



ჯანმრთელობის სიახლეები

№2

ნომბერი, 2007

საქართველოში საოჯახო მედიცინის განვითარება

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში

ავტორი: თამარ ჩიტაშვილი

2

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2003 წლის 17 ნომბრიდან ფუნქციონირებს. კავშირის დამფუძნებლები, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პირველივე დღეებიდანვე, აქტიურად მუშაობენ ქვეყანაში საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარებისთვის. კავშირში გაერთიანებულია ის ინტელექტუალური რესურსი, რომელიც საქართველოში საოჯახო მედიცინის დარგში უკანასკნელი წლების განმავლობაში შეიქმნა.

მსოფლიო სიახლეები

პირველადი ჯანდაცვის საიუბილეო თარიღი - ალმა-ატის კონფერენციის 30-ე წლისთავის მოლოდინში

გთხოვთ მოგვაწოდოთ ნაშრომები

8

ორგანიზაციაში გაწვევიანებული არიან პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალები, აგრეთვე, ოჯახის ექიმების, ზოგადი პრაქტიკის ექთნებისა და პრაქტიკის მენეჯერების მასწავლებლები, უმაღლესი სამედიცინო სკოლების პედაგოგიური პერსონალი, რომელთა ექსპერტული ცოდნა და გამოცდილება უდავოდ ღირებულია საოჯახო მედიცინის სფეროში მყარი აკადემიური საფუძვლების ჩამოსაყალიბებლად.

WONCA - ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაცია

9

WONCA - მსოფლიოს პრეზიდენტისაგან:

ჩვენი მიზნები 2010 წლისათვის – ოჯახის ექიმი ყველა ოჯახს!

11

კავშირის წევრების მიერ, უცხოელი ექსპერტების დახმარებით, შეიქმნა საოჯახო მედიცინაში ადამიანური რესურსის პროფესიული მომზადების საფუძვლები: ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადებისა და უწყვეტი განათლების პროგრამები და პროფესიული სტანდარტები.

ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაცია - ევროპის კონგრესი პარიზი, 17 - 20 ოქტომბერი, 2007 წელი

13

საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკა

რა არის ცნობილი ასთმის შესახებ

19

ასთმის მართვის უახლესი გაიდლაინის რეკომენდაციები -

შემუშავებულია ამერიკის გულის, ფილტვებისა და სისხლის ნაციონალური ინსტიტუტის (NAEPP) მიერ, ასთმის პრევენციისა და განათლების ეროვნული პროგრამის ფარგლებში

33

თარგმანი მოამზადა დავით კუჭავამ

კავშირის წევრები აქტიურად მუშაობენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განვითარებისათვის. მათი ინიციატივით საოჯახო მედიცინის მოდელის სადემონსტრაციო დაწესებულებებში ინერგება ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ინსტრუმენტები, ტარდება სამედიცინო და ორგანიზაციული აუდიტები სხვადასხვა პრობლემურ თემებზე, მუშავდება გაიდლაინები და პროტოკოლები.

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდი:

WWW.GFMA.GE

ელექტრონული ფოსტა:

gfma@gfma.ge

Wonca Website:

<http://www.GlobalFamilyDoctor.com>



Wonca

World family doctors. Caring for people

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2004 წლიდან არის ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის "WONCA"-ს სრულუფლებიანი წევრი



გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და არ წარმოადგენს ევროკავშირის შეხედულებებს

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში

29 სექტემბერი, 2007 წელი

შესავალი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა ხარისხიან ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება.

აღნიშნული ამოცანის რეალიზების მიზნით, საქართველოს მთავრობა საერთაშორისო, ადგილობრივი, სხვა სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების ხელშეწყობით ახორციელებს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმას, რომელიც ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის თანამედროვე, საერთაშორისოდ აღიარებულ პრინციპებზე დაფუძნებული და მოქნილი სისტემის განვითარებას ითვალისწინებს.

ქვემოთ მოკლედ შევხებით იმ ძირითად მიზეზებს, რომლებმაც განაპირობეს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის ეფექტიანი მოდელის შემუშავებისა და დანერგვის აუცილებლობა.

გაგაცნობთ პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის კონცეპტუალურ საფუძვლებსა და მიმდინარეობის შედეგებს.

I. არსებული სიტუაცია

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის საჭიროება უმთავრესწილად განაპირობა საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში არსებულმა სისტემურმა პრობლემებმა, რომელთა დაძლევა, მიუხედავად დარგში მრავალგზის განხორციელებული ძირეული ფუნქციურ-ინსტიტუციური რეფორმებისა, ჯერ კიდევ ვერ მოხერხდა. კერძოდ,

ა) საქართველოს მოსახლეობის დიდ ნაწილს არა აქვს საშუალება გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების და მედიკამენტების ღირებულება. მედიკამენტების A სიძვირე მნიშვნელოვნად ამცირებს ამბულატორიული მომსახურების მოხმარებას. აღნიშნული მიზეზით მოსახლეობის 43% მეტი არ მიმართავს ამბულატორიას,¹ ჯანმრთელობის გაურესებასთან დაკავშირებული ხარჯები მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწევს

მოსახლეობას, განსაკუთრებით მის ღარიბ ფენას (55%) და ზრდის მოწყვლადობას.

ბ) არსებობს ხარისხიან ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური (გეოგრაფიული) ხელმისაწვდომობის პრობლემა, განსაკუთრებით სოფლად და ძნელად მისადგომ ადგილებში, _ არსებული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის ინფრასტრუქტურა (შენობა-ნაგებობები და აღჭურვილობა), რომელთა უმეტესი ნაწილი სახელმწიფო საკუთრებაშია, მოძველებულია, ამორტიზებულია და არ შეესაბამება საჭიროებებს, როგორც გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის, ისე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თვალსაზრისით. ასეთი ქსელი, ბუნებრივია, ნაკლებად მიმზიდველია პაციენტთათვის.

აქვე უნდა აღინიშნოს სათანადოდ მომზადებული ადამიანური რესურსის ნაკლებობაც. პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული ადამიანური რესურსის მხოლოდ ნაწილს აქვს გავლილი შესაფერისი მომზადება, _ მათი უმრავლესობის უნარ-ჩვევები და კომპეტენცია არ შეესაბამება როგორც მაღალი ხარისხის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების მოთხოვნებს, ასევე არასაკმარისია სამედიცინო დაწესებულების პროცესზე, ხარისხსა და შედეგზე ორიენტირებული ეფექტიანი მართვის უზრუნველსაყოფად².

გ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ეკონომიკური ეფექტიანობა დაბალია, _ დარგის მარეგულირებელი ინსტრუმენტები არ იძლევა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფის შესაძლებლობებს. უმეტეს შემთხვევაში ისინი გადასინჯვას საჭიროებს ან შესაქმნელია;

დ) მნიშვნელოვანი ფაქტორია ასევე მომხმარებელთა არაადეკვატური ქცევა, რასაც ძირითადად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირების დაბალი დონე განაპირობებს.

¹ WHO ანგარიში 2003წ.

² ძირითადი მონაცემები და მიმართულებები 2007-2010 წლებისათვის, საქართველოს მთავრობა

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო, მოსახლეობა თითქმის არ მიმართვას ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებს. უკანასკნელ წლებში კატასტროფულად შემცირდა ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაცია (1990 წლიდან დღემდე ერთ სულ მოსახლეზე მიმართვიანობა 7-8-დან შემცირდა 1.85 ვიზიტამდე³, სოფლის ამბულატორიუმში უტილიზაციის დონე კიდევ უფრო ნაკლებია და ერთ სულ მოსახლეზე საშუალოდ 1 ვიზიტს შეადგენს წელიწადში, მაშინ როდესაც საშუალო ევროპული მაჩვენებელი 7-ს უთანაბრდება.

არსებული სისტემური პრობლემები ადეკვატურად აისახა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რაც უმთავრესად სიცოცხლის სავარაუდო საშუალო ხანგრძლიობის შემცირებით, მოკვდაობის გაზრდით, გარდაცვალების ძირითად მიზეზთა სტრუქტურით, ასევე დაავადებულობისა და ავადობის მომატებით გამოიხატა, დაავადებათა თითქმის ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით⁴.

შექმნილი სიტუაციის საპასუხოდ, ჯანდაცვის სექტორში დაწყებული სისტემური რეფორმის კვალდაკვალ, დღის წესრიგში დადგა პირველადი ჯანდაცვის მიმდინარე რეფორმის ახლებური გააზრების საჭიროება, რათა იგი შესაბამისობაში მოსულიყო როგორც დარგში ინიცირებული რეფორმის ძირითად მიმართულებებთან, ასევე ქვეყნის გრძელვადიანი განვითარების სტრატეგიებთან.

II. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის ძირითადი ასპექტები

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმა მიზნად ისახავს ხარისხიან ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას. ქვემოთ აღწერილია ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების რეფორმის საკვანძო საკითხები, სისტემის კომპონენტების მიხედვით.

1. პუბლიკი მომსახურების სახეები და ორგანიზაციული მოწყობა

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა ითვალისწინებს ამბულატორიული მომსახურების უზრუნველყოფას საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს შესაფერისი კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის მიერ.

ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება მიეწოდება ოჯახის ექიმი/ექთნის მიერ ინდივიდუალურ პრაქტიკებში, საოჯახო მედიცინის ცენტრებში, ამბულატორიულ კლინიკებსა და ჰოსპიტლებში ამბულატორიულ განყოფილებებში. **სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურება** მიეწოდება სპეციალისტი(ებ)ს მიერ ინდივიდუალური პრაქტიკით, **ამბულატორიულ კლინიკებსა** ან საავადმყოფოს **ამბულატორიულ განყოფილებებში**.

ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება ითვალისწინებს:

(ა) სამედიცინო კონსულტაციას, როგორც ამბულატორიულად, ასევე, პაციენტის ბინაზე მომსახურებას სამკურნალო, თუ პრევენციული მიზნით;

(ბ) ბაზისურ ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიული გამოკვლევებს, რისთვისაც არ არის საჭირო რთული დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული შესაძლებლობები;

(დ) მცირე ინვაზიურ პროცედურებს;

(ე) გადაუდებელ დახმარებას;

(ვ) საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართულ ღონისძიებებს (მოსახლეობის ვაქცინაცია პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის შესაბამისად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება სკრინინგული პროგრამების საშუალებით; საზოგადოების ჯანმრთელობისთვის საშიში სიტუაციების დროული გამოვლენა; ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირება და განათლება; გადამდები და არაგადამდები დაავადებების ეპიდემიადამხედველობა; ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრება).

ამბულატორიული მომსახურების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმებია:

ა) ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა.

საოჯახო მედიცინის შემთხვევაში მომსახურების მიწოდებელია ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი. **სპეციალიზებული მომსახურების** შემთხვევაში - ვიწრო სპეციალისტი;

³ სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის 2005 წლის მონაცემები

⁴ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2005 წელი

ბ) საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამოდენიმე ოჯახის ექიმით;

გ) ამბულატორიული კლინიკა ან ჰოსპიტლების ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამოდენიმე სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტი.

2. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების რეგულირება

ა) რეგულირების ახალი მოდელის შესაბამისად, ამბულატორიულ მომსახურებაში ჩართული ყველა სპეციალისტი (ოჯახის ექიმის ჩათვლით), ექვემდებარება სახელმწიფო ლიცენზირებას.

ბ) პჯდ მომსახურების მიწოდებაში ჩართული ყველა დაწესებულება (ამბულატორია, საოჯახო მედიცინის, დიაგნოსტიკის, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების ან სპეციალიზებული ცენტრები) ექვემდებარება ნებართვას, ხოლო ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკის წარმოება დასაშვებია ნებართვის გარეშე;

3. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება

სახელმწიფო აანაზღაურებს პჯდ მომსახურების სრულ პაკეტს⁵ საქართველოს მოსახლეობის ღარიბი ნაწილისათვის. ეტაპობრივად მოხდება დღეისათვის მოცული მიზნობრივი ჯგუფის (ულატაკესი მოსახლეობა, მთელი მოსახლეობის 14%) გაფართოება იმგვარად, რომ მომდევნო 2008-2009 წლებში შესაძლებელი გახდეს არა მარტო ულატაკესი, ასევე ღარიბი მოსახლეობის ნაწილობრივი მოცვა პჯდ მომსახურების სრული პაკეტით.

⁵ მიმდინარე წელს ღარიბი მოსახლეობისათვის ამბულატორიული მომსახურება ფინანსდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 7 თებერვლის N40/5 ბრძანებით დამტკიცებული შემდეგი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ფარგლებში: ა) პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც განსაზღვრული მომსახურების პაკეტს უფასოდ იღებს საქართველოს მთელი მოსახლეობა; ბ) სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც, აღნიშნულ მიზნობრივ ჯგუფს უფასოდ მიეწოდება ამბულატორიული მომსახურების დამატებითი პაკეტი, რომელსაც არ ფარავს პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

ამასთან, აუცილებელ სამედიცინო (მათ შორის, ამბულატორულ) მომსახურებაზე დაავადების ეპიზოდის დადგომისას, უშუალოდ ჯიბიდან ან სხვა წყაროდან გადახდის ჩანასანაცვლებლად, რისკის განაწილების, სოლიდარობისა და წინასწარ გადახდის ეფექტური სისტემებით, სახელმწიფომ შეიმუშავა სამედიცინო დაზღვევის განვითარების სქემა, რომლის თანახმადაც, ეტაპობრივად განხორციელდება არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ჩანაცვლება სადაზღვევო პროდუქტებით.

მიმდინარე წელს, სიღარიბის დამღვევის პროგრამა სადაზღვევო პრინციპით ხორციელდება თბილისსა და იმერეთში; სადაზღვევო ბაზრის შესაძლებლობების გაძლიერებასთან ერთად სახელმწიფო სოციალურად დაუცველი ღარიბი მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების პირდაპირი შესყიდვის ნაცვლად მეტი ინტენსივობით შეისყიდის სადაზღვევო პროდუქტს.

უმთავრესი პრინციპები, რომელთაც დაეფუძნება სიღარიბის დადგენილ ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის განხორციელება, შემდეგია:

ა) შესაბამისი მიზნობრივი ჯგუფის იდენტიფიცირებული ინდივიდი სახელმწიფო სუბსიდირებას მიიღებს ვაუჩერის სახით, რომელიც უტოლდება წლიური სადაზღვევო პრემიუმის სრულ ოდენობას როგორც პირველი დონის, ასევე ჰოსპიტალური მომსახურებისათვის.

ბ) სახელმწიფოს მოთხოვნები შემსყიდველისადმი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის, მაღალმთიან რეგიონებში მომსახურების მიწოდების სტიმულირების, სერვისების თანაბარი პირობებით, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე მიწოდების უზრუნველსაყოფად, აისახება ვაუჩერის პირობებში, რომელიც დამტკიცდება შესაბამისი სამართლებრივი აქტით ⁶.

გ) სახელმწიფო სუბსიდიის მიმღები იდენტიფიცირებული ინდივიდი თავად ირჩევს

⁶ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობები ქვეყნის იმ ნაწილისათვის, სადაც სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება წარმოებს სადაზღვევო პრინციპით (ქ. თბილისი და იმერეთი), განსაზღვრულია საქართველოს მთავრობის 2007 წლის 31 ივლისის №166 დადგენილებით

სადაზღვევო ორგანიზაციას. განსაზღვრულ დროში არჩევანის განუხორციელებლობის შემთხვევაში, სახელმწიფო, შემთხვევითი სელექციის მეთოდით, ანაწილებს ბენეფიციარებს სადაზღვევო ორგანიზაციებთან, რის შემდეგაც სადაზღვევო ორგანიზაცია ვალდებულია ხელშეკრულება გააფორმოს ბენეფიციართან.

ღარიბი მოსახლეობის სახელმწიფო სახსრებით ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსების ადმინისტრირებას აწარმოებს **სახელმწიფო შემსყიდველი.**

მომავალში, მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილი (სიღარიბის დადგენილ ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის გარდა) თავად შეისყიდის ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართული პირველი დონის მომსახურებას **ჯიბიდან გადახდის ან წინასწარ გადახდის** (სადაზღვევო სქემების) სახით, თუმცა **გარდამავალ პერიოდში ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება დაფინანსდება უნივერსალურად.**

4. საინფორმაციო სისტემები პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში

პჯდ მომსახურების მოდელის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით მოხდება ინვესტირება საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურაში, კომპიუტერულ, პროგრამულ უზრუნველყოფასა და ადამიანური რესურსის განვითარებაში.

პჯდ საინფორმაციო სისტემის, როგორც ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის ინტეგრალური ნაწილის, განვითარება მოხდება იმგვარად რომ იგი სრულად იძლეოდეს პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დაცვის და ინფორმაციის წარმოების შესაძლებლობებს შემდეგი კატეგორიების შესაბამისად:

ა. **კლინიკური ინფორმაცია** - პაციენტის ისტორია;

ბ. **ინფორმაცია მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ** - სტატისტიკური მონაცემები ავადობისა და დაავადებიალობის შესახებ, ინფორმაცია ინფექციურ დაავადებებზე და ეპიდემიოლოგიურად საშიშ მდგომარეობებზე;

გ. **ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ინფორმაცია** - დაგეგმვის, კონტრაქტირების, ზედამხედველობისა და სტრატეგიის შემუშავებისთვის აუცილებელი ინფორმაცია;

მონაცემთა მოპოვების საფუძვლად განისაზღვრება სააღრიცხვო და საანგარიშგებო ფორმები, რომელსაც (ა) ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო; (ბ) განსაზღვრავს შემსყიდველი ხელშეკრულების ფარგლებში.

საკუთრების ფორმისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის მიუხედავად, პჯდ მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია უზრუნველყოს პუნქტი ინფორმაციის ძირითადი კატეგორიების წარმოება და გადაცემა შესაბამისად შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში სამინისტრო), სტატისტიკური ინფორმაციის მიღებაზე პასუხისმგებელი სამინისტროს სისტემის შესაბამისი სამსახურებისა და შემსყიდველისათვის.

5. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების რაოდენობა და მდებარეობა

პჯდ დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის პრინციპით.

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე საქართველოს მოსახლეობის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად ჩამოყალიბდება სოფლად - **905 ერთეული ერთგუნდიათი**, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში 200-მდე ერთი და მრავალგუნდიათი **პჯდ მომსახურების მიმწოდებელი.**

6. პირველი დონის მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო პერსონალი

სამედიცინო მომსახურების პირველ დონეზე მომსახურების მიწოდების მოდელი, ეფუძნება საოჯახო მედიცინას, რომლის მთავარი განმახორციელებელი **ოჯახის ექიმი**ა, რომელიც ემსახურება 500-დან 3000-მდე პაციენტს.

