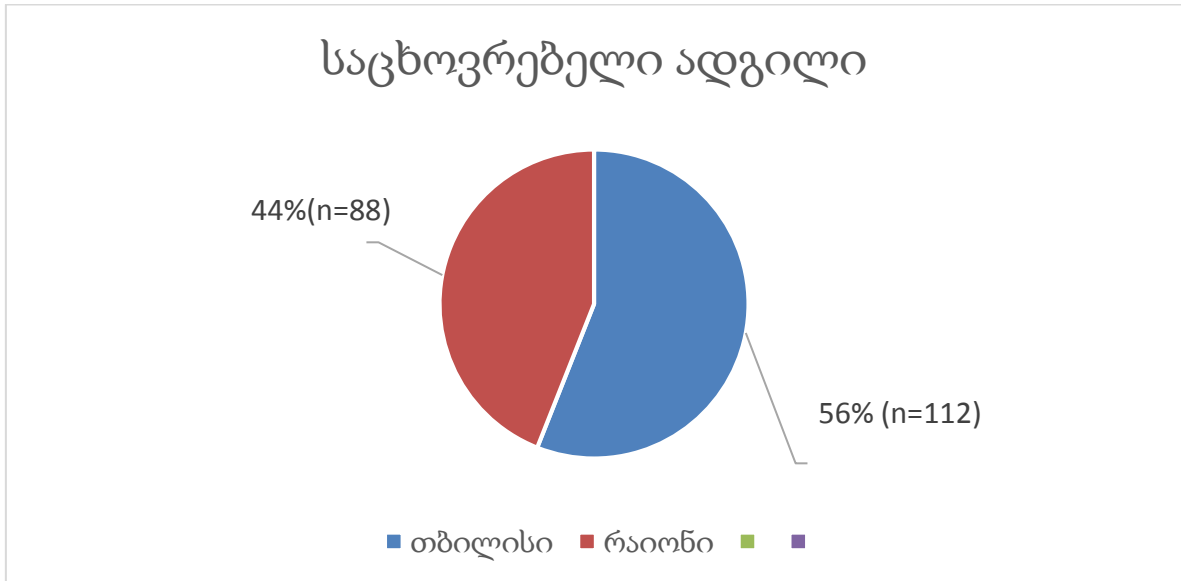
### კითხვა #3: განათლება



კითხვარი მოიცავს ისეთ მნიშვნელოვან ასპექტს როგორც არის განათლება, რათა შეფასდეს ცნობიერებისა და ინფორმირებულობის დონე. #3 დიაგრამაზე მოცემულია გამოკითხული 200 რესპონდენტის განათლების საერთო მაჩვენებლები პროცენტულად. 29%(n=58) ფლობს არასრულ საშუალო განათლებას, 39%(n=78) საშუალოს, 11%(n=22) არასრული უმაღლესი განათლება ხოლო 21%(n=42) უმაღლესი განათლება.

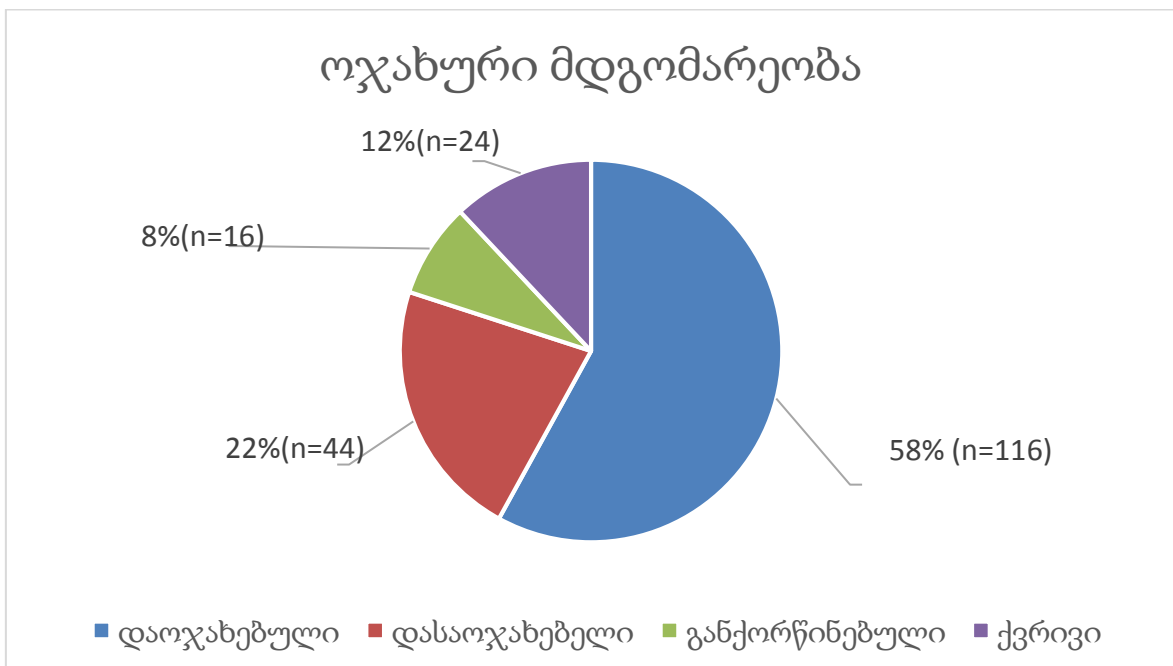


#### კითხვა#4 საცხოვრებელი ადგილი



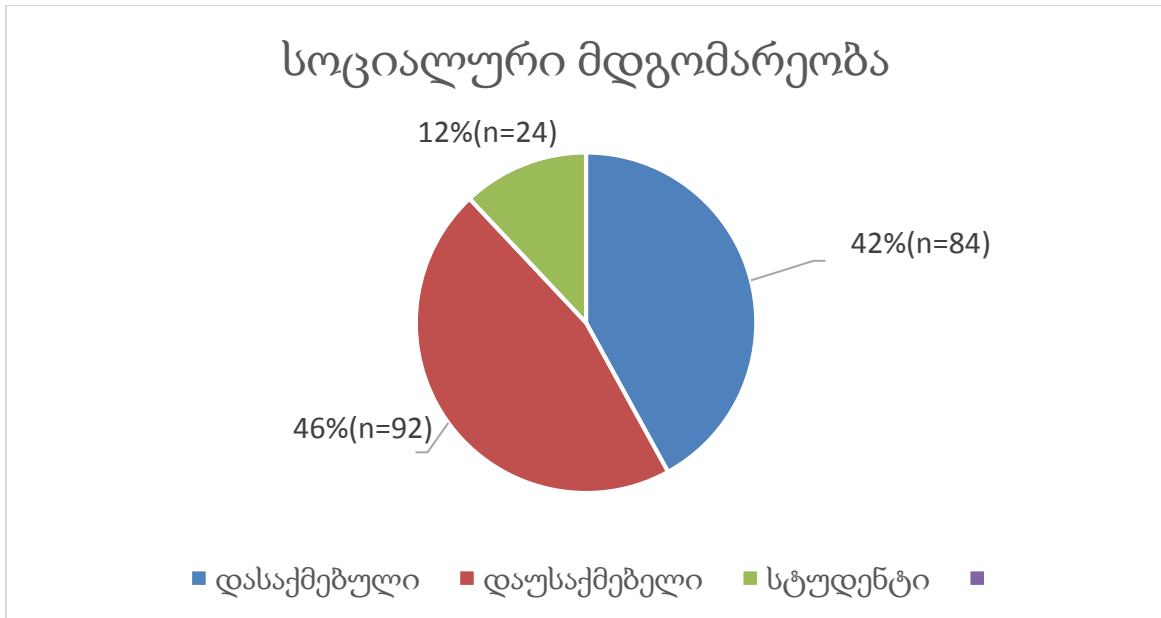
კვლევის ანალიზისთვის მნიშვნელოვანია რესპონდენტთა გეოგრაფიული და ურბანული გადანაწილების გარკვევა. რესპონდენტთა გადანაწილებას რეგიონების მიხედვით შემდეგი სახე აქვს: დედაქალაქში მცხოვრებ რესპონდენტთა რაოდენობა დიაგრამა#4 ზე შეადგენს 56%(n=112), ხოლო რაიონში მცხოვრებთა რაოდენობა განისაზღვრა 44%(n=88)-ით.

