

# მოდული I

## პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი

მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა

მასალა მომზადებულია საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის მიერ

## პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი

1977 წლის მაისში ჯანმო-ს წევრმა ქვეყნებმა დაისახეს მიზანი: **“ჯანმრთელობა ყველასათვის 2000 წელს”**. ამის განხორციელების ყველაზე ხელსაყრელ და რეალურ უჯრედს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის რგოლი (პჯდ).

საქართველოს ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკა ეყრდნობა ჯანმო-ს ძირითად პროგრამას – «ჯანმრთელობა ყველასათვის», ხოლო საქართველოს ჯანდაცვის მეორე პროექტის ძირითადი მიზანია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება.

რას წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა?

პჯდ-ს კონცეფციას ოფიციალურად საფუძველი ჩაეყარა ალმა-ატაში 1978 წელს ჯანმო-ს / UNICEF-ის კონფერენციაზე, სადაც წარმოდგენილი იყო 150 ქვეყნის მთავრობა. აღნიშნულ კონფერენციაზე მოხდა პჯდ-ს არსის განმარტება, რომლის თანახმად პჯდ განისაზღვრა არსებით, აუცილებელ ჯანდაცვად, რომელიც უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიას, იყოს ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისათვის, ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში და ეტეოდეს ქვეყნის ნებისმიერი განვითარების სტადიაზე მის ხელთ არსებული რესურსების ფარგლებში.

პჯდ-ს ბაზისურ ელემენტებად განისაზღვრა:

- სამედიცინო (პროფილაქტიკური) განათლება
- ძირითადი სამედიცინო პრობლემების იდენტიფიცირება და კონტროლი
- საკვების მიწოდება და სწორი კვება, სუფთა სასმელი წყლის მარაგის შექმნა და ძირითადი სანიტარული ნორმები
- დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვა, ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით
- იმუნოზაცია
- ენდემურ დაავადებათა პრევენცია და კონტროლი
- გავრცელებულ დაავადებათა და ტრავმების შესაბამისი მკურნალობა
- სულიერი ჯანმრთელობის დამკვიდრება
- ძირითადი წამლებით უზრუნველყოფა

1993 წელს სტარფილდმა განსაზღვრა პჯდ-ის 4 ძირითადი მახასიათებელი:

1. პირველი დონის კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან
2. მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა
3. ყოვლისმომცველობა
4. კოორდინირება

განვიხილოთ რას ნიშნავს თითოეული მათგანი:

**პირველი დონის კონტაქტი** – პჯდ მოსახლეობისათვის წარმოადგენს ერთგვარ კარიბჭეს ჯანდაცვის სისტემაში. საზოგადოების თითოეულ წევრს, ყოველი საჭიროების შემთხვევაში, შეუძლია ისარგებლოს სამედიცინო მომსახურებით.

**უწყვეტობა** – პჯდ-ს რგოლში მომუშავე ექიმისთვის პაციენტთან ურთიერთობა წარმოადგენს უწყვეტ პროცესს, ხოლო დაავადება – ეპიზოდს. რაც შეეხება სპეციალისტებს, მათთვის უწყვეტია დაავადება, ხოლო ყოველი კონკრეტული ავადმყოფი წარმოადგენს ეპიზოდს. ზოგადი პრაქტიკის ექიმს საშუალება აქვს პაციენტზე აწარმოოს ხანგრძლივი დაკვირვება, რაც ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის მანძილზე გრძელდება. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი პაციენტთან ურთიერთობისას

დროის ფაქტორს იყენებს დიაგნოსტიკის ერთ-ერთ იარაღად. მას აქვს საშუალება დააკვირდეს დაავადების ჩამოყალიბების, განვითარებისა და მიმდინარეობის პროცესს და შესაბამისად მართოს იგი. ეს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს, როდესაც პაციენტს აღენიშნება ქრონიკული დაავადება, ხოლო შედარებით ნაკლებად მნიშვნელოვანია მწვავე ან გადაუდებელი მდგომარეობების დროს.

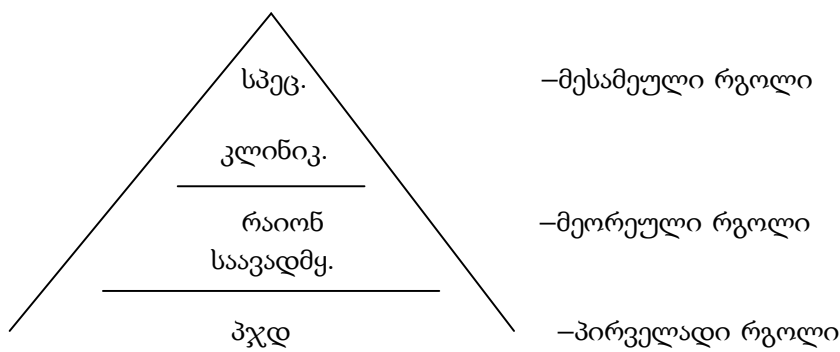
**ყოვლისმომცველობა** – ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზეც. ამრიგად დიაგნოზის დასმის ან სამოქმედო გეგმის შემუშავების დროს იგი ითვალისწინებს ყველა ჩამოთვლილ ფაქტორს.

**კოორდინირება** – ზოგადი პრაქტიკის ექიმი პაციენტზე ზრუნვის საქმეში ასრულებს ე.წ. დირიჟორის როლს. იგი განსაზღვრავს სხვა პროფესიონალების დახმარების საჭიროებას, ჯანდაცვის რესურსების გამოყენების საჭიროებას. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ვალდებულია მეგზურობა გაუწიოს პაციენტს ჯანდაცვის რთულ სისტემაში.