ზოგადი პრაქტიკის ექთანს, საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ასევე გააჩნია ინდივიდუალური პრაქტიკის წარმოების უფლება.

სამიზნე მოსახლეობასთან პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი და ექთანი-ბებიაქალი; რეფორმის შემგომ ეტაპზე, დაგეგმილია ექიმი-ექთნის თანაფარდობა დაგახდეს 1:2.

7. საოჯახო მედიცინის ცენტრების ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა

სამინისტრო განსაზღვრავს **მინიმალურ მოთხოვნებს** პჯდ მომსახურების მიწოდებლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მიმართ;

ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო **მინიმალური ფართი** განისაზღვრება **30 კვ.მ** -ით.

საოჯახო მედიცინის ცენტრების **სამედიცინო აღჭურვილობის ნუსხა** არ ითვალისწინებს მაღალტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებს და სრულ შესაბამისობაშია პერსონალის პროფესიულ კომპეტენციებთან.

8. პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელებისთვის საჭირო ინვესტიციები

ხარისხიან ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, **სახელმწიფოსა და დონორი ორგანიზაციების ინვესტიციები** პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის შესაბამისად, მიიმართება **სოფლად და ძნელადმისადგომ გეოგრაფიულ არეალში**, პჯდ მომსახურების მიწოდებისათვის საჭირო სიმძლავრის შესაქმნელად.

ქალაქებსა და რაიონულ ცენტრებში პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების **ინფრასტრუქტურის განვითარება** განხორციელდება **კერძო ინვესტიციებით** - დიდ ქალაქებსა და რაიონებში გასხვისდება სახელმწიფო წილობრივი მონაწილეობით დაფუძნებული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები.⁷

სახელმწიფო, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უზრუნველყოფს ასევე ქვეყნის მასშტაბით, შესაფარისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის **ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის** განვითარებას.

III. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში მიღწეული შედეგები

მოსახლეობისთვის მაღალი ხარისხის ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებისა და მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, 2006-2007 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის სექტორში ინიცირებულ იქნა სერიოზული ცვლილებები ხარისხიან ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებისათვის საჭირო სიმძლავრის შექმნისა და მის მიმართ ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიმართულებით.

ხარისხიან პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, სახელმწიფოს ინტერვენცია წარმართა ერთის მხრივ, პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის, ხოლო მეორეს მხრივ, პჯდ მომსახურების მიმწოდებელი ადამიანური რესურსების განვითარებისაკენ.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის ტრანსფორმაციისა და საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარების ამოცანის ფარგლებში, სახელმწიფო და დონორი ორგანიზაციების ძალისხმევით, ქვეყნის მასშტაბით დღეისათვის ჩამოყალიბებულია (რეაბილიტირებული/აშენებული და აღჭურვილი) და ფუნქციონირებს 200-ზე მეტი საოჯახო მედიცინის ცენტრი. მომდევნო წლებში იგეგმება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების საჭირო სიმძლავრის შექმნა მთელი ქვეყნის მასშტაბით, განსაკუთრებით სოფლებსა და ძნელადმისადგომ გეოგრაფიულ ადგილებში, იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილი იქნეს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე 15 წუთიანი ხელმისაწვდომობა საქართველოს ნებისმიერი მცხოვრებისათვის.

ჯანდაცვის სექტორში ინვესტიციების დიდი ნაწილი იხარჯება ასევე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი პროფესიონალების ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისათვის. სახელმწიფოსა და დონორული დახმარებით გადამზადებულ იქნა 500-ზე მეტი საოჯახო მედიცინის გუნდი. 2007 წელს ამ მიმართებით გაწეული ქმედებები კიდევ უფრო ინტენსიურია, – **„სამედიცინო პერსონალის მომზადება-გადამზადების** სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში, **თბილისში** გადამზადების შესაბამის კურსს გადის **180 ექიმი და 104 ექთანა, გურიის**

⁷ პრივატიზაციის პროცესში პროფილის შენარჩუნების საჭიროებას განსაზღვრავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო ეკონომიკური განვითარების სამინისტროსთან ერთად.

რეგიონიდან მზადდება 15 ექიმი და 23 ექთანი, ხოლო სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონიდან – 92 ექიმი და 104 ექთანი. პარალელურად, მიმდინარეობს საოჯახო მედიცინის გუნდების გადამზადება დონორთა დახმარებითაც.

ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისა და სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკისაგან მათი დაცვის მიზნით, პირველადი ჯანდაცვის 2007 წლის სახელმწიფო პროგრამის პარალელურად, რომელიც ითვალისწინებდა პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების დაფინანსებას საქართველოს მთელი მოსახლეობისათვის, 2006 წლის ივლისიდან ამოქმედდა **სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა**, სადაც ძირითად მიზნობრივ ჯგუფად დასახელდა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა და პრიორიტეტი მიენიჭა მათი სამედიცინო საჭიროებების დაკმაყოფილებას. 2006 წელს, პროგრამის ფარგლებში დაფინანსდა – 1 586 010 ამბულატორიული ვიზიტი, 251 990 სპეციალისტის კონსულტაცია ამბულატორიაში.

2007 წელს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის როგორც დაფინანსება, ასევე მის ფარგლებში მისაწოდებელი **მომსახურების მოცულობა** კიდევ უფრო გაიზარდა და პროგრამის **ბენეფიციართა რაოდენობამ 674 000 ადამიანი შეადგინა**. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ მიმდინარე წელს, სიღარიბის დამლევის **პროგრამა სადაზღვევო პრინციპით ხორციელდება თბილისსა და იმერეთში**.

პროგრამის აღნიშნული კომპონენტის ფარგლებში, ამოქმედდა მიმოქცევადი ფინანსური ინსტრუმენტი - დაზღვევის ვაუჩერი, რომელიც დაურიგდა **სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მიზნობრივ ჯგუფს**. აღნიშნული კატეგორიის მოსახლეობას ეძლევა თავისუფალი არჩევანი, შეარჩიოს სადაზღვევო კომპანია, რომელიც სახელმწიფოს მიერ სათანადო სადაზღვევო ვაუჩერის განაღდებას საფუძველზე, უზრუნველყოფს მისთვის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ასევე საავადმყოფოს დონეზე.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის სამართლებრივი გარემოს შექმნის მიზნით, შემუშავდა და საქართველოს მთავრობის 2007 წლის

31 ივლისის №166 დადგენილებით დამტკიცდა გადასაცემი **სადაზღვევო ვაუჩერის პირობები**. დადგენილებით განისაზღვრა, ასევე, სიღარიბის დადგენილ ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის განხორციელების წესები, სადაზღვევო ვაუჩერის ღირებულება, მისი გამოყენების, გადაცემისა და განაღდებას საკითხები, დადგინდა სადაზღვევო ვაუჩერის მიმოქცევასთან დაკავშირებული ფიზიკური და იურიდიული პირების უფლებები და მოვალეობები, დარეგულირდა სადაზღვევო ვაუჩერის მიმოქცევა და სარგებლობასთან დაკავშირებული საკითხები.

სადაზღვევო ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობები ითვალისწინებს ამბულატორიული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, რომელიც არ იფარება პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით. კერძოდ, მის ფარგლებში ფინანსდება ა) გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება; ბ) ოჯახის ექიმის, ექთნის, ექიმი-სპეციალისტების კონსულტაცია და სხვა სახის სამედიცინო მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში ბინაზე სამედიცინო მომსახურების ჩათვლით; გ) ექიმის დანიშნულებით ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები.

მომდევნო წლებშიც სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების მთავარი მოსარგებლე სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა იქნება. საბიუჯეტო რესურსის გადანაწილება მოხდება დაუცველი ფენების სასარგებლოდ, იმგვარად, რომ თანდათანობით შესაძლებელი გახდეს არა მხოლოდ უღატაკესი, ასევე **ღარიბი მოსახლეობის მოცვა** სამივე დონის სამედიცინო მომსახურების შემცველი სტანდარტული პაკეტით. შესაბამისად, 2008 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის პროექტი, რომელიც უკვე წარედგინა საქართველოს მთავრობას, ითვალისწინებს აღნიშნული მიზნობრივი ჯგუფის სამედიცინო მომსახურების/სადაზღვევო პროდუქტის დაფინანსებას სათანადო სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, მნიშვნელოვნად გაზრდილი ბიუჯეტითა და პროგრამის მოსარგებლეთა რაოდენობით.

ამგვარად, საქართველოს მთავრობა აგრძელებს და კვლავაც გააგრძელებს მუშაობას პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისათვის.

ვიმედოვნებთ, თანმიმდევრული და მიზანმიმართული ძალისხმევით შედეგად, პირველადი ჯანდაცვა გახდება მძლავრი და

მდგრადი ფუნდამენტური საფუძველი, ჯანდაცვის სექტორის განვითარებისა და შედეგად, ქვეყნის

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის.

პირველადი ჯანდაცვის საიუბილეო თარიღი - ალმა-ატის კონფერენციის 30-ე წლისთავის მოლოდინში:

გთხოვთ მოგვაწოდოთ ნაშრომები

2008 წლის 12 სექტემბერს პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კონფერენციაზე ალმა-ატის დეკლარაციის 30-ე წლისთავი აღინიშნება, რომლის თანახმადაც, პირველადი ჯანდაცვა 2000 წლისათვის, სოციალურად და ეკონომიურად პროდუქტიული ცხოვრებისათვის აუცილებელი ჯანმრთელობის დონის მიღწევის საფუძველთა საფუძვლად გამოცხადდა. აღნიშნული დეკლარაცია ჯანმრთელობას განიხილავს, როგორც განვითარების საწინდარს. მისი მიღებიდან გასული პერიოდის განმავლობაში მიმდინარეობდა დებატები სელექტიურ პირველად ჯანდაცვასა და ალმა-ატის სტრატეგიებს შორის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გენერალურ დირექტორს ჰალფდან მაჰლერს, რომელსაც უდიდესი წვლილი მიუძღვის ალმა-ატის დეკლარაციის, კონცეფციის „ჯანმრთელობა ყველასათვის - 2000 წელს!“ და პირველადი ჯანდაცვის ყოვლისმომცველი ხედვის ჩამოყალიბებაში, პოსტზე ყოფნის ვადა 1998 წელს ამოწურა. მისი მემკვიდრის პოსტზე ყოფნის პერიოდში, პირველადმა ჯანდაცვამ მოწინავე პოზიციები დათმო: ალმა-ატის კონფერენცია კაპიტალიზმისა და კომუნიზმის იმდროინდელი იდეოლოგიური დაპირისპირების მსხვერპლადაც შეიძლება ჩაითვალოს - აშკარა იყო, რომ ყოფილი საბჭოთა კავშირის ტერიტორიაზე ჩატარებულ კონფერენციაზე მიღებული დეკლარაცია, დასავლეთში სრულ მხარდაჭერას ვერასოდეს მოიპოვებდა.

შემდეგ იყო 1990-იანი წლების „ინვესტირება ჯანდაცვაში“, 2000 წლის ათასწლეულის (მილენიუმის) მიზნები. დღესდღეობით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია პრიორიტეტს კვლავ პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას ანიჭებს. 2006 წლის მსოფლიო ჯანმრთელობის ასამბლეაზე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ნომინირებულმა გენერალურმა დირექტორმა, მარგარეტ ჩანმა, თავის მიმართვაში ხაზი გაუსვა, რომ მხარს უჭერს ჰალფდან მაჰლერის იდეებს. 2008 წლის *ჯანმრთელობის მსოფლიო ანგარიშში* ყურადღება გამახვილებული იქნება პირველადი

ჯანდაცვის გადამწყვეტ როლზე ჯანდაცვის მძლავრი სისტემების ჩამოყალიბებაში.

ალმა-ატის დეკლარაციის კონცეფციის განხორციელებამ დადებითი შედეგები გამოიღო მთელ რიგ საშუალო განვითარებისა და ინდუსტრიულ ქვეყნებში, თუმცა კვლავ უამრავი კითხვა რჩება პასუხგაუცემელი, მათ შორის, პირველადი ჯანდაცვის ყოვლისმომცველობის იდეა და რელევანტურობა, პრიორიტეტების დასახვა უაღრესად მწირი რესურსების პირობებში, ჯანდაცვის მუშაკების სათანადო რაოდენობის მოზიდვა, მომზადება და გადამზადება, სამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიების ინტეგრაცია, კერძო სექტორის წვლილი (თუ გავითვალისწინებთ მის წამყვან როლს არა ერთ ქვეყანაში), სხვა სექტორების ჩართვა თემის დონეზე და მისი შედეგები, ეფექტური რეფერალური სისტემის, პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და ექთნების პროფესიული ფუნქციების შემდგომი განვითარება, წარსულის გამოცდილებიდან გამომდინარე, აკადემიური წრეების მონაწილეობა კვლევისა და სწავლების პროცესებში და სხვ.

ცნობილი გახდა, რომ ალმა-ატის დეკლარაციის ისტორიული მნიშვნელობის აღიარებიდან და პირველადი ჯანდაცვის მიმართ უცვლელი ინტერესიდან გამომდინარე, ჟურნალი „Lancet“-ი აღნიშნულ თემას სპეციალურ გამოშვებას მიუძღვნის, სადაც სხვადასხვა კუთხით იქნება გაშუქებული პირველადი ჯანდაცვის პერსპექტივები და წინააღმდეგობები.

აღნიშნულთან დაკავშირებით, გთხოვთ მოგვაწოდოთ პირველადი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარებისათვის მნიშვნელოვანი ორიგინალური კვლევების ამსახველი შრომები, რაც დისკუსიის შემდგომ გაგრძელებას შეუწყობს ხელს.

გთხოვთ აღნიშნული შრომები მოგვაწოდოთ 2008 წლის 1 თებერვლამდე.

ენდი ჰეინესი, ლონდონის ჰიგინისა და ტროპიკული მედიცინის სკოლა

ორიზარდ ჰორტონი, ჟურნალი *The Lancet*

ზულფიქარ ბჰუტა, პაკისტანის აგა ხანის უნივერსიტეტის პედიატრიისა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დეპარტამენტი
Andy.Haines@lshtm.ac.uk

Wonca - ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაცია

Wonca უჩვეულო, მაგრამ სრულად შესაბამისი აკრონიმია და ნიშნავს ზოგად პრაქტიკოსთა/ოჯახის ექიმთა ეროვნული კოლეჯების, აკადემიებისა და აკადემიური ასოციაციების მსოფლიო ორგანიზაციას. Wonca-ს შემოკლებული სახელწოდებაა ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაცია.

Wonca-ს წესდება

Wonca შედგება ეროვნული კოლეჯების, აკადემიებისა და ორგანიზაციებისაგან, რომლებიც მუშაობენ ზოგადი/საოჯახო მედიცინის აკადემიურ ასპექტებზე. 1972 წელს ორგანიზაციაში 18 წევრი იყო გაერთიანებული, დღეს კი მათი რაოდენობა 97-ია მსოფლიოს 79 ქვეყნიდან. აღნიშნული რაოდენობა მოიცავს რვა ორგანიზაციას, რომლებიც Wonca-სთან თანამშრომლობენ. სულ Wonca-ში 200,000 ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმი გაწევრიანებული.

Wonca წარმოადგენს მისი წევრების ინტერესების დამცველს საერთაშორისო დონეზე, სადაც ის ისეთ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობს, როგორცაა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.

Wonca-ს მისია

Wonca-ს მისიაა მსოფლიოს მოსახლეობის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება შემდეგი სახის საქმიანობით: მოსახლეობისათვის უმნიშვნელოვანესი ღირებულებების განსაზღვრა და მხარდაჭერა, ზოგად პრაქტიკაში/საოჯახო მედიცინაში მომსახურების სტანდარტების დამკვიდრება და მათი გაუმჯობესება; პერსონალური, ყოვლისმომცველი და უწყვეტი მომსახურების მხარდაჭერა ოჯახისა და თემის კონტექსტში; ზოგად პრაქტიკოსთა/ოჯახის ექიმთა აკადემიური ორგანიზაციების ჩამოყალიბების წახალისება და მხარდაჭერა; ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის წარმომადგენელ წევრ ორგანიზაციებს შორის ცოდნისა და ინფორმაციის ურთიერთ გაზიარება; ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმთა საგანმანათლებლო,

კვლევითი და მომსახურებითი საქმიანობის წარდგენა ჯანმრთელობისა და მედიცინის სფეროში მოღვაწე სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებსა და ფორუმებზე.

Wonca-ს მმართველი ორგანო

Wonca-ს მმართველი ორგანოა წევრი სახელმწიფოების წარმომადგენლებითა და თანამდებობის პირებით დაკომპლექტებული საბჭო, რომელიც სამ წელიწადში ერთხელ იკრიბება Wonca-ს მსოფლიო კონფერენციების დროს. მცირე აღმასრულებელი კომიტეტი იკრიბება ყოველწლიურად, კონფერენციებს შორის პერიოდში, ორგანიზაციის საქმიანობის განსახორციელებლად. აღმასრულებლის წევრები არიან მსოფლიო პრეზიდენტი, ახლად არჩეული პრეზიდენტი, ყოფილი პრეზიდენტი, რეგიონული პრეზიდენტები Wonca-ს ექვსი რეგიონიდან: აფრიკა, ამერიკა, აზია-წყნარი ოკეანე, ევროპა, ახლო აღმოსავლეთი და სამხრეთ აზია, ლათინური ამერიკა და სამი თავისუფალი წევრი. Wonca-ს სამდივნო 2001 წლის 1 მაისიდან სინგაპურში მდებარეობს.

რას აკეთებს Wonca?

Wonca-ს გავლენა ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის განვითარებაზე მსოფლიოში სხვადასხვა გზით ხორციელდება.

მსოფლიო საბჭო, რეგიონები, კომიტეტები და სამუშაო ჯგუფები

Wonca-ს მსოფლიო საბჭოს და მისი რეგიონული საბჭოების საშუალებით ექვს რეგიონში აქვს გავლენა. მას ჰყავს კომიტეტები წევრობის, მმართველობის, ადგილობრივი ორგანოების დადგენილებების, ფინანსების, პუბლიკაციებისა და კომუნიკაციის სფეროებში; სამუშაო ჯგუფები პრობლემების კლასიფიკაციაზე შემდეგ სფეროებში: ზოგადი/საოჯახო მედიცინა, სასოფლო პრაქტიკა, ხარისხის უზრუნველყოფა, ინფორმეტიკა, გარემო,

კომუნიკაციები და პუბლიკაციები, კვლევა, ჯანმრთელობის ქცევის ცვლილება, თამბაქოსათვის თავის დანებება, ქალები და საოჯახო მედიცინა. ამ ჯგუფებში გაერთიანებულია ასობით ოჯახის ექიმი, რომლებიც იკრიბებიან სამ წელიწადში ერთხელ, ზოგჯერ უფრო ხშირად, ხოლო შეხვედრებს შორის მუშაობას მიმოწერის საშუალებით აწარმოებენ. წლების განმავლობაში მათ ჩაატარეს რევოლუციური კვლევები და გამოსცეს მნიშვნელოვანი პუბლიკაციები.

