



არაგადამდები დაავადებების -  
შაქრიანი დიაბეტისა და  
არტერიული ჰიპერტენზიის  
პრევენცია, გამოვლენა და მართვა  
პირველად ჯანდაცვაში

მულტიდისციპლინური სწავლება  
2021

## მიზანი

---

პირველად ჯანდაცვაში არტერიული ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის პრევენციის, ადრეული გამოვლენის და მართვის ღონისძიებების ჩამოყალიბებისა და დანერგვის ხელშეწყობა.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ორგანიზაციული და პროფესიული შესაძლებლობის განვითარების ხელშეწყობა.

# ამოცანები

1. არაგდამღები დაავადებების მართვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება
2. არაგდამღები დაავადებების მართვის ხარისხის გაუმჯობესებისთვის კრიტიკული საკითხების იდენტიფიცირება.
3. პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრთა როლების განსაზღვრა და გუნდური მუშაობის პრინციპების გათვინობიერება.
4. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებელი ინდიკატორების განსაზღვრა და შეთანხმება

## რა არის საჭირო დიაბეტის და ჰიპერტენზიის მართვისთვის პჯდ-ში

მართვის მიზნების და ძირითადი საფეხურების განსაზღვრა -  
მეცნიერულ მტკიცებულებებზე, საუკეთესო პრაქტიკაზე, პაციენტის  
მოლოდინებსა და მახასიათებლებზე დაყრდნობით.

პჯდ გუნდის წევრებსა და პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს შორის  
ეფექტური კომუნიკაცია;

მართვის პროცესის კოორდინაცია მულტიდისციპლინური გუნდის,  
პაციენტებისა და მათი ახლობლების როლების გადანაწილებისა და  
თანმიმდევრული მოქმედებების მეშვეობით;

კლინიკური პროცესებისა და გამოსავლების დოკუმენტირება,  
მონიტორინგი და შეფასება;

შესაბამისი რესურსების საჭიროების განსაზღვრა.

## ოჯახის ექიმები ჰიპერტენზიის მართვა

### ამჟამად არსებული სიტუაცია პჯდ-ში ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის მართვის თვალსაზრისით

- მართავენ არტერიულ ჰიპერტენზიას;
- დაწესებულების დონეზე ჰიპერტენზიის რეესტრების არსებობის მიხედვით სიტუაცია განსხვავებულია;
- ზოგ შემთხვევაში გაურთულებელ ჰიპერტენზიასაც აგზავნიან კარდიოლოგთან საწყისი შეფასების მიზნით;
- სახელმწიფო პროგრამა ფარავს ძირითადი საწყისი რუტინული კვლევების საფასურს;
- სპეციალისტების კონსულტაცია უფასოა 65 წელს ზევით და 30%-იანი თანაგადახდით 6-65 წლის მოსახლეობისთვის;
- ექთნის ჩართულობა ლიმიტირებულია;
- არ არსებობს პაციენტის რეგულარული მეთვალყურეობის მწყობრი სისტემა;
- სახელმწიფო პროგრამა ფარავს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს გარკვეული ლიმიტის ფარგლებში;
- არ არსებობს ჰიპერტენზიის მართვის ხარისხის რეგულარული შეფასების პრაქტიკა;
- **არსებობს ჰიპერტენზიის განახლებული ეროვნული პროტოკოლი;**
- პროტოკოლის რეკომენდაციებზე ტრენინგი ჩატარებული აქვს პჯდ დაწესებულებების პერსონალის ნაწილს.