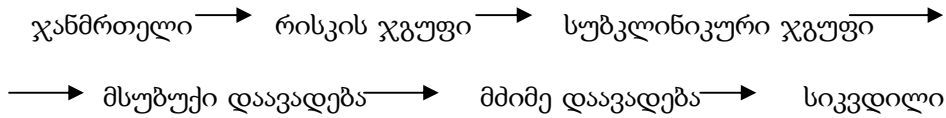
პჯდ-ს მიზანია უზრუნველყოს მოსახლეობის სულიერი, ფიზიკური და სოციალური კეთილდღეობა. აღნიშნულის მისაღწევად იგი ახორციელებს შემდეგ ღონისძიებებს:

1. დაავადებათა პროფილაქტიკა
2. დაავადების გამოვლენა პრესიმპტომურ სტადიაზე
3. დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა
4. ჩამოყალიბებული დაავადების დიაგნოსტიკა
5. დაავადების მართვა
6. დაავადებების გართულებების მართვა
7. აქტიური მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაცია
8. დახმარება ტერმინალური მდგომარეობების დროს (პალიატიური მკურნალობა)
9. ჭირისუფალთა კონსულტირება

პჯდ-ს საქმიანობის უფრო მარტივად ასახვისათვის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა შეიძლება წარმოვიდგინოთ პირამიდის სახით, რომლის საფუძველს წარმოადგენს პჯდ, ცენტრს ანუ მეორეულ დონეს – რაიონული, მუნიციპალური საავადმყოფოები და სპეციალისტთა კონსულტაციები, ხოლო მწვერვალს ანუ მესამეულ დონეს – სპეციალიზირებული კლინიკები.



თუ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას განვიხილავთ დაავადებათა სპექტრის მიხედვით, მაშინ იგი ასეთ სახეს მიიღებს:



პჯდ-ს საქმიანობა ეხება დაავადებათა სპექტრის ჩამონათვალის ყველა საფეხურს, მაშინ, როდესაც ჯანდაცვის მეორეული და მესამეული რგოლი პასუხისმგებელია აღნიშნული სპექტრის მხოლოდ ორ ეტაპზე (მსუბუქი დაავადება, მძიმე დაავადება).

პჯდ-ს რგოლი თავისი ფუნქციონირების ეფექტური შესრულებით ხელს უწყობს ჯანმრთელი საზოგადოების ჩამოყალიბებას და საგრძნობლად ამცირებს არა მარტო ეროვნული ჯანდაცვის ხარჯებს, არამედ თითოეული პიროვნების სამედიცინო ხარჯებსაც. საყოველთაოდ ცნობილია მარტივი დებულება, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე მკურნალობა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული პათოლოგიების და მათი გართულებების მკურნალობა.

### ვინ ახორციელებს პჯდ-ს?

ზემოთ აღნიშნული საქმიანობების ძირითად ნაწილს ახორციელებს დამოუკიდებელი სპეციალობა, რომელსაც ზოგადი პრაქტიკა ან საოჯახო მედიცინა ეწოდება. მიუხედავად განსხვავებისა ორგანიზაციულ სტრუქტურასა და დაფინანსების სისტემაში, მათი ძირითადი პრინციპები და ფილოსოფია საერთოა. აშშ-ში ტერმინი ზოგადი პრაქტიკა შეცვლილია ტერმინით საოჯახო მედიცინა, ხოლო ტერმინი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი – ტერმინით ოჯახის ექიმი. აშშ-ში საოჯახო მედიცინის დაბადების დღედ მიჩნეულია 1969 წლის თებერვალი, როდესაც დაარსდა ამერიკის საოჯახო პრაქტიკის საბჭო. ევროპის ქვეყნებში უფრო გავრცელებულია ზოგადი პრაქტიკა.

საქართველოს ჯანდაცვის მეორე პროექტის მიხედვით ქვეყანა მიზნად ისახავს, რომ ყოველი 1300–1500 მოსახლე უზრუნველყოს არაუმეტეს ერთი ზოგადი პრაქტიკის ექიმით.

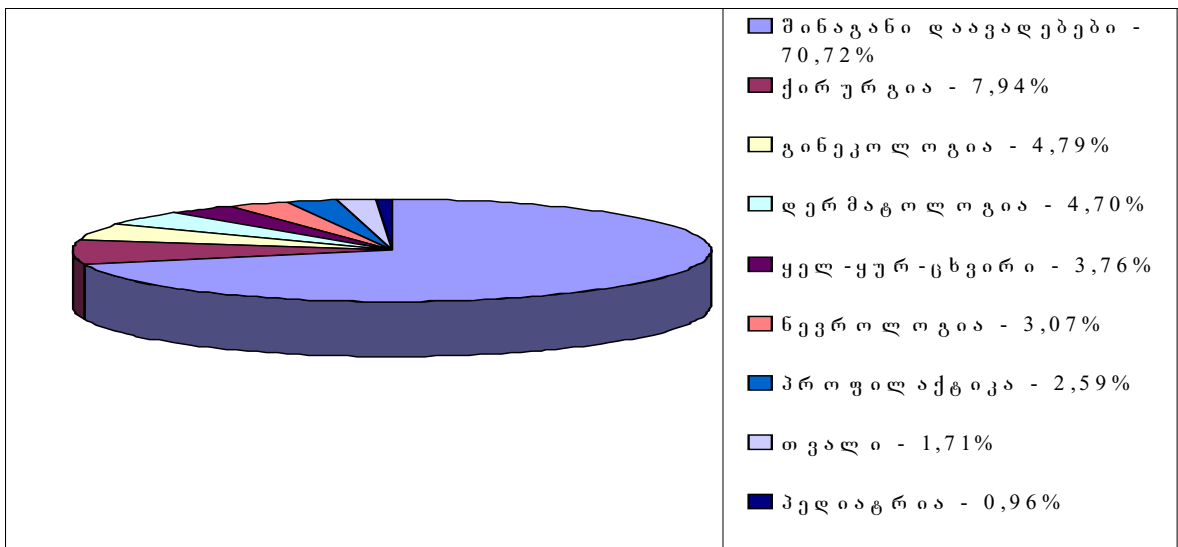
ზოგადი პრაქტიკის ექიმი (ზპე) წარმოადგენს ლიცენზირებულ ექიმს, რომელიც ცალკეულ პირებს, ოჯახებს ან მოსახლეობის გარკვეულ ნაწილს განურჩევლად სქესისა, ასაკისა და დაავადებისა, უზრუნველყოფს პირველადი სამედიცინო მომსახურებით და ხანგრძლივი მეთვალყურეობით, იგი ვალდებულია პაციენტს მოემსახუროს როგორც პჯდ-ს ოფისში, ასევე საჭიროების შემთხვევაში ბინაზე. იგი ვალდებულია გაითვალისწინოს პრობლემის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური მხარე, მიიღოს გადაწყვეტილება ნებისმიერი პრობლემის შესახებ, მართოს ქრონიკული თუ მწვავე დაავადებები, დაამყაროს პაციენტთან ნდობით აღსავსე ხანგრძლივი პროფესიული ურთიერთობა, რომელსაც გამოიყენებს პაციენტის შესახებ სრული ინფორმაციის შესაკრებად. ზპე ვალდებულია ითანამშრომლოს სხვა კოლეგებთან და სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალთან, მას უნდა შეეძლოს ზუსტად გადაწყვიტოს როდის და როგორ უმკურნალოს პაციენტს, მიაწოდოს მას სამედიცინო ინფორმაცია და გაატაროს პროფილაქტიკური ღონისძიებები. იგი უნდა გრძნობდეს პროფესიულ პასუხისმგებლობას საზოგადოების წინაშე.