ურთიერთობები სხვა ორგანიზაციებთან

Wonca-ს აქვს ოფიციალური ურთიერთობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან, როგორც არასამთავრობო ორგანიზაციასთან. 1994 წელს Wonca-მ და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ კანადაში ჩაატარეს ერთობლივი სტრატეგიული აქცია-ფორუმი შემდეგი თემის განსახილველად: სამედიცინო პრაქტიკისა და განათლების მოსახლეობის საჭიროებებთან შესაბამისობის გაზრდა: ოჯახის ექიმის წვლილი. გამოქვეყნდა ანგარიში აღნიშნულ საკითხზე გაწეული მუშაობის შესახებ. ამჟამად, Wonca აქტიურად არის ჩაბმული ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან რიგ ერთობლივ პროექტებში.

მსოფლიო და რეგიონული კონფერენციები

Wonca ატარებს მსოფლიო კონფერენციას სამ წელიწადში ერთხელ. 4000-ზე მეტი ოჯახის ექიმი დაესწრო 1998 წლის დუბლინის კონფერენციას ირლანდიაში. 2000-ზე მეტი დელეგატი ჰყავდა 2001 წელს დურბანის მსოფლიო კონფერენციას სამხრეთ აფრიკაში. 2004 წლის კონფერენცია ჩატარდა ორლანდოში (აშშ), ხოლო 2007 წლის კონფერენცია – სინგაპურში.

აღნიშნული კონფერენციები უმნიშვნელოვანეს მოვლენას წარმოადგენს ოჯახის ექიმებისათვის, რომლებსაც ეძლევათ ნაშრომების წარდგენის, საკითხების განხილვისა და პროფესიული ქსელების გაფართოების საშუალება. რეგიონული კონფერენციები მრავალი წლის განმავლობაში ეწყობა. 2000 წელს კონფერენცია ჩატარდა ახალ ზელანდიასა და ავსტრალიაში, 2001 წელს – ფინეთში. 2002 წლის რეგიონული კონფერენციები ჩატარდა ბრიტანეთში, მალაიზიაში, კოლუმბიასა და შრი-ლანკაში. 2003 წლის რეგიონული კონფერენციები ჩატარდა სლოვენიასა და ჩინეთში.

2004 წელს ევროპის რეგიონული კონფერენცია ჩატარდა ამსტერდამში (ნიდერლანდები), 2005 წელს – საბერძნეთსა და იაპონიაში, 2006 წელს იტალიასა და ტაილანდში. 2008 წელს რეგიონული კონფერენცია ჩატარდება ავსტრალიაში, ხოლო 2009 წელს – ჰონკონგში.

პუბლიკაციები

2002 წელი, ჯანმრთელობის სისტემების გაუმჯობესება, I საოჯახო მედიცინის წვლილი – გზამკვლევი. ეს არის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობის შედეგი. Wonca აქვეყნებს ბიულეტენს *Wonca News*, წელიწადში ერთხელ. Wonca-ს ვებ-გვერდია www.globalfamilydoctor.com. ვებ-გვერდზე, რომელზეც განთავსებულია სასარგებლო ინფორმაცია Wonca-ს შესახებ, სამუშაო ჯგუფების, წევრობის, საუკეთესო ინტერაქტიული განათლების, კონფერენციების, პუბლიკაციების, კვლევის, ინტერნეტის რესურსებისა და Wonca-ს მაღაზიის შესახებ.

ინდივიდებს შეუძლიათ შეუერთდნენ Wonca-ს პირდაპირი წევრობის საშუალებით. Wonca-ს დაფუძნების დღიდანვე ოჯახის ექიმები გამოხატავენ სურვილს Wonca-ს ინდივიდუალური წევრობის შესახებ მიუხედავად იმისა, რომ ისინი არიან Wonca-ს არაპირდაპირი წევრები ეროვნული კოლეჯებისა და აკადემიების საშუალებით. ამიტომ შემოღებულია პირდაპირი წევრობა, რომელიც საშუალებას აძლევს ოჯახის ექიმებს ინდივიდუალურად შეუერთდნენ Wonca-ს, რომელსაც ამჟამად ჰყავს 1500 პირდაპირი წევრი 84 ქვეყნიდან.

ოჯახის ექიმებს აქვთ საშუალება გახდნენ Wonca-ს პირდაპირი წევრები ზომიერი საწევრო შენატანის გადახდით, რომელიც შეადგენს წელიწადში 50 აშშ დოლარს, ან სამ წელიწადში 125 აშშ დოლარს, ხოლო ევროპის ექიმებისათვის წელიწადში 60 აშშ დოლარს და სამ წელიწადში 150 აშშ დოლარს. პირდაპირი წევრები იღებენ წევრობის სერტიფიკატებს, რომლის ჩარჩოში ჩასმია შესაძლებელი, და Wonca-ს ბიულეტენის ექვს გამოშვებას წელიწადში; Wonca-ს ცნობარს და სამკერდე ნიშანს. პირდაპირ წევრებს შეუძლიათ ფასდაკლებით შეიძინონ Wonca-ს სპეციალური დიზაინის აბრეშუმის ჰალსტუხი, აბრეშუმის შარფი, სამაჯურის სამაგრი და ჰალსტუხის ქინძისთავი. მათ, აგრეთვე, ეკუთვნით სარეგისტრაციო გადასახადის შემცირება Wonca-ს მიერ

ორგანიზებულ კონფერენციებზე და ფასდაკლება პუბლიკაციებზე, მაგ. საერთაშორისო ჟურნალი Family Practice, რომელიც ქვეყნდება Oxford University Press-ის მიერ, პირდაპირ წევრებს შეუძლიათ შეიძინონ 70%-იანი ფასდაკლებით.

Wonca-ს პირდაპირი წევრების ცნობარი ქვეყნდება ყოველწლიურად. ეს არის ინფორმაციის წყარო ოჯახის ექიმებისა და მათი ინტერესების, ასევე საკონტაქტო ინფორმაციის შესახებ მთელ მსოფლიოში. აღნიშნული სწრაფად მზარდი საერთაშორისო ქსელი იქცა საერთო ინტერესების მქონე ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმების მძლავრ ინტერაქტიულ კავშირად.

მომავალი

Wonca-ს გლობალური სამომავლო გეგმა გააგრძელოს მუშაობა მის უპირველეს ამოცანაზე, რომელიც მსოფლიოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას გულისხმობს ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის მაღალი სტანდარტების დამკვიდრებითა და გაძლიერებით. Wonca, ამევე დროს, აცნობიერებს, რომ მრავალ განვითარებად ქვეყანაში არის კვალიფიციური ოჯახის ექიმების ნაკლებობა. მიუხედავად ამისა, ყველა ერს შეუძლია აღიაროს საოჯახო მედიცინის

კონცეფცია პირველადი ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალისათვის; ამგვარად, შესაძლებელია ჯანმრთელობის ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება.

Wonca-ს სურვილია წახალისოს და მხარი დაუჭიროს ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმთა აკადემიური ორგანიზაციების განვითარებას. მან ამ მიმართულებით ჩამოყალიბების დღიდან –1972 წლიდან, სტაბილურ პროგრესს მიაღწია, მაგრამ ეს პროცესი დაჩქარდა უკანასკნელი რამდენიმე წლის განმავლობაში. Wonca-ს წევრი ორგანიზაციების რაოდენობა განუხრელად იზრდება - 2002 წლის ივნისში მე-6 და უახლესი ლათინო-ამერიკული რეგიონი შეემატა, რომელიც ლათინური ამერიკის 11 ქვეყანას აერთიანებს და აფართოებს საერთაშორისო ქსელს ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმებისა, რომლებიც იღებენ პასუხისმგებლობას შეასრულონ მთავარი როლი ზოგადი პრაქტიკის /საოჯახო მედიცინის სისტემაში და საოჯახო მედიცინის, როგორც დისციპლინის განვითარებაში.

როდესაც Wonca-ს მიერ წარსულში მიღწეულ წარმატებებს სამომავლო გეგმები ემატება, შესაძლოა, დანამდვილებით ვივარაუდოთ მსოფლიოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის უწყვეტი გაუმჯობესება, რაც Wonca-ს უპირველესი მისიაა.

WONCA - მსოფლიოს პრეზიდენტისაგან:

ჩვენი მიზნები 2010 წლისათვის – ოჯახის ექიმი ყველა ოჯახს!

Wonca -ს სიცოცხლის ციკლი სამწლეულის რიტმში ზის და სინგაპურის 2007 წლის მსოფლიო საბჭოსა და მე-18 კონფერენციის წარმატებით დამთავრების შემდეგ ჩვენი მზერა ახლა „2010“ წლის კანკუნის შეხვედრისკენაა მიმართული.

სინგაპურის კონფერენცია ჩატარდა 2007 წლის ივლისში, დევიზით „გენომიქსი და საოჯახო მედიცინა“.

სინგაპურის კონფერენცია საოჯახო მედიცინის მომავლის მნიშვნელოვან ასპექტებს შეეხო: გენომიქსი და (ტექნიკური) მისი შედეგები ჯანდაცვისათვის მომავალ ათწლეულში. ამ საკითხების განხილვისას ადვილად შეიძლება წინა პლანზე ტექნოლოგიური პრობლემების წამოწევა, მაგრამ მადლობას ვუხდით კონფერენციის ორგანიზატორებს, რომ ასე არ მოხდა. პირიქით, გენეტიკური საკითხების განხილვისას ხაზი გაესვა

პაციენტზე ორიენტირებული, ზოგადი და საზოგადოების საჭიროებებზე მორგებული მედიცინის მნიშვნელობას.

ადამიანების, საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობას მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს სოციალური ფაქტორები, რომლის შეცვლას გენომიქსი არ აპირებს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ანგარიშის მომზადებას აპირებს ჯანმრთელობის სოციალურ დეტერმინანტებზე: Wonca – ს საბჭოს ამ საკითხების განხილვის საშუალება ჰქონდა კომიტეტის თავმჯდომარის მოადგილესთან, პროფესორ დევიდ საჩერთან კონფერენციის წინა პერიოდში. პირველადი ჯანდაცვა და საოჯახო მედიცინა გადამწყვეტ როლს ასრულებს ჰარმონიული კავშირის შექმნაში ინდივიდუალური პაციენტის მომსახურებასა და ჯანმრთელობის დამკვიდრების საზოგადოებრივ საქმიანობას შორის: გარდა პაციენტისათვის

სამედიცინო მომსახურების გაწევისა ოჯახის ექიმი არის შუამავალი პაციენტსა და საზოგადოებას შორის. საოჯახო მედიცინის საფუძველია თანასწორობა სქესის, რასის, სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურალური და სხვა ფაქტორების მიხედვით. სამუშაო ჯგუფის „ქალი და საოჯახო მედიცინა“ ინიციატივის საფუძველზე Wonca –მ აიღო პასუხისმგებლობა კიდევ უფრო მეტი ძალისხმევით გაატაროს ეს პრინციპები ორგანიზაციულ და საგარეო საქმიანობაში. პირველადი ჯანდაცვის მიერ მოსახლეობისა და საზოგადოების ჯანმრთელობაში შეტანილი წვლილის ლოგიკური შედეგია მოთხოვნილება ოჯახის ექიმზე ნებისმიერ საზოგადოებაში, მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში:

Wonca-ს საბჭოს ფორმულირებით „მსოფლიოს ყველა ოჯახს – ოჯახის ექიმი!“. Wonca აკადემიური ორგანიზაციაა და მისი საზოგადოებაში მოღვაწეობის სურვილი ამ კუთხით უნდა გაშუქდეს. ორგანიზაციის ამოცანაა საუკეთესო ხარისხის მომსახურების გაწევის მიზნით, ნებისმიერი ოჯახის ექიმის მხარდაჭერა, მათი დაკავშირება სწავლების, ტრენინგის, კვლევისა და განვითარების აკადემიური ქსელის წარმომადგენლებთან. საგანმანათლებლო სამუშაო ჯგუფის მიერ აღნიშნულის ფორმულირება შემდეგი სახით მოხდა: სამედიცინო უნივერსიტეტის/სკოლის ნებისმიერმა სტუდენტმა უნდა გაიაროს სწავლება ზოგად პრაქტიკაში. ეს სტრატეგიული მისია Wonca –ს მხრიდან მსოფლიოს ხალხზე მზრუნველობის შესახებ განხილული იქნა საბჭოს შეხვედრასა (21-23 ივლისი, 2007) და Wonca – მსოფლიოს კონფერენციაზე (24-27 ივლისი, 2007) სინგაპურში.

ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის გასაუმჯობესებლად აუცილებელია უსაფრთხო და ეფექტური პირველადი ჯანდაცვა საუკეთესო ხარისხის საოჯახო მედიცინით, რომლის მისაღწევად და წევრი ორგანიზაციების მხარდასაჭერად Wonca –მ მიიღო სამი რეზოლუცია:

1. მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის შესახებ „ყოველ ოჯახს უნდა ჰყავდეს ოჯახის ექიმი!“. მოსახლეობისა და სხვადასხვა ეროვნების ხალხის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, უმნიშვნელოვანესია მაღალი ხარისხის პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა; ყველა თემს, მთელ მსოფლიოში, უნდა ემსახურებოდეს ხარისხის უმაღლესი სტანდარტების მქონე საოჯახო პრაქტიკა. Wonca, მის წევრ ორგანიზაციებთან ერთად, მიისწრაფის

ჩართოს ყველა ოჯახის ექიმი ყველა თემიდან აკადემიურ ქსელში მუშაობის მხარდაჭერისა და გაუმჯობესების მიზნით.

2. გენდერული თანასწორობა: ჯანმრთელობის თანასწორობის რეკომენდაციები - დადგენილება მომზადებული სამუშაო ჯგუფის მიერ „ქალები და საოჯახო მედიცინა“ ჰამილტონის (ონტარიო) კონფერენციაზე. დადგენილების სრული ტექსტი გამოქვეყნებულია Wonca News-ის 2007 წლის ოქტომბრის გამოცემაში, რომლის მიღებით ხაზი გაესვა იმ ფაქტს, რომ თანასწორობა საერთო ეთიკური კატეგორიაა ჯანმრთელობის დაცვის მართვისას და ამდენად, Wonca –ს მუშაობაში გენდერული, ეთნიკური და სოციალურ-ეკონომიკური განვითარება მხედველობაშია მისაღები.

3. სამედიცინო განათლების შესახებ: სინგაპურის დადგენილება, მომზადებული განათლების სამუშაო ჯგუფის მიერ:

- მსოფლიოს ნებისმიერ სამედიცინო უნივერსიტეტს უნდა ჰქონდეს საოჯახო მედიცინის განყოფილება, ან მისი ექვივალენტური აკადემიური მიმართულება.
- მსოფლიოს ნებისმიერი სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტმა ტრენინგის პროცესში უნდა მიიღოს პრაქტიკა საოჯახო მედიცინაში, რაც შეიძლება ადრე და რაც შეიძლება ხშირად.

სამედიცინო განათლება ჯანდაცვის რეფორმისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მძლავრი იარაღია. პრაქტიკული განმაცდილების მიღებას საოჯახო მედიცინაში ხშირად გადამწყვეტი როლი ენიჭება მომავალი სპეციალობის არჩევისას, ხოლო საოჯახო მედიცინის ჩართვა საუნივერსიტეტო პროგრამაში მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს საუკეთესო სტუდენტების მოზიდვას საოჯახო პრაქტიკაში. მეორადი ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული სტუდენტების მიერ პირველად ჯანდაცვაში მიღებული პრაქტიკული გამოცდილება, დახვეწს მათს, პირველად ჯანდაცვასთან ურთიერთობის უნარს მომავალში.

სამი მიმართულებით – თანასწორობა, განათლება და ოჯახის ექიმი ყველა ოჯახს! – ჩვენ მხარს ვუჭერთ პირველადი ჯანდაცვის დამკვიდრებას მთელ მსოფლიოში.

თუმცა აღნიშნული განვითარების გზაზე პრობლემებიც არსებობს. ინიციატივათა უმრავლესობა წარმოადგენს დაავადებაზე

ორიენტირებულ (ვერტიკალურ) პროგრამას, და არა ჯანმრთელობის ხელშეწყობასთან დაკავშირებულ ჰორიზონტალურ პირველად ჯანდაცვას. მეცნიერული მტკიცებულება მეორესთანაა, ხოლო ფული, როგორც ჩანს, პირველთან. მთავარი საკითხი იქნება ვერტიკალური პროგრამების ხელმეორედ განსაზღვრა იმგვარად, რომ შესაძლებელი გახდეს მათი პირველადი ჯანდაცვის საშუალებით

ფუნქციონირება. ხოლო მათი ფინანსების გარკვეული რაოდენობა, მაგ. 15% - ინვესტირებული უნდა იყოს ინტეგრირებული ჰორიზონტალური პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაში: „თხუთმეტი - 2015 წლისათვის!“.

პროფესორი კრის ვან ვილი

Wonca - მსოფლიოს პრეზიდენტი

ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაცია - ევროპის კონგრესი

პარიზი, 17-20 ოქტომბერი, 2007 წ

WONCA : ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაცია

Wonca ნიშნავს „ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმთა ეროვნული კოლეჯების, აკადემიების და აკადემიური ასოციაციების მსოფლიო ორგანიზაციას“, ანუ მოკლედ – „ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციას“. იგი 1972 წელს შეიქმნა და აერთიანებს 200 000 ექიმს 79 ქვეყნიდან.

ორგანიზაციის ძირითადი მისიაა მსოფლიოს მოსახლეობის სიცოცხლის გაუმჯობესება ზოგადი და საოჯახო მედიცინის ფასეულობათა დამკვიდრების გზით.

Wonca არა მარტო წახალისებს, არამედ აქტიურად უჭერს მხარს ზოგადი პრაქტიკის აკადემიური და სამეცნიერო საზოგადოებების ჩამოყალიბებას, განსაკუთრებით იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანმრთელობის სისტემები განვითარების ან რეფორმის სტადიაშია.

პრაქტიკული „ნოუ-ჰაუს“ და ინფორმაციის ურთიერთგაზიარება წევრ ორგანიზაციებს შორის, ასევე, ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის წარმოდგენა ხდება ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ერთობლივად, სამი ძირითადი ელემენტის საშუალებით: კვლევა, განათლება და მომსახურების ხარისხი.