## ოჯახის ექიმები შაქრიანი დიაბეტი

### ამჟამად არსებული სიტუაცია პჯდ-ში ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის მართვის თვალსაზრისით

- დაწესებულებათა ნაწილს აქვს დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა რეესტრები
- ოჯახის ექიმები მართავენ მხოლოდ ტიპი 2 შაქრიან დიაბეტს
- პჯდ ცენტრების ნაწილში პაციენტი ნებისმიერ შემთხვევაში იგზავნება ენდოკრინოლოგთან
- ოჯახის ექიმს შეუძლია დანიშნოს მეტფორმინი და სულფონილმარდოვანა
- ოჯახის ექიმი არ ნიშნავს SGLT-2, DPP-4 და GLP-1 ანტაგონისტებს
- სახელმწიფო პროგრამა არ ფარავს HbA1C-ანალიზს
- დიაბეტის ვერტიკალური პროგრამით სარგებლობა შესაძლებელია წელიწადში ერთხელ
- არ არსებობს სკრინინგისა და მეთვალყუროების აწყობილი რეგულარული სისტემა
- სახელმწიფო პროგრამა ფარავს მეტფორმინს ლიმიტირებული თანხის ფარგლებში
- ექთნის როლი დიაბეტის მართვაში პრაქტიკულად ნულოვანია
- **არსებობს დიაბეტის მართვის განახლებული პროტოკოლი, რომლის შესახებ ტრენინგი დაწესებულებებს არ ჩატარებია**
- არ არსებობს დიაბეტის მართვის ხარისხის შეფასების სისტემა

## არსებული სიტუაცია- ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების მქონე პაციენტთა განათლების სისტემა:

- ჩამოყალიბებული ცენტრალიზებული სისტემის არარსებობა არაგადამდები დაავადებებით დაავადებული პაციენტის თერაპიული განათლებისთვის;
- ტრენინგული ექთნების ნაკლებობა, ისევე როგორც კვალიფიკაციის ამაღლების ან მაგისტრატურის პროგრამების არარსებობა, რომელთა მიზანია საგანმანათლებლო ჩარევების განმახორციელებელი პროფესიონალების, მაგალითად ექთან-სპეციალისტების ან დიეტოლოგების, მომზადება;
- სტრუქტურირებული პროგრამების ნაკლებობა საგანმანათლებლო პროგრამების შედეგების და ხარისხის სტანდარტების შეფასების მიზნით;
- ცალკეული პჯდ დაწესებულების თუ საერთაშორისო პროექტის ფრაგმენტული ძალისხმევის მიუხედავად, თერაპიული საგანმანათლებლო პროგრამების მიმართ ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა.
- პაციენტთა შეხსენება/გამოძახების სისტემის არარსებობა.

## რა გვაჩვენა დაწესებულებების დონეზე დიაბეტისა და ჰიპერტენზიის მართვის ხარისხის შეფასების კვლევამ (ივლისი, 2020)

---

შემოწმდა 40 წელს ზევით პაციენტთა ანკეტები.

ქალების 66% და მამაკაცების 59%-ს ჰქონდათ

ჰიპერტენზიის დიაგნოზი

### **წლის მანძილზე ერთხელ მაინც:**

არტერიული წნევის მაჩვენებლის დაფიქსირება - 82%,

საერთო ქოლესტეროლი - 27% და LDL

ქოლესტეროლი - 16%.

გსდ რისკის შეფასება - 0

### **მათ შორის, ვისაც ჩატარებული ჰქონდა გაზომვა:**

არტერიული წნევის კონტროლი - 16%

საერთო ქოლესტეროლის კონტროლი - 28%

### **მედიკამენტური მკურნალობა**

სტატინები - 22%

ასპირინი - 31% for

ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები - 55

სამივე ჯგუფი - 13% for.

### **მაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზით წლის მანძილზე ერთხელ მაინც:**

წნევის გაზომვა - 93%,

სამიზნე წნევა (< 130/80 mmHg ) - 23%.

ორჯერ წნევა გაეზომა -64%

HbA1c გაზომვა - 17%

უზმოდ გლუკოზა - 50%

გლუკოზის კონტროლი - 43% (< 7 mmol/l).

გლუკოზის საშუალო დონე - 8 mmol/l.