საქართველოს ჯანდაცვის მეორე პროექტის განმარტებით ზპე არის ექიმი, რომელსაც მიღებული აქვს პროფესიული განათლება და ამ პროფილით საქმიანობის ლიცენზია და აქვს უფლება განახორციელოს პჯდ-ს აუცილებელი პროფილაქტიკური, საგანმანათლებლო, პრევენციული და სამკურნალო ღონისძიებები ოჯახის და თემის ნებისმიერი წევრისადმი განურჩევლად სქესისა და ასაკისა.

ზპე-ის და ოჯახის ექიმის საქმიანობის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა ოჯახის წევრთა ურთიერთობების და გარემოსადმი მათი მიმართების ცოდნა. კერძოდ: ოჯახის სტრუქტურა, ფუნქციები, სირთულეები და სხვა.

### პირველადი ჯანდაცვის გუნდი და გუნდური მუშაობის პრინციპი

სამედიცინო საპეციალობების მხრივ ზოგად პრაქტიკაში მომართვების სიხშირე გამოხატულია შემდეგ დიაგრამაზე:



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმს ძალიან ფართო სამედიცინო ცოდნა უნდა ჰქონდეს, თუმცა შედარებით ზერელე, ვიდრე ვიწრო სპეციალისტს. ზპე ამ დაავადებებთან დამოუკიდებლად გამკლავებას ვერ შეძლებდა, რომ არ არსებობდეს პჯდ-ს გუნდი და გუნდური მუშაობის პრინციპი, სადაც ყველაფერი ორგანიზებულია და კარგი მენეჯმენტის საფუძველზე საათის მექანიზმივითაა აწყობილი.

პჯგ-ის კონცეფცია 60-იანი წლებიდან მოდის. ევროპასა და ამერიკაში არსებულ პჯდ-ს სისტემაში იგი თანდათან ვითარდებოდა და ყალიბდებოდა.

ზოგადად გუნდი წარმოადგენს ადამიანთა ჯგუფს, რომლებიც ერთად და ორგანიზებულად მუშაობენ და გააჩნიათ საერთო მიზნები. გუნდის თითოეულ წევრს შეცნობილი აქვს საკუთარი როლი. გუნდის წევრები უზიარებენ ერთმანეთს ცოდნას და ჩვევებს, მოიხმარენ საერთო რესურსებს და აქვთ საერთო პასუხისმგებლობა მიღებული შედეგების მიმართ.

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანას გააჩნია პჯდ-ს საკუთარი მოდელი, რაც დამოკიდებულია ქვეყნის საერთო რესურსებზე, მოსახლეობის საჭიროებებზე, საერთო კონტიგენტზე. მიღებულია, რომ ყველაზე ეფექტურად მუშაობენ საშუალოდ 3–6 წევრიანი გუნდები, ხოლო 12 წევრზე მეტი შემადგენლობის გუნდის მუშაობა უკვე არაეფექტურია.

ნიმუშად მოვიყვანოთ გაერთიანებული სამეფოს პჯდ-ს გუნდის მოდელი:

**გუნდის ბირთვი**

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმი
- პრაქტიკის ექთანი
- აფთიაქარი
- რეგისტრატორი
- პრაქტიკის მენეჯერი
- ჯანმრთელობის ვიზიტორი
- თემის ბებია-ქალი
- უბნის ექთანი

**გაფართოებული გუნდი**

- სოციალური მუშაკი
- მზრუნველი
- ბინაზე დამხმარე
- ოჯახის წევრების დამხმარე
- კონსულტანტი
- თემის ექთანი-ფსიქიატრი
- გერიატრიული ჯანმრთელობის ვიზიტორი
- ქიროპოდისტი
- დიეტოლოგი
- პროფ. დაავადებათა თერაპევტი
- ფიზიოთერაპევტი
- ლოგოპედი

წარმოგიდგინოთ გუნდის კოორდინირებული მუშაობის მაგალითი: ასაკოვანი პაციენტს, რომელიც მიჯაჭვულია საწოლს, აღენიშნება გულის უკმარისობა, ქვემო კიდურებზე განვითარებულია ტროფიული წყლულები და ამავე დროს დაავადებულია სენილური დემენციით. პაციენტს ესაჭიროება შემდეგი პირების დახმარება:

1. ზპე სამედიცინო პრობლემების სამართავად
2. თემის ფსიქიატრიული მედდა ფსიქიური პრობლემების მოსაგვარებლად;
3. ჯანმრთელობის ვიზიტორი და სოციალური მუშაკი სოციალური საჭიროებების მოსაგვარებლად;
4. უბნის მედდა წყლულების მოსავლელად;
5. ფიზიოთერაპევტი პაციენტის ბინაში მობილურობის უზრუნველსაყოფად, (ბინის აღჭურვა სპეციალური მოწყობილობებით, მაგ. პაციენტის მოძრავი სავარძელი, ლიფტი და სხვ.)

ზოგადი პრაქტიკის ექიმი გუნდში ასრულებს ლიდერის როლს, თუმცა შეიძლება ეს ფუნქცია გუნდის რომელიმე სხვა წევრმაც აიღოს საკუთარ თავზე. გაერთიანებულ სამეფოში ზპე-ბმა თანდათანობით შეითვისეს კლინიკურ საქმიანობასთან ერთად მართვის (მენეჯმენტის) და ბიზნესის ჩვევები. ზპე-თა სამუშაოს მსგავსებას მცირე ბიზნესთან განაპირობებს გაერთიანებულ სამეფოში არსებული დაფინანსების სისტემა. კლინიკურ საქმიანობასთან ერთად ზპე-ს ეხება პრაქტიკის ორგანიზაციულ მოწყობაზე ზრუნვაც. თუმცა ზოგიერთ პრაქტიკაში ამ ფუნქციას ასრულებს პრაქტიკის მენეჯერი.