Wonca წარმოდგენილია ექვს სხვადასხვა გეოგრაფიულ რეგიონში: აფრიკაში, ამერიკაში, სამხრეთ ამერიკაში, აზია/წყნარი ოკეანის რეგიონში, ახლო აღმოსავლეთში, მეორეულ აღმოსავლეთ/სამხრეთ აზიასა და ევროპაში; თითოეული მათგანის მართვას მსოფლიო ორგანიზაცია ახორციელებს.

Wonca-ს ევროპის განყოფილება შედგება 30 წევრისაგან და წარმოადგენს 45 000-ზე მეტ ზოგადი პრაქტიკის ექიმს ევროპიდან. მისი ძირითადი ფუნქციაა სპეციალობის დამკვიდრება თითოეული პაციენტისა და საზოგადოების საკეთილდღეოდ და განვითარება განათლების, სწავლებისა და პრაქტიკული კლინიკური კვლევის საუკეთესო ხარისხის მისაღწევად.

Wonca-ს ევროპის განყოფილება

Wonca-ს ევროპის განყოფილების ხელმძღვანელია პროფესორი იგორ შვაბი, რომლის სამდივნო 2005 წლიდან სლოვენიაში მდებარეობს. მომავალი 10 წლისათვის შემუშავებულია პროგრამა, რომლის მიზანია რიგი სტრატეგიული ამოცანების განხორციელება.

- ზოგადი მედიცინის სავალდებულო კურსის დანერგვა სწავლების საწყისი წლების განმავლობაში ევროპის ყველა სამედიცინო ფაკულტეტზე (ძირითად თემატური ლექცია).
- ზოგადი მედიცინის განყოფილებების გახსნა ევროპის ყველა სამედიცინო უნივერსიტეტში (ძირითადი თემატური ლექცია).
- წინადადება საუნივერსიტეტო კურსის მესამე წლის მთლიანად ზოგადი პრაქტიკისათვის დათმობის შესახებ (ძირითადი თემატური ლექცია)
- ზოგადი პრაქტიკისათვის სპეციფიური უმაღლესი საგანმანათლებლო კურსების შექმნა ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში ევროკავშირის დირექტივების საფუძველზე, ასევე იმ ქვეყნებში, რომლებიც ამჟამად

ევროკავშირის წევრები არ არიან (ძირითადი თემატური ლექცია)

- კვლევაზე დამყარებული ზოგადი მედიცინის უწყვეტი განვითარების უზრუნველყოფა (ძირითადი თემატური ლექცია)
- მტკიცებაზე დამყარებული ხარისხის განვითარების უზრუნველყოფა ევროპის ყველა ქვეყანაში (ძირითადი თემატური ლექცია)
- დისკუსიის წამოჭრა და მხარდაჭერა სავალდებულო უწყვეტი პროფესიული განათლების და კვალიფიკაციის ამაღლების თემაზე (ძირითადი თემატური ლექცია)
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების განყოფილებებისა და კვლევითი ორგანიზაციების შექმნის მხარდაჭერა (ძირითადი თემატური ლექცია)
- ზოგად პრაქტიკაში წონასწორობის დაცვა პრევენციას, დიაგნოსტიკასა და მომსახურების პრაქტიკას შორის (ძირითადი თემატური ლექცია)
- ზოგადი პრაქტიკოსების პასუხისმგებლობის ამაღლება პაციენტებისა და მთელი საზოგადოების წინაშე (ძირითადი თემატური ლექცია)

Wonca - ევროპის განყოფილება

ორგანიზებულია სამი ძირითადი ქსელის საშუალებით, რომელთაც საკუთარი სამოქმედო სფეროები აქვთ:

- **ევროპის ზოგადი პრაქტიკის სამეცნიერო კვლევითი ქსელი - EGPRN - European General Practice Research Network** ორგანიზაციის ამოცანებია სამეცნიერო კვლევის წახალისება ზოგად პრაქტიკაში, მულტიცენტრული ევროპული სამეცნიერო კვლევითი პროექტების ხელშეწყობა და კოორდინირება ზოგად პრაქტიკაში, და საბოლოოდ საერთაშორისოდ აღიარებული ცოდნის ფუნდამენტის შექმნა ზოგადი მედიცინის პრაქტიკისათვის. მათი ორი ყოველწლიური შეხვედრა საშუალებას აძლევს ევროპის მეცნიერებს ერთმანეთს გააცნონ საკუთარი შრომები და გაუზიარონ მოსაზრებები ზოგად პრაქტიკაში წამოჭრილი საკითხების შესახებ.

- **ზოგადი პრაქტიკის მასწავლებელთა ევროპული აკადემია - EURACT - European**

Academy of Teachers in General Practice

ყველაზე ძველია Wonca –ს ქსელში. იგი 1992 წელს ჩამოყალიბდა და ამოცანად დაისახა ზოგადი პრაქტიკის სწავლება, სამეცნიერო მხარდაჭერა და განათლება. ის უწყვეტ კავშირშია ზოგად პრაქტიკასთან დაკავშირებულ სხვა ორგანიზაციებთან და აქტიურად თანამშრომლობს მათთან. EURACT -ის ერთ-ერთი ინიციატივა იყო „ევროპული ზოგადი მედიცინის – საოჯახო მედიცინის – განსაზღვრა“, რომელიც გამოიცა 2002 წელს, ხელმეორედ გამოიცა 2005 წელს და ითარგმნა მრავალ ენაზე (მისი ჩამოტვირთვა შესაძლებელია ვებ-გვერდიდან www.cnge.fr); იგი, აგრეთვე, მოხსენიებულია ევროპის პირველადი ჯანდაცვის სისტემების სტრუქტურულ განვითარებაში.

- **ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ხარისხის ევროპული ასოციაცია - EquiP - European Association for Quality in General Practice/Family Medicine** ზოგად პრაქტიკასთან დაკავშირებულ ორგანიზაციებთან, ასოციაციებთან და კოლეჯებთან ერთობლივად, ევროპის მასშტაბით მონაწილეობს პაციენტის მომსახურების ხარისხის დონის გაუმჯობესებაში. იგი მოუწოდებს ექიმებს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ. ორგანიზაციას შემუშავებული აქვს ხარისხზე დამყარებული კრიტერიუმები და ამოცანები, რომლებიც უზრუნველყოფს ევროპის მომსახურების სისტემების განსაზღვრას, შეფასებას და ადაპტაციას.

ვასკო და გამას მოძრაობა (VdGM - Vasco da Gama Movement) უახლესი ინიციატივაა, რომელიც Wonca – ევროპის განყოფილებას დაუკავშირდა და რომელსაც ოფიციალურად ჩაეყარა საფუძველი კოსში (საბერძნეთი) 2005 წლის სექტემბერში. იგი აერთიანებს „ახალგაზრდებს“, ინტერნებს და კურსდამთავრებულებს 5 წლამდე პრაქტიკული გამოცდილებით ზოგადი პრაქტიკა/საოჯახო მედიცინაში. გამოცდილების გაზიარების ამოცანაა ზოგადი პრაქტიკის პოპულარიზაცია ახალგაზრდა სპეციალისტებში, რაც ხორციელდება ფორუმების, შეხვედრების, საერთაშორისო მოვლენებში მონაწილეობის, საინფორმაციო ბიულეტენების გამოქვეყნების საშუალებით. Wonca – ევროპის განყოფილება ხელს უწყობს გამოცდილების გაზიარებას წევრ ქვეყნებს შორის შეხვედრების რაოდენობის გაზრდით და დისკუსიების წამოჭრის გზით; ამავე მიზანს ემსახურება ორგანიზაციის უდიდესი მოვლენა - ყოველწლიური კონგრესი.

Wonca – ევროპის განყოფილება საკუთარ ამოცანებსა და საქმიანობას ზოგადი პრაქტიკის ევროპულ ჟურნალში აქვეყნებს. ინდექსირებული

მიმოხილვა, ასევე, წარმოადგენს ორგანიზაციისა და მისი ქსელის მიერ ჩატარებული სამეცნიერო ნაშრომების გამოქვეყნების საშუალებას.

Wonca – ევროპის განყოფილების ვებ-გვერდი: www.woncaeurope.org

Wonca: www.globalfamilydoctor.com

WONCA-ს კონგრესი სამ წელიწადში ერთხელ ტარდება, ხოლო მისი ევროპის განყოფილება საერთაშორისო კონგრესს ყოველწლიურად ატარებს. 2007 წლის 17-20 ოქტომბერს WONCA -ევროპის კონგრესს პარიზმა უმასპინძლა.

კონგრესის თემა იყო „პირველადი ჯანდაცვის ახლებური გააზრება ევროპულ კონტექსტში: ახალი გამოწვევა ზოგად პრაქტიკაში“. კონგრესის მონაწილეებმა წარმოადგინეს პირველადი ჯანდაცვის კლინიკური პრაქტიკის განსხვავებული ფორმები ევროპის ჯანდაცვის განსხვავებული სისტემებიდან.

კონგრესზე მიწვეულები იყვნენ პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ორგანიზაციები, სხვა სპეციალობებში მოღვაწე ოფიციალური საერთაშორისო და ეროვნული სტრუქტურები და სამეცნიერო საზოგადოებები, რათა განესაზღვრათ საკუთარი როლი ზოგადი პრაქტიკის განვითარებაში.

WONCA -ს სამი ძირითადი ქსელი:

- ევროპის ზოგადი პრაქტიკის კვლევითი ქსელი (EGPRN)
- ზოგადი პრაქტიკის მასწავლებელთა ევროპის აკადემია (EURACT)
- ზოგად პრაქტიკაში ხარისხის ევროპული ასოციაცია (EQUIP)

მჭიდროდ იყო ჩართული კონგრესის მუშაობაში. კონგრესის ორიენტაცია პასუხობდა ზოგადი პრაქტიკის სამ ძირითად საბაზო საკითხს, რომლებიც საფრანგეთის ჯანმრთელობის სამინისტროს მიერ იყო რეკომენდებული: **მომსახურება, სწავლება და კვლევა.**

მრავალფეროვანი პროგრამა საინტერესო იყო ზოგადი პრაქტიკის ყველა ექიმის, მასწავლებლის, უწყვეტი სამედიცინო განათლების სპეციალისტების, ახალგაზრდა ექიმებისა და ყველა სპეციალისტისათვის, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის პრობლემებზე მუშაობენ.

გარდა ძირითადი თემისა „პირველადი ჯანდაცვა ევროპულ კონტექსტში“, კონფერენციის მონაწილეებს ჰქონდათ შემდეგი საკითხების გაცნობის საშუალება:

- ევროპის ჯანდაცვის განსხვავებული სისტემები.
- გლობალური მიდგომა ზოგად პრაქტიკაში – მკურნალობის, კვლევისა და განათლების სფეროს ერთიანობა რეალური და სრულყოფილი მომსახურების უზრუნველსაყოფად.
- სემინარები, რომელთა მიზანი იყო პროფესიული პრაქტიკის შეფასება და ორიენტაცია სხვადასხვა ქვეყანაში.
- სამეცნიერო პრეზენტაციები და პროფესიული გამოცდილების გაზიარება უმაღლეს საერთაშორისო დონეზე.
- საფრანგეთისა და ევროპის ინსტიტუციურ და სამეცნიერო პარტნიორებთან თანამშრომლობის საფუძველზე ორგანიზებული სემინარები
- გამოცდილების გაზიარება კონფერენციაში მონაწილე ლაბორატორიებსა და საზოგადოებებს შორის.

სამეცნიერო პროგრამა ასახავდა პირველადი ჯანდაცვის მრავალფეროვნებას, პრევენციიდან მკურნალობამდე და პალიატიურ მზრუნველობამდე, მტკიცებაზე დაფუძნებულ მედიცინაზე დაყრდნობით.

კონგრესის ფორმატი

რადგან დღეს ევროპის ყველა ქვეყანა საკუთარი ჯანდაცვის სისტემის ორიენტაციას პირველადი ჯანდაცვაზე აკეთებს, ახლა იდეალური დროა ზოგადი პრაქტიკის, როგორც სპეციალობის დასამკვიდრებლად.

WONCA - ევროპის 2007 წლის კონფერენციამ შემოგვთავაზა მდიდარი და მრავალფეროვანი, პირველადი ჯანდაცვაზე ორიენტირებული და პირველადი ჯანდაცვით შთაგონებული პროგრამა. მან გასცა პასუხი მრავალ კითხვას შემდეგი საკითხების გარშემო: მომსახურების მართვა, კვლევა და განათლება ზოგად პრაქტიკაში.

პროგრამა შემდეგ ელემენტებს მოიცავდა:

- WONCA-ს 5 ძირითადი თემატური ლექცია

- კლინიკური წლის 8 მიმოხილვა
- მტკიცებით მედიცინაზე დამყარებული პრაქტიკის 8 სხდომა
- 8 გაერთიანებული სხდომა
- 8 პარტნიორული სხდომა
- 62 სემინარი
- 65 ზეპირი პრეზენტაცია
- 5 პოსტერული პრეზენტაცია

როგორც WONCA–ს ყველა კონგრესზე, ფორმატი მოიცავდა სხდომებსა და სემინარებს. ყოველ სამუშაო დღეს ხსნიდა WONCA–ს ერთ-ერთი ქსელიდან (EGPRN, EURACT, EQUIP) არჩეული ცნობილი სპიკერი. კონკრეტული თემები იყო კვლევა, სწავლება და ხარისხი ზოგად პრაქტიკაში.

კონგრესის მიმდინარეობისას მონაწილეებს ჰქონდათ არჩევანი დასწრებოდნენ 15 სხვადასხვა ოთახში მიმდინარე შეხვედრებსა და სემინარებს განსხვავებულ თემებზე:

- კლინიკური წლის მიმოხილვა: გასულ წელს სხვადასხვა კლინიკურ სფეროში გამოქვეყნებული მონაცემების სინთეზი.
- მტკიცებით მედიცინაზე დამყარებული პრაქტიკა: ორიენტაცია მიმდინარე მდგომარეობაზე ზოგად პრაქტიკაში, სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღებისას ყურადღების განსაკუთრებული გამახვილებით მტკიცებაზე დამყარებული მედიცინის სამ განმსაზღვრელ ფაქტორზე.
- სამეცნიერო კომიტეტის მიერ შერჩეული ლექციები აბსტრაქტების წარდგენის შემდეგ; სამეცნიერო კომიტეტის მიერ შერჩეული სემინარები პროექტების წარდგენის შემდეგ.
- ერთობლივი სხდომები: ინსტიტუციური სტრუქტურების მონაწილეობით ორგანიზებული ღია შეხვედრები, რომელთა ამოცანა იყო პირველადი ჯანდაცვის მიმართ განსხვავებული დამოკიდებულებების ურთიერთ გაზიარება.
- პოსტერები ბილბორდებზე, საგამოფენო სივრცეში ეკრანებზე გაშუქებული პოსტერები და პოსტერები, რომელთა ირგვლივ გაკეთდა კომენტარები აუდიტორიებში.

პირველადი ჯანდაცვის სამეცნიერო საზოგადოებების, ფარმაცევტული კომპანიების, სამედიცინო მოწყობილობის მწარმოებლებისა და ჯანდაცვის სფეროში მოღვაწე სხვა პარტნიორების მიერ ერთობლივად დაგეგმილი სხდომები ორგანიზებული იყო პარტნიორთა ინტერაქტიული სხდომების სახით.

კონგრესის მინაწილეების მიერ დასკვნით სხდომაზე მოხდა „პირველადი ჯანდაცვის განახლებულ გააზრებაში“ შეტანილი წვლილის სინთეზი და გაიხსნა ინსტიტუციური დებატები.

თემები

WONCA–ს 2007 წლის კონგრესის „პირველადი ჯანდაცვის განახლებული გააზრება ევროპულ კონტექსტში: ახალი გამოწვევა ზოგად პრაქტიკაში“ – დღეს სათანადო კითხვას სვამს ევროპაში.

იმ დროს, როდესაც ევროპის ყველა ქვეყანა საკუთარი ჯანმრთელობის სისტემების ორიენტაციას პირველად ჯანდაცვაზე ახდენს, ძალზე მნიშვნელოვანია ზოგადი პრაქტიკის პირველ პოზიციებზე დაყენება მომსახურებით უზრუნველყოფის სისტემაში.

ძირითადი ამოცანებია - მტკიცებაზე დამყარებული მედიცინის დამკვიდრება ყოველდღიურ ცხოვრებაში, არსებული სამეცნიერო მონაცემების ინტეგრაცია, კლინიკური კონტექსტი და პაციენტის არჩევანი.

დანარჩენი სამედიცინო სპეციალობების მსგავსად, ზოგადი პრაქტიკა სამ ძირითად საკითხად იყოფა:

1. მომსახურების საკითხი, რომელიც მოიცავს შემდეგს:

- სამედიცინო პრაქტიკა მწვავე და ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში
- სამედიცინო პრაქტიკა დაუცველ პაციენტებთან მიმართებაში (ხანდაზმულები, ბავშვები, უნარშეზღუდული ადამიანები); ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა
- მომსახურების ხარისხი
- ჯანმრთელობის სამსახური
- დაავადებათა პრევენცია და პაციენტის განათლება

- ჯანდაცვის (ქსელების) ორგანიზაცია და კოორდინაცია

2. სწავლება, საბაზისო სამედიცინო განათლების ჩათვლით, სწავლება ზოგად პრაქტიკაში, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პრაქტიკის შეფასება.

3. კვლევა ზოგად პრაქტიკაში, რომელიც მოიცავს კლინიკურ, ეპიდემიოლოგიურ და საგანმანათლებლო საკითხებს.