საერთო ქოლესტეროლი - 47%,

საერთო ქოლესტეროლი < 5 mmol/l – 44%

LDL ქოლესტეროლი - 15%

სმი-ს ჩანაწერი - 62%

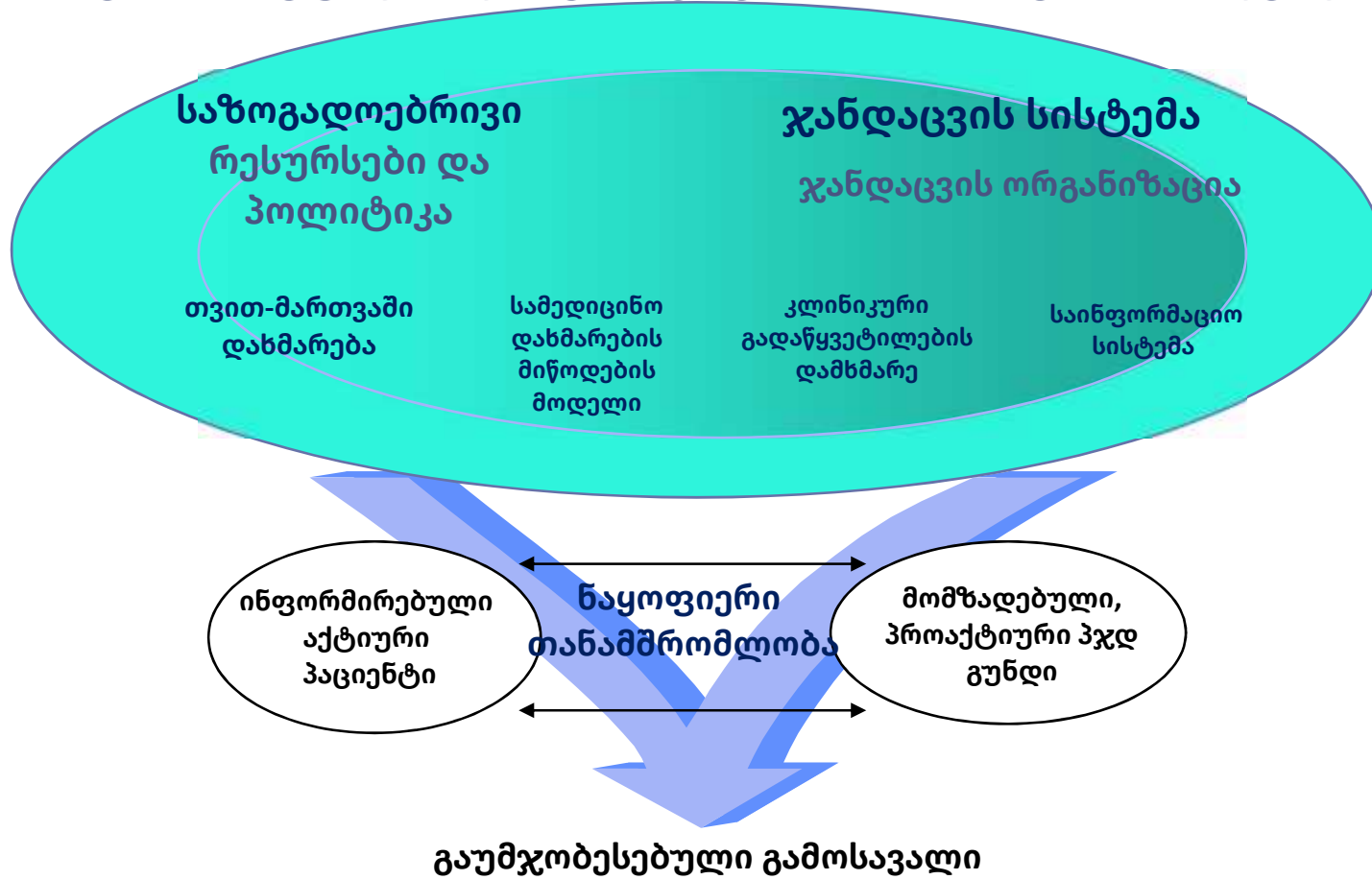
სიმსუქნე - ქალების 46% და მამაკაცების 24%

გსდ რისკის შეფასება - 0

ენდოკრინოლოგთან რეფერალის გარეშე - 87%

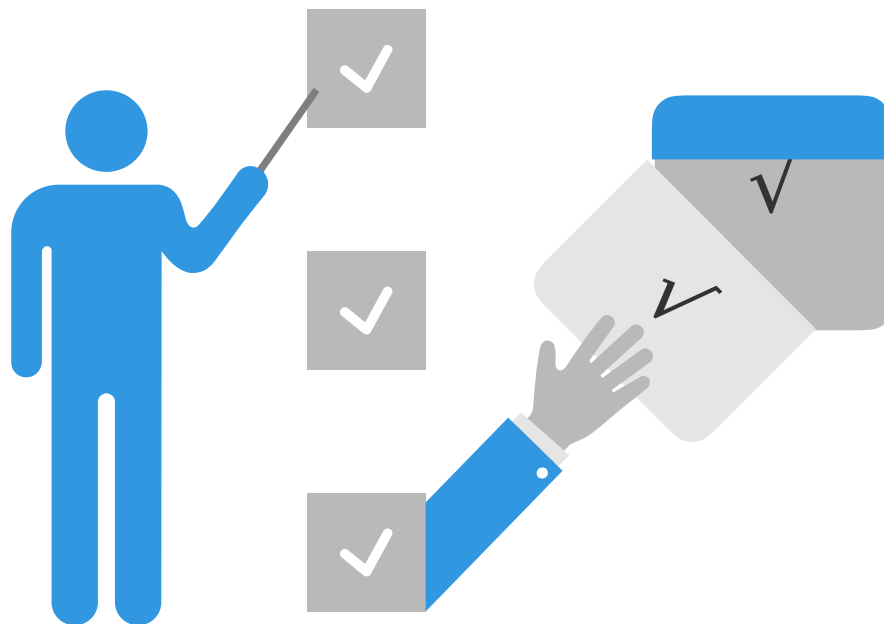


# ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელი



## ჯგუფური სამუშაო

რა არის საჭირო საუკეთესო პრაქტიკისთვის ?  
ჩამოთვალეთ აუცილებელი კომპონენტები



რატომ არის მნიშვნელოვანი მულტიდისციპლინურ გუნდურ  
შეხვედრებში მონაწილეობა პირველად ჯანდაცვაში?



## პირველადი ჯანდაცვის გუნდის როლი

ქრონიკული დაავადებების მართვის სისტემის ორგანიზება პჯდ-ში პაციენტთა სამიზნე ჯგუფების იდენტიფიცირება და ქრონიკული დაავადებების რეესტრების შექმნა დახმარება პაციენტის მეთვალყურეობის გეგმის განხორციელებაში ქრონიკული დაავადების მართვა ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობით



- × კვლევები გვიჩვენებს, რომ პრაქტიკის ექთნის ჩართვა ქრონიკული დაავადებების მართვაში აუმჯობესებს პაციენტის გამოსავალს და ამცირებს ექიმის დატვირთვას.

## პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მოდელი

---

გუნდის წევრი	ფუნქციის აღწერა	რაოდენობა
ოჯახის ექიმი		
სპეციალისტები		
პრაქტიკის ექთანი		
რეცეფცია		
მენეჯერი		



# ჯგუფური სამუშაო

- სამედიცინო დახმარების ხარისხის მონიტორინგის ადეკვატური მეთოდი?
- როგორ შეიძლება გაუმჯობესდეს კლინიკური პროცესების ხარისხი?
- ჩამოთვალეთ რამდენიმე შესაძლო ინდიკატორი

როგორ შევარჩიოთ  
ინდიკატორები კლინიკურ  
გაიდლაინებზე დაყრდნობით



## ინდიკატორების მაგალითი - დიაბეტის მართვა

ინდიკატორი	განმარტება
ლაბ-ტესტების არსებობა პჯდ-ში	<p>სამედიცინო აღჭურვილობის არსებობა შემდეგის განსახორციელებლად:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სისხლში გლუკოზა</li> <li>• პერორალური გლუკოზა ტოლერანტობის ტესტი</li> <li>• HbA1c, დიაბეტზე ტესტირება</li> <li>• შარდში გლუკოზა</li> <li>• შარდში კეტონები</li> <li>• საერთო ქოლესტეროლი</li> <li>• შარდის ტესტ-ჩხირები ალბუმინის ტესტირებისთვის</li> </ul>
ავადობა	18 წელს ზევით მომატებული გლუკოზის დონის/დიაბეტის ასაკ სტანდარტიზებული სავარაუდო გავრცელება (პლაზმაში გლუკოზა $\geq 7.0$ mmol/l (126 mg/dl) ან დიაბეტის დიაგნოზი პერორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტური/ინსულინთერაპიის ფონზე )
დიაბეტზე განათლება	დიაბეტით რეგისტრირებული პაციენტები, რომლებიც გაიგზავნენ განათლებისთვის
დიაბეტის მონიტორინგი	<p>18 წელს ზევით დიაბეტის მქონე პაციენტთა %, რომელთაც გასულ წელს ჩაუტარდათ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ტერფების შემოწმება</li> <li>• თვალების შემოწმება</li> <li>• შარდში პროტეინის ტესტი</li> <li>• სისხლის წნევის გაზომვა</li> <li>• ჭარბი წონის სკრინინგი</li> <li>• გლუკოზის თვითმონიტორინგი</li> <li>• HbA1c ტესტირება</li> </ul>
დიაბეტის მქონე პაციენტთა გლუკოზის კონტროლი	პაციენტთა % რომელთაც მკურნალობის დაწყებიდან 6 თვეში აღენიშნებათ გლუკოზის კარგი კონტროლი
თავიდან აცილებადი ჰოსპიტალიზაცია	ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით/100000 მოსახლეზე, სადაც ამბულატორიული მკურნალობით შესაძლებელია ჰოსპიტალიზაციის აცილება ან შემცირება



## ჰიპერტენზიის მართვის ხარისხის შესაფასებელი ინდიკატორების მაგალითი

1. კლინიკაში მომართული ჯანმრთელი ან ახალი პაციენტების წილი, რომელთაც წლის მანძილზე გაეზომათ წნევა ჰიპერტენზიის სკრინინგის მიზნით;
2. ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა წილი, რომელთაც შეუფასდათ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი სტანდარტული ინსტრუმენტით;
3. ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტთა წილი, რომელთაც წლის განმავლობაში რუტინულად ჩაუტარდათ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები:
  - სისხლში გლუკოზა; სისხლში კრეატინინი;
  - შარდში ალბუმინი, ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება, სავარაუდო გფს
  - ლიპიდური სპექტრი
  - ეკგ
  - ფუნდოსკოპია
4. პაციენტთა წილი, რომელთაც წელიწადში ერთხელ ჩაუტარდათ ქცევითი რისკ-ფაქტორების შეფასება:
  - სმი/წელის გარშემოწერილობა
  - ფიზიკური აქტივობა
  - დიეტა/სუფრის მარილი/ალკოჰოლი
  - მწველობა
5. პაციენტთა წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ კონსულტირება ქცევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირების შესახებ;
6. პაციენტთა წილი, რომელთაც უტარდებათ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა პირველი არჩევის პრეპარატებით: აგფ-ინჰიბიტორები, არბ, კალციუმის არხების ბლოკერები, თიაზიდური დიურეტიკები.

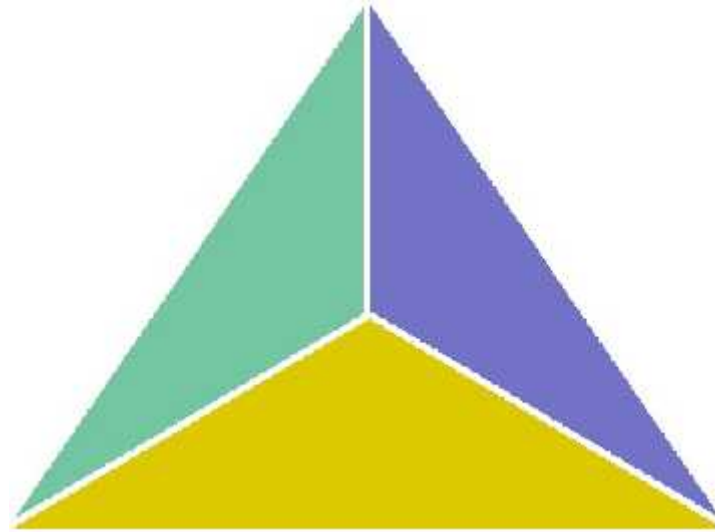
## როგორ შევაგროვოთ სანდო მონაცემები?

**მონაცემთა შეგროვების მეთოდოლოგიის გაცნობა** (მონაცემთა რანდომიზება Google random number generator-ის გამოყენებით)

- მონაცემთა სტრუქტურირებული შეგროვება
- მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტის ადაპტირება
- რეესტრების მომზადება
- სამედიცინო რუქების განაწილება შერჩევის კრიტერიუმების საფუძველზე
- პაციენტების ინდივიდუალური ჩანაწერების სახელმძღვანელო მიმოხილვით მონაცემების შეგროვება, მითითებული მონაცემების მოპოვება და სტანდარტიზებულ ფორმებში შეგროვებული მონაცემების აღება Excel ფორმატით და ა.შ.)
- მონაცემთა ანალიზის მხარდაჭერა (ჩართვის კრიტერიუმების საფუძველზე და პაციენტების გამორიცხვის შემდეგ, რომლებიც არ აკმაყოფილებენ კრიტერიუმებს და ა.შ.)

# როგორ შევძლებთ გაუმჯობესებას?

**1. სურვილი.** აუცილებელია გქონდეთ გაუმჯობესების სურვილი



**3. შესრულება.**  
აუცილებელია აღნიშნული აქციით რეალობად

**2. იდეები.** თქვენ უნდა გქონდეთ სტატუს-ქვოს ალტერნატიული იდეები



## გაუმჯობესების მოდელი

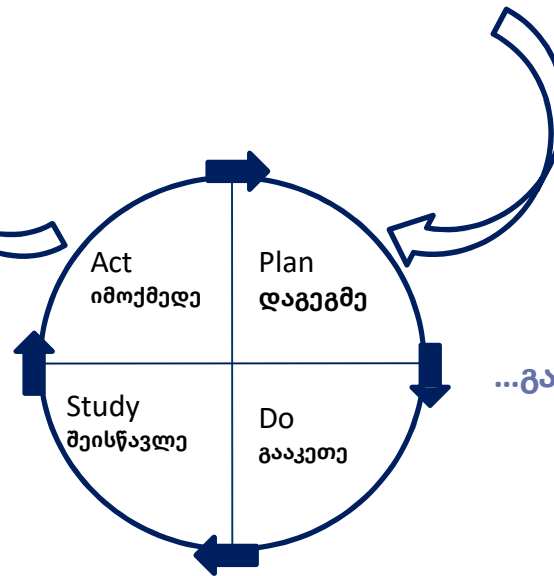
ამ სამი კითხვის გაერთიანებით. . .

რის მიღწევას ვცდილობთ?

როგორ გავიგოთ, რომ ცვლილება არის გაუმჯობესება?

გაუმჯობესების მისაღწევად რა ცვლილებები უნდა განვახორციელოთ?

PDSA ციკლთან  
მივიღებთ. . .



...გაუმჯობესების მოდელს

# რეკომენდაციები მიზნის განსაზღვრისთვის

ჩართე მენეჯმენტი, მმართველი რგოლი

ჩამოაყალიბე და შეათანხმე ადრეულ ეტაპზე

კონკრეტული შედეგისთვის განსაზღვრე ამოცანები

განიხილე გაზომვის ინდიკატორების ჩამოყალიბების შემდეგ, ასევე  
ცვლილების პროცესში

ფოკუსირება მოახდინე დაწესებულებისთვის მნიშვნელოვან საკითხებზე

## PDSA ციკლის ამოცანები

- რწმენის გაზრდა, რომ ცვლილება გაუმჯობესებას გამოიწვევს;
- გადაწყვეტა, მოგვიტანს თუ არა ერთი ან მეტი ცვლილება გაუმჯობესებას;
- გადაწყვეტა, ცვლილებების რომელი კომბინაცია მოგვიტანს სასურველ გაუმჯობესებას
- შეფასება, რა მასშტაბის გაუმჯობესებაა მოსალოდნელი თუ ცვლილებას დავნერგავთ;
- გადაწყვეტა, თუ იმუშავებს ცვლილება ჩვენთვის საინტერესო რეალურ გარემოში;
- დანერგვის ხარჯების შეფასება და ცვლილების მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტები;
- ცვლილების გამოცდილების შეძენა და მისი დანერგვისას თანამშრომელთა რეზისტენტობის მინიმუმამდე დაყვანა.

# გაუმჯობესების მოდელი: მთავარი შეკითხვები

## დაგეგმე

ამოცანა: რომელ ცვლილებას ვცდით? დასვი კითხვები და  
ივარაუდე (რატომ?)  
დაგეგმე ციკლის ჩატარება (ვინ, რა, სად, როდის)  
დაგეგმე მონაცემთა შეგროვება

## იმოქმედე

მზად ვართ ახალი ტესტის ან  
ცვლილებისთვის?  
ახალი ციკლის დასაგეგმად?

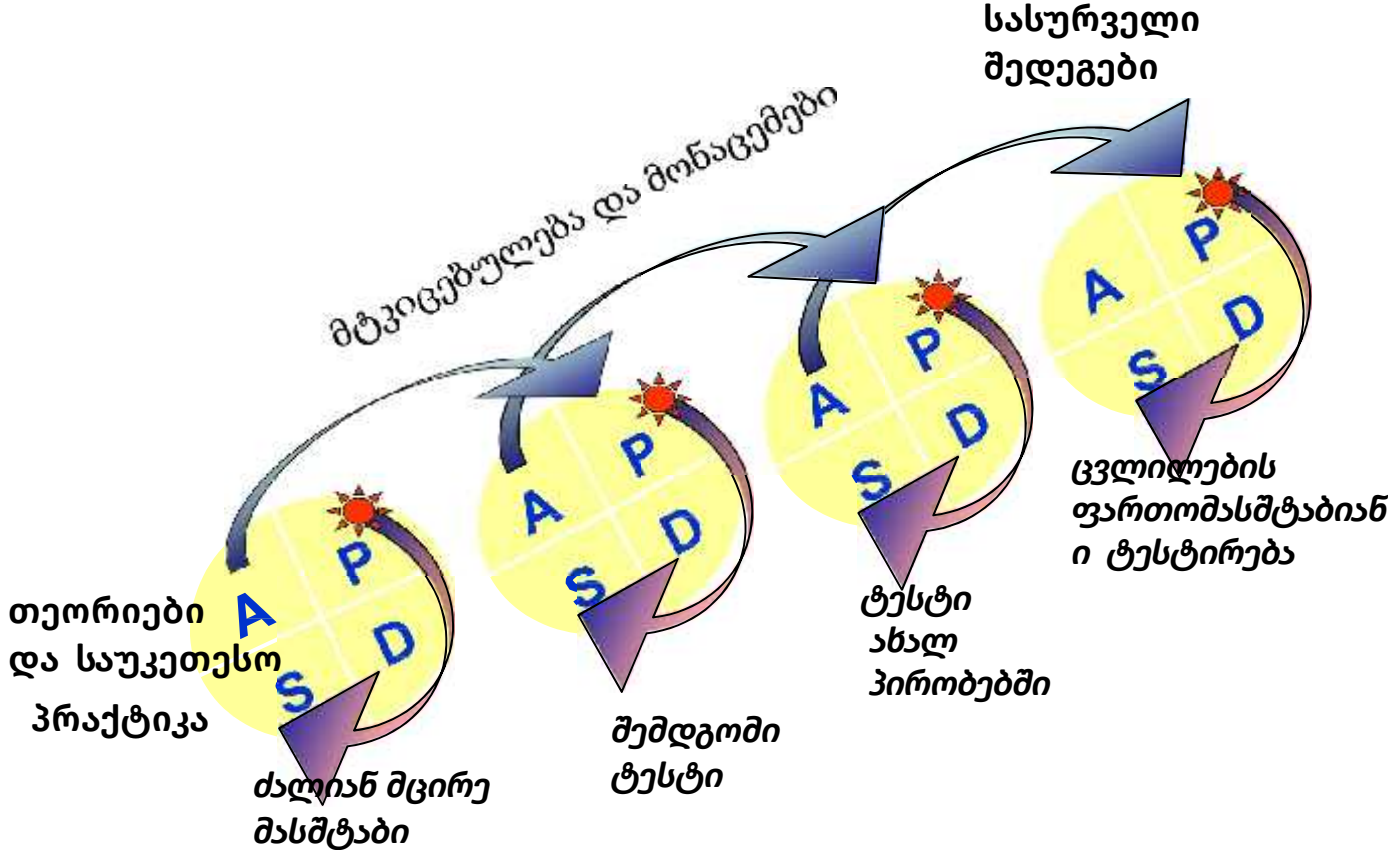
## გააკეთე

შეასრულე გეგმა აღნუსხე პრობლემები  
და მოულოდნელი შედეგები  
დაიწყე მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი

## შეისწავლე

დაასრულე მონაცემთა ანალიზი  
შეადარე მონაცემები ვარაუდებს და  
შეაჯამე რა ისწავლე