პჯდ-ის გუნდის ფუნქციონირების უკეთ წარმოდგენისთვის მოკლედ მიმოვიხილოთ გუნდის ძირითად წევრთა ფუნქცია-მოვალეობები:

**პრაქტიკის ექთნის ფუნქციები**

<b>პაციენტთა პირველადი შეფასება და დახმარება</b>	პირველი კონტაქტი,სატელეფონო კონსულტაციები,ექიმთა დახმარება, სხვადასხვა საკითხების მოგვარება ჰოსპიტლებთან, პროცედურები (პაციენტთა შეხვევა, თაბაშირის და არტაშნის დადება, ყურის გამორეცხვა, აუდიოგრამა, ე.კ.გ. წნევის გაზომვა, პიკ-ფლოუ-მეტრია, ტესტები – სისხლის, შარდის, ალერგიული სინჯები, საშოს და საშვ. ყელის ნაცხის აღება, კუნთის და ვენის ინექციები).
<b>მცირე ოპერაციები</b>	ჭრილობის გაკერვა, მეჭეჭების მოცილება, ინექციები, აბსცესები
<b>ე.წ. “კლინიკების” მოწყობა</b>	ჯანმრთელობის შეფასება და დაფიქსირება (დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ასთმა, ციტოლოგია, სიმსუქნე, ოჯახის დაგეგმარება (კონტრაცეფცია), ქალთა ჯანმრთელობა.
<b>იმუნიზაცია</b>	ინფორმირება, რჩევა, შეფასება და ინექცია
<b>სან-განათლება</b>	პაციენტების და ქვემდგომი შტატის ინფორმირება, რჩევები დიეტის და ვარჯიშის შესახებ
<b>ფინანსური მხარეები და შეკვეთები</b>	შესახვევი მასალით და წამლებით მომარაგება
<b>აღჭურვილობის შენახვა და განახლება</b>	ქირურგიული აღჭურვილობა, რეანიმაციული აღჭურვილობა, სამრეცხაო

**უბნის ექთნის ფუნქციები (ძირითადად ახორციელებს ბინაზე მომსახურებას)**

- საექთნო მზრუნველობის განკარგულება, ზოგადი შეფასება
- ტერმინალური მდგომარეობების მქონე პაციენტთა მოვლა
- ჭირისუფალთა კონსულტირება
- პაციენტთა რეაბილიტაცია მათი დამოუკიდებლობის თვალსაზრისით
- ცხოვრების ჯანმრთელი წესის სწავლება
- ოჯახის თანადგომა
- სწავლება
- პერსონალური განვითარება
- პროცედურები ( შეხვევა, ნაკერები, წყლულები, ინექციები, კათეტერიზაცია, ერთჯერადი მასალით მომარაგება, მოხუცებში დანიშნულების სწორად მიღების კონტროლი)
- სხვა სააგენტოებთან ურთიერთობების მოწესრიგება

**თემის ბებიაქალის ფუნქციები**

- ანტენატალური მეთვალყურეობა
- ანტენატალური კლინიკების მოწყობა
- მშობიარობის მიღება

მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა

- პოსტნატალური მოვლა
- რჩევების მიცემა ჩვილთა კვების შესახებ
- სავალდებულო ვიზიტი მელოგინესთან მშობიარობიდან 10–28 დღის განმავლობაში

**ჯანმრთელობის ვიზიტორის ფუნქციები**

- ბავშვთა და მოხუცთა ასაკში დაავადებათა პრევენცია (იმუნიზაცია)
- მაღალი რისკის ჯგუფების პაციენტების და დაავადებების გამოვლენა
- რესურსების საჭიროებების განსაზღვრა და მობილიზაცია
- ცხოვრების ჯანმრთელი წესის სწავლება (კვება, ფიზ. აქტივობა, მავნე ჩვევები)
- სტრესის და დაავადების შემთხვევაში პაციენტთა თანადგომა
- ყველა ჩვილ ბავშვთან ვიზიტი დაბადებიდან 10 დღის შემდეგ
- ბავშვთა განვითარებაზე მეთვალყურეობა

**რეგისტრატორის ფუნქციები**

(რეგისტრატორი ამყარებს პირველ კონტაქტს პაციენტთან და ყველა ვიზიტორთან)

<b>ორგანიზაციული</b>	ექიმ–პაციენტის პაემანის სისტემის ორგანიზება, პრაქტიკის ექთანთან პაციენტის მიღების ორგანიზება, ე.წ. “კლინიკების” მოწყობა-ორგანიზება
<b>განმეორებითი რეცეპტების რეგისტრაცია და გაცემა</b>	_____
<b>სატელეფონო საუბარი</b>	ცნობების შეკრება, პაემანის სისტემის ორგანიზება, რჩევები (კომპეტენტურობის ფარგლებში)
<b>რეგისტრაცია</b>	სამედიცინო რუქების შენახვა, პაციენტთა ვიზიტების რეგისტრაცია, დაავადებათა რეგისტრაცია და ანალიზი, კორესპონდენციების ანალიზი და შენახვა განმეორებითი ვიზიტების კონტროლი და ქრონიკულ პაციენტთა მოწვევის ორგანიზება
<b>კლერიკალური</b>	რეგისტრაცია და კომპიუტერით პაციენტთა გამოძახება, კოპირება და აუდიო ბეჭდვა
<b>ჯანმრთელობის ხელშეწყობა</b>	ჯანმრთელობის სამსახურების შესაბამისი გამოყენება, საინფორმაციო საბჭოს ინფორმირება, სამახსოვრო ბუკლეტების გაცემა
<b>დიასახლისობა</b>	ოფისის დალაგება დასუფთავება, სტუმართა გამასპინძლება



### პრაქტიკის მენეჯერის ფუნქციები

- პაციენტთა საჭიროებების და სურვილების განსაზღვრა
- პაციენტთა თანამონაწილეობის ჯგუფების ორგანიზება
- საჩივრების განხილვა
- ხარისხის კონტროლი
- ურთიერთობების მოწესრიგება
- შეხვედრების და ხუთ-წუთიანების ორგანიზება
- სოციალურ კეთილდღეობაზე ზრუნვა
- გუნდის განვითარებაზე ზრუნვა
- მოვალეობათა განაწილება
- რეგიონულ და უბნის ჯანდაცვის ორგანოებთან ურთიერთობა
- ოჯახის ექიმთა კომიტეტთან ურთიერთობა
- ოფისის ვიზიტორებთან ურთიერთობა
- სწავლება (პრაქტიკის მენეჯერთა, რეგისტრატურის შტატის, ახალი შტატის, პერსონალური განვითარება)
- ადმინისტრაციული (საბუღალტრო აღრიცხვა, პენსიების, ბიულეტენების, დეკრეტული შვებულებების, სადაზღვევო პოლისების ორგანიზება, აუდიტი და სტატისტიკა, კომპიუტერული მეთვალყურეობა, კვარტალური და წლიური ანგარიშები, ფინანსთა მართვა და აღჭურვილობა, შენობა-ინვენტარი).

## საოჯახო მედიცინა

### საოჯახო მედიცინის არსი

მედიცინაში მიმდინარე ცვლილებები და ამ ცვლილებათა არსი გასაგები გახდება, თუ თვალს გადავავლებთ მედიცინის განვითარების ისტორიას. ცვლილება, როგორც ასეთი მედიცინის არსებობის პირველივე დღეებიდანვე ხდება, თუმცა მას სხვადასხვა დროს სხვადასხვაგვარი სახე და მნიშვნელობა აქვს.

მედიცინის განვითარებაზე ზეგავლენას ახდენს მეცნიერება, ტექნოლოგია და სოციალური გარემო. საოჯახო მედიცინა მხოლოდ ერთ-ერთია იმ მრავალ დისციპლინათა შორის, რომელიც მედიცინის ისტორიის განვითარების გზაზე აღმოცენდა. სოციალურმა ცვლილებებმა, სპეციალიზაციამ და დაავადებათა ხასიათის შეცვლამ ახალი ტიპის ექიმის არსებობის აუცილებლობის პრობლემა წამოჭრა. მეცნიერების წინსვლამ შესაძლო გახადა იმ პრობლემების გადაჭრა, რაც ადრე შეუძლებლად ითვლებოდა. შეიქმნა ახალი მიმართულებები, რომელთა მიმდევრები ხშირად უარს ამბობდნენ ზოგად პრაქტიკაში საკმაოდ გავრცელებული ე.წ. "ყოველდღიური" პრობლემების მართვაზე. ამან გარკვეულწილად ხელი შეუწყო საოჯახო მედიცინის, როგორც დამოუკიდებელი სპეციალობის ჩამოყალიბებას.

ახალი დისციპლინა სამგვარი გზით შეიძლება დაიბადოს:

1. ძველი დისციპლინის ტრანსფორმაციით
2. *DyNოვო*
3. რომელიმე დისციპლინისაგან გამოცალკეების გზით

საოჯახო მედიცინა მედიცინის შედარებით ძველი მიმართულებიდან, კერძოდ ზოგადი პრაქტიკისაგან განვითარდა. საოჯახო მედიცინასა და ზოგად პრაქტიკას შორის განსხვავების და კონკრეტული ურთიერთკავშირის განსაზღვრა ძნელია და ამას მოგვიანებით დავუბრუნდებით.

ქვემოთ წარმოდგენილია ზოგიერთი თანამედროვე ექსპერტის მოსაზრება იმის თაობაზე, თუ რამ იქონია ზეგავლენა საოჯახო მედიცინის განვითარებაზე.

ავტორთა უმრავლესობის აზრით ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები, ანუ ის ცვლილებები, რომლებიც ამ მონაცემებმა განიცადეს.

ჩვენი საუკუნის დასაწყისში ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა ურთულეს და შეუძლებელ პრობლემადაც კი ითვლებოდა. ამჟამად ისეთი მწვავე ინფექციების ნაცვლად, როგორიცაა ტიფი, წილოვანი პნევმონია, დიფტერია ექიმებს ბრძოლა უხდებათ ისეთ პრობლემებთან, როგორიცაა ქრონიკული დაავადებები, განვითარების ანომალია, ქვევითი პათოლოგია, უბედური შემთხვევები და ინფექციურ დაავადებათა სრულიად განსხვავებული სპექტრი. ბავშვთა და მოზრდილ პირთა სიკვდილიანობის შემცირებამ ხელი შეუწყო საზოგადოებაში ხანდაზმულ პირთა რიცხვის მომატებას.

რთული წარმოსადგენი არ უნდა იყოს ის, თუ რამდენად მკვეთრად შეიცვალა ყოველივე აღწერილის საფუძველზე პრაქტიკოსი ექიმის როლი, რომელსაც ადრე მწვავე ინფექციებთან უხდებოდა ბრძოლა და მისი პაციენტები უკეთეს შემთხვევაში მოკლე პერიოდში გამოჯანმრთელდებოდნენ ან დაიღუპებოდნენ.

ქრონიკულად დაავადებული პაციენტი ხანგრძლივად განიცდის ამ პრობლემის ზემოქმედებას და ცდილობს, როგორმე შეეგუოს ასე ცხოვრებას. ამდენად დღეს პრაქტიკოს ექიმს სიკვდილ-სიცოცხლის საზღვარზე მყოფ პაციენტთან კი არ უხდება ურთიერთობა, არამედ იგი მოვალეა დაეხმაროს ქრონიკულ ავადმყოფს, რათა მან მოძებნოს მისთვის მაქსიმალურად მისაღები და კომფორტული ადგილი იმ გარემოში, სადაც იგი ცხოვრობს და მოღვაწეობს.

ქრონიკული დაავადებების მართვა ექიმისაგან მოითხოვს ორი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტის, პაციენტისა და გარემოს სრულყოფილ შესწავლას და გააზრებას. ნებისმიერი სიტუაცია (თუ სცენა), რომელიც ექიმის წინაშე ვითარდება ფიზიკური და ქცევითი ფაქტორების რთული კომბინაციაა, ამდენად ნათელია თუ რამდენად არალეარულია ფსიქიკური და ფიზიკური პრობლემების ერთიმეორისაგან დამოუკიდებლად განხილვა.