შრომები სამედიცინო პრაქტიკის შესახებ ორიენტირებული იქნება შემდეგ საკითხებზე:

- პრევენცია
- სკრინინგი
- დიაგნოსტიკა
- არამედიკამენტური მართვა
- მედიკამენტური მართვა
- განათლება მკურნალობის შესახებ
- უწყვეტი მომსახურება
- მომსახურების კოორდინაცია მომსახურების პროცესის მონაწილეებს შორის

მწვავე და ქრონიკული დაავადებების მართვის საკითხები უნდა შეესაბამებოდეს საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას, ასევე, უნდა პასუხობდეს პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურების მიზანს. **ისეთი ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მართვა, როგორცაა არტერიული ჰიპერტენზია, დიაბეტი, გულის უკმარისობა, ასთმა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები პასუხობს ზოგადი პრაქტიკის გამოწვევას.**

ლექციები ძირითად საკითხებზე

WONCA - ევროპის ქსელების (EGPRN, EURACT, EQUIP) მიერ ორგანიზებული 3 ძირითადი ლექცია, რომლებშიც მონაწილეობდნენ წარმომადგენლები ვასკო და გამას მოძრაობიდან, ორიენტირებული იყო კვლევაზე, განათლებასა და ხარისხით უზრუნველყოფაზე „პირველადი ჯანდაცვის განახლებულად გააზრების“ პროცესში:

- კვლევის განვითარება (EGPRN და VdGM)
- განათლებისა და სწავლების როლი (EURACT და VdGM)

- ხარისხის შეფასების განხორციელება (EQUIP და VdGM)
- პირველადი ჯანდაცვის ახალი განზომილების ჩართვა ევროპულ კონტექსტში: WONCA-ს ძირითადი როლი - WONCA - ევროპის პრეზიდენტი
- ზოგადი პრაქტიკის განვითარება და მისი როლი საფრანგეთის ჯანმრთელობის სისტემაში - WONCA-ს სამეცნიერო კომიტეტი

კლინიკური წლის მიმოხილვა

ცნობილმა ექსპერტებმა კრიტიკულად მიმოხილეს ძირითადი პუბლიკაციები და დასვეს შეკითხვა ზოგად პრაქტიკაში, გასული წლის განმავლობაში, მათი გამოყენების შესახებ. სადისკუსიო საკითხები უშუალოდ უკავშირდებოდა პრაქტიკაში არსებულ ყოველდღიურ პრობლემებს:

- პაციენტები გულს-სისხლძარღვთა პრობლემებით (გულის ქრონიკული უკმარისობა, გულის იშემიური დაავადება)
- პაციენტები რესპირატორული სინდრომით (ასთმა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები)
- პაციენტები ფსიქიური დარღვევებით (შფოთვა, დეპრესია)
- პაციენტები კარდიოვასკულური რისკით (ჰიპერტენზია, მეტაბოლური დარღვევები: დიაბეტი, ქოლესტერინი)
- პაციენტები ონკოლოგიური დაავადებებით (სკრინინგი, პრევენცია, პალიატიური მკურნალობა)
- პაციენტები ინფექციური დაავადებებით (ანტიბიოტიკები, ვაქცინები)
- დაბერება და დამოკიდებულება
- პაციენტები ჩივილებით ძვალ-კუნთოვანი სისტემის მხრივ.

მტკიცებაზე დამყარებული მედიცინა

კლინიკური წლის მიმოხილვის პროცესში დასმული საკითხები განხილული იყო სამეცნიერო მონაცემების ყოველდღიურ კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვის კუთხით. სამეცნიერო კომიტეტების მიერ მოცემული საკითხების შერჩევა

დაფუძნებული იყო პირველად ჯანდაცვაში არსებულ პათოლოგიებსა და სიტუაციებზე, შემოთავაზებულ იქნა ინტერდისციპლინური მიდგომა, პრაქტიკის მრავალსახეობა და კლინიკური რეკომენდაციები. აღნიშნულ სხდომებზე მონაწილეობისათვის მოწვეულნი იყვნენ სხვა სპეციალობების სამეცნიერო საზოგადოებები.

განხილული იქნა შემდეგი საკითხები:

- მართვის ალტერნატივები
- კლინიკურ რეკომენდაციებსა და პრაქტიკას შორის ნაპრაღის არსებობის მიმეზების ანალიზი
- ოპტიმალური გადაწყვეტილების განსაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის ყოველდღიურ პრაქტიკაში
- „პირველადი ჯანდაცვის განახლებული გააზრების“ პროცესში შეტანილი წვლილი

ერთობლივი სხდომები

WONCA - ევროპის პარიზის 2007 წლის კონფერენციაზე ჩატარდა ერთობლივი სხდომები შემდეგ ორგანიზაციებთან: სამედიცინო პროდუქტების შეფასების ევროპის სააგენტო (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products - EMEA), ჯანმრთელობისა და სამედიცინო კვლევების საფრანგეთის ეროვნული ინსტიტუტი (French National Institute for Health and Medical Research - INSERM), ბრაზილიის ონკოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტი (INCA - Instituto Nacional de Câncer), ევროპის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასოციაცია (European Public Health Association, or EUPHA), კოკრეინის თანამშრომლობა, საფრანგეთის ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციები და ა.შ.

სემინარები

ორგანიზებული იყო 2 სახის სემინარი:

- ▶ სამეცნიერო კომიტეტის მიერ შერჩეული სემინარები
- ▶ მსოფლიო პირველადი ჯანდაცვის ქსელების მიერ მართული სემინარები: ევროპის ზოგადი პრაქტიკის სამეცნიერო კვლევითი ქსელი (EGPRN), ზოგადი პრაქტიკის მასწავლებელთა ევროპული აკადემია

(EURACT), ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ხარისხის ევროპული ასოციაცია (EQUIP), WONCA-ს საერთაშორისო კლასიფიკაციის კომიტეტი, WONCA-ს ინფორმატიკის სამუშაო ჯგუფი, WONCA-ს სამუშაო ჯგუფი განათლების საკითხებზე, WONCA-ს სამუშაო ჯგუფი „ქალები და საოჯახო მედიცინა“, WONCA-ს სპეციალური ინტერესის სამუშაო ჯგუფი ეთიკის საკითხებზე, ევროპის პირველადი ჯანდაცვის კარდიოვასკულური პრევენციის ჯგუფი, პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო რესპირატორული ჯგუფი, WONCA-ს სპეციალური ინტერესის ჯგუფი ჯანმრთელობის ქცევის შეცვლის საკითხებზე.

პარტნიორთა სხდომები

ზოგადი პრაქტიკის სამეცნიერო საზოგადოებებისა და მათი პარტნიორების (დაწესებულებები, სამეცნიერო საზოგადოებები სპეციალობების მხიედვით, მრეწველობა) მიერ შემოთავაზებული აღნიშნული სხდომები შეირჩა WONCA-ს სამეცნიერო საზოგადოების მიერ.

ვასკო და გამას მოძრაობა

ვასკო და გამას მოძრაობა არის WONCA-ევროპის სამუშაო ჯგუფი ახალგაზრდა და მომავალი ზოგადი პრაქტიკოსებისათვის. ჯგუფში გაწევრიანების უფლება აქვთ ინტერნებს ზოგად პრაქტიკაში და ექიმებს ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციის მიღებიდან პირველი ხუთი წლის განმავლობაში.

მოძრაობა არის იმ სამუშაოს გაგრძელება, რომელიც ახალგაზრდა ექიმებისათვის დაიწყო WONCA – ევროპის ამსტერდამის 2004 წლის კონფერენციის წინა შეხვედრაზე. ვასკო და გამას მოძრაობა მჭიდროდ თანამშრომლობდა საბერძნეთისა და იტალიის HOC-თან წარმატებული კონფერენციისწინა შეხვედრის ორგანიზებისათვის კოსში - 2005 წელს და ფლორენციაში - 2006 წელს.

ვასკო და გამას მოძრაობამ ახლახანს გადასინჯა საკუთარი ორგანიზაციული სტრუქტურა. WONCA – ევროპის 2007 წლის პარიზის კონფერენციის ვასკო და გამას მოძრაობის გენერალურ ასამბლეამდე ის შუალედური წესდებით სარგებლობდა. მოძრაობას ჰყავს აღმასრულებელი ჯგუფი 10 დელეგატით, ევროპული საბჭო WONCA – ევროპის წევრი

ქვეყნების თითო წარმომადგენლით, ხუთი თემატური ჯგუფი და ინტერნეტ-ფორუმი, რომელიც ღიაა ყველა სათანადო წევრისათვის. დამატებით ინფორმაციას მოიძიებთ ვებ-გვერდზე: www.vdgm.eu

განისაზღვრა ვასკო და გამას მოძრაობის მიზნები; იგი მჭიდროდ თანამშრომლობდა HOC-თან და EURACT-თან პარიზის კონფერენციის წინა შეხვედრების ორგანიზებისათვის.

ვასკო და გამას მოძრაობის კონფერენციის წინა შეხვედრები შედგა 16 და 17 ოქტომბერს პლენარული სხდომებისა და მცირე ჯგუფებში სემინარების ფორმატით, სადაც განხილულ იქნა შემდეგი თემები:

- „ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპული განსაზღვრა“ – შესავალი
- ქვეყნების მიმოხილვა: ჯანდაცვის სისტემების ორგანიზაცია, ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის სტატუსი, სასწავლო პროგრამები
- ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის მომავალი

ვასკო და გამას მოძრაობამ დიდი მადლობა გადაუხადა EURACT-ის მასწავლებლებს მხარდაჭერისათვის.

კონფერენციაზე ასევე გაიმართა ვასკო და გამას ევროპული საბჭოს შეხვედრა. განხილულ იქნა აღმასრულებელი ჯგუფის არჩევნები და ჩატარდა „მასტერ-კლასი“ შეხვედრისა და ლიდერობის უნარ-ჩვევებზე.

WONCA - ევროპის აღმასრულებელმა საბჭომ მხარი დაუჭირა ვასკო და გამას მოძრაობისა და HOC 2007-ის მიზნებს ორი დელეგატის შესარჩევად WONCA-ევროპის თითოეული წევრი ქვეყნიდან.

ვასკო და გამას მოძრაობის კონფერენციის წინა შეხვედრის დელეგატები დაესწრნენ WONCA-ევროპის ძირითად კონფერენციას პარიზის კონგრესის სასახლეში 18-20 ოქტომბერს.

ვასკო და გამას მოძრაობის აღმასრულებელმა ჯგუფმა სპეციალურად ახალგაზრდა და მომავალი ოჯახის ექიმებისათვის ძირითად კონფერენციაზე ჩაატარა 3 სემინარი შემდეგ საკითხებზე:

1. ვასკო და გამას მოძრაობის შეხვედრა ზოგადად
2. კონფერენციის წინა შეხვედრის შედეგები/დასკვნები

ზოგადი პრაქტიკის ექიმების შერჩევა: სამი შთამაგონებელი გადაწყვეტილების პრეზენტაცია

რა არის ცნობილი ასთმის შესახებ

ასთმა ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ქრონიკული დაავადებაა, რომლითაც მსოფლიოში აღრიცხულია 300 მილიონამდე შემთხვევა და მისი გავრცელება, ძირითადად ბავშვებში, განუხრელად მატულობს. ასთმის გლობალური ინიციატივები (GINA) ჩამოყალიბდა იმისათვის, რომ ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მესვეურებმა და თავად საზოგადოებამ კარგად გააცნობიეროს ბრონქული ასთმის პრევენციისა და მართვის მნიშვნელობა. ასთმის გლობალური ინიციატივის ჯგუფი ამზადებს სამეცნიერო ანგარიშებს ასთმაზე, ხელს უწყობს რეკომენდაციების დისემინაციას, დანერგვას და ამკვიდრებს საერთაშორისო თანამშრომლობას ასთმის კვლევებთან დაკავშირებით.

ასთმის გლობალური ინიციატივის ჯგუფი გვთავაზობს გამოცემებს, რომელიც მოიცავს:

- ასთმის პრევენციისა და მართვის სტრატეგია (2006) - სამეცნიერო ინფორმაცია და ასთმის პროგრამების რეკომენდაციები.
- ასთმის პრევენციისა და მართვის სახელმძღვანელო (2006) - პაციენტის მოვლის მოკლე სახელმძღვანელო პირველადი ჯანდაცვის ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის.
- ასთმის პრევენციისა და მართვის სახელმძღვანელო ბავშვთა ასაკში (2006) - ბავშვთა ასაკის პაციენტების მოვლის სახელმძღვანელო პედიატრებისა და სხვა პირველადი ჯანდაცვის ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის.

- რა იცით ასთმის თაობაზე, შენ და შენმა ოჯახმა - საინფორმაციო ბუკლეტი პაციენტებისა და მათი ოჯახებისათვის.

გამოცემების მოპოვება შეგიძლიათ მისამართზე: <http://www.ginasthma.org>.

საბედნიეროდ, შესაძლებელია ასთმის ეფექტური მკურნალობა და დაავადების კარგი კონტროლის მიღწევა.

როდესაც ასთმა კონტროლირებულია, პაციენტს შეუძლია:

- ღამის და დღის შემაწუხებელი სიმპტომების თავიდან აცილება;
- შემამსუბუქებელი მედიკამენტების საჭიროება არ არის ან მინიმუმამდეა შემცირებული;
- პროდუქტიული და ფიზიკურად აქტიური ცხოვრება;
- აქვს ნორმალური ან თითქმის ნორმალური ფილტვის ფუნქციები;
- სერიოზული შეტევების თავიდან აცილება.

ასთმა ხასიათდება ხველის, ხიხინის, გულმკერდის შებოჭილობის და სულხუთვის შექცევადი ეპიზოდებით უპირატესად ღამე ან ადრე დილით.

ასთმა სასუნთქი გზების ქრონიკული ანთებითი დაავადებაა, რომელიც იწვევს სასუნთქი გზების ჰიპერრეაქტიულობას, რაც იწვევს ობსტრუქციას და ჰაერის ნაკადის შეზღუდვას სხვადასხვა რისკ-ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად.

ასთმის გავრცელებული რისკ-ფაქტორები მოიცავს ალერგენებს (ოთახის მტვრის ტკიპები, ბეწვიანი ცხოველები, ტარაკნები, ყვავილების მტვერი და სოკოები), ოკუპაციურ ირიტანტებს, თამბაქოს მოწევას, რესპირატორულ (ვირუსულ) ინფექციებს, ფიზიკურ დატვირთვას, ძლიერ ემოციებს, ქიმიურ ირიტანტებს და მედიკამენტებს (ასპირინი, ბეტა-ბლოკერები).

საფეხურეობრივი მიდგომა ფარმაცოთერაპიისადმი უნდა მოიცავდეს კონტროლის მისაღწევად საჭირო მკურნალობის უსაფრთხოებას, გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებას და მკურნალობის ღირებულებას.

ასთმის შეტევები (ან გამწვავებები) ეპიზოდურია, ხოლო სასუნთქი გზების ანთება ქრონიკული.

პაციენტთა უმეტესობისათვის სიმპტომებისა და შეტევების პრევენციის, აგრეთვე, ფილტვების ფუნქციის გაუმჯობესებისათვის საჭიროა მაკონტროლებელი მედიკამენტების ყოველდღიური მიღება, შემამსუბუქებელი მედიკამენტების მიღება კი - საჭიროებისამებრ, მწვავე სიმპტომების სამკურნალოდ.

ასთმის კონტროლის მიღწევა და კონტროლის შენარჩუნება მოითხოვს პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას პაციენტსა და მისი ჯანმრთელობის დაცვის გუნდს შორის.

ასთმა არ არის სირცხვილის მიზეზი. უამრავი ოლიმპიური ათლეტი, გამოჩენილი ლიდერი და ჩვეულებრივი ადამიანი წარმატებებს აღწევს და ნორმალურად ცხოვრობს ასთმით.

ასთმის დიაგნოზი

ასთმის დიაგნოზი ხშირად ისმება პაციენტის სიმპტომების და სამედიცინო ისტორიის საფუძველზე.

სიმპტომები და ნიშნები, რომლებიც უნდა აძლიერებდეს ასთმაზე ეჭვს:

- ხიხინი - მაღალი ტემპრის მსტვინავი სუნთქვითი ხმიანობა ამოსუნთქვისას - უფრო მეტად ბავშვებში (გულმკერდის გასინჯვისას ნორმალური მონაცემები ასთმას არ გამოიციხავს).
- ნებისმიერი ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან:
 - ხველა ძირითადად ღამე;
 - შექცევადი ხიხინი;
 - შექცევადი სუნთქვის გაძნელება;
 - შექცევადი გულმკერდის შებოჭილობა.
- სიმპტომები აღმოცენდება ან ძლიერდება ღამე, რომელიც აღვიძებს პაციენტს;
- სიმპტომები აღმოცენდება ან ძლიერდება სეზონურად;
- ეკზემა, თივის ცხელება, ასთმის და ატოპიის ოჯახური ისტორია;
- სიმპტომების არსებობა ან გაძლიერება შემდეგი ფაქტორების არსებობისას:
 - ბეწვიანი ცხოველები
 - ქიმიური აეროზოლები
 - ტემპერატურული ცვლილებები
 - ოთახის მტვერის ტკიპები
 - მედიკამენტები (ასპირინი, ბეტა-ბლოკერი)
 - ფიზიკური დატვირთვა
 - თამბაქოს კვამლი
 - ძლიერი ემოციები
- სიმპტომები პასუხობს ასთმის საწინააღმდეგო თერაპიას;
- გაციების დროს სიმპტომების გადანაცვლება „ქვემოთ გულმკერდში“ და გამოჯანმრთელება 10 დღის და მეტი ხნის განმავლობაში.

ფილტვის ფუნქციური სინჯები გვამღვეს ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის სიმძიმის, შექცევადობის და ვარიაციულობის შეფასების საშუალებას. იგი, აგრეთვე, გვეხმარება დიაგნოზის დადასტურებაში.

ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის გაზომვისა და შექცევადობის დადგენის, ასთმის დიაგნოზის დასმისათვის უპირატესობა ენიჭება **სპირომეტრიას**.

- FEV₁-ის მომატება $\geq 12\%$ (ან ≥ 200 მლ) β_2 -აგონისტის მიცემის შემდეგ ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის შექცევადობის მანიშნებელია და ბრონქულ ასთმაზე მიუთითებს (თუმცა, უმეტეს შემთხვევაში, პაციენტებში ასთმით, ყველა მომართვისას, ვერ დგინდება შექცევადობა, ასეთ შემთხვევაში გვირჩევენ განმეორებითი ტესტის ჩატარებას).

პიკ-ფლოუმეტრია (PEF) მნიშვნელოვანია, როგორც დიაგნოსტიკის, ასევე, ასთმის მონიტორინგისათვის.

- PEF არის იდეალური ინდივიდუალურ საუკეთესო მაჩვენებელთან შესადარებლად.

- გაუმჯობესება 60 ლ/წთ (ან ბრონქოდილატატორამდე PEF $\geq 20\%$ ზრდა) ბრონქოდილატატორის ინჰალაციის შემდეგ ან PEF დღიური ვარიაბილობა $>20\%$ (ორჯერ დღეში შეფასების შედეგები მეტია 10%-ზე) მიუთითებს ბრონქული ასთმის დიაგნოზზე.

დამატებითი დიაგნოსტიკური ტესტები

- პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ასთმის სიმპტომები, მაგრამ, ამავე დროს, გააჩნიათ ფილტვის ნორმალური ფუნქციური ტესტები, ასთმის დიაგნოზის დადასტურებაში გვეხმარება ბრონქების **ჰიპერრეაქტიულობის** განსაზღვრა მეტაქოლინზე, ჰისტამინზე, მანიტოლზე ან ფიზიკურ დატვირთვაზე.
- **კანის ალერგიული სინჯები ან შრატში სპეციფიური IgE-ს განსაზღვრა:** ალერგიის არსებობა ზრდის ასთმის არსებობის ალბათობას და შეიძლება დაგვეხმაროს ინდივიდუალურ პაციენტებში რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაციაში.