#### კითხვა #5 ოჯახური მდგომარეობა



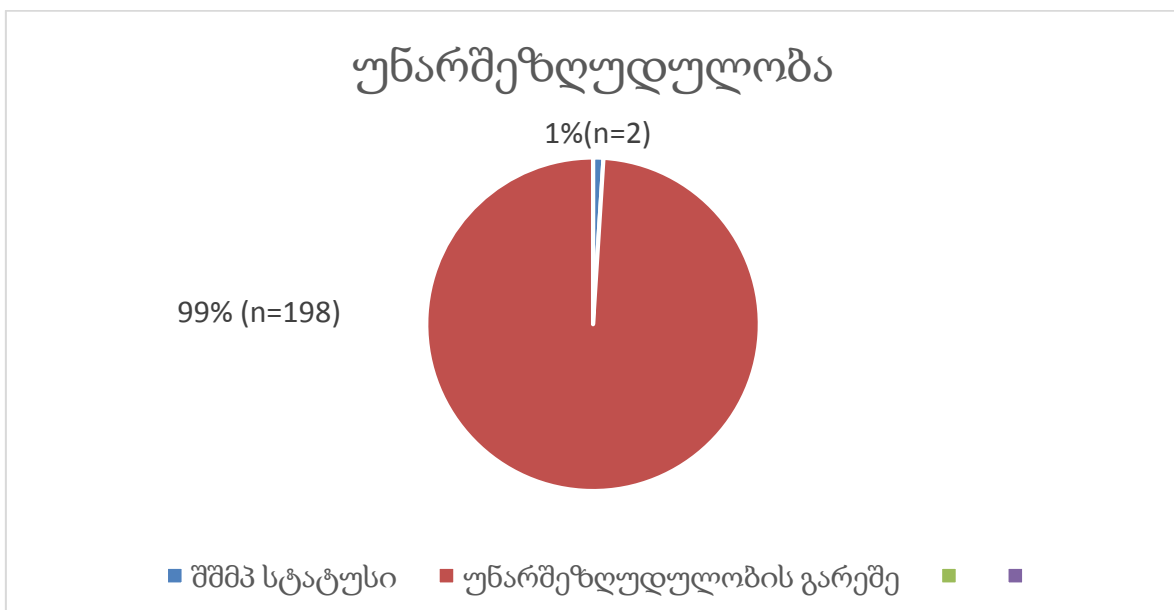
ოჯახური მდგომარეობის მაჩვენებელი გამოისახა შემდეგი სახით: დასაოჯახებელი- 22%(n=44), დაოჯახებული-58%(n=116), განქორწინებული 8%(n=16), ქვრივი 12%(n=24).

**კითხვა # 6 სოციალური მდგომარეობა**



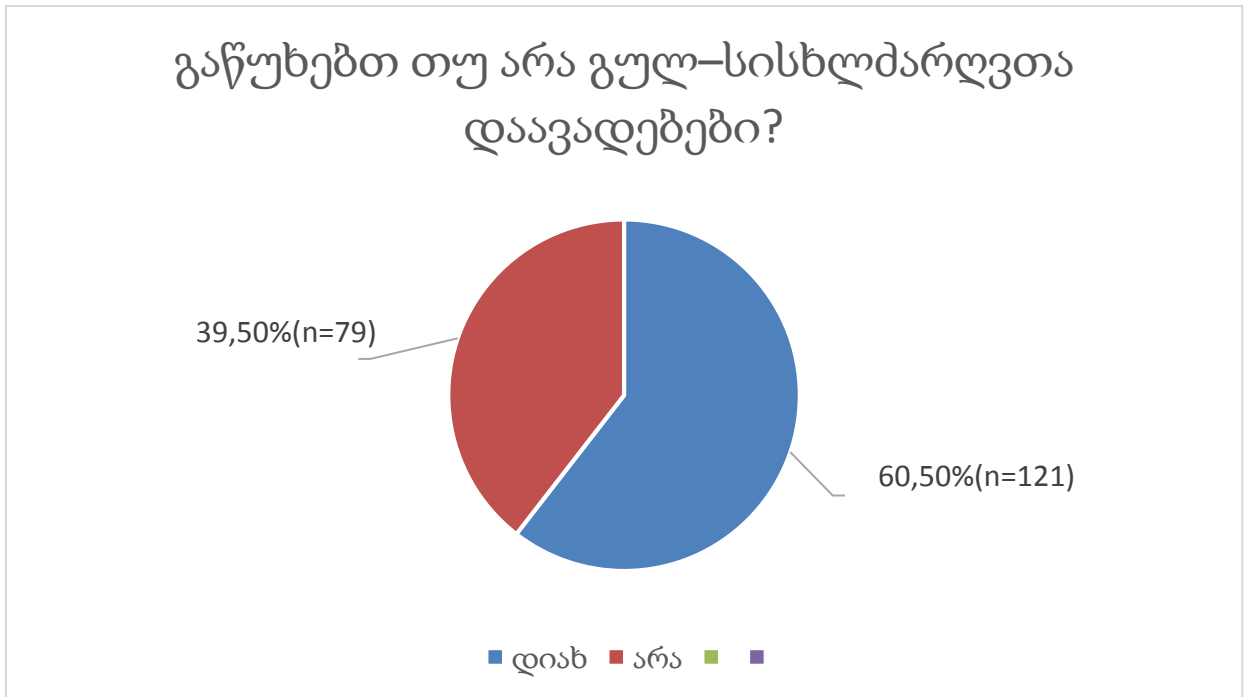
რესპონდენტთა გადანაწილებას სოციალური მდგომარეობის მიხედვით შემდეგი სახე აქვს : რესპონდენტთა - 42%(n=84) დასაქმებულია, 46%(n=92) დაუსაქმებელი, ხოლო 12%(n=24)-სშეადგენენ სტუდენტები.

**კითხვა #7 უნარშეზღუდულობა**



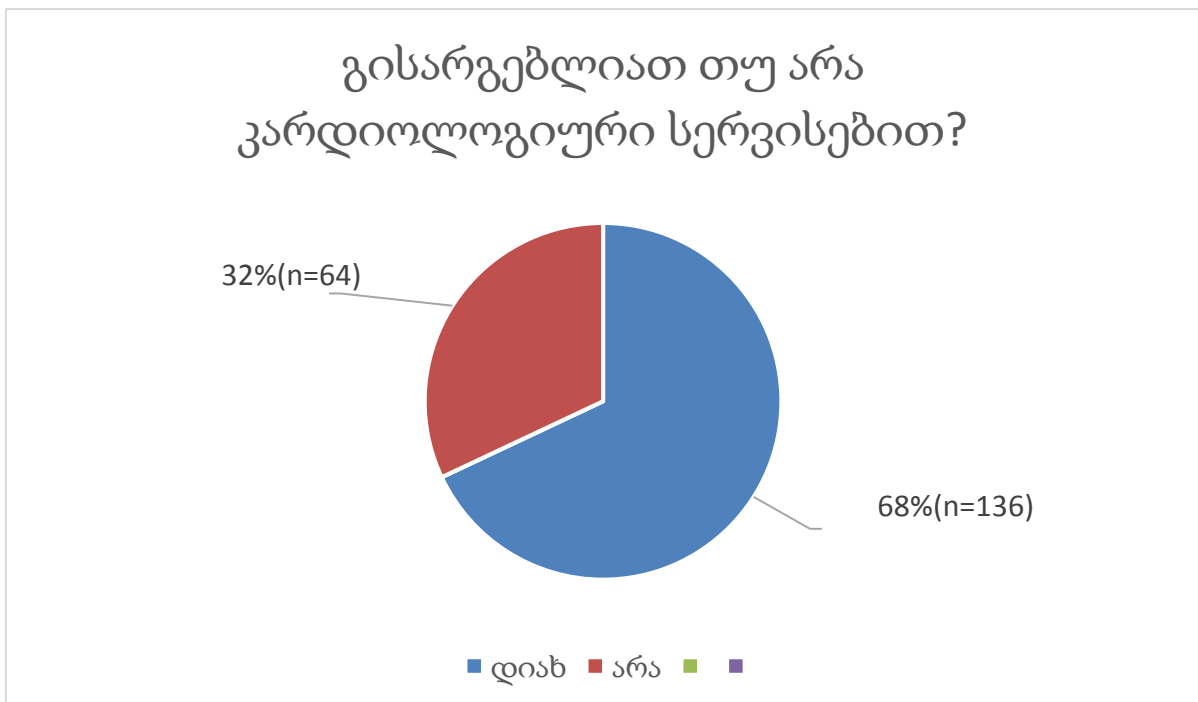
კვლევის შედეგად გამოკითხულთა უმრავლესობა ვლინდება უნარშეზღუდულობის გარეშე - 99%(n=198), მხოლოდ 1%(n=2) შეადგენს შშმპ პირებს

**კითხვა #8**



რესპოდენტთა 60.5%(n=121) აწუხებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, ხოლო 39.5%(n=79) უარყოფს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს.

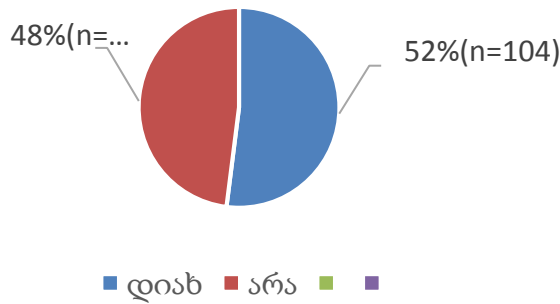
**კითხვა #9**



გამოკითხულთა ნახევარზე მეტს 68%(n=136) უსარგებლია კარდიოლოგური სერვისით.

### კითხვა #10

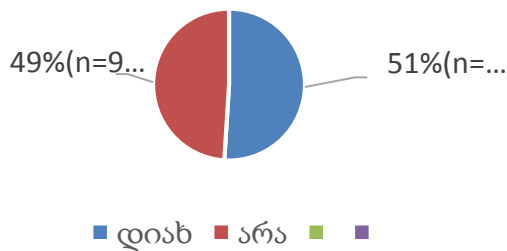
მიგიმართავთ (გამოგიძახებიათ) სსდ ბრიგადა გულ-სისხლძარღვთა დაავადების გამო (მაღალი წნევა, ტკივილი გულის არეში, გულის წასვლა და სხვ)?



რესპოდენტთა ნახევარს 52%(n=104) მიუმართავს სსდ ბრიგადისთვის გულ-სისხლძარღვთა დაავადების გამო, (მაღალი წნევა, ტკივილი გულის არეში, გულის წასვლა და სხვა).

### კითხვა #11

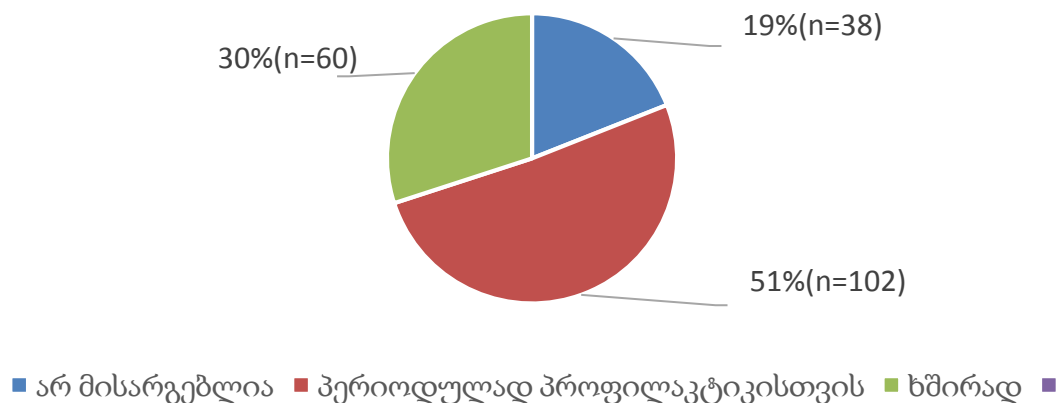
ჩაგიტარებიათ (თქვენ ან თქვენ ახლობლებს) სტაციონარული მკურნალობა კარდიოლოგიურ განყოფილებაში?



გამოკითხულთა ნახევარს 51%(n=102) ჩაუტარებია სტაციონარული მკურნალობა კარდიოლოგიურ გამყოფილებაში.

### კითხვა #11

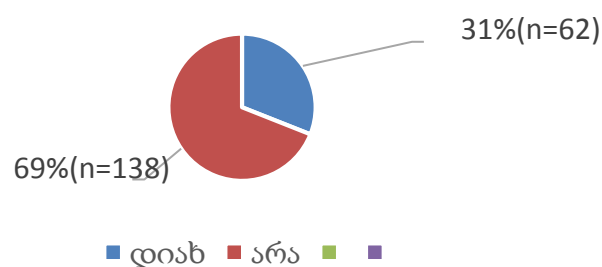
რამდენად ხშირად მიმართავთ (თქვენ ან თქვენი ახლობლები) კარდიოლოგიურ სერვისებს. (კარდიოლოგთან კონსულტაციას, ინსტრუმენტულ ლაბორატორიულ კვლევებს.)



კვლევიდან ჩანს, რომ გამოკითხულთა მესამედი 30%(n=60) ხშირად მიმართავს კარდიოლოგიურ სერვისებს, ხოლო ნახევარი 51% (n=102) პერიოდულად პროფილაქტიკისთვის.

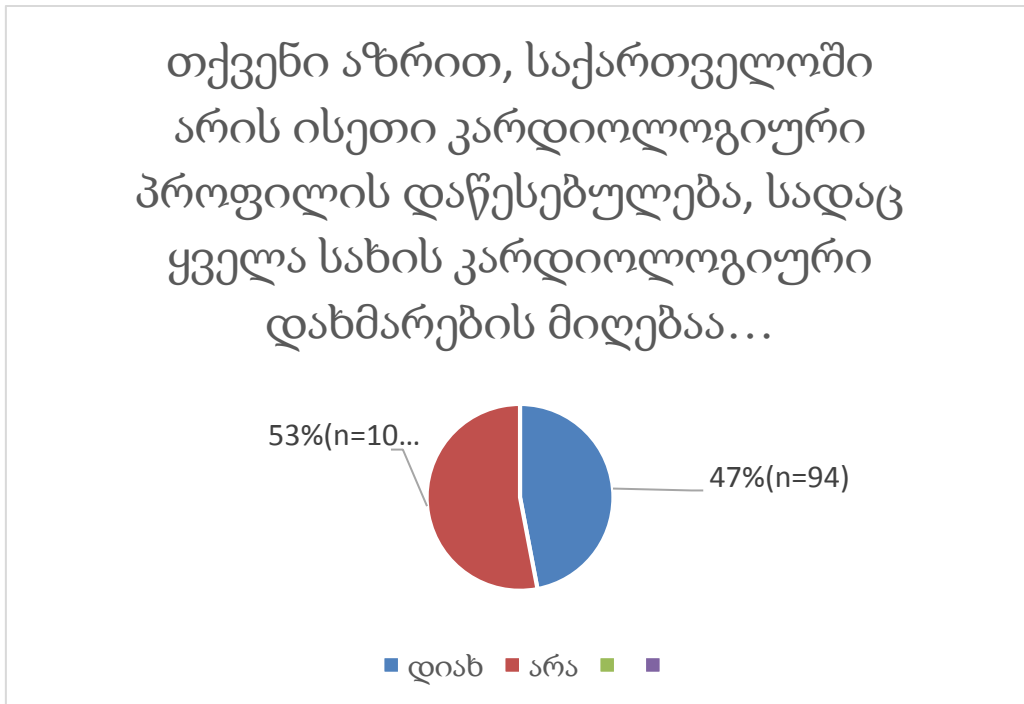
### კითხვა #12

იცნობთ თუ არა საქართველოში კარდიოლოგიური მომსახურების შესაძლებლობებს?



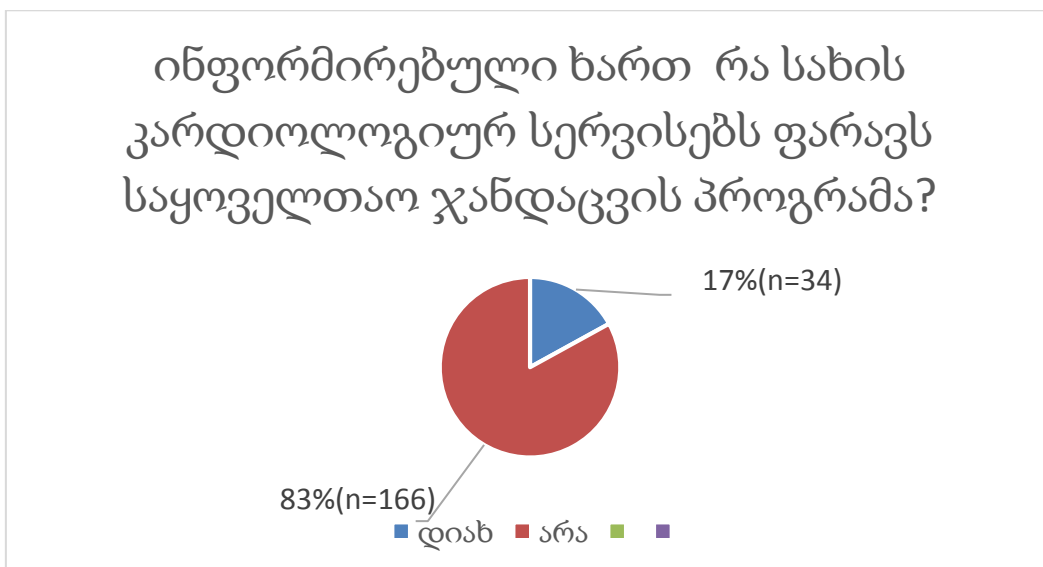
გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი 69%(n=138) არ არის ინფორმირებული კარდიოლოგიური მომსახურების შესაძლებლობებზე.

### კითხვა #13



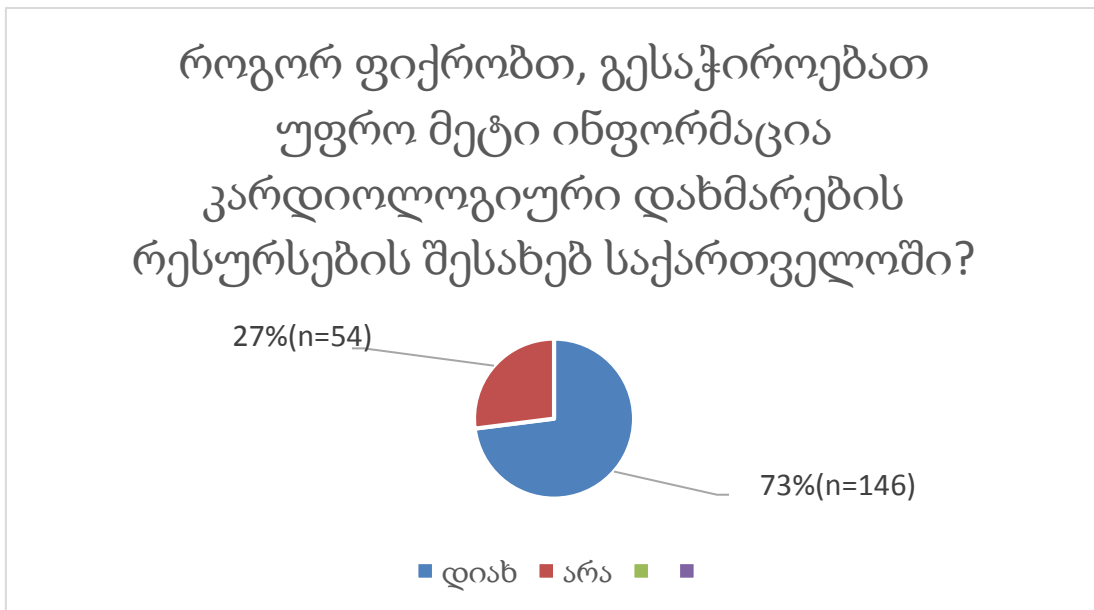
რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი 53%(n=106) თვლის, რომ საქართველოში არ არის ისეთი კარდიოლოგიური პროფილის დაწესებულება სადაც ყველა სახის კარდიოლოგიური დახმარების მიღებაა შესაძლებელი.

### კითხვა #14



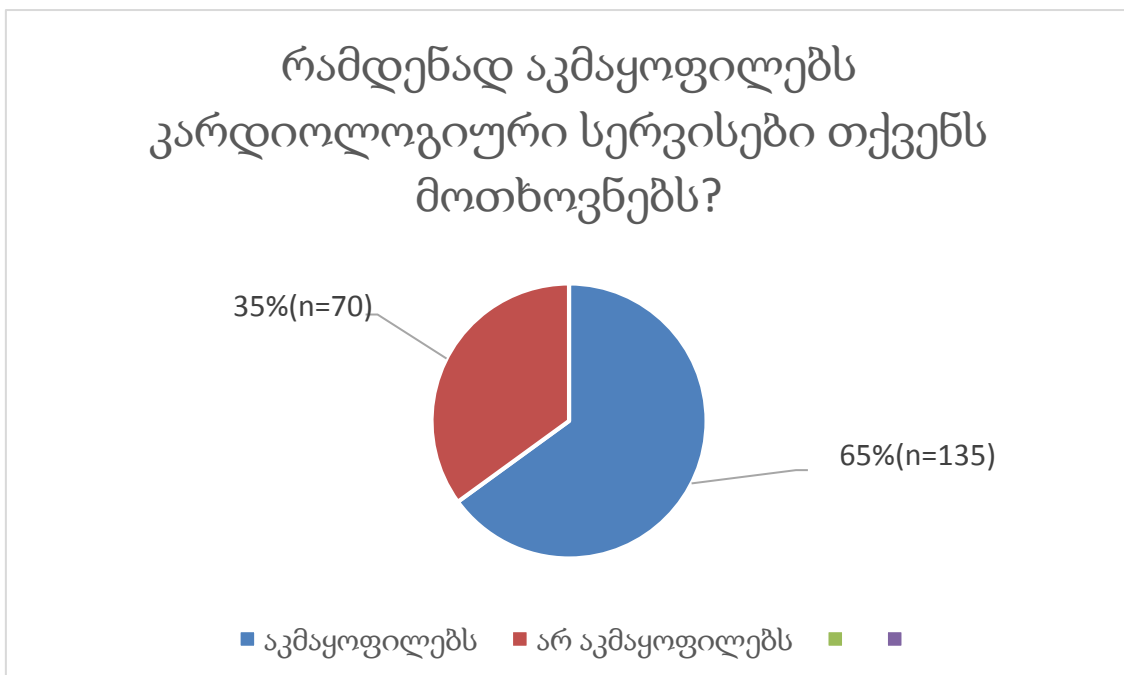
გამოკითხულთა უმეტესობამ 83%(n=166) არ არის ინფორმირებული რა სახის კარდიოლოგიურ სერვისებს ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა.

### კითხვა #16



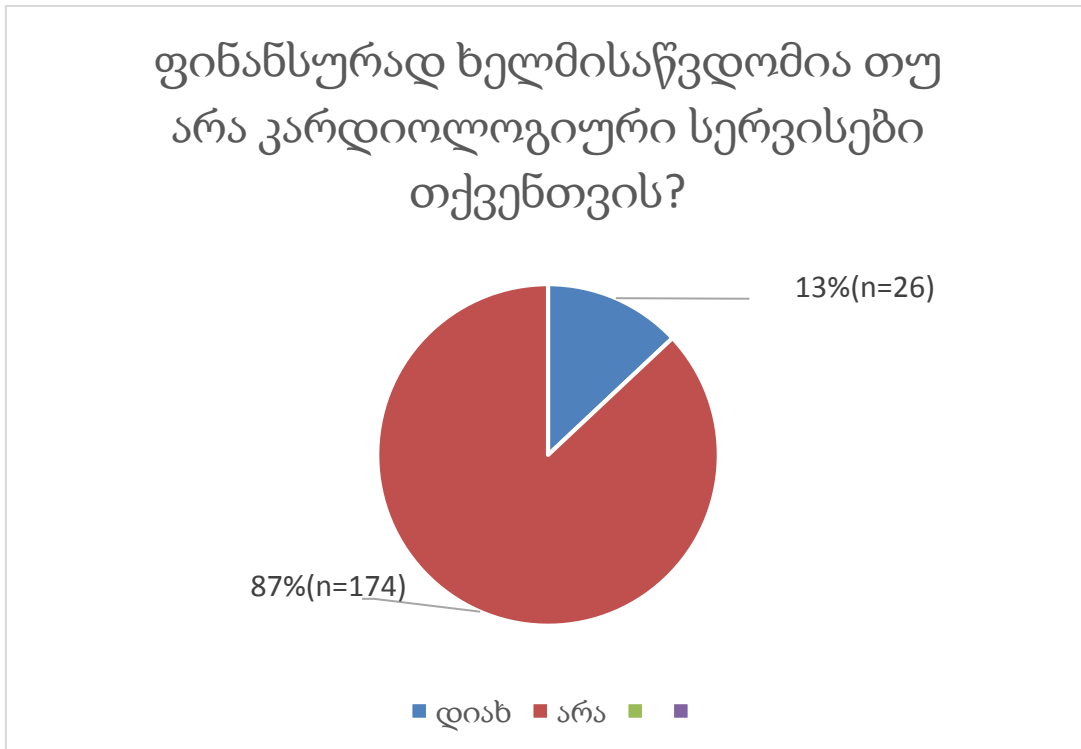
რესპოდენტთა უმეტესობა 73%(n=146) თვლის, რომ ესაჭიროება უფრო მეტი ინფორმაცია კარდიოლოგიური სერვისების შესახებ.

### კითხვა #17



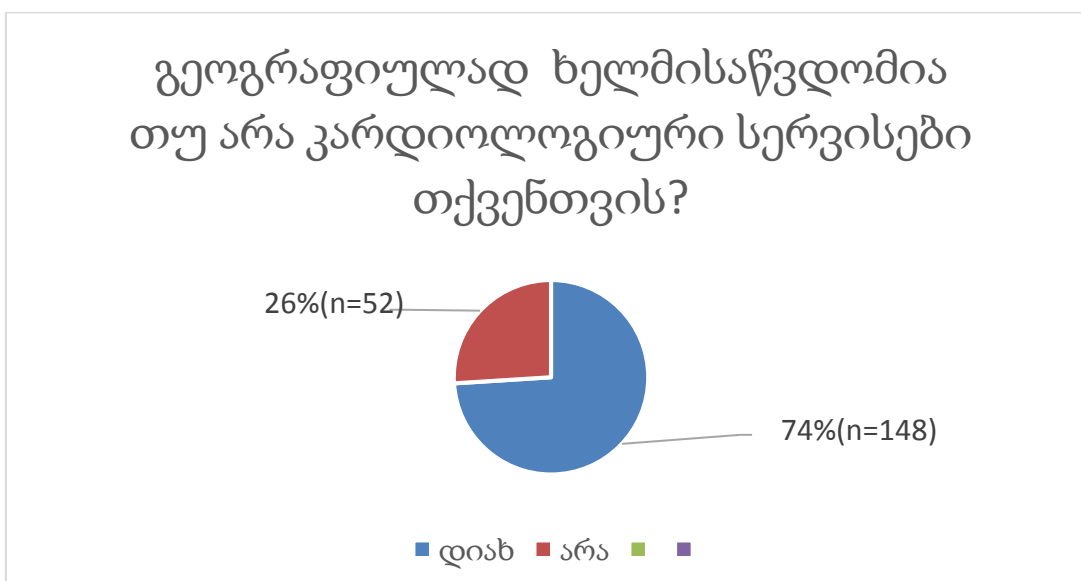
გამოკითხულთა ნახევარზე მეტის 65% (n=135) აკმაყოფილებს კარდიოლოგიური მომსახურება

**კითხვა #18**



რესპოდენტთა უმრავლესობისთვის 87%(n=174) ხელმისაწვდომი არ არის კარდიოლოგიური სერვისები.

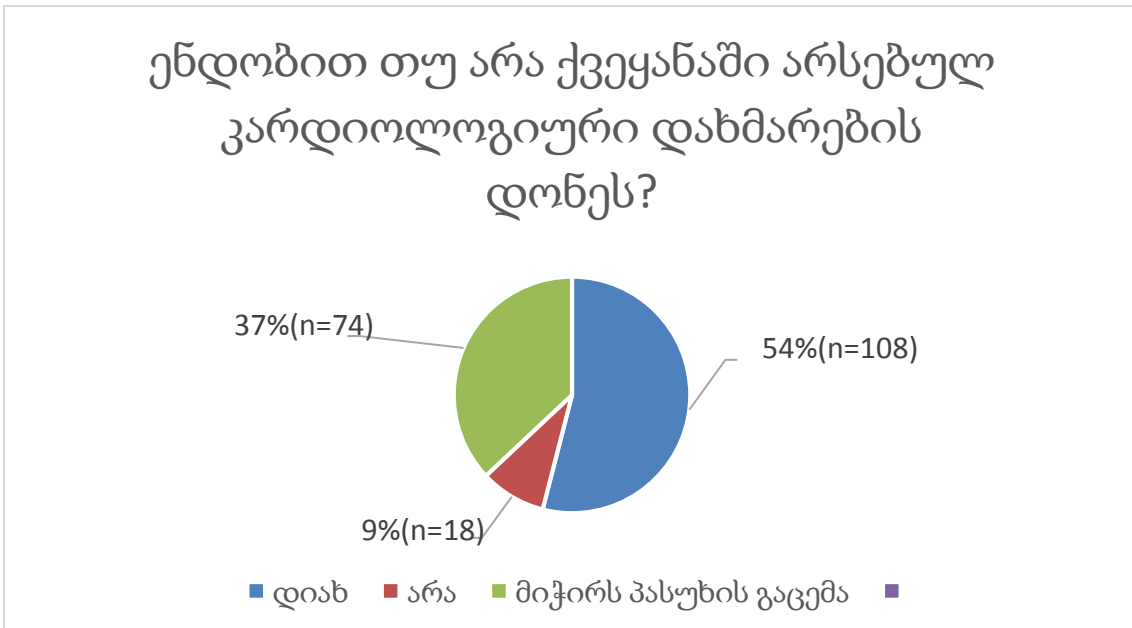
**კითხვა #19**





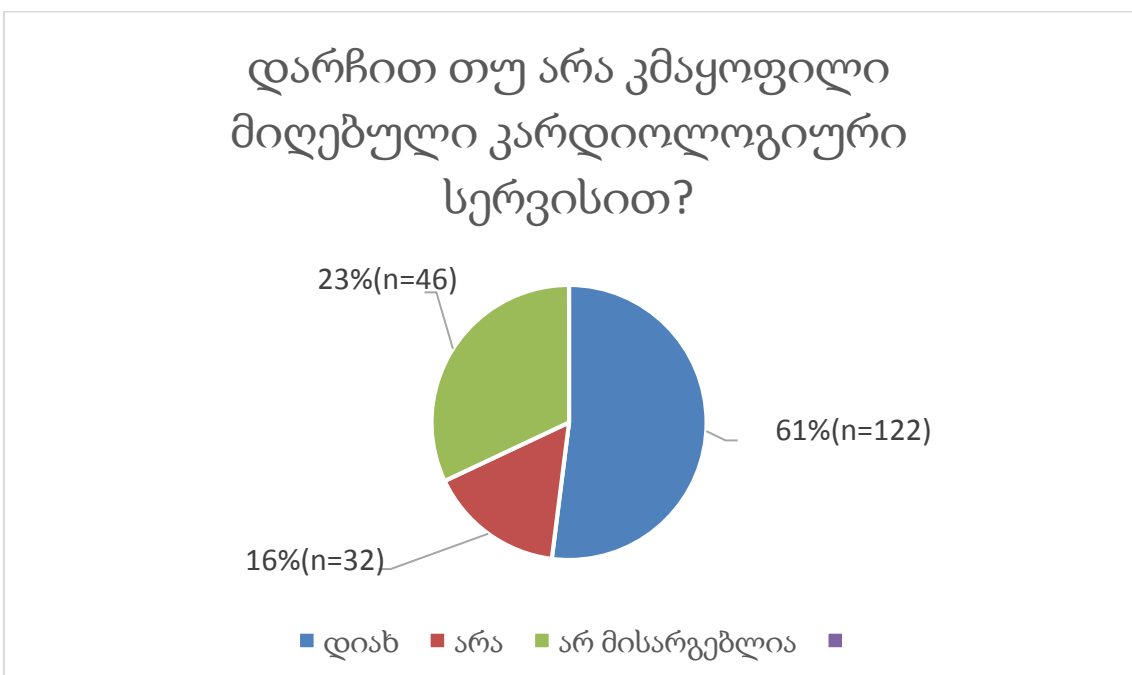
გამოკითხულთა ყოველი მეშვიდესთვის 26%(n=52) გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი არ არის კარდიოლოგიური სერვისები.

### კითხვა #20



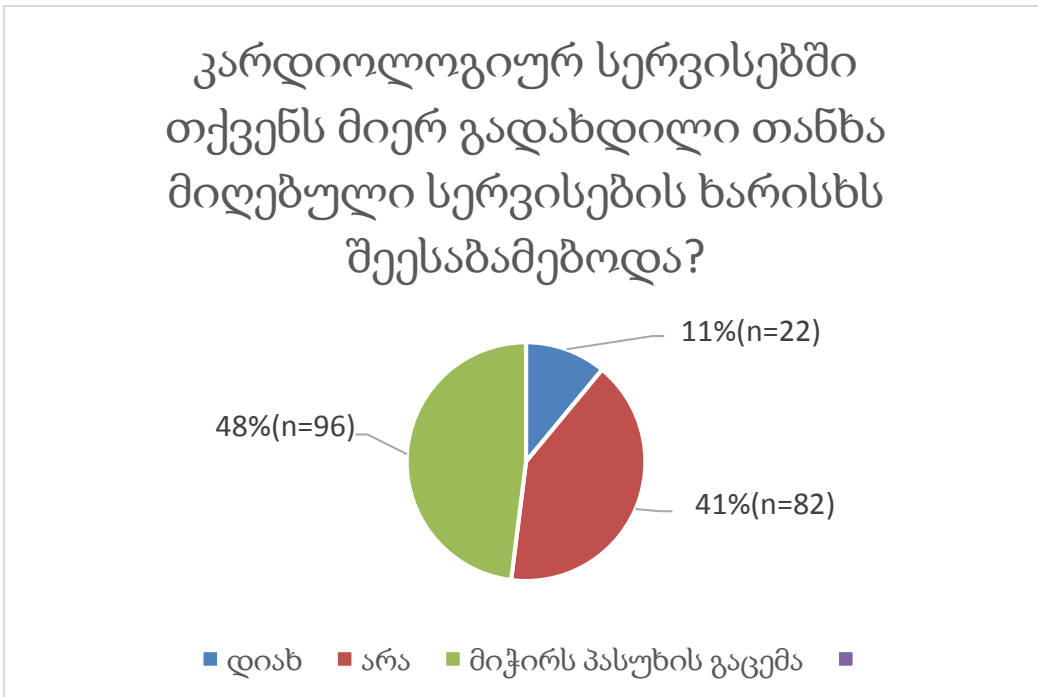
რესპოდენტთა მესამედს 37%(n=74) უჭირს პასუხის გაცემა ენდობა თუ არა ქვეყანაში არსებულ კარდიოლოგიურ დახმარების დონეს, ხოლო 9%(n=18) არ ენდობა.

### კითხვა #21



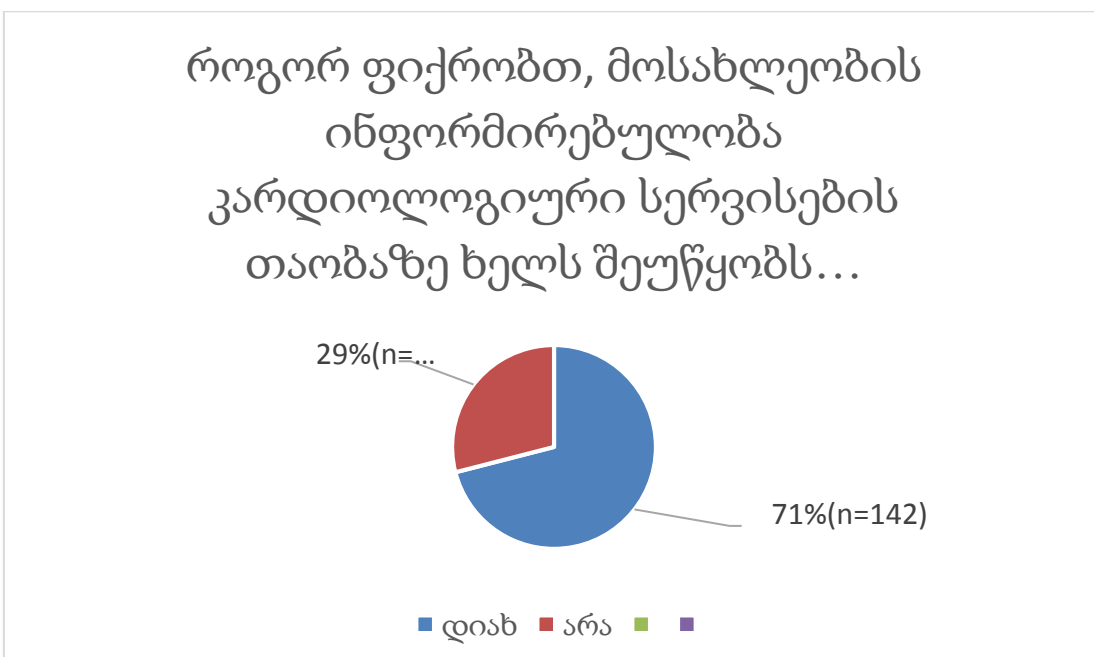
რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი 61%(n=122) კმაყოფილია მიღებული კარდიოლოგიური სერვისით.

კითხვა #22



გამოკითხულთა 41%(n=82) თვლის, რომ მათ მიერ გადახდილი თანხა არ შეესაბამება მიღებულ კარდიოლოგიური სერვისების ხარისხს.

კითხვა #22



რესპოდენტთა უმრავლესობა ფიქრობს, რომ მოსახლეობის ინფორმირებულობა კარდიოლოგიურ სერვისების თაობაზე ხელს შეუწყობს კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებას საქართველოში.

## 3.2 დასკვნები და რეკომენდაციები

### დასკვნა

ჩატარებული კვლევისა და მოძიებული ლიტერატურული მასალის საფუძველზე ჩვენ მიერ გამოთქმული ვარაუდი დადასტურდა, რის საფუძველზეც მომზადდა დასკვნები და რეკომენდაციები

- ❖ ხელმისაწვდომი ლიტერატურული წყაროების ანალიზის საფუძველზე გამოვლინდა საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა გავრცელების ზრდის ტენდენცია.
- ❖ გამოკითხულთა 61% (n=122) აღნიშნავს, რომ აწუხებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადება.
- ❖ რესპოდენტთა 52%-ს (n=102) ჩაუტარებია სტაციონარული მკურნალობა კარდიოლოგიურ განყოფილებაში.
- ❖ გამოკითხული მოსახლეობის 37%-ს (n=74) უჭირს კითხვაზე პასუხის გაცემა, ენდობა თუ არა ქვეყანაში არსებულ კარდიოლოგიური დახმარების დონეს, რასაც განაპირობებს მოსახლეობის ინფორმირებულობის ნაკლებობა.
- ❖ რესპოდენტთა 87% (n=174) აღნიშნავს, რომ მათთვის ფინანსურად ხელმისაწვდომი არ არის კარდიოლოგიური სერვისები.
- ❖ რესპოდენტთაგან ყოველი მეექვსე 16% (n=32) აღნიშნავს, რომ უკმაყოფილო დარჩა მიღებული კარდიოლოგიური სერვისით.
- ❖ რესპოდენტების 83% (n=166) არ არის ინფორმირებული, რა სახის კარდიოლოგიურ სერვისებს ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა.
- ❖ გამოკითხულთა ნახევარი 51% (n=102), პერიოდულად პროფილაქტიკისთვის მიმართავს კარდიოლოგიურ სერვისებს.
- ❖ გამოკითხულთა 26% (n=52) აღნიშნავს, რომ გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი არ არის კარდიოლოგიური სერვისები.

ჩვენს ქვეყანაში შესაძლებელია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა სწორი დროული, მკურნალობის აღმოჩენა. ტექნოლოგიებისა და დაავადებათა მკურნალობის ახალი მიდგომებით შესაძლებელია დროული, სწრაფი რეაგირება აღმოცენებული დაავადების წინააღმდეგ, რაც მნიშვნელოვანია პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გააუმჯობესებლად.

მიუხედავად ტექნოლოგიების განვითარებისა და ქვეყანაში კარდიოლოგიური სერვისის გაუმჯობესებისა, რჩება გარკვეული პრობლემები, რაც სახელმწიფოსა თუ პაციენტის მატერიალურ რესურსებს უკავშირდება. მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება პრევენციული ღონისძიებების განუვითარებლობა და საზოგადოების სამედიცინო ცოდნის დაბალი დონე. მოსახლეობის ინფორმირებულობის სიმცირე კარდიოლოგიური სერვისების ხელმისაწვდომობის შესახებ

## რეკომენდაციები

- ❖ სასურველია ჩატარდეს მასშტაბური კვლევა კარდიოლოგიური მომსახურების ხარისხის განსაზღვრის მიზნით
- ❖ მიზანშეწონილია დაიგეგმოს სხვადასხვა სახის აქტივობა მოსახლეობის ინფორმირებისთვის კარდიოლოგიურ სერვისებზე, საჭიროა მოსახლეობას მიეწოდოს მეტი ინფორმაცია, რა სახის კარდიოლოგიურ მომსახურებებს ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა.
- ❖ მიზანშეწონილია გაუმჯობესდეს მოსახლეობის კარდიოლოგიურ სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა, როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული მომსახურების დონეზე.
- ❖ სასურველია ჩატარდეს მასშტაბური კვლევა კარდიოლოგიური სერვისებით პაციენტთა კმაყოფილების დონის შესასწავლად. (სტაციონარული), (ამბულატორიული)
- ❖ რეკომენდირებულია განხორციელდეს კარდიოვასკულური დაავადებების გამოვლენის მიზნით მოსახლეობის გასინჯვა, ჩატარდეს „კარდიოლოგიური კვირეული“.
- ❖ მიზანშეწონილია, დადგინდეს კარდიოლოგიური სერვისების მიმართ პაციენტთა უნდობლობის მიზეზები.
- ❖ სასურველია, შემუშავდეს კარდიოვასკულური დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლის სტრატეგია, სადაც დიდი ყურადღება დაეთმობა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციას.
- ❖ მიზანშეწონილია, ჩატარდეს მასშტაბური კვლევა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორების დადგენის მიზნით.
- ❖ მიზანშეწონილია, განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის როლი კარდიოლოგიურ დაავადებათა პრევენციულ ღონისძიებებში.

## გამოყენებული ლიტერატურა

### წყაროები ქართულ ენაზე

1. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (2016 წელი) „კარდიოვასკულარული დაავადებები“. მოპოვებული: <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=5db9886b-c0d5-4350-bb32-756fb386fe56>
2. სტატია გამოქვეყნდა გაზეთ „რეზონანს“-ში. 05.05.2016 წ, „კარდიოლოგია და კარდიოქირურგია“. მოპოვებული: <http://cardio.ge/new.php?id=16>
3. „ანგიოპლასტიკა“ მოპოვებული : <https://es.wikipedia.org/wiki/Angioplastia>
4. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2016 წელი). „გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და რისკის ფაქტორები“ მოპოვებული: <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=92a5fb15-262c-414d-bfb8-ed37a3d700fc>
5. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (2017წელი) „ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო“ მოპოვებული: <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f7a28a1e-0489-49a0-b183-eb8674244541>
6. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2016წელი) „ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო“. მოპოვებული: <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=e6187208-0a3f-4026-a25e-d72fa93ec51a>
7. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2015წელი) „ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო“. მოპოვებული: <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=1932667f-43e0-4e8b-87ae-454c559e34bc>
8. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2014წელი). „ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო“ მოპოვებული: <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=7ae60a59-9a73-46a7-9744-0dde68a67e0e>

- 9.დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.(2013წელი) „ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო“. მოპოვებული: <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=0e9c224f-f19c-4364-b429-6363f45bc5b6>
- 10.www.guli.ge ელექტრონული სტატია (2016 წელი) „კათეტერიზაციის ლაბორატორია“ . მოპოვებული: <http://www.guli.ge/main.php?page=kateterizaciislaboratoria>
- 11.www.guli.ge ელექტრონული სტატია (2016 წელი)“ელექტროფიზიოლოგია და პეისმეიკერი“. მოპოვებულია: <http://www.guli.ge/main.php?page=peismeikeri>
- 12.www.guli.ge ელექტრონული სტატია (2016 წელი) „დიაგნოსტიკური ცენტრი“. მოპოვებულია: <http://www.guli.ge/main.php?page=diagnostikuricentri>
- 13.კურაციო საერთაშორისო ფონდი. მარტი 9, 2018 ჯანდაცვის სფერო ბარომეტრი. „დამიანური რესურსები ჯანდაცვის სფეროში“. მოპოვებულია: <http://curatiofoundation.org/ge/barometer10/>
- 14.სტატია გამოქვეყნდა საერთაშორისო კონფერენციის შრომათა კრებულში “სამედიცინო ტურიზმი: პოლიტიკური, სოციალურ-ეკონომიკური, საგანმანათლებლო და სამედიცინო პრობლემები”. (თბილისი 2016 წელი) მოპოვებულია: <http://chapidze.ge/news/116--.html>
- 15.„კარდიოლოგია“დანართი#4 [https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01\\_GEO/wJAN2016/5.pdf](https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01_GEO/wJAN2016/5.pdf)
- 16.რეზიდენტურის (დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განალების) პროგრამა „კარდიოლოგია“ [https://tsmu.edu/old/images/stories/pdf/1\\_8\\_kardiologia.pdf](https://tsmu.edu/old/images/stories/pdf/1_8_kardiologia.pdf)
- 17.საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისადა სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 135/ნ2009 წლის 8 აპრილი ქ. თბილისი, რეზიდენტურის ალტერნატიულ დიპლომისშემდგომ განათლებაში (პროფესიულ მზადებაში) მონაწილეობის, მისი
- 18.წარმართვის და შეფასების წესისა და იმ სამედიცინო დაწესებულებების ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციის კრიტერიუმების და წესის დამტკიცების შესახებ,



რომლებშიც შესაძლებელია დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) კურსის გავლა. <http://rama.moh.gov.ge/res/docs/135br.pdf>

19.საერთაშორისო სამეცნიერო რეცენზირებადი ჟურნალი, “ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“ <https://heconomic.wordpress.com/2018/01/24/hospital/>

### წყაროები ინგლისურ ენაზე

1.Stanford Health Care. Left Ventricular Assist Device (LVAD).

<https://stanfordhealthcare.org/medical-treatments/l/lvad.html>

2.Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement

[https://www.researchgate.net/publication/8971418\\_Defining\\_and\\_Classifying\\_Clinical\\_Indicators\\_for\\_Quality\\_Improvement](https://www.researchgate.net/publication/8971418_Defining_and_Classifying_Clinical_Indicators_for_Quality_Improvement)

3.Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care

units. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/26/16/1676/632765>

## ტექსტში გამოყენებული აბრევიატურები

შშმპ - შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი

ჯანმო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

გსდ- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

NCDC – National Center for Disease Control and Public Health / დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

WHO – World Health Organization / ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია



## სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის წერილი

მთავარი მკვლევარი: ყაზახაშვილი ნატა  
თსუ პროფესორი, მედიცინის დოქტორი  
ივ.ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტი,  
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი  
ტელ: 599 313 737  
ელ.ფოსტა: [nata.kazakhstanvili@gmail.com](mailto:nata.kazakhstanvili@gmail.com)

ოქმი #2019-23

კვლევის სათაური: “კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხი საქართველოში”.

ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო ეთიკის კომისიამ განიხილა პროექტის მომდევნო წლით გაგრძელების განაცხადი და დაასკვნა, რომ კვლევის პროტოკოლის მიხედვით საკვლევი პირების უფლებები და კეთილდღეობა ადექვატურადაა დაცული.

განხილვის ტიპი: დაჩქარებული

განხილვის თარიღი: 2019 წლის 22 მაისი

აღნიშნული დასკვნა იძლევა უფლებამოსილებას კვლევა ჩატარდეს 2019 წლის 22 მაისიდან 2020 წლის 22 მაისამდე.

- კვლევის პროცესში ნებისმიერი გაუთვალისწინებელი პრობლემის ან უარყოფითი მოვლენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ აცნობეთ ეთიკის კომისიას.
- ნებისმიერი ცვლილება კვლევის მეთოდოლოგიაში, პროტოკოლში, მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტებში ან/და თანხმობის ფორმაში განხორციელებამდე უნდა აცნობოთ ეთიკის კომისიას.
- თუ კვლევა არ დასრულდება ამ დოკუმენტში მოცემულ ვადებში, საჭიროა კვლევის ხელახალი განხილვა ეთიკის კომისიის მიერ.

დამატებითი ინფორმაციისთვის დაგვიკავშირდით ტელ: (995-322) 398946 ან ელ. ფოსტით: [irb.ncdc@gmail.com](mailto:irb.ncdc@gmail.com).

კომისიის თავმჯდომარე: მარინა თოფურბე, IRB0000215

## კითხვარი

### ინფორმაცია რესპონდენტისთვის:

ივ.ჯავახიშვილის სახ.თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი მუშაობს სამაგისტრო ნაშრომზე: „კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხი საქართველოში“.

აღნიშნული სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ტარდება კვლევა თემაზე „მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულება კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხის მიმართ საქართველოში“

კვლევა ანონიმურია და მისი შედეგები გამოყენებული იქნება მხოლოდ საგანმანათლებლო და სამეცნიერო მიზნებისთვის. კვლევის შედეგების დემონსტრირებისას რესპოდენტი, სამედიცინო დაწესებულება და მისი ადგილმდებარეობა არ დასახელდება. კვლევის პერიოდში და მას შემდეგ კონფიდენციალობა სრულად იქნება დაცული.

გთხოვთ, აირჩიოთ თქვენთვის მისაღები პასუხი და შემოხაზოთ.

რესპოდენტთა მახასიათებლები:

#### 1) ასაკი

- 18-24
- 25-36
- 37-55
- 56-65
- 65 +

#### 2) სქესი

- მდედრობითი
- მამრობითი

#### 3) განათლება

- არასრული საშუალო
- საშუალო
- არასრული უმაღლესი
- უმაღლესი

#### 4) საცხოვრებელი ადგილი

- თბილისი
- რაიონი

#### 5) ოჯახური მდგომარეობა

- დაოჯახებული
- დასაოჯახებელი
- განქორწინებული

- ქვრივი
- 6) **სოციალური მდგომარეობა**
  - დასაქმებული
  - დაუსაქმებელი
  - სტუდენტი
- 7) **უნარშეზღუდულობა**
  - უნარშეზღუდულობის გარეშე
  - შშმპ სტატუსი

- 1) **გაწუხებთ თუ არა გულ–სისხლძარღვთა დაავადებები?**
  - დიახ
  - არა
- 2) **გისარგებლიათ თუ არა კარდიოლოგიური სერვისებით?**
  - დიახ
  - არა
- 3) **მიგიმართავთ (გამოგიძახებიათ) სსდ ბრიგადა გულ–სისხლძარღვთა დაავადების გამო (მაღალი წნევა, ტკივილი გულის არეში, გულის წასვლა და სხვ)?**
  - დიახ
  - არა
- 4) **ჩაგიტარებიათ (თქვენ ან თქვენ ახლობლებს) სტაციონარული მკურნალობა კარდიოლოგიურ განყოფილებაში?**
  - დიახ
  - არა
- 5) **რამდენად ხშირად მიმართავთ (თქვენ ან თქვენი ახლობლები) კარდიოლოგიურ სერვისებს. (კარდიოლოგთან კონსულტაციას, ინსტრუმენტულ ლაბორატორიულ კვლევებს.)**
  - არ მისარგებლია
  - პერიოდულად პროფილაქტიკისთვის
  - ხშირად
- 6) **იცნობთ თუ არა საქართველოში კარდიოლოგიური მომსახურების შესაძლებლობებს?**
  - დიახ
  - არა
  - ნაწილობრივ
- 7) **თქვენი აზრით, საქართველოში არის ისეთი კარდიოლოგიური პროფილის დაწესებულება, სადაც ყველა სახის კარდიოლოგიური დახმარების მიღებაა შესაძლებელი?**
  - დიახ

- არა
- 8) ინფორმირებული ხართ რა სახის კარდიოლოგიურ სერვისებს ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა?
- დიახ
  - არა
- 9) როგორ ფიქრობთ, გესაჭიროებათ უფრო მეტი ინფორმაცია კარდიოლოგიური დახმარების რესურსების შესახებ საქართველოში?
- დიახ
  - არა
- 10) რამდენად აკმაყოფილებს კარდიოლოგიური სერვისები თქვენს მოთხოვნებს?
- აკმაყოფილებას
  - არ აკმაყოფილებას
1. \_\_\_\_\_
- 
- 11) გაუწევიათ თუ არა სრული კარდიოლოგიური მომსახურება თქვენი ან თქვენი ახლობლის პრობლემასთან დაკავშირებით?
- დიახ
  - არა
  - მიჭირს პასუხისგაცემა
- 12) ფინანსურად ხელმისაწვდომია თუ არა კარდიოლოგიური სერვისები თქვენთვის?
- დიახ
  - არა
- 13) გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომია თუ არა კარდიოლოგიური სერვისები თქვენთვის?
- დიახ
  - არა
- 14) ენდობით თუ არა ქვეყანაში არსებულ კარდიოლოგიური დახმარების დონეს?
- დიახ
  - არა
  - მიჭირს პასუხისგაცემა
- 15) დარჩით თუ არა კმაყოფილი მიღებული კარდიოლოგიური სერვისით?
- დიახ
  - არა
- 16) კარდიოლოგიურ სერვისებში თქვენს მიერ გადახდილი თანხა მიღებული სერვისების ხარისხს შეესაბამებოდა?
- დიახ

- არა
- 17) როგორ ფიქრობთ, მოსახლეობის ინფორმირებულობა კარდიოლოგიური სერვისების თაობაზე ხელს შეუწყობს კარდიოლოგიური დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებას საქართველოში?
  - დიახ
  - არა