დროთა განმავლობაში ასევე შეიცვალა პრევენციული მედიცინის როლი. პრევენციამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროდან თანდათანობით კერძო პირის ჯანმრთელობის დამკვიდრებისაკენ გადაინაცვლა. კანონმდებლობა თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის, ოჯახის დაგეგმვის, იმუნიზაციის შესახებ ნაკლებად ეფექტური იქნება, თუ პიროვნება თავად არ მიიღებს გადაწყვეტილებას ზემოთ აღნიშნული ქმედებების თაობაზე. ასეთ დროს ექიმის მიერ გაწეული საგანმანათლებლო მუშაობა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს. ზემოთ თქმული რა თქმა უნდა არ გულისხმობს იმას, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ნაკლებად მნიშვნელოვანი ხდება. სუფთა წყალი, ბალანსირებული დიეტა, კარგი საცხოვრებელი პირობები, ყოველთვის იყო და იქნება ჯანმრთელობის უდიდესი დეტერმინანტები.

## საოჯახო მედიცინის პრინციპები

### *რა არის “საოჯახო მედიცინა”?*

“საოჯახო მედიცინა”-ცოდნა იმ პრობლემების შესახებ, რომლებსაც ოჯახის ექიმი პრაქტიკული საქმიანობის პროცესში ხვდება. ეს “ცოდნა” გულისხმობს არა მხოლოდ წმინდა თეორიულ ცოდნას არამედ გარკვეულ ჩვევებსა და ტექნიკას.

როგორც ხედავთ ეს სიტყვებით თამაშს უფრო ჰგავს, ვიდრე განმარტებს. საოჯახო მედიცინის აღწერის საუკეთესო გზაა იმ პრინციპების განხილვა, რომელიც განსაზღვრავს ოჯახის ექიმის საქმიანობის ხასიათს. არავინაა უნიკალური და არც ერთი ოჯახის ექიმი არ იცავს ყველა ამ პრინციპს. მიუხედავად ამისა ეს პრინციპები ერთიანობაში ქმნიან გარკვეულ მსოფლმხედველობას-ღირებულებებისა და ამა თუ იმ პრობლემის მიმართ დამოკიდებულების სისტემას, რომელიც საოჯახო მედიცინას მკვეთრად განასხვავებს სხვა დისციპლინებისაგან.

### **I პრინციპი- ოჯახის ექიმი პასუხისმგებელია პიროვნების წინაშე.**

მისი პასუხისმგებლობა არ განისაზღვრება ცოდნის გარკვეული მოცულობით ან ამა თუ იმ დაავადების მართვის უნარით და სპეციფიური ჩვევებით. მისი პასუხისმგებლობის საზღვრები ორმხრივ ღია და შეუზღუდავია. ოჯახის ექიმს შეუძლია მართოს ნებისმიერი სქესის და ასაკის პირის ნებისმიერი სამედიცინო პრობლემა. მისი პრაქტიკული საქმიანობის მოცულობა არ განისაზღვრება კონკრეტული პრობლემის ბუნებით. პრობლემას განსაზღვრავს პაციენტი ანუ ოჯახის ექიმს არასოდეს არ შეუძლია თქვას “ზოდიშს ვიხდი, მაგრამ თქვენი დაავადება ჩემი საქმიანობის სფეროს სცილდება”. ოჯახის ექიმს შეუძლია პაციენტი სპეციალისთან გააგზავნოს საკონსულტაციოდ და სამკურნალოდ, მაგრამ ამ შემთხვევაშიც კი იგი ატარებს საწყის შეფასებას და პასუხისმგებელია პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესის კოორდინაციაზე. პაციენტის მიმართ ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობას არა აქვს საბოლოო წერტილი. იგი არ იხსნება ავადმყოფის განკურნებისას, მკურნალობის კურსის დასასრულს ან განუკურნებელი ავადმყოფობის არსებობისას. უმრავლეს შემთხვევაში ოჯახის ექიმი პაციენტზე პასუხისმგებლობას რაიმე სამედიცინო პრობლემის განვითარებამდე იღებს, სხვაგვარად რომ ვთქვათ ოჯახის ექიმის საქმიანობა პაციენტთან ურთიერთობის ჩამოყალიბებას ეფუძნება, რაც მკვეთრად განასხვავებს მას კლინიკური მედიცინის სხვა დისციპლინებისაგან.

**II პრინციპი-ოჯახის ექიმი ცდილობს გამოიყენოს და ახსნას დაავადების არსი**

დაავადებათა უმრავლესობის სრულყოფილი გაგება შეუძლებელია მათი განხილვის გარეშე პიროვნულ, ოჯახურ და სოციალურ კონტექსტში. როდესაც პაციენს საავადმყოფო პირობებში მკურნალობენ აქ რთულია დაავადების ჭეშმარიტი ბუნების ამოცნობა, ვინაიდან სამედიცინო პერსონალი ყურადღებას ამახვილებს გამოსავალზე და არა საფუძველზე, რაც ართულებს დაავადების სრული სურათის წარმოდგენას.

**III პრინციპი-ოჯახის ექიმი პაციენტთან ყოველ შეხვედრას განიხილავს, როგორც შესაძლებლობას პრევენციული ღონისძიებების გატარებისა და სან. განათლებისათვის.**

**IV პრინციპი- ოჯახის ექიმი მისი მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფ მოსახლეობას განიხილავს, როგორც “რისკის მოსახლეობას”.**

კლინიკის ტებს ჩვეულებრივ ფიქრი უხდებათ ერთეულ პაციენტებზე და არა მოსახლეობის ჯგუფზე. ოჯახის ექიმი კი პასუხისმგებელია ერთდროულად ორივეს მიმართ. მაგ. მისთვის თანაბრად მნიშვნელოვანია პაციენტი, რომელიც იმუნიზაციის ჩასატარებლად ან სისხლის წნევის სკრინინგული გასინჯვისათვის მოდის და პაციენტი, რომელიც მას ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ მიმართავს. ოჯახის ექიმი ვალდებულია დაიცვას პაციენტის ჯანმრთელობა იმისდა მიუხედავად, მომართავს თუ არა იგი მის კლინიკას.