დიაგნოსტიკური სირთულეები

- ასთმის ხველით მიმდინარე ვარიანტი - ზოგიერთ პაციენტს ასთმით აქვს ქრონიკული ხველა (უფრო ხშირად ღამით), როგორც ძირითადი, თუ არა ერთადერთი ნიშანი ამ პაციენტებში ფილტვების ფუნქციის ვარიაბილობის და ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის დადგენას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.
- დატვირთვით ინდუცირებული ბრონქოკონსტრიქცია - ასთმის სიმპტომების განვითარებისთვის ფიზიკური დატვირთვა უმრავლეს პაციენტებში (ბავშვების ჩათვლით) ძალიან მნიშვნელოვანია და ზოგში ერთადერთი მიზეზია. სირბილის ტესტის პროტოკოლი - 8 წუთიანი ფიზიკური დატვირთვის სინჯი, ადასტურებს ასთმის დიაგნოზს;
- ბავშვები 5 წლამდე - ადრეული ასაკის ყველა მოხიხინე ბავშვს არა აქვს ასთმა - ამ ასაკობრივ ჯგუფში ასთმის დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ სურათს და პერიოდულად უნდა გადაიხედოს ბავშვის ზრდასთან ერთად;
- ასთმა მოხუცებში - ასთმის დიაგნოსტიკა და შესაბამისად, მკურნალობა ამ ჯგუფში გართულებულია მთელი რიგი ფაქტორების გამო: სიმპტომების ცუდი აღქმა, დისპნოეს მიღება, როგორც ხანდაზმული ასაკისთვის ჩვეული მოვლენის - მობილურობისა და აქტივობის მოსალოდნელი შემცირება. განსაკუთრებით რთულია ასთმის დიფერენციაცია ფილტვების ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებებთან და შესაძლოა, დაგვჭირდეს საცდელი მკურნალობის ჩატარებაც კი;
- ოკუპაციური (პროფესიული) ასთმა - სამუშაოზე შექმნილი ასთმის დიაგნოზი ხშირად მხედველობიდან გამორჩებათ ხოლმე. პროფესიული ასთმის თანდათანობითი შეუმჩნეველი დაწყების გამო, ავადმყოფი ხშირად უდიაგნოზოდ რჩება. ან კიდევ, ისმება ქრონიკული ბრონქიტის ან ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დიაგნოზი და ენიშნება შეუსაბამო მკურნალობა. პროფესიული ასთმის დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა: პროფესიული ანამნეზის მონაცემები, ასთმის სიმპტომების არარსებობა მუშაობის დაწყებამდე, ასთმის გაჩენა და სამუშაოს გარეთ მათი შემცირების დასაბუთება. ასთმის დიაგნოზის დასადასტურებლად დიდი დახმარების გაწევა შეუძლია ფილტვის ფუნქციების შეფასებას - ბრონქული პროვოკაციული სინჯებით და პიკ-ფლოუს სერიული გაზომვით სამუშაო ადგილზე და მის გარეთ. გროვდება სულ უფრო მეტი მონაცემები მასზე, რომ პროფესიული ასთმის მრავალი ფორმა პერსისტირებს ან აგრძელებს გაუარესებას გამომწვევ აგენტებთან კონტაქტის შეწყვეტის შემდეგაც.
- სეზონური ასთმა - ზოგიერთ სენსიბილიზებულ ინდივიდში ასთმის გამწვავებები უკავშირდება გარკვეული აერო-ალერგენების დონის სეზონურ მატებას - სეზონური ასთმა ხშირად არის ასოცირებული ალერგიულ რინიტთან; ბრონქული ასთმის ეს ტიპი შეიძლება ინტერმისიულ ხასიათს ატარებდეს და მხოლოდ იშვიათად გამოვლინდეს, სეზონთაშორის პერიოდში კი პაციენტი სრულიად ასიმპტომურია ხოლმე; შეიძლება ადგილი ქონდეს საშუალო სიმძიმის ან მძიმე ასთმის სიმპტომების სეზონურ გაუარესებას.

ასთმის კლასიფიკაცია კონტროლის დონის მიხედვით

ტრადიციულად, სიმპტომების სიმძიმე ჰაერის ნაკადის შეზღუდვა და ფილტვის ფუნქციების ვარიაბილობა უდევს საფუძვლად ასთმის კლასიფიკაციას სიმძიმის მიხედვით (ინტერმისიული, მსუბუქი პერსისტიული, საშუალო სიმძიმის პერსისტიული და მძიმე პერსისტიული).

მიუხედავად ამისა, მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, რომ ასთმის სიმძიმე მოიცავს ორივეს, დაავადების სიმძიმეს და მის პასუხს მკურნალობაზე. ასთმის სიმძიმე ინდივიდუალურ პაციენტში არ არის უცვლელი ნიშანი და შეიძლება შეიცვალოს თვეების ან წლების განმავლობაში.

აქედან გამომდინარე, ასთმის კლასიფიკაცია, კონტროლის დონის მიხედვით, მიმდინარე მენეჯმენტისთვის უფრო მართებული და გამოსადეგია.

ასთმის კონტროლის დონეები			
მახასიათებლები	კონტროლირებული - ყველა ჩამოთვლილი	ნაწილობრივ კონტროლირებული - რაიმე მახასიათებელი ნებისმიერ კვირაში	არაკონტროლირებული
დღის სიმპტომები	არ არის (2-ჯერ ან ნაკლები/ კვირაში)	2-ზე მეტად /კვირაში	ნაწილობრივ კონტროლირებული ასთმის სამი ან მეტი ნიშანი წარმოდგენილია ნებისმიერ კვირაში
ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვა	არ არის	შესაძლოა იყოს	
ღამის სიმპტომები/ გაღვიძება	არ არის	შესაძლოა იყოს	
შემამსუბუქებელი საშუალებების საჭიროება/ მხსნელი მკურნალობა	არ არის (2-ჯერ ან ნაკლები/კვირაში)	2-ზე მეტად/კვირაში	
ფილტვის ფუნქციები (PEF ან FEV ₁)*	ნორმალური	<80%-ზე მოსალოდნელის ან ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის (თუკი არსებობს მონაცემი)	
გამწვავებები	არ არის	1 ან მეტი/ წელიწადში **	ერთჯერ ნებისმიერ კვირაში ***

* ფილტვების ფუნქციების განმსაზღვრელი ტესტები, არასაიმედოა 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

** ნებისმიერი გამწვავების შემთხვევაში უნდა განხილულ იქნას შემანარჩუნებელი მკურნალობის ადექვატურობის საკითხი

*** დეფინიციით, ნებისმიერი გამწვავების არსებობა ნებისმიერ კვირაში, მიუთითებს არაკონტროლირებადი ასთმის კვირაზე.

ასთმის კონტროლის შეფასების სარწმუნო მეთოდები შეგიძლიათ მოიძიოთ:

- Asthma Control Test (ACT): <http://www.asthmacontrol.com>
- Asthma Control Questionnaire: (ACQ): <http://www.qoltech.co.uk/Asthma1.htm>
- Asthma Therapy Assessment Questionnaire: (ATAQ): <http://www.ataqinstrument.com>
- Asthma Control Scoring System http://www.GINA_POCKET_GUIDE_2006

ასთმის მართვის ოთხი კომპონენტი

ასთმის მართვის მიზანი არის ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში დაავადების კლინიკური მანიფესტაციის - სიმპტომების კონტროლის მიღწევა და შენარჩუნება; როდესაც ასთმა კონტროლირებადია, პაციენტებს შეუძლიათ შეტევების პრევენცია, შემაწუხებელი დღისა და ღამის სიმპტომების თავიდან აცილება და ფიზიკური აქტივობის შენარჩუნება.

იმისათვის, რომ მივაღწიოთ მიზანს, საჭიროა, თერაპიის ოთხი, ერთმანეთთან დაკავშირებული კომპონენტის განხორციელება:

კომპონენტი 1: პაციენტი/ექიმის პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბება;

კომპონენტი 2: რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაცია და კონტროლი;

კომპონენტი 3: ასთმის შეფასება, მკურნალობა და მონიტორინგი;

კომპონენტი 4: ასთმის გამწვავებების მართვა.

კომპონენტი 1: პაციენტი/ექიმის პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბება

ასთმის ეფექტური მენეჯმენტი მოიცავს პაციენტსა და ჯანდაცვის გუნდს შორის პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. ექიმის და ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრების დახმარებით პაციენტმა უნდა იცოდეს:

- რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილება;
- მედიკამენტების სწორად მიღება;
- განსხვავება “მაკონტროლებელ” და „შემამსუბუქებელ“ მედიკამენტებს შორის;
- საკუთარი მდგომარეობის მონიტორინგი სიმპტომების და თუ შესაძლებელია PEF-ის საშუალებით;
- ასთმის გაუარესების ნიშნების ამოცნობა და მოქმედების დაწყება;
- მიმართვა სამედიცინო დახმარების მისაღებად საჭიროების შემთხვევაში.

განათლება პაციენტის და ჯანდაცვის პროფესიონალების ურთიერთობის ინტეგრალური ნაწილია. სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება - როგორცაა დისკუსია (ექიმთან, ექთანთან, კონსულტანტთან, განმანათლებელთან), დემონსტრირება, წერილობითი მასალები, ჯგუფური კლასების მოწყობა, ვიდეო და აუდიო ფირები, თეატრალური წარმოდგენები, პაციენტების თვითდახმარების ჯგუფები - ხელს უწყობს ასთმის შესახებ ცოდნის განმტკიცებას.

პაციენტთან ერთად უნდა შედგეს ასთმის მართვის წერილობითი პერსონალური გეგმა, რომელიც სამედიცინო თვალსაზრისით მიღებული და პრაქტიკულია.

ასთმის თვით-მართვის გეგმების მოძიება შეგიძლიათ:

<http://www.asthm.org.uk>

<http://www.asthmanz.co.nz>

<http://www.nhlbissupport.com/asthma/index.html>

ასთმის კონტროლის სამოქმედო გეგმის შინაარსი (მაგალითი)	
თქვენი რეგულარული მკურნალობა:	
1. ყოველდღიურად მიიღეთ	
2. დატვირთვის წინ, მიიღეთ	
როდის უნდა შეცვალოთ მკურნალობა (აიწიოთ საფეხურით)	
<u>შეაფასეთ, რამდენად კონტროლირებულია თქვენი ასთმა</u>	
უკანასკნელ კვირაში თქვენ გქონდათ:	
ასთმის დღის სიმპტომები 2-ზე მეტად დღეში?	არა დიახ
აქტიურობის ან ვარჯიშის შეზღუდვა ასთმის გამო?	არა დიახ
ასთმის გამო ღამით გაღვიძების შემთხვევები?	არა დიახ
დაგჭირდათ თუ არა „მხსნელი“ მკურნალობა 2-ზე მეტად?	არა დიახ
ახორციელებთ თუ არა პიკ-ფლოუმეტრიის მონიტორინგს, პიკ-ფლოუმეტრის მარეგულირებელი ნაკლებია (მიუთითეთ თქვენი საუკეთესო მარეგულირებელი)	არა დიახ
თუ დასმულ შევითხვებზე თქვენი დადებითი პასუხი არის სამი ან მეტი, თქვენი ასთმა არაკონტროლირებადია და გესაჭიროებათ მკურნალობის საფეხურის შეცვლა (საფეხურით ზევით)	
როგორ უნდა გავზარდოთ მკურნალობის საფეხური	
ერთი საფეხურით ზემოთ ანაცვლება საჭიროების შესაბამისად, შეაფასეთ გაუმჯობესება ყოველდღიურად:	
..... (ჩაწერეთ შემდგომი საფეხურის შესაბამისი მკურნალობა)	
შეინარჩუნეთ აღნიშნული მკურნალობის რეჟიმი(მიუთითეთ დღეების რაოდენობა)	
როდის უნდა დაურევოთ ექიმს/კლინიკას	
დაურევკეთ ექიმს/კლინიკას:(მიუთითეთ ტელეფონის ნომერი)	
თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა დღეში (მიუთითეთ დღეების რაოდენობა)	
..... (დამატებითი ინსტრუქციის ხაზი შესაძლო ვარიანტისათვის)	
გადაუდებელი შემთხვევა / კონტროლის მწვავე დაკარგვა	
✓ თუ გაქვს სუნთქვის მწვავე უკმარისობა და საუბარი შეგიძლია მხოლოდ მოკლე წინადადებებით	
✓ თუ გაქვთ ასთმის მწვავე შეტევა და ხართ შეშინებული	
✓ თუ ასთმის შემამსუბუქებელი მედიკამენტის მიღება გჭირდებათ 4-სთ-ში 1-ზე მეტად და მდგომარეობა არ უმჯობესდება	
1. მიიღე 2-4 შესუნთქვა(შემამსუბუქებელი მედიკამენტი)	
2. მიიღემგ (ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდი)	
3. მიმართე სამედიცინო დახმარების მისაღებად:; მისამართი ტელ	
4. გააგრძელე შემამსუბუქებელი მედიკამენტის მიღება, სამედიცინო დახმარების მიღებამდე	

კომპონენტი 2: რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაცია, ელიმინაცია და კონტროლი

ასთმის კონტროლის გაუმჯობესების და მედიკამენტებზე საჭიროების შესამცირებლად პაციენტი უნდა გაეცნოს იმ რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილების ღონისძიებებს, რომლებიც მასში ასთმის სიმპტომებს იწვევენ. მიუხედავად ამისა, პაციენტები ხშირად რეაქციულები არიან მრავლობითი ფაქტორების მიმართ, რომლებიც ყველგანაა გარემოში და რომელთა თავიდან აცილება თითქმის შეუძლებელია. ამიტომ, ასთმის კონტროლის შემანარჩუნებელ მედიკამენტებს მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება, რადგანაც პაციენტები რომლებშიც ასთმა კონტროლირებულია, ნაკლებად მგრძნობიარეები არიან ამ რისკ-ფაქტორების მიმართ.

ფიზიკური აქტივობა ასთმის სიმპტომების ხშირი მიზეზია, მაგრამ პაციენტმა არ უნდა აარიდოს თავი ფიზიკურ დატვირთვას. სიმპტომების პრევენცია შესაძლებელია დატვირთვის წინ სწრაფად მოქმედი β₂ აგონისტების მიღებით (ალტერნატივა ლეიკოტრინების მოდიფიკატორები ან ქრომონები).

პაციენტებს საშუალო და მძიმე ასთმით, სასურველია, ჩაუტარდეთ ვაქცინაცია გრიპზე ყოველწლიურად ან მაშინ მაინც, როდესაც ვაქცინაცია რეკომენდირებულია ზოგადად პოპულაციისათვის. ინაქტივირებული ვაქცინა უსაფრთხოა მოზრდილების და 3 წლის ზემოთ ბავშვებისათვის.

გავრცელებული აღერგენების და პოლუტანტების თავიდან აცილების სტრატეგიები:

- თამბაქოს მოწევა: თავი აარიდე თამბაქოს მოწევას; პაციენტები და მათი მშობლები არ უნდა იწეოდნენ.

- მედიკამენტები, საკვები და საკვების დანამატები: თავი აარიდე, თუ ცნობილია, რომ იწვევენ ასთმის სიმპტომებს;

- პროფესიული ფაქტორები: შეამცირე ან უშჯობესია აიცილე ამ აგენტებთან კონტაქტი;

- ოთახის მტვერის ტკიპები, საწოლის თეთრეული და საბნები გარეცხე კვირაში ერთხელ ცხელ წყალში და გააშრე მზეზე ან ცხელ საშრობში. ბალიში და ლეიბები ჩასვი ჰაერგაუმტარ შალითებში. შეცვალე ხალიჩები მაგარი იატაკით, განსაკუთრებით საძილე ოთახში, ტკიპების საწინააღმდეგოდ გამოიყენე აკარიციდები ან ტანიის მჟავა, მაგრამ დარწმუნებული იყავი, რომ პაციენტი არ არის სახლში.

- ბეწვიანი ცხოველები: გამოიყენე საპაეო ფილტრები (ნუ გეყოლებათ ცხოველები სახლში, ან უკიდურეს შემთხვევაში საძინებელში მაინც)

- ტარაკნები- დაასუფთავე სახლი ხშირად და საფუმგლიანად, გამოიყენე პესტიციდები, როდესაც პაციენტი სახლში არ არის;

- შენობის გარე ყვავილის მტვერი და ობის სოკოები: დახურე კარ-ფანჯარა და დარჩი სახლში, როდესაც განსაკუთრებით მაღალია ყვავილის მტვერის და ობის სოკოების შემცველობა ჰაერში;

- შენობის შიდა ობის სოკოები - შეამცირე ტენიანობა სახლში, ხშირად დაასუფთავე სველი წერტილები.

კომპონენტი 3: ასთმის შეფასება, მკურნალობა და მონიტორინგი

ასთმის მკურნალობის მიზანი - კონტროლის მიღწევა და შენარჩუნება, რაც მოიცავს:

- ასთმის კონტროლის შეფასებას;
- მკურნალობას კონტროლის მისაღწევად;
- კონტროლის შენარჩუნების მონიტორინგს.

ასთმის კონტროლის შეფასება

ყველა პაციენტი უნდა შეფასდეს მისთვის დაწესებული მკურნალობის რეჟიმის, მკურნალობისადმი ერთგულების და ასთმის კონტროლის ღონის მიხედვით.