# ცოდნის შექმნა PDSA ტესტების მეშვეობით

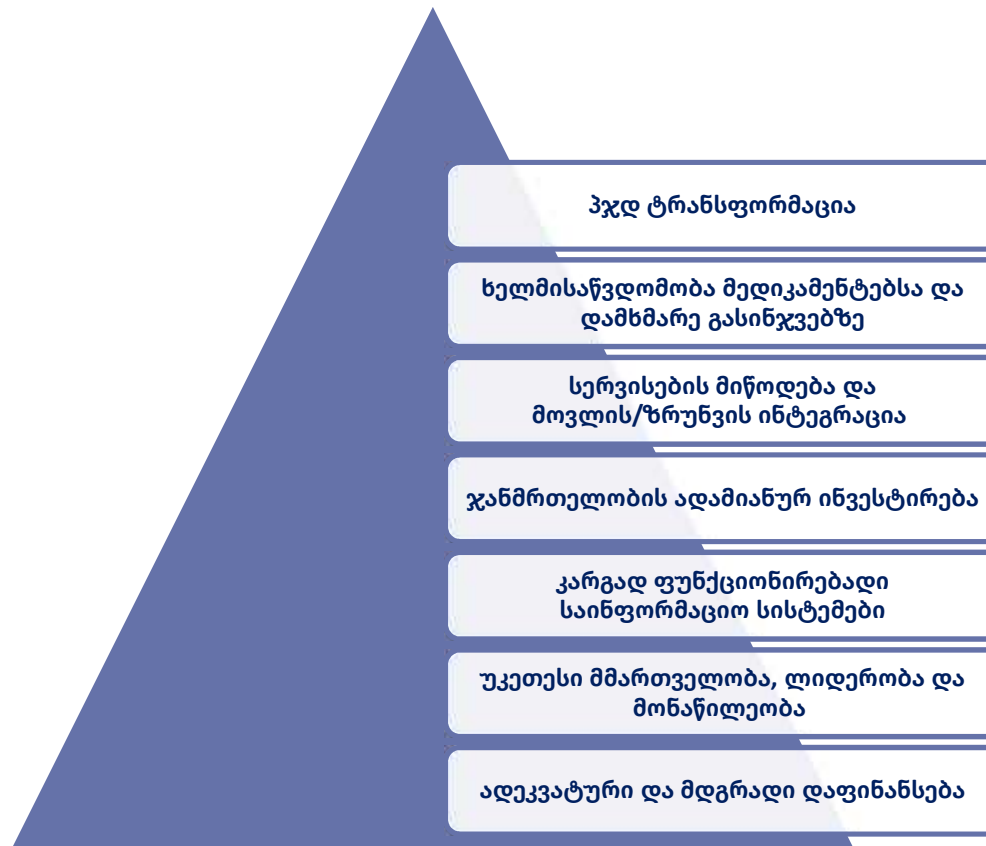




## **ცვლილების გამოცდის სამი პრინციპი**

- **მცირემასშტაბიანი გამოცდა და ცოდნის  
თანდათანობითი დაგროვება**
- **მონაცემთა რეგულარული შეგროვება**
- **მაქსიმალურად განსხვავებული პირობების  
მოსინჯვა**

## პჯდ-ს რეფორმისათვის საჭირო სისტემური ხელშემწყობი ცვლილებები



## სამომავლო გეგმები

**თითოეულ დაწესებულებაში მულტიდისციპლინარული ჯგუფების წარმომადგენლებისგან (ექიმი/ექთანი/მენეჯერი):**

- არტერიული ჰიპერტენზიისა და შაქრიანი დიაბეტის მართვის ხარისხის მონიტორინგის ჯგუფების ფორმირება;
- ფუნქციებისა და როლების გაწერა;
- ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კლინიკური აუდიტის ფორმების შემუშავებაში მონაწილეობა;
- დაავადებათა რეგისტრების წარმოება და აუდიტისთვის მონაცემთა წყაროების გადახედვა;
- აუდიტისთვის მონაცემების შეგროვება და წინასწარ შემუშავებულ ფორმებში შეტანა;
- პაციენტის საგანმანათლებლო აქტივობების დაგეგმვა და აქტიური კომუნიკაცია პაციენტის აქტიური ჩართულობით.

**გმადლობთ  
ყურადღებისთვის!**