**V პრინციპი- ოჯახის ექიმი თავის თავს წარმოიდგენს, როგორც ჯანდაცვის და სხვა დამხმარე სათემო სამსახურების ქსელის ნაწილს.**

ყველა თემში არსებობს სოციალური დაცვის სამსახური, იქნება ეს ოფიციალური თუ არაოფიციალური, ფორმალური თუ არაფორმალური. სიტყვა ქსელი კოორდინირებულ სისტემას გულისხმობს, სამწუხაროდ ეს სისტემა ზოგჯერ არაკოორდინირებულად ფუნქციონირებს. ხშირად ჯანმრთელობისა და სოციალური სამსახურის თანამშრომლები ერთიმეორისაგან დამოუკიდებლად მოქმედებენ, თუმცა ოჯახის ექიმის საქმიანობა გაცილებით ეფექტური იქნება, თუ იგი თემის ყველა რესურსს პაციენტის სასარგებლოდ გამოიყენებს.

**VI პრინციპი- იდეალურ შემთხვევაში ოჯახის ექიმი და მისი პაციენტები ერთსა და იმავე რაიონში ან საცხოვრებელ უბანში უნდა ცხოვრობდნენ.**

ასეთი რამ უკანასკნელ წლებში სულ უფრო და უფრო იშვიათია. გამონაკლისს მაღალმთიანი რეგიონები წარმოადგენს. ზოგიერთ თემში, კერძოდ დიდი ქალაქების ცენტრალურ უბნებში ექიმები ფაქტიურად აღარ არსებობენ. ეს იმ თანამედროვე ტენდენციის შედეგია, რომელიც ყოველდღიური ცხოვრებისა და სამუშაოს ერთიმეორისაგან გამიჯვნას გულისხმობს. ჭენდელ ბერყ(1978) თვლიდა, რომ ეს ბევრი თანამედროვე დაავადების აღმოცენების მიზეზია. “თუ ჩვენ არ ვცხოვრობთ იქ, სადაც ვმუშაობთ და როდესაც ვმუშაობთ, ჩვენი სიცოცხლე ფუჭია და სამუშაო უსარგებლო.”

**VII პრინციპი-ოჯახის ექიმი პაციენტს ბინაზე ნახულობს**

უკანასკნელ წლებამდე ოჯახის ექიმის საქმიანობის განხორციელების ძირითადი ადგილი პაციენტის ბინა იყო. პაციენტის ცხოვრების უმნიშვნელოვანესი მოვლენები მისი ბინაში

ვითარდებოდა: დაბადება, სიკვდილი, სერიოზულ დაავადებასთან ბრძოლა. ასეთ გადამწყვეტ წუთებში ოჯახთან ურთიერთობა ექიმს მასთან დაახლოების და მისი შეცნობის საშუალებას აძლევდა.

პაციენტის საცხოვრებელი გარემოს, მისი სახლის გაცნობა დაავადების შინაარსის ანუ ეკოლოგიის გაგების საუკეთესო გზაა. “ეკოლოგია” ორი ბერძნული სიტყვისაგან წარმოიქმნება ოიკოს-სახლი და ლოგოს, რაც “სახლის შესწავლას ნიშნავს”.

თანამედროვე საავადმყოფოების განვითარებასთან ერთად ამ მოვლენებმა სახლიდან ჰოსპიტლის კედლებში გადაინაცვლა. ამას უდავოდ ჰქონდა გარკვეული უპირატესობა, ვინაიდან პაციენტს ტექნიკურად კარგად აღჭურვილ გარემოში უხდებოდა ყოფნა. შედეგად სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობაც გაიზარდა, მაგრამ ამის სანაცვლოდ, საოჯახო მედიცინის გამოცდილება რამდენადმე გაღარბდა. დღესდღეობით საავადმყოფოების როლის ხელახალი განსაზღვრის პირობებში წონასწორობა თავიდან შეიცვალა და ამდენად, ოჯახის ექიმებს საშუალება მიეცათ აღედგინათ ბინაზე მოვლის პრაქტიკა, როგორც საოჯახო მედიცინის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია და ბაზისური ჩვევები. ოჯახის ექიმი ჭეშმარიტი ეკოლოგისტი უნდა იყოს.

#### **VIII პრინციპი- ოჯახის ექიმი მნიშვნელობას ანიჭებს მედიცინის სუბიექტურ ასპექტებს**

საუკუნეების მანძილზე მედიცინაში დომინირებდა ჯანმრთელობის პრობლემის მიმართ მკაცრად ობიექტური და პოზიტივისტური მიდგომა. ოჯახის ექიმებისათვის ამგვარ დამოკიდებულებას ემატებოდა განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება გრძნობების მიმართ. ურთიერთობის რთული პროცესის გასაგებად ექიმს ემოციების, მ.შ. საკუთარი ემოციების შეცნობის უნარი უნდა ჰქონდეს. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკა ამ ურთიერთობის პროცესის სწორ ასახვას უნდა ეფუძნებოდეს.

#### **IX პრინციპი- ოჯახის ექიმი რესურსების მენეჯერია**

ოჯახის ექიმი პაციენტისათვის პირველი კონტაქტია სამედიცინო სფეროსთან. მას გარკვეულ ფარგლებში შეუძლია აკონტროლოს ჰოსპიტალში მიმართვიანობა, გამოკვლევების გამოყენება, მკურნალობის დანიშვნა, პაციენტის სპეციალისტთან საკონსულტაციოდ გაგზავნა და ა.შ. მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში რესურსები შეზღუდულია, ზოგან კი მკვეთრადაა შეზღუდული. ოჯახის ექიმი მოვალეა მართოს ეს რესურსები პაციენტისა და მთლიანად თემის სასარგებლოდ. რიგ შემთხვევაში ინდივიდუალური პაციენტის ინტერესები შესაძლოა არ ეთანხმებოდეს მთლიანად თემის ინტერესებს. ეს კი ეთიკურ პრობლემებს წარმოშობს. ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს ამ პრობლემების, რამდენადაც შესაძლებელია უმტკივნეულოდ მოგვარება.

#### **რამ შეიძლება წარმოშვას კონფლიქტი ოჯახის ექიმის მოვალეობებსა და მასზე დაკისრებულ პასუხისმგებლობას შორის?**

საოჯახო მედიცინის მთავარი პრინციპების დაცვა, ზოგჯერ ქმნის ურთიერთდაპირისპირებას ოჯახის ექიმის მოვალეობებსა და მასზე დაკისრებულ პასუხისმგებლობას შორის.

- პირველი პრინციპი გულისხმობს ექიმის პასუხისმგებლობას თითოეული პაციენტის მიმართ, ანუ ოჯახის ექიმმა უნდა უპასუხოს პაციენტის მიერ წარმოდგენილ ნებისმიერ პრობლემას. ამ შემთხვევაში პრობლემას განსაზღვრავს პაციენტი. მესამე პრინციპის მიხედვით, რომელიც ოჯახის ექიმს პრევენციული ღონისძიებების გატარებას ავალებს, პრობლემის იდენტიფიცირებას ექიმი ახდენს, ამის გაკეთება მას ხშირად უხდება ისეთ სიტუაციებში, რომელშიც პაციენტი სრულიად სხვა მიზეზის გამო მომართავს. შეიძლება თამამად განვაცხადოთ, რომ პრევენციული მედიცინა კარგი კლინიკური პრაქტიკის ნაწილია. მაგ. პაციენტის ზოგადი კლინიკური შეფასებისას მას ვუზომავთ არტერიულ წნევას, თუ გამოვლინდა, რომ დიასტოლური წნევა 120მმ.ვწყ.სვ, კარგი პრევენციული და კლინიკური პრაქტიკა მოითხოვს, რომ ეს შეფასდეს, როგორც კონკრეტული პრობლემა, მაშინაც კი თუ პაციენტი არ აღნიშნავს არტერიული წნევის მომატებასთან დაკავშირებულ არავითარ სიმპტომს და მოგმართავთ მხოლოდ და მხოლოდ დამაბულობის თავის ტკივილის გამო. პრევენციის პრობლემა სულ უფრო და უფრო რთული ხდება მას შემდეგ, რაც დაავადების პრესიმპტომურ დიაგნოსტიკას მოჰყვება რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაციისა და მათი მოდიფიკაციის საკითხი. რისკის შემცირებისათვის ხშირად აუცილებელია პაციენტის მიერ ქცევის და ცხოვრების წესის შეცვლა. პრევენციის პრაქტიკა წარმატებით შეიძლება იქნას ინტეგრირებული კლინიკურ პრაქტიკასთან და სათანადოდ განათლებული საზოგადოება ისევე მოითხოვს ამ პრაქტიკას, როგორც სამკურნალო და დიაგნოსტიკურ პროცედურებს. მეორეს მხრივ, პრევენციაზე ყურადღების გამახვილებამ შესაძლოა გამოიწვიოს იმ დროისა და რესურსების ხარჯვა, რომელიც პაციენტის აზრით მის მიერ იდენტიფიცირებული პრობლემის მართვისათვის უნდა ყოფილიყო გამოყენებული. რიგ შემთხვევაში ექიმისათვის რთულია პრევენციულ და კლინიკურ პრაქტიკას შორის სწორი ბალანსის შენარჩუნება. ექიმის ქცევაზე შესაძლოა ზეგავლენას ახდენდეს პრობლემის ხანგრძლივი მართვის პრინციპების დაცვა ან ფინანსური ასპექტები, რომლებიც პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერებისაკენაა მიმართული.
- მეოთხე პრინციპი (პრაქტიკა, როგორც რისკის პოპულაცია) ახალ ასპექტებს წარმოშობს. ფოკუსი პიროვნებიდან ჯგუფისაკენ ინაცვლებს. წარმატება ამ შემთხვევაში სტატისტიკური მაჩვენებლებით იზომება. ექიმის მოქმედებისათვის მოტივაცია ამ დროს შეიძლება იყოს პრაქტიკის მთელი მოსახლეობის მოცვა, განსაკუთრებით კი, დახმარების აღმოჩენა იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც თვლიან, რომ სამედიცინო სამსახური მათთვის ხელმისაწვდომი არ არის. ასეთ დროს ექიმი მთელ მოსახლეობაზე ორიენტირებული, რამაც შესაძლოა ზეგავლენა მოახდინოს ინდივიდუალური პაციენტის სამედიცინო მოთხოვნილებებზე. მოსალოდნელია, რომ ექიმი ზედმეტად დაკავდეს სტატისტიკურ მონაცემებზე ფიქრით და ნაკლებად პაციენტებზე ზრუნვით.
- მეცხრე პრინციპი-რესურსების მართვა, შესაძლოა ასევე კონფლიქტის აღმოცენების მიზეზი გახდეს. ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინოა იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახის ექიმის პრაქტიკა პასუხისმგებელია მისი პაციენტისათვის ყოველგვარი სახის სამედიცინო მომსახურების მართვასა და გადახდაზე. მართვისათვის საჭირო დრომ შესაძლოა შეამციროს პაციენტის მოვლის დრო. კონფლიქტის აღმოცენების საშემორობა იქმნება, თუ ინდივიდუალური პაციენტის ინტერესები უპირისპირდება ჯგუფის ინტერესებს, ან თუ ექიმი ცდილობს მაქსიმალურად შეამციროს ხარჯები.

- სხვადასხვაგვარი შეხედულებები ოჯახის ექიმის მოვალეობების შესახებ ართულებს მისი საქმიანობის ხარისხის შეფასებისათვის კრიტერიუმების განსაზღვრას. ეს განსაკუთრებით მწელდება ისეთი სწრაფი სოციალური ძვრების ფაზაში, როგორც ჩვენი პერიოდია. თონ (1994) აღნიშნავს, რომ იქ, სადაც არსებობს ზოგადი პრაქტიკის დიდი ტრადიცია, კარგი ზოგადი პრაქტიკის კონცეფცია ინტუიციურად ყალიბდება, რაც საბოლოო ჯამში სინთეზისა და თანხმობის გარემოს ქმნის. ამ თანხმობის მიღწევა უფრო იოლი იქნება, თუ ადმინისტრატორები და მენეჯერები ფრთხილად განახორციელებენ ისეთ ცვლილებებს, რომელიც შეცვლის წონასწორობას ექიმების მოვალეობებს შორის, განსაკუთრებით თუ ეს ცვლილება აიძულებს ექიმს შეცვალოს ტრადიციული პასუხისმგებლობა თითოეული პაციენტის მიმართ.