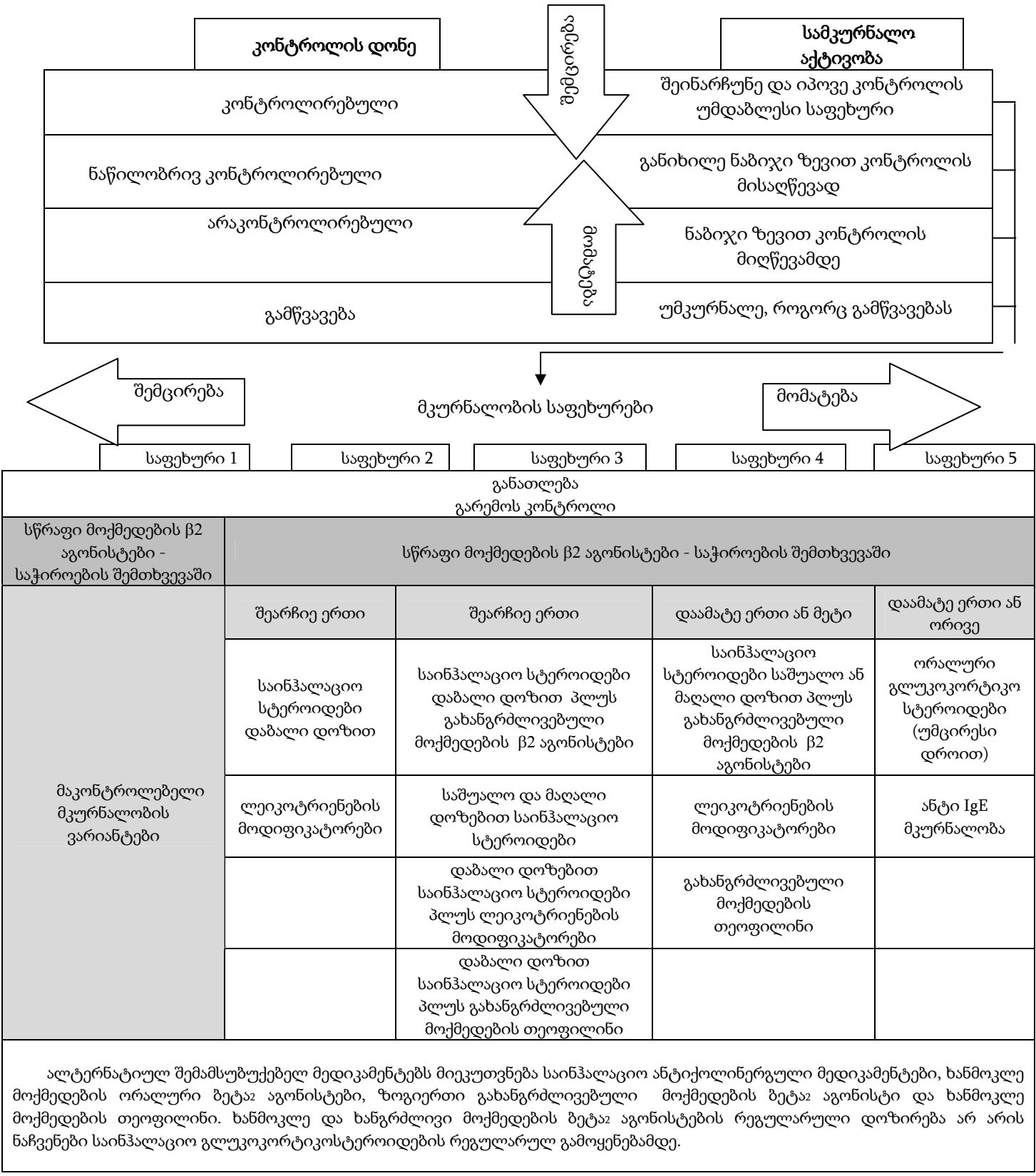
მკურნალობა კონტროლის მისაღწევად

ყველა პაციენტი მიეკუთვნება მკურნალობის ხუთიდან ერთ-ერთ საფეხურს.

ნებისმიერ საფეხურზე შემამსუბუქებელი მედიკამენტები უნდა მიეცეს მოთხოვნილებისამებრ, სიმპტომების სწრაფად კუპირებისათვის. მე-2 დან მე-5 საფეხურის ჩათვლით პაციენტები საჭიროებენ 1 ან მეტი მაკონტროლებელი მედიკამენტის მიღებას, რომლებიც იცავენ სიმპტომების დაწყების ან შეტევისაგან. მაკონტროლებელი მედიკამენტებიდან ყველაზე ეფექტური არის საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები.

ახლად დიაგნოსტირებული პაციენტების (რომლებიც ჯერ არ იღებენ მედიკამენტებს) მკურნალობა უნდა დაიწყოს მე-2 საფეხურიდან (ან თუ ძალიან სიმპტომურია - მე-3 საფეხურიდან). თუ ასთმა არ კონტროლირდება მიმდინარე მკურნალობის რეჟიმით, მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს ერთი საფეხურით მაღლა, სანამ კონტროლი არ მიიღწევა.

კონტროლზე დაფუძნებული მიდგომა - ასთმის მართვა
 ბავშვები 5 წლის ზემოთ, მოზარდები და მოზრდილები



მართვა, რომელიც ეფუძნება ასთმის კონტროლს

5 წლამდე (მ.შ. 5 წლის) ასაკის ბავშვები

5 წლამდე და უმცროსი ასაკის ბავშვებში ასთმის მკურნალობის დეტალურ რეკომენდაციებს არსებული ლიტერატურა არ იძლევა. ამ ასაკობრივ ჯგუფში საუკეთესო დოკუმენტებული მკურნალობა არის საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები და მე-2 საფეხურიდან რეკომენდებულია ინიციალური, მაკონტროლებელი მკურნალობა საინჰალაციო სტეროიდების დაბალი დოზებით.

საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების ექვივალენტური დოზები, რომელთა შორის ზოგიერთი შესაძლოა მიეცეს ერთჯერადად დღეში.

საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების გაზომილი ექვიპოტენტური დოზები

წამლები	მოზრდილები - დღიური დოზა*			ბავშვები - დღიური დოზა*		
	დაბალი µg	საშუალო µg	მაღალი ** µg	დაბალი µg	საშუალო µg	მაღალი** µg
Beclomethasone dipropionate	200-500	>500-1000	>1000-2000	100-200	>200-400	>400
Budesonide	200-400	>400-800	>800-1600	100-200	>200-400	>400
Budesonide-Neb (საინჰალაციო სუსპენზია ბავშვებისთვის)	-	-	-	250-500	>500- 1000	>1000
Ciclesonide***	80-160	>160-320	>320-1280	80-160	>160-320	>320
Flunisolide	500-1000	>1000-2000	>2000	500-750	>750- 1250	>1250
Fluticasone	100-250	>250-500	>500-1000	100-200	>200-500	>500
Mometasone furoate	200-400	>400-800	>800-1200	100-200	>200-400	>400
Triamcinolone acetoneide	400-1000	>1000-2000	>2000	400-800	>800- 1200	>1200

* შედარებები ეფუძნება ეფექტურობის მონაცემებს

** პაციენტებს, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ მაღალი დოზებით საინჰალაციო სტეროიდებს, ესაჭიროებათ რეფერალი სპეციალისტთან, რათა განხილულ იქნას მაკონტროლებელი მედიკამენტების კომბინაციების დანიშვნის ალტერნატიული ვარიანტები. რეკომენდებული მაქსიმალური დოზა სადავოა, თუმცა აღნიშნული მედიკამენტების ხანგრძლივად გამოყენება ზრდის სისტემური გვერდითი მოვლენების რისკებს.

*** მსუბუქი სიმძიმის პაციენტებში გამოიყენება დღეში ერთჯერადად.

დამატებითი მითითებები:

- შესაფერისი დოზირების მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია პაციენტის მკურნალობაზე პასუხის კლინიკური შეფასება. როდესაც ასთმაზე კონტროლი მიიღწევა, უნდა მოხდეს დოზის ფრთხილი ტიტრაცია მინიმალურ შემანარჩუნებელ დოზამდე, პოტენციური გვერდითი ეფექტების თავიდან ასაცილებლად.
- დაბალი, საშუალო და მაღალი დოზებით მედიკამენტების დანიშვნა, ძირითადად, მოდის წამლის მწარმოებელი კომპანიების რეკომენდაციებისაგან. ნათელი დემონსტრირება დოზის შედეგების რეალურად მწველად მიიღწევა. ძირითადი პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ ნებისმიერი პაციენტისათვის უნდა დავადგინოთ მაკონტროლებელი დოზა, რადგან უფრო მაღალი დოზა შეიძლება არც იყოს მეტად ეფექტური, მაშინ როცა პოტენციური რისკი ასოცირებული გვერდით მოვლენებთან, დოზის მომატებასთან ერთად მკვეთრად იზრდება.
- ბაზარზე გამოსული სხვადასხვა დასახელების მედიკამენტების დანიშვნისას, ყურადღებით უნდა იქნას განხილული სწორი ექვივალენტური დოზის შერჩევის საკითხი.

5 წლის და უმცროსი ასაკის ბავშვებში, დაბალი დოზებით საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები რეკომენდებულია ინიციალური მკურნალობისთვის, დოზის ტიტრაციით კონტროლის მიღწევამდე.

პაციენტები, რომლებშიც კონტროლის სასურველი დონე ვერ მიიღწევა 4 საფეხურით, განიხილებიან, როგორც რთულად სამკურნალო პაციენტები. ამ ჯგუფში თერაპიული მიზანი შეიძლება გახდეს საუკეთესო შესაძლო შედეგის მიღწევა. შეიძლება დაგვეხმაროს რეფერალი ასთმის სპეციალისტთან.

მონიტორინგი კონტროლის შესანარჩუნებლად

მიმდინარე მონიტორინგი ასთმაზე კონტროლის, მკურნალობის უმდაბლესი საფეხურის და მაქსიმალური უსაფრთხოების უზრუნველყოფის აუცილებელი პირობაა.

ტიპურად პაციენტი უნდა იხსნოს ინიციალური ვიზიტიდან 1-3 თვეში და შემდეგ ყოველ 3 თვეში ერთჯერ. გამწვავების შემდეგ პაციენტი უნდა შეფასდეს არა უგვიანეს 2-4 კვირისა. ყოველი ვიზიტისას, უნდა დავუსვათ შეკითხვები:

შეკითხვები ასთმაზე მონიტორინგის დაწესების მიზნით	
შეესაბამება თუ არა ასთმის მართვის გეგმა მოსალოდნელ შედეგებს (ანუ მიზნებს)	
შეეკითხეთ პაციენტს:	მოქმედება, რომელიც უნდა იქნას განხილული
<p>გაღვიძებთ ასთმის შეტევა ღამით?</p> <p>უფრო ხშირად ხომ არ გჭირდებათ შემამსუბუქებელი მედიკამენტების გამოყენება?</p> <p>ხომ არ დაგჭირდათ გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენა?</p> <p>თქვენი პიკ-ფლოუმეტრის მაჩვენებელი ხომ არ იყო ინდივიდუალურ საუკეთესოზე დაბალი?</p> <p>აგრძელებთ ფიზიკურ აქტივობას ადრინდებულად?</p>	<p>დაარეგულირეთ მედიკამენტის დოზები და მართვის გეგმა საჭიროების შესაბამისად (საფეხურით ზევით ან საფეხურით ქვევით) მაგრამ პირველ რიგში, შეაფასეთ წამლის მიღების სისწორე.</p>

იყენებს პაციენტი ინჰალატორს, სპეისერს ან პიკ-ფლოუმეტრს სწორად?	
შეეკითხეთ პაციენტს:	მოქმედება, რომელიც უნდა იქნას განხილული
თუ შეიძლება მაჩვენებთ, როგორ იღებთ წამალს?	დემონსტრირება გაუკეთეთ წამლის მიღების სწორ ტექნიკას დარწმუნდით, რომ პაციენტი იგივეს აკეთებს სწორად.
მართვის გეგმის შესაბამისად, რამდენად ახერხებს პაციენტი, დანიშნულების სწორად შესრულებას და რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილებას?	
შეეკითხეთ პაციენტს:	მოქმედება, რომელიც უნდა იქნას განხილული
<p>მითხარით, რამდენჯერ იღებთ მედიკამენტს დღის განმავლობაში?</p> <p>რამე პრობლემა ხომ არ გქონიათ მართვის გეგმასთან ან წამლის მიღებასთან დაკავშირებით?</p> <p>უკანასკნელი თვის განმავლობაში (ვიზიტის შემდეგ) ხომ არ შეგიწყვეტიათ წამლის მიღება, რადგან თავს უკეთ გრძნობდით?</p>	<p>დაარეგულირეთ გეგმა, რათა უფრო პრაქტიკული გახადოთ.</p> <p>დაეხმარეთ პაციენტს გეგმის განხორციელების მიზნით, პრობლემების გადაჭრაში, რათა იოლად დასძლიოს ბარიერები</p>
ხომ არ წუხს პაციენტი (ასთმასთან დაკავშირებით) ?	
შეეკითხეთ პაციენტს:	მოქმედება, რომელიც უნდა იქნას განხილული
ხომ არ დაგაფიქრათ რამემ ასთმასთან, მედიკამენტებთან ან ასთმის მართვის გეგმასთან დაკავშირებით?	უზრუნველყავით პაციენტის დამატებითი განათლება და დისკუსია წუხილის გაქარწყლებისა და ბარიერების დამღვევის მიზნით.

კომპონენტი 4: ასთმის გამწვავებების მართვა

ასთმის გამწვავებები (ასთმის შეტევა) არის ეპიზოდები, რომლებიც ხასიათდება პროგრესირებადი სულხუთვით, ხველით, ხიხინით, გულმკერდის შებოჭილობით ან მათი ამა თუ იმ კომბინაციით.

აუცილებელია ასთმის შეტევის სიმძიმის შეფასება. ასთმის მძიმე შეტევა შეიძლება იყოს სიცოცხლისთვის საშიში, რომლის მკურნალობა მოითხოვს ინტენსიურ მეთვალყურეობას.

ასთმით დაღუპვის მაღალი რისკის პაციენტები საჭიროებენ განსაკუთრებულ მეთვალყურეობას გამწვავების დროს, ადრეულ მიმართვას გადაუდებელი დახმარებისთვის. მათ განეკუთვნებიან პაციენტები:

- მძიმე ან სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავების ისტორიით, რის გამოც დასჭირდათ ინტუბაცია და მექანიკური ვენტილაცია;
- რომლებსაც დასჭირდათ ჰოსპიტალიზაცია ან ვიზიტი გადაუდებელი დახმარების გამწევ დაწესებულებაში გასული 1 წლის განმავლობაში;
- რომლებიც იღებენ ან მოეხსნათ ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდები ცოტა ხნის წინ;
- რომლებიც არ იღებენ საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდებს;

- რომლებიც იღებენ ჭარბი რაოდენობით სწრაფი მოქმედების β_2 აგონისტებს, განსაკუთრებით რომლებიც იღებენ თვეში 1 ბალონ სალბუტამოლს;
- ფსიქიკური დაავადების, ფსიქო-სოციალური პრობლემების ან სედატიური საშუალებების მიღების ანამნეზით;
- რომლებიც სათანადოდ არ ასრულებენ ასთმის მკურნალობის გეგმას.

პაციენტმა დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ექიმს, თუ:

▪ შეტევა არის მძიმე:

- ქოშინი მოსვენებულ მდგომარეობაში, წინ წამოწეული, ლაპარაკობს ნაწყვეტ-ნაწყვეტ, აჟიტირებულია ან კონფუზური, გამოხატულია ბრადიკარდია, სუნთქვის სიხშირე >30 წთ-ში.
- ხმამაღალი ხიხინი ან გამოხატულია „მუნჯი ფილტვი“
- პულსი >120 წთ-ში (ბავშვებში >120 /წთ)
- PEF $<60\%$ ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის ბრონქოდილატატორით ინიციალური მკურნალობის შემდეგ;
- პაციენტი დაუძლურებულია (არაქათგამოცლილი, ღონემიხდილი).

▪ ბრონქოდილატატორით საწყისი მკურნალობით ვერ ხერხდება სწრაფი შედეგის მიღწევა და შენარჩუნება 3 საათის განმავლობაში მაინც;

▪ კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის დაწყებიდან 2-6 სთ-ის განმავლობაში გაუმჯობესება არ შეიმჩნევა;

▪ მდგომარეობა კიდევ უფრო უარესდება.

მსუბუქი სიმძიმის შეტევა განისაზღვრება, როდესაც PEF შემცირება 20%-მდეა, ღამის გაღვიძებები და β_2 აგონისტების მოხმარება გაზრდილია, შეიძლება მკურნალობა ბინაზე, თუ პაციენტი მომზადებულია და აქვს მართვის პერსონალური გეგმა, რომელიც მოიცავს შემდგომ ნაბიჯებს.

საშუალო სიმძიმის შეტევის დროს შეიძლება საჭირო გახდეს და მძიმე შეტევა, როგორც წესი, საჭიროებს მკურნალობას კლინიკაში ან ჰოსპიტალში.

ასთმის შეტევა საჭიროებს სწრაფ მკურნალობას:

- საწყისი მკურნალობა საინჰალაციო სწრაფი მოქმედების β_2 აგონისტებით (დაიწყე 2-დან 4 დოზამდე ყოველ 20 წთ-ში პირველი საათის განმავლობაში, შემდეგ მსუბუქი გამწვავების დროს საჭიროა 2 დან 4 დოზამდე ყოველ 3-4 სთ-ში ერთჯერ და საშუალო გამწვავების დროს 6-დან 10 დოზამდე ყოველ 1-2 საათში ერთჯერ).
- ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდები(0,5-1 მგ/კგ 24 სთ-ში) ნაჩვენებია საშუალო და მძიმე შეტევის დროს ანთების შემცირების და შეტევის მოხსნის დასაჩქარებლად;
- ჟანგბადი ჰოსპიტალში ჰიპოქსიის დროს (O_2 ის სატურაციის მიღწევა 95%);
- β_2 აგონისტები/ანტიქოლინერგული კომბინირებული თერაპია ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების სიხშირეს და ხელს უწყობს PEF და FEV₁-ის გაუმჯობესებას;
- მეთილქსანტინები არ არის რეკომენდებული საინჰალაციო β_2 აგონისტების მაღალ დოზებთან ერთად, მიუხედავად ამისა, თეოფილინი შეიძლება გამოყენებული იქნას, თუ საინჰალაციო β_2 აგონისტები ხელმისაწვდომი არ არის. თუ პაციენტი იღებს რეგულარულად თეოფილინს, უნდა განისაზღვროს შრატში თეოფილინის კონცენტრაცია ხანმოკლე თეოფილინის დამატებამდე.

თერაპია, რომელიც არ არის რეკომენდებული ასთმის შეტევების სამკურნალოდ:

- სედატიური საშუალებები (მკაცრად უკუნაჩვენებია);
- მუკოლიზური საშუალებები (შეიძლება გააძლიერონ ხველა);
- გულმკერდის მასაჟი/ფიზიოთერაპია (შეიძლება გააძლიეროს პაციენტის დისკომფორტი);
- ჰიდრატაცია დიდი მოცულობის სითხეებით მოზრდილებსა და მოზრდილ ბავშვებში (შეიძლება საჭირო გახდეს ადრეული ასაკის ბავშვებში)
- ანტიბიოტიკები (არა ასთმის სამკურნალოდ, არამედ, თუ სახეზეა პნევმონია ან ბაქტერიული ინფექცია)
- ეპინეფრინი/ადრენალინი (შეიძლება დაინიშნოს ანგიოედემის და ანაფილაქსიის დროს, მაგრამ არ არის ნაჩვენები ასთმის შეტევისას)

მკურნალობაზე პასუხის მონიტორინგი

შეაფასეთ სიმპტომები და თუ შესაძლებელია პიკ-ფლოუს მაჩვენებელი. ჰოსპიტალში ფასდება, აგრეთვე, ჟანგბადის გაჯერება, აირები არტერიულ სისხლში და სხვ.

მიმდინარე (შემდგომი) მეთვალყურეობა:

გამწვავების ჩამთავრების შემდეგ, საჭიროა გამომწვევი ფაქტორების იდენტიფიცირება და მათი კონტროლის და ელიმინაციის ღონისძიებები, მომავალი სტრატეგიების დაგეგმვა, პაციენტის მკურნალობის გეგმის გადახედვა.

მდგომარეობები, რომლებიც საჭიროებენ ყურადღებას ასთმის მართვის დროს:

▪ **ორსულობა** - ორსულობის პერიოდში ასთმის სიმწვავე ხშირად იცვლება და პაციენტებს ესაჭიროებათ უფრო ინტენსიური მეთვალყურეობა და მკურნალობის დარეგულირება. ორსული პაციენტები ასთმით, საჭიროებენ რჩევებს მასზედ, რომ უფრო დიდი რისკია ასთმის მართვაზე კონტროლის დაკარგვა, ამდენად, ორსულებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ასთმის თანამედროვე მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობას. მწვავე გამწვავებას უნდა ვუმკურნალოდ აგრესიულად, რათა თავიდან ავიცილოთ ნაყოფის ჰიპოქსია.

▪ **ქირურგიული ჩარევა** - ჰაერგამტარი გზების ჰიპერრეაქტიულობა, ჰაერის ნაკადის შეზღუდვა და ლორწოს ჰიპერსეკრეცია, იწვევს პაციენტებში ასთმით, ინტრაოპერაციულ და პოსტოპერაციულ გართულებებს, განსაკუთრებით, საშიშია თორაკალური და მუცლის ზედა ნაწილის ქირურგიული ოპერაციები. ფილტვების ფუნქციები უნდა შეფასდეს ოპერაციის წინ, რამდენიმე დღით ადრე; საჭიროა, გლუკოკორტიკოსტეროიდების მსუბუქი კურსი, თუ FEV₁ პაციენტის ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 80%-ზე ნაკლებია.

▪ **რინიტები, სინუსიტები და ნაზალური პოლიპები** - რინიტები და ასთმა, ხშირად, თანმხლები დაავადებებია და რინიტის მკურნალობამ შესაძლოა, ასთმის მიმდინარეობა შეამსუბუქოს. მწვავე და ქრონიკული სინუსიტი კი აუარესებს ასთმის მიმდინარეობას, ამიტომ უნდა ჩატარდეს აღნიშნული დაავადებების აქტიური მკურნალობა. ნაზალური პოლიპები ხშირად ასოცირებულია ასთმასა და რინიტთან, ხშირად ასპირინზე სენსიტიურობასთან და უფრო ხშირია მოზრდილ პოპულაციაში. ნორმალურად, ისინი კარგად რეაგირებენ ტოპიკურ გლუკოკორტიკოსტეროიდებზე.

- **ოკუპაციური ასთმა** - ოკუპაციური ასთმის მკურნალობა ასთმის ყველა ფორმის მკურნალობის იდენტურია, თუმცა რთულია მნიშვნელოვანი ფაქტორის ზემოქმედების შემცირება. აღნიშნულ შემთხვევაში, მიზანშეწონილია, პაციენტის რეფერალი ასთმის ან ოკუპაციური მედიცინის სპეციალისტთან.
- **რესპირაციული ინფექციები** - რესპირატორული ინფექციები იწვევს ხიხინის და ასთმის სიმპტომების პროვოცირებას ბევრ პაციენტში. ინფექციური დაავადებების ფონზე გამწვავების მართვა ხდება ზუსტად იგივე პრინციპებით, რითაც ჩვეულებრივ, ასთმის გამწვავება.
- **გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი** - გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი 3-ჯერ უფრო გავრცელებულია ასთმით დაავადებულთა შორის, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში. აღნიშნული პრობლემის სამედიცინო მართვა გულისხმობს რეფლუქსის სიმპტომების შემცირებას, თუმცა იგი ასთმის კონტროლის გაუმჯობესებასთან პირდაპირ კავშირში არ არის.
- **ასპირინით გამოწვეული ასთმა** - ასთმით დაავადებულ მოზრდილთა 28%-მდე (ნაკლებად ბავშვები), იტანჯება ასპირინისა და არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრეპარატების მიღების შედეგად გამწვავებული ასთმის გამო. დიაგნოზის დაზუსტება შესაძლებელია მხოლოდ კარდიო-პულმონალური რეანიმაციის პირობებში ასპირინით დატვირთვის ცდის შემდეგ. ასპირინის (არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრეპარატების) დანიშვნის შეზღუდვა წარმოადგენს სტანდარტული მკურნალობის მთავარ პრინციპს.
- **ანაფილაქსია** - არის პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა, რამაც შესაძლებელია გამოიწვიოს მწვავე ასთმა ან გაართულოს იგი. შესაფერისი და გადაუდებელი მკურნალობა აუცილებელია და იგი მოიცავს ოქსიგენაციას, ინტრამუსკულურად ეპინეფრინს, საინექციო ანტიჰისტამინს, ინტრავენურ ჰიდროკორტიზონს და ინტრავენურად სითხეების გადასხმას.

ასთმის მართვის უახლესი გაიდლაინის რეკომენდაციები, რომელიც შემუშავებულია ამერიკის გულის, ფილტვებისა და სისხლის ნაციონალური ინსტიტუტის (NAEPP) მიერ, ასთმის პრევენციისა და განათლების ეროვნული პროგრამის ფარგლებში

ექსპერტების პანელის ანგარიშის (The Expert Panel Report 3 – EPR-3) სრული ვერსია გამოქვეყნდა 2007 წლის 30 აგვისტოს:

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm>

NAEPP გაიდლაინის მიხედვით ამერიკის შეერთებულ შტატებში 22 მლნ ასთმით დაავადებულთა შორის 6,5 მლნ 18 წლამდე ასაკის ბავშვია. ყოველწლიურად, ასთმის გამწვავების გამო 4000 ამერიკელი იღუპება. აღნიშნულ გაიდლაინში გაფართოებულია ბავშვთა ასაკის ასთმის მართვის სექცია და დამატებულია ასთმის მართვა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან მიმართებაში.

პანელი ასთმას განსაზღვრავს, როგორც რესპირაციული გზების ანთებას ჰიპერრეაქტიულობით, ჰაერის ნაკადის შეზღუდვითა და დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობით; გენეტიკური განწყობა და ვირუსული ინფექციები დასახელებულია, როგორც ასთმის განვითარების პათოფიზიოლოგიური ფაქტორის და გამწვავების ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი. ძირითადი განსხვავება წინა გაიდლაინებისაგან არის ხაზგასმამ ქრონიკული ანთების ვარიაბილობაზე, გენი-გარემოს ინტერაქტიურობაზე, ადრეული ბავშვობის წლების რისკ-ფაქტორებზე და დაავადების პროგრესირებაში ანთებისაწინააღმდეგო აგენტების როლზე.

გაიდლაინის ფოკუსი მიმართულია 4 ძირითად კომპონენტზე: შეფასება და მართვა, პაციენტის განათლება, კონტროლი ასთმის გამწვავების ფაქტორებზე და ფარმაკოლოგიური მკურნალობა.

- **შეფასება და მართვა**

- არსებული შეზღუდვების მრავლობითი გაზომვები რეკომენდებულია მიმდინარე და მომავალი რისკების შეფასებისათვის.
- რისკის შეფასება მოიცავს დაავადებისა და მკურნალობის რისკების შეფასებას.
- საწყისი პრევენტივისას, ასთმის სიმწვავე წარმართავს კლინიკურ გადაწყვეტილებას.
- მკურნალობის დაწყების შემდეგ, ასთმის კონტროლის შეფასება წარმართავს თერაპიის პროცესს.
- პაციენტს, ასთმის კარგად კონტროლის შემთხვევაშიც ესაჭიროება მონიტორინგი, რადგან თერაპიაზე პასუხი ვარიაბილურია.

- **პაციენტის განათლება**

- პაციენტს უნდა ვასწავლოთ თვით-მონიტორინგი და ასთმის მართვა, ასთმის წერილობითი გეგმის გამოყენება.
- ჯანდაცვის გუნდის ყველა წევრი უნდა იყოს ჩართული ასთმის მართვის პროცესში, მკურნალობის მიზნები და მედიკამენტები უნდა იყოს შეთანხმებული, მუდმივად უნდა ხდებოდეს ძირითადი მესიჯების გაძლიერება და გაფართოება.
- კლინიცისტმა უნდა ჩამოაყალიბოს აქტიური პარტნიორული ურთიერთობები პაციენტთან და მის ოჯახთან.
- კლინიცისტმა, სამედიცინო დახმარების გასაძლიერებლად, უნდა შეინარჩუნოს ცოდნა სისტემაზე დაფუძნებული ინტერვენციებისა და საინფორმაციო სისტემებზე დაყრდნობით.
- შესაძლოა, ასთმის მართვაში კომპიუტერული და ინტერნეტ განათლების ინკორპორაცია.

- **გარემო და გამწვავების სხვა ხელშემწყობი სხვა ფაქტორების კონტროლი**

- საჭიროა გარემოს ალერგენების მიზანდასახული კონტროლი.
- ასთმის პერსისტიული მიმდინარეობის დროს უნდა შეფასდეს პოტენციური ალერგენები.
- ფორმალდეჰიდი და მფრინავი ორგანული ნივთიერებები პოტენციური ალერგენებია.
- ასთმის ნებისმიერი მიმდინარეობისას, აუცილებელია ალერგენების, თამბაქოს მოწვევის, ცეცხლის კვამლისა და მძაფრი სუნებისაგან თავის არიდება; აეროპოლუციის პერიოდში გარეთ ყოფნის დროის შემცირება; გამოვრიცხოთ რაციონიდან სულფიტების შემცველი საკვები; განხილულ უნდა იქნას ალერგენ-იმუნოთერაპია.
- ალერგენ-იმუნოთერაპია უნდა ჩატარდეს ექიმის ოფისში, სადაც სიცოცხლისათვის საშიში რეაქციის მართვა იქნება შესაძლებელი.
- პაციენტებში, რომელთაც აქვთ პერსისტიული ასთმა, ნაზალური პოლიპები ან ასპირინზე მგრძობელობა, უნდა ავარიდოთ ასპირინისა და არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრაპარატების მიღებას.
- უნდა ვუმკურნალოთ კომორბიდულ მდგომარეობებს, როგორცაა გასტროეზოფაგური რეფლუქსი, ძილის აპნოე, რინიტი/სინუსიტი, სიმსუქნე, ქრონიკული სტრესი/დეპრესია, რაც აუარესებს ასთმის სიმპტომებს.
- დამატებიანებელი, დამათბობელი და გამაგრებელი მოწყობილობების გამოყენება არ არის რეკომენდებული იმ ადამიანთა სახლებში, რომელთაც აქვთ მომატებული მგრძობელობა ოთახის მტვერის ტკიპებსა და სოკოებზე.

- **მედიკამენტები**

- ყველაზე მეტად ეფექტურია მედიკამენტები ანთებსაწინააღმდეგო ეფექტებით.
- გრძელვადიანი კონტროლის კლასს მიეკუთვნება კორტიკოსტეროიდები, ქრომონები, იმუნომოდულატორები, ლეიკოტრიენების მოდიფიკატორები, გახანგრძლივებული მოქმედების (LABA) ბრონქოდილატატორები.
- გახანგრძლივებული მოქმედების (LABA) ბრონქოდილატატორებით მონოთერაპია არ უნდა იქნას გამოყენებული გრძელვადიანი კონტროლის მისაღწევად.
- საშუალო სიმძიმის პერსისტიული ასთმის მიმიდნარეობისას მოზარდებში 12 წლის ზემოთ, მოზრდილებსა და ბავშვებში 5 წლის ზემოთ, გახანგრძლივებული მოქმედების (LABA) ბრონქოდილატატორები არის შერჩევის მედიკამენტი საინჰალაციო სტეროიდებთან კომბინაციაში.
- გახანგრძლივებული მოქმედების (LABA) ბრონქოდილატატორების დანიშვნა არ არის რეკომენდებული მწვავე გამწვავების დროს.
- გახანგრძლივებული მოქმედების თეოფილინით თერაპია განიხილება როგორც საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების ალტერნატიული და არა შერჩევის მაკონტროლებელი მედიკამენტით თერაპია.
- ხანმოკლე მოქმედების (SABA) ბრონქოდილატატორებით მკურნალობა არის შერჩევის თერაპია მწვავე სიმპტომებისა და ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული შეტევის შემთხვევაში; ანტიქოლინერგული მედიკამენტები განიხილება, როგორც ალტერნატიული თერაპია.
- სისტემური სტეროიდები გამოიყენება კონტროლის მისაღწევად ხანმოკლე მოქმედების (SABA) ბრონქოდილატატორებთან ერთად გამწვავების პრევენციისა და გაჯანსაღების დაჩქარების მიზნით.

ამრიგად, რისკის შეფასება და ასთმის კონტროლი არის ასთმის მართვის ძირითადი ქვაკუთხედი, პაციენტმა თვითონ უნდა მართოს ასთმა ჯანმრთელობის გუნდის ყველა წევრის მხარდაჭერით.

თანმხლები დაავადებების მკურნალობა და ალერგენის მოქმედების თავიდან აცილება აუმჯობესებს გამოსავლებს, აგრეთვე, ანთებსაწინააღმდეგო მედიკამენტები კვლავაც განიხილება, როგორც ასთმის მართვის ყველაზე ეფექტური საშუალება.



მთავარი

მთავარი

ჩვენს შესახებ

განათლება

მომსახურების ხარისხი

სტრატეგია

ბმულები

კონტაქტი

კეთილი იყოს თქვენი მოზრმანება საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდზე

ყოველთვიური საწევრო შენატანის გადახდა შეგიძლიათ გადარიცხვითაც შემდეგ რეკვიზიტებზე: სს „თიბისი ბანკის“ ვერის ფილიალი
ბანკის კოდი: 220101818
საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი
ანგარიშის ნომერი: 700105
საიდენტიფიკაციო კოდი: 205017694

სიახლეები

26.11.2007 - გამოიცა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მეორე ბიულეტენი, სადაც შეგიძლიათ იხილოთ ინფორმაცია მსოფლიოსა და საქართველოში მიმდინარე ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის სიახლეებზე ...
იხილეთ გამოცემის სრული ვერსია. . .

15.11.2007 - საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარის მიმართვა ქართულ და ინგლისურ ენებზე . . .

26.10.2007 - 2007 წლის ოქტომბერს გამოიცა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის პირველი ბიულეტენი, სადაც შეგიძლიათ იხილოთ ინფორმაცია მსოფლიოსა და საქართველოში მიმდინარე ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის სიახლეებზე ...
იხილეთ გამოცემის სრული ვერსია. . .

19.10.2007 - 2008 წლის 12 სექტემბერს პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კონფერენციაზე ალმა-ატის დეკლარაციის 30-ე წლისთავი აღინიშნება. ალმა-ატის დეკლარაციის კონცეფციის განხორციელებამ დადებითი შედეგები გამოიღო მთელ რიგ საშუალო განვითარებისა და ინდუსტრიულ ქვეყნებში, თუმცა კვლავ უამრავი კითხვა რჩება პასუხაუცებელი. ალმა-ატის დეკლარაციის ისტორიული მნიშვნელობის აღიარებიდან და პირველადი ჯანდაცვის მიმართ უცვლელი ინტერესიდან გამომდინარე, ჟურნალი „Lancet“-ი საიუბილეო თარიღს სპეციალურ გამოშვებას მიუძღვნის, სადაც სხვადასხვა კუთხით იქნება გაშუქებული პირველადი ჯანდაცვის პერსპექტივები და წინააღმდეგობები. აღნიშნულთან დაკავშირებით, გთხოვთ მოგვაწოდოთ პირველადი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარებისათვის მნიშვნელოვანი ორიგინალური კვლევების ამსახველი შრომები, რაც დისკუსიის შემდგომ გაგრძელებას შეუწყობს ხელს. გთხოვთ, აღნიშნული შრომები მოგვაწოდოთ 2008 წლის 1 იანვრამდე.
[იხ. დაწვრილებით...](#)
[„Lancet“-ის ვებ-გვერდი](#)

16.08.2007 - კარდიოლოგიის ევროპული საზოგადოება გულის უკმარისობის ასოციაციასთან ერთად ოჯახის ექიმებისათვის ატარებს ევროპაში პირველ კურსს - გულის უკმარისობის თემაზე. კურსი ტარდება საოჯახო მედიცინის მასწავლებელთათვის 2007 წლის 4-6 ოქტომბერს, გულის სახლში - ნიე (საფრანგეთი). ფასი ხელმისაწვდომია - სამდღიანი კურსის ღირებულება არის 610 ევრო. უფრო დეტალური ინფორმაცია იხილეთ [Heart failure in primary care brochure](#)

15.08.2007 - პირველადი ჯანდაცვის ევროპული ფორუმის ვენის დეპარტამენტი ახორციელებს შაქრიანი დიაბეტის თემაზე სამუშაოების კოორდინაციას ("Position Paper on Diabetes"). დავალება მოიცავს წინადადებების პროექტების მომზადებას, ელექტრონული ფოსტისა და ვებ-გვერდის საშუალებით მოსაზრებების გაცვლას, დოკუმენტების რედაქტირებას, საერთაშორისო კონფერენციებზე დასწრებას, რათა მონაწილეებმა თავიანთი მოსაზრებები წარუდგინონ უფრო ფართო აუდიტორიას. აღნიშნულ პროცესსა და სამუშაო ჯგუფებში (სემინარებში) ჩართული იქნებიან მსოფლიოს სხვადასხვა ორგანიზაციების ექსპერტები. წინადადებათა პაკეტის მომზადება უნდა დასრულდეს 2008 წლამდე.
საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი იწვევს დაინტერესებულ ოჯახის ექიმებსა და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მომუშავე ექიმ-სპეციალისტებს დიაბეტის საერთაშორისო ფორუმში მონაწილეობის მისაღებად. მსურველებს გთხოვთ, ევროპის საკოორდინაციო ცენტრთან დაკავშირების მიზნით, გამოგზავნონ თავიანთი საკონტაქტო დეტალები ასოციაციის ელექტრონულ ფოსტაზე: gfgma@gfgma.ge ვადები ძალიან შეზღუდულია. სასურველია ინგლისური ენის ცოდნა.

08.08.2007 - WONCA ევროპის რეგიონული კონფერენცია ჩატარდება 2007 წლის 17-20 ოქტომბერს, პარიზში (საფრანგეთი). მასპინძელი ორგანიზაცია: ზოგადი პრაქტიკის მასწავლებელთა კოლეჯი
თემა: პირველადი ჯანდაცვა ევროპულ კონტექსტში
Email: cnge@cnge.fr

ჩაწერეთ საკვანძო სიტყვა

Google Custom Search



გამოთქმული მოსაზრებები ევლენის ვებ-გვერდის ავტორებს და არ წარმოადგენს ევროკავშირის შეხედულებებს

საკუთრო უფლებები: საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი