



პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა დროულ მკურნალობასა და ჰოსპიტალიზაციაში საქართველოში

Challenges of the primary health care system in timely treatment and hospitalization of patients with acute myocardial infarction in Georgia

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2024.08.01.05>

თენგიზ ვერულავა<sup>1a</sup>, ლიკა არაკიშვილი<sup>2b</sup>

Tengiz Verulava<sup>1a</sup>, Lika Arakishvili<sup>2b</sup>

<sup>1</sup> ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

<sup>2</sup> მედიცინის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

<sup>1</sup> School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

<sup>2</sup> School of Medicine, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

**შესავალი:** ოჯახის ექიმი დიდ როლს ასრულებს სტენოკარდიული ტკივილის მქონე პაციენტების მართვასა და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვაში. კვლევის მიზანია საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების შესწავლა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე მკურნალობის და საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის დროულობაში. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა კარდიოლოგიური კლინიკების ექიმების და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით პაციენტების გამოკითხვა. **შედეგები, დისკუსია:** პაციენტები უშუალოდ უკავშირდებიან გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ოჯახის ექიმთან კონტაქტის გარეშე. ავადმყოფობისას პაციენტების მხოლოდ 11%-მა მიმართა ოჯახის ექიმს, რაც მეტყველებს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის არასათანადო დონეზე განვითარებაზე. პაციენტების 95.8%-ს, რომლებმაც სიმპტომების დაწყებისას პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს მიმართეს 2 საათზე ნაკლები დასჭირდათ გადაუდებელი სერვისის მიღებას. თუმცა, პაციენტები, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს ჰქონდათ შედარებით ნაკლები დაგვიანების დრო და შესაბამისად ადრე, მაქსიმუმ 6 საათამდე მიმართეს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სამსახურს, ვიდრე იმ პაციენტებმა, რომლებმაც თვითმკურნალობას მიმართეს. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ოჯახის ექიმები სათანადოდ აღიქვამენ სიმპტომებს და ცდილობენ საჭიროების შემთხვევაში დროზე მიმართონ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურს. თვითმკურნალობის დროს, რომელსაც დიდი წილი უკავია (n=98, 22.5%), შედარებით მაღალია გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანების დრო (n=90, 66.7%). **დასკვნა:** რეკომენდირებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კამპანიების ჩატარება, რომელიც ხელს შეუწყობს გულმკერდის ტკივილის მქონე პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებას, რომ დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ

<sup>a</sup> tverulava@cu.edu.ge <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

<sup>b</sup> larakishvili1@cu.edu.ge <https://orcid.org/0009-0003-3735-0127>

ნაშრომი დაფინანსებულია შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის „მაგისტრანტთა სასწავლო-კვლევითი პროექტების გრანტის“ MR-23-1338 ფარგლებში

The work was financed within the framework of the Shota Rustaveli National Science Foundation "Master's Study and Research Projects Grant" MR-23-1338

გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს. იმ შემთხვევაში, როდესაც დისკომფორტი მცირეა, უფრო მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია.

**საკვანძო სიტყვები:** ოჯახის ექიმი, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, პირველადი ჯანდაცვა

**ციტატა:** თენგიზ ვერულავა, ლიკა არაკიშვილი. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა დროულ მკურნალობასა და ჰოსპიტალიზაციაში საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2024; 8 (1)

## Abstract

**Introduction:** The family physician plays a major role in the management and emergency referral of patients with angina pectoris. The purpose of the study is to study the challenges of the primary health care system in Georgia in the timeliness of treatment and, if necessary, hospitalization of patients with acute myocardial infarction in the pre-hospital stage. **Methodology:** within the framework of quantitative research, a survey of doctors of selected cardiology clinics and patients with acute myocardial infarction was conducted. **Results, Discussion:** Patients contact emergency medical care directly, without contacting their family doctor. During illness, only 11% of patients consulted a family doctor, which shows that primary health care in Georgia is not developed at an appropriate level. 95.8% of patients who went directly to emergency medical services at the onset of symptoms took less than 2 hours to receive emergency medical services. However, patients who contacted their family physician before hospitalization had a relatively shorter delay time and therefore referred to an emergency medical service earlier, up to 6 hours earlier, than patients who self-medicated. This is because family doctors properly perceive the symptoms and try to refer patients to the emergency medical service in time if necessary. In contrast to this, during self-medication, which also has a large share in our study (n=98, 22.5%), the delay time for emergency medical assistance is relatively high (n=90, 66.7%). **Conclusion:** It is recommended to carry out public health campaigns that will help patients with chest pain to contact the emergency medical service immediately. If the discomfort is minor, it is more appropriate to consult a family doctor.

**Keywords:** family doctor, acute myocardial infarction, primary health care.

**Quote:** Tengiz Verulava, Lika Arakishvili. Challenges of the primary health care system in timely treatment and hospitalization of patients with acute myocardial infarction in Georgia. Health Policy, Economics and Sociology, 2024; 8 (1)

## შესავალი

2020 წლის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, დაავადებათა რეგისტრირებული და ახალი შემთხვევების მხრივ, საქართველოში სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებს პირველი ადგილი უკავია. კერძოდ, სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ყველა დაავადების 17.6%-ს, ხოლო ახალი შემთხვევების 10.2%-ს შეადგენს (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2021).

2000-2020 წლებში საქართველოში აღინიშნებოდა სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების პრევალენტობის და ახალი შემთხვევების ზრდის ტენდენცია. სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების პრევალენტობა და ახალი შემთხვევები განსაკუთრებით გაიზარდა 2013 წლის შემდეგ, რასაც მკვლევარები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შედეგად ამ პროგრამით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდას უკავშირებენ (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2014).

ცხრილი1: სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა შემთხვევების რაოდენობა, პრევალენტობა, საქართველო, 2010-2020 წ.

	წლის რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე
2010	337651	8916.8	98193	2593.1
2011	363488	9676.4	103466	2754.4
2012	355657	9537.9	133411	3577.8
2013	425232	11438.1	196348	5281.5
2014	409817	11018.3	165398	4446.9
2015	425105	11411.4	174735	4690.5
2016	447713	12011.1	190994	5123.9
2017	429932	10950.6	184729	4955.2
2018	408233	10954.7	147979	3970.9
2019	386894	10399.9	140269	3770.5
2020	403767	10853.3	97237	2612.0

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2021. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2021.

ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილიანობით ხასიათდება ჰიპერტენზიული (58.4 %), გულის იშემიური დაავადებები (15.3 %) და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები (3.1 %). 2020 წლის მონაცემებით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურაში 58.4 % ჰიპერტენზიული დაავადებები შეადგენდა (პრევალენტობა – 289921, ინციდენტობა – 51078), 15.3 % - გულის იშემიურ ავადმყოფობებზე (პრევალენტობა - 76196, ინციდენტობა – 13883), 3.1% - ცერებროვასკულურ ავადმყოფობებზე (პრევალენტობა – 15634 ინციდენტობა – 3899). (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2021).

ცხრილი 2: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელება ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2020.

	რეგისტრირებულია წლის ბოლოს		ახალი შემთხვევები	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები მათ შორის:	496561	100	97237	100
მწვავე რევმატული ცხელება	1568	0.3	190	0.2
გულის ქრონიკული რევმატული დაავადება	8544	1.7	602	0.6
ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	289921	58.4	51078	52.5
გულის იშემიური ავადმყოფობა	76196	15.3	13883	14.3
ფილტვში სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ფილტვისმიერი გული	1571	0.3	269	0.3
ცერებროვასკულური ავადმყოფობები	15634	3.1	3899	4.0
არტერიების არტერიოლების და კაპილარების ავადმყოფობები	9202	1.9	1974	2.0
გულის სხვა ავადმყოფობები	49655	10.0	10191	10.5

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2021. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2021.

2019 წლის სტატისტიკური მონაცემებით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ახალი შემთხვევების 15.6%-ს შეადგენს გულის იშემიური დაავადებები: მათ შორის სტენოკარდია – 5.3 %, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი – 2.3 % და სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობები – 1.9% (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2021).

ცხრილი 3 გულის იშემიური ავადმყოფობების სტრუქტურა, საქართველო, 2019

	ახალი შემთხვევები	
	რაოდენობა	%
გულის იშემიური ავადმყოფობა	21920	100
სტენოკარდია	7488	34.2
მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი	3162	14.4
გულის სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობა	2651	12.1

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2021. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2021.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების დროულად გაწევა. ბევრი პაციენტის მიერ არ ხდება დაავადების სიმპტომების მნიშვნელობის გაცნობიერება. ისინი დროულად არ მიმართავენ ექიმს, რის გამოც იკარგება მკურნალობისათვის საჭირო ძვირფასი დრო. მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების განვითარებიდან პირველი სამი საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო სამსახურს მიმართავს მხოლოდ პაციენტების 10-15%, პირველი 6 საათის განმავლობაში - 20-25%, 12-24 საათის შემდეგ კი - 75-80%.

ჩატარებული კვლევების მტკიცებით პაციენტების უმეტესი ნაწილი იღუპება სათანადო სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე, დაავადების დაწყების პირველ საათებში. ექსპერტთა მტკიცებით, ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის (STEMI) პაციენტებში რაც უფრო სწრაფად და დროულად მოხდება დიაგნოზის დასმა და მკურნალობა, მით უფრო შესაძლებელია სიკვდილიანობის შემცირება, დაავადების გამოსავლის გაუმჯობესება და საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება (Steg et al. 2012).

2017 წელს ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოებამ მიიღო ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის (STEMI) გაიდლაინი, რომლის მიხედვით, ნულოვანი დრო ანუ ათვლის დრო განისაზღვრა STEMI დიაგნოზის დასმისთანავე, ეკგ-ის გადაღების შემდეგ (Ibanez et al. 2017).

აუცილებელია რეპერფუზიური თერაპიის დაწყება რაც შეიძლება მალე, არაუგვიანეს 90 წუთისა პირველი სამედიცინო კონტაქტიდან (Windecker et al. 2014). თუმცა, პაციენტისთვის საუკეთესო შესაძლო შედეგის მისაღწევად ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორია იშემიის საერთო დრო, ანუ სიმპტომების დაწყებასა და რეპერფუზიულ თერაპიას შორის დრო. ამგვარად, პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღების დროს აქვს გადაწყვეტი მნიშვნელობა, მაგრამ მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომების მკურნალობის დაგვიანება ისევ პრობლემად რჩება, რადგან პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე დაგვიანების დრო მუდმივად მაღალია (Ladwig et al. 2011).

პაციენტების დროული ქმედებების წახალისებისთვის საჭირო ეფექტიანი ინტერვენციების შემუშავებისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია მიოკარდიუმის ინფარქტით დაავადებულ პაციენტებში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გზების შესწავლა და გაგება. ბევრ ქვეყნებში ფართო საზოგადოებას აქვს შესაძლებლობა მიიღოს სამედიცინო რჩევები ტელეფონით, ინტერნეტით ან თვითზრუნვის გაიდლაინების საშუალებით. თუმცა, უცნობია, რამდენად სარგებლობენ პირები სამედიცინო რჩევებით ტელეფონის, როგორც FMC, ნაცვლად დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ სასწრაფო დახმარებას.

თუმცა, უცნობია, მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს რამდენად იყენებენ ადამიანები გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისათვის სამედიცინო რჩევებს ტელეფონით, ნაცვლად

იმისა, რომ დაუკავშირდნენ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურს და როგორ მოქმედებს ასეთი გადაწყვეტილება დიაგნოსტიკის დროზე.

პაციენტების დაახლოებით 1-3% განიცდის გულმკერდის ტკივილს (Verdon და სხვ. 2007). შემთხვევების 10-18%-ში გულმკერდის ტკივილი გამოწვეულია გულის იშემიური დაავადებით, რომელთაგან 2-4% მიოკარდიუმის ინფარქტის ან არასტაბილური სტენოკარდიის შედეგია, რომლებიც საჭიროებენ გადაუდებელ დახმარებას (Ibanez და სხვ., 2018). ოჯახის ექიმები, როგორც პირველადი ჯანდაცვის მუშაკები, მთავარ როლს ასრულებენ მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტის ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობაში და ხშირად პირველები არიან, ვისაც პაციენტები უკავშირდებიან (Beeleonie & Kusmana, 2005).

საქართველოში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ვერ იქნა განვითარებული იმ დონეზე, რაც ფუნქციონირებს ბევრ ქვეყანაში (ვერულავა, 2021; მიქავა და გაბრიჭიძე, 2019), მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფებზე ოჯახის ექიმების დინამიური უწყვეტი მეთვალყურეობა ვერ ხორციელდება სათანადო დონეზე. შესაბამისად, დაბალია პაციენტის ინფორმირებულობა მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომების, თვითდახმარების ღონისძიებების და სასწრაფო დახმარების სამსახურის დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ, რაც განაპირობებს მათ დაგვიანებულ ჰოსპიტალიზაციას (Thylen და სხვ., 2015).

სიმპტომების დაწყებასა და სათანადო სამედიცინო დახმარებას შორის გასული დრო არის გადაწყვეტი ფაქტორი, რომელიც განსაზღვრავს მიოკარდიუმის ინფარქტის მქონე პაციენტების კლინიკური მიმდინარეობას. გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო დრო პაციენტის პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე დაგვიანების ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპონენტია. უეცარი კარდიოლოგიური სიკვდილის მრავალი შემთხვევა სწორედ პაციენტის ჰოსპიტალიზაციამდე ხდება (Gärtner და სხვ., 2008). ამიტომ, ოჯახის ექიმის უწყვეტ მეთვალყურეობას, სათანადო ინფორმირებულობას და გულის მწვავე იშემიის სიმპტომებზე სწრაფ რეაგირებას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის შესახებ არსებული ევროპული კლინიკური გაიდლაინების მიხედვით, ექიმმა უნდა შეაფასოს გულმკერდის ტკივილთან დაკავშირებული რისკის ფაქტორები და კლინიკური შედეგები და გადაწყვიტოს, უნდა გადაიყვანოს თუ არა პაციენტი საავადმყოფოში (Piepoli და სხვ., 2016).

აღნიშნული გვიჩვენებს იმ მნიშვნელობას, რაც პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას აქვს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში, ასევე მის აქტუალობას მსოფლიოში და განსაკუთრებით საქართველოში, სადაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემა დაბალ დონეზეა განვითარებული.

დღეისათვის მრავალი კვლევები არსებობს მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომების მქონე პაციენტთა დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის მიზეზების შესახებ (McKee და სხვ., 2013). თუმცა, საქართველოში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დაგვიანებულ ჰოსპიტალიზაციაში პირველადი ჯანდაცვის როლი სათანადოდ ჯერ კიდევ არ არის გამოკვლეული. კვლევის აქტუალობასა და მეცნიერულ სიახლეს განაპირობებს ის ფაქტი, რომ პირველად ჩატარდა კომპლექსური კვლევა საქართველოში მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტთა წინარეჰოსპიტალურ სტადიაზე მკურნალობის დროულობის, თვითდახმარების მოცულობის და ხასიათის შესახებ, მათი ინფორმაციულობის, გადაუდებელ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურისთვის დაგვიანებული მიმართვის მიზეზების შესახებ.

კვლევა მიზნად ისახავს კომპლექსურად შეისწავლოს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე მკურნალობის და საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის დროულობაში.

კვლევის ამოცანებია:

1. საერთაშორისო გამოცდილების გაცნობისა და არსებული ლიტერატურის შესწავლისა და გაანალიზების გზით ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა მკურნალობის და ჰოსპიტალიზაციის დროულობაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების კვლევის სპეციფიკური ინსტრუმენტების/კითხვარების შემუშავება;

2. შემუშავებული ინსტრუმენტებით პირველადი ჯანდაცვისადმი მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა დამოკიდებულების/მოლოდინების, ნდობის ხარისხის, მიმართვიანობის და კმაყოფილების ხარისხის შესწავლა;
3. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთათვის სათანადო სამედიცინო მომსახურების გაწევში არსებული ძირითადი პრობლემების გამოვლენა;
4. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა თვითდახმარების სათანადო მოცულობით გაწევასა და ინფორმირებულობაზე მოქმედი ფაქტორების გამოვლენა;
5. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე გვიანი მიმართვიანობის მიზეზების და მასში პირველადი ჯანდაცვის როლის შესწავლა;
6. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა საჭიროებების განსაზღვრა და მათი შესაბამისობის დადგენა საქართველოში არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებისა და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის პროგრამებთან
7. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შესწავლა (მათ შორის მკურნალობაზე დანახარჯების მოცულობის და მისი ხვედრითი წილის შესწავლა ოჯახის შემოსავლებში);
8. პირველადი ჯანდაცვის როლის შესწავლა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ავადმყოფთა რისკების დროულ გამოვლენა-მართვაში, მისი შედარება სხვა ქვეყნებში ანალოგიურ საკითხებთან, მისი ეფექტიანად ფუნქციონირების განმსაზღვრელი კრიტერიუმების შემუშავების მიზნით;

### მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა შერჩეული კარდიოლოგიური კლინიკების ექიმების და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით პაციენტების გამოკითხვა.

კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა ლიტერატურულ წყაროებზე დაყრდნობით შემუშავებული კითხვარის (Thylen და სხვ. 2015; Johansson და სხვ. 2004) ადაპტირებული ვერსია; ადაპტირება მოხდა სოციო-კულტურული კონტექსტის, ენის, სპეციფიკური კვლევითი ინტერესების, სამიზნე რესპოდენტების და პილოტირებისას გამოვლენილი საჭიროებების მიხედვით.

კვლევისთვის შეირჩა კარდიოლოგიური კლინიკები (ასევე საავადმყოფოების კარდიოლოგიური განყოფილებები), შემდეგი კლასიფიკაციით: თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი.

კვლევის პროცესში მიღებული მონაცემების დასამუშავებლად გამოყენებულ იქნა სტატისტიკური მეთოდი. რაოდენობრივი კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები დამუშავდა Windows SPSS 19.0 საშუალებით.

კორელაციური კვლევა დაგეგმარა დავადგინოთ, არსებობს თუ არა კავშირი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხარისხსა და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით პაციენტების ინფორმირებულობას და მათ დროულ ჰოსპიტალიზაციას შორის.

აღნიშნული მეთოდების გამოყენება, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დონეზე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით პაციენტთა პრევენციისა და მკურნალობის ანალიზის საფუძველზე, საშუალებას მოგვცემს შევიმუშაოთ სპეციფიკური სტრატეგიები/მიდგომები და გავზომოთ მათი ეფექტიანობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგებზე.

კვლევას ჰქონდა გარკვეული შეზღუდვები, რომლებიც მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული დასკვნების განზოგადების განხილვისას. კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ის, რომ კვლევისათვის გამოყოფილი დრო იყო შეზღუდული და შესაბამისად, ვერ განხორციელდა ინტერვიუს ჩატარება ყველა კარდიოლოგიურ კლინიკასთან (ასევე, საავადმყოფოების კარდიოლოგიური განყოფილებები), რომლებიც ახორციელებენ კარდიოლოგიურ სერვისებს. კვლევა ჩატარდა თბილისის, ქუთაისის, ბათუმის კარდიოლოგიური კლინიკებში. თუმცა, პაციენტების რაოდენობა შედარებით დიდი იყო. ზოგიერთმა სამედიცინო ორგანიზაციამ უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე. უარის მიზეზად გადატვირთული სამუშაო

გრაფიკი დასახელდა. ასევე, სირთულე შეიძლება მდგომარეობდეს რესპონდენტების მხრიდან კითხვებზე და ინტერვიუებზე არაგულწრფელ პასუხებში, ან მასზე საერთოდ თავის არიდებაში.

### კვლევის შედეგები

კვლევაში სულ ჩართული იყო მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მქონე 436 პაციენტი, რომელთაგან 77.5% მამაკაცი და 65.8% ქალაქში მცხოვრებია (n=287), ხოლო 78.2%-მა (n=341) განაცხადა, რომ არ ცხოვრობს მარტო. გამოკითხულ პაციენტთა მეტი წილი (n=195, 44.7%) უარყოფს თამბაქოზე დამოკიდებულებას, ხოლო 31.2% (n=136) ალკოჰოლის მომხმარებელია. პაციენტების საშუალო ასაკი შეადგენდა 62 წელს (34-91), მათგან, ასაკობრივად ყველაზე მეტ წილს შეადგენდნენ 65-79 წლის პირები (n=189; 43.3%).

ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა 82.1%-ს (n=358) სიმპტომები დაეწყო როდესაც იმყოფებოდა სახლში. პაციენტთა უმრავლესობას სიმპტომები განუვითარდა სამუშაო დღეებში (n=348, 79.8) საღამოს/ღამის განმავლობაში, 18:00 საათიდან - 6:00 საათამდე დროის შუალედში (n=265, 60.8%) და არ იმყოფებოდა მარტო (n=305, 70%). პაციენტთა 61.7%-ს (n=269) წარსულში უკვე ჰქონდა მსგავსი სიმპტომები (ცხრილი 1).

პაციენტთა დროული ჰოსპიტალიზაცია, ბევრ კომპლექსურ ფაქტორთან ერთად დიდწილად დამოკიდებულია უახლოეს სამედიცინო დაწესებულებამდე არსებულ მანძილზე. პაციენტთა 78,2%-მა (n=341) აღნიშნა, რომ სიმპტომების დაწყების მომენტში მასთან მდებარე უახლოესი სამედიცინო დაწესებულება მდებარეობდა 50კმ-ზე ნაკლებ მანძილზე. პაციენტები ანამნეზში აღნიშნავენ, რომ აქამდეც ქონდათ არტერიული ჰიპერტენზიის (58%, n=251), მიოკარდიუმის ინფარქტის (n=83, 19%), სტენოკარდიის (n=74, 17%), დიაბეტის (n=78, 18%), მოციმციმე არითმიის (n=22, 5%) და გულის ქრონიკული უკმარისობის (n=17, 4%) ეპიზოდები. პაციენტთა უმრავლესობას (n=318; 73%) შემდგომში დაუსვეს ST-ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის (STEMI) დიაგნოზი (ცხრილი 1).

საწყის ეტაპზე მხოლოდ 48 პაციენტი (11%) დაუკავშირდა ოჯახის ექიმს. პაციენტთა 47% (n=205) დაუკავშირდა პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს, 22.5%-მა (98) თვითდახმარების სახით თავად მიიღო მედიკამენტები, ხოლო 19.5%-მა (n=85) გამოიძახა კარდიოლოგი).

პროცესში ოჯახის ექიმის ჩართულობის შემთხვევაში, ოჯახის ექიმთა 43.8%-მა (n=21) პაციენტი პირდაპირ მიმართა გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს მობილური ტელეფონით; ოჯახის ექიმთა 31.3%-მა (n=15) პაციენტის მოინახულა დღის განმავლობაში და შემდეგ მიმართა გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს, ხოლო ოჯახის ექიმთა 12%-მა (n=25) პაციენტი დაუყოვნებლივ მოინახულა და გამოიძახა გადაუდებელი დახმარების სამსახური (ცხრილი 1).

ცხრილი 1 პაციენტების მახასიათებლები, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის სიმპტომების გამოვლენისას ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ან არ დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს

	ყველა N = 436
<b>ასაკი</b>	
< 50	34 (7.8)
50-64	126 (28.9)
65-79	189 (43.3)
80 >	87 (20)
<b>სქესი</b>	
ქალი	98 (22.5)
კაცი	338 (77.5)
<b>განათლება</b>	

საშუალო	258 (59.2)
უმადლესი	178 (40.8)
<b>საცხოვრებელი ადგილი</b>	
ქალაქი	287 (65.8)
სოფელი	149 (34.2)
<b>თამბაქოს მოხმარება</b>	
დიახ	154 (35.3)
არა	195 (44.7)
იშვიათად	87 (20)
<b>ალკოჰოლის მოხმარება</b>	
დიახ	136 (31.2)
არა	123 (28.2)
იშვიათად	177 (40.6)
<b>ვცხოვრობ მარტო</b>	
დიახ	95 (21.8)
არა	341 (78.2)
<b>ავად გავხდი სახლში</b>	
დიახ	358 (82.1)
არა	78 (17.9)
<b>სიმპტომების დაწყებისას მარტო ვიმყოფებოდი</b>	
დიახ	131 (30)
არა	305 (70)
<b>ავად გავხდი შაბათ-კვირას</b>	
დიახ	88 (20.2)
არა	348 (79.8)
<b>სიმპტომები დამეწყო საღამოს/ღამის განმავლობაში 18:00 – 6:00 სთ</b>	
დიახ	265 (60.8)
არა	171 (39.2)
<b>მანძილი საავადმყოფომდე</b>	
≥ 50 კმ	95 (21.8)
≤ 50 კმ	341 (78.2)
<b>ხანგრძლივობა სიმპტომების დაწყებასა და გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურების მიღებას შორის (სთ)</b>	
≤ 2 სთ	144 (33)
2-6 სთ	157 (36)



>6	135 (31)
<b>მსგავსი სიმპტომების არსებობა წარსულში</b>	
დიახ	269 (61.7)
არა	167 (38.3)
<b>თანმხლები დაავადებების არსებობა წარსულში</b>	
სტენოკარდია	74 (17)
ჰიპერტენზია	251 (58)
დიაბეტი	78 (18)
მოციმციმე არითმია	22 (5)
გულის უკმარისობა	17 (4)
მიოკარდიუმის ინფარქტი	83 (19)
<b>სიმპტომების დაწყებისას პაციენტის მიერ განხორციელებული ქმედებები</b>	
ოჯახის ექიმთან დაკავშირება	48 (11)
პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურთან დაკავშირება	205 (47)
თვითდახმარება	98 (22.5)
გამოიძახა კარდიოლოგი	85 (19.5)
<b>ოჯახის ექიმის ქმედება პაციენტის გამოძახების შემდეგ</b>	
პაციენტის პირდაპირ მიმართვა გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურზე მობილურით	21 (43.8)
პაციენტის დაუყოვნებლივ მონახულება და გადაუდებელი დახმარების სამსახურის გამოძახება	12 (25)
პაციენტის მონახულება დღის განმავლობაში და შემდეგ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურზე მიმართვა	15 (31.3)
<b>დიგნოზი</b>	
ST-ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (STEMI)	318 (73)
ST-ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (NSTEMI)	118 (27)

ოჯახის ექიმს ჰოსპიტალიზაციამდე უფრო ხშირად მიმართავენ ქალები (n=35, 72.9%), უმალესი განათლების პაციენტები (n=31, 64.6%), სოფლად მცხოვრებნი (n=37, 77.1%), ვინც არ არის თამბაქოს (n=31, 64.6%) და ალკოჰოლის (n=27, 56.3) მომხმარებელი, არ ცხოვრობს მარტო (n=37, 77.1%), სიმპტომების დაწყებისას არ იმყოფებოდა მარტო (n=35, 72.9%), ავად გახდა სამუშაო დღეებში (n=41, 85.4%) და სიმპტომები დაეწყო საღამოს/ღამის განმავლობაში (n=27, 56.3%), ასევე, პაციენტები, რომელთაც წარსულში აღენიშნებოდათ მსგავსი სიმპტომები (n=32, 66.7) და დაესვათ დიგნოზი ST-ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (NSTEMI) (n=32, 66.7%). პაციენტებს, რომლებიც მიმართავენ ოჯახის ექიმს უფრო ხშირად აღენიშნებოდათ ჰიპერტენზია (n=28, 58.3%).

ცხრილი 2 პაციენტების მახასიათებლები, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის სიმპტომების გამოვლენისას ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ან არ დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს

	ყველა N = 436	ოჯახის ექიმთან მიმართვა n=48 (11%)	სხვა n=388
<b>ასაკი</b>			
< 50	34 (7.8)	4 (8.3)	30 (7.7)
50-64	126 (28.9)	15 (31.3)	111 (28.6)
65-79	189 (43.3)	21 (43.8)	168 (43.3)
80 >	87 (20)	8 (16.7)	79 (20.4)
<b>სქესი</b>			
ქალი	98 (22.5)	35 (72.9)	63 (16.2)
კაცი	338 (77.5)	13 (27.1)	325 (83.8)
<b>განათლება</b>			
საშუალო	258 (59.2)	17 (35.4)	241 (62.1)
უმაღლესი	178 (40.8)	31 (64.6)	147 (37.9)
<b>საცხოვრებელი ადგილი</b>			
ქალაქი	287 (65.8)	11 (22.9)	276 (63.3)
სოფელი	149 (34.2)	37 (77.1)	112 (27.7)
<b>თამბაქოს მოხმარება</b>			
დიახ	154 (35.3)	14 (29.2)	140 (36.1)
არა	195 (44.7)	31 (64.6)	164 (42.3)
იშვიათად	87 (20)	3 (6.3)	84 (21.6)
<b>ალკოჰოლის მოხმარება</b>			
დიახ	136 (31.2)	13 (27.1)	123 (31.7)
არა	123 (28.2)	27 (56.3)	96 (24.7)
იშვიათად	177 (40.6)	8 (16.7)	169 (43.6)
<b>ვცხოვრობ მარტო</b>			
დიახ	95 (21.8)	11 (22.9)	84 (21.6)
არა	341 (78.2)	37 (77.1)	304 (78.4)
<b>ავად გავხდი სახლში</b>			
დიახ	358 (82.1)	10 (20.8)	348 (89.7)
არა	78 (17.9)	38 (79.2)	40 (10.3)
<b>სიმპტომების დაწყებისას მარტო ვიმყოფებოდი</b>			
დიახ	131 (30)	13 (27.1)	118 (30.4)
არა	305 (70)	35 (72.9)	270 (69.6)

<b>აგად გავხდი შაბათ-კვირას</b>			
დიახ	88 (20.2)	7 (14.6)	81 (20.9)
არა	348 (79.8)	41 (85.4)	307 (79.1)
<b>სიმპტომები დამეწყო საღამოს/ღამის განმავლობაში 18:00 – 6:00 სთ</b>			
დიახ	265 (60.8)	27 (56.3)	238 (61.3)
არა	171 (39.2)	21 (43.8)	150 (38.7)
<b>მანძილი საავადმყოფომდე</b>			
≥ 50 კმ	95 (21.8)	8 (16.7)	87 (22.4)
≤ 50 კმ	341 (78.2)	40 (83.3)	301 (77.6)
<b>მსგავსი სიმპტომების არსებობა წარსულში</b>			
დიახ	269 (61.7)	32 (66.7)	237 61.1
არა	167 (38.3)	16 (33.3)	151 38.9
<b>თანმხლები დაავადებების არსებობა აქამდე</b>			
სტენოკარდია	74 (17)	9 (18.8)	65 (16.8)
ჰიპერტენზია	251 (58)	28 (58.3)	223 (57.5)
დიაბეტი	78 (18)	8 (16.7)	70 (18.0)
მოციმციმე არითმია	22 (5)	3 (6.3)	19 (4.9)
გულის უკმარისობა	17 (4)	1 (2.1)	16 (4.1)
მიოკარდიუმის ინფარქტი	83 (19)	7 (14.6)	76 (19.6)
<b>დიგნოზი</b>			
ST-ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (STEMI)	318 (73)	16 (33.3)	302 (77.8)
ST-ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (NSTEMI)	118 (27)	32 (66.7)	86 (22.2)

სიმპტომების დაწყებიდან სამედიცინო მომსახურების მიღების გადაწყვეტილებამდე დაყოვნების საშუალო დრომ შეადგინა 0:45 საათი პაციენტებში, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს და 2:40 საათი სხვა პაციენტებში ( $p < 0.01$ ). პაციენტების 9%-მა, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს და სხვა პაციენტების 22%-მა 6 საათზე მეტი დაავიანა სანამ გადაწყვეტილებას მიიღებდნენ სამედიცინო დახმარებაზე.

სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვის დროის ხანგრძლივობაზე გავლენას ახდენს სხვადასხვა ფაქტორები. გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურების სამსახურს 2 საათზე ნაკლებ დროში მიმართა პაციენტების უმეტესობამ, რომელთაც ჰქონდათ უმაღლესი განათლება ( $n=79$ , 54.9%), ქალაქში მობინადრეებმა ( $n=100$ ,

69.4%), ვინც თამბაქოს (n=76, 52.8) და ალკოჰოლის (n=74, 51.4) მომხმარებელი არაა, ასევე ვინც მარტო არ ცხვოვრობს (n=123, 85.4) და სიმპტომების განვითარებისას არ იმყოფებოდა მარტო (n=126, 87.5), ავად გახდა სამუშაო დღეებში (n=131, 91%).

ცხრილი 3 სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვის დროის ხანგრძლივობასთან დაკავშირებული ფაქტორები.

	ყველა N = 436	≤ 2 სთ, n=144, 33%	2-6 სთ, n=157, 36%	>6, n=135, 31%
<b>ასაკი</b>				
< 50	34 (7.8)	6 (4.2)	12 (7.6)	16 (11.9)
50-64	126 (28.9)	26 (18.1)	42 (26.8)	58 (43)
65-79	189 (43.3)	75 (52.1)	73 (46.5)	41 (30.4)
80 >	87 (20)	37 (25.7)	30 (19.1)	20 (14.8)
<b>სქესი</b>				
ქალი	98 (22.5)	39 (27.1)	31 (19.7)	28 (20.7)
კაცი	338 (77.5)	105 (72.9)	126 (80.3)	107 (79.3)
<b>განათლება</b>				
საშუალო	258 (59.2)	65 (45.1)	95 (60.5)	98 (72.6)
უმაღლესი	178 (40.8)	79 (54.9)	62 (39.5)	37 (27.4)
<b>საცხოვრებელი ადგილი</b>				
ქალაქი	287 (65.8)	100 (69.4)	102 (65)	85 (63)
სოფელი	149 (34.2)	44 (30.6)	55 (35)	50 (37)
<b>თამბაქოს მოხმარება</b>				
დიახ	154 (35.3)	26 (18.1)	61 (38.9)	67 (49.6)
არა	195 (44.7)	76 (52.8)	71 (45.2)	48 (35.6)
იშვიათად	87 (20)	42 (29.2)	25 (15.9)	20 (14.8)
<b>ალკოჰოლის მოხმარება</b>				
დიახ	136 (31.2)	25 (17.4)	47 (29.9)	64 (47.4)
არა	123 (28.2)	74 (51.4)	24 (15.3)	25 (18.5)
იშვიათად	177 (40.6)	45 (31.3)	86 (54.8)	46 (34.1)
<b>ცხვოვრობა მარტო</b>				
დიახ	95 (21.8)	21 (14.6)	41 (26.1)	33 (24.4)
არა	341 (78.2)	123 (85.4)	116 (73.9)	102 (75.6)
<b>სიმპტომების დაწყებისას მარტო ვიმყოფებოდი</b>				
დიახ	131 (30)	18 (12.5)	55 (38.2)	58 (40.3)
არა	305 (70)	126 (87.5)	102 (70.8)	77 (53.5)
<b>ავად გახდა შაბათ-კვირას</b>				

დიახ	88 (20.2)	13 (9)	30 (20.8)	45 (31.3)
არა	348 (79.8)	131 (91)	127 (88.2)	90 (62.5)
<b>სიმპტომები დამეწყო სადამოს/ლამის განმავლობაში 18:00 – 6:00 სთ</b>				
დიახ	265 (60.8)	86 (59.7)	97 (67.4)	82 (56.9)
არა	171 (39.2)	58 (40.3)	60 (41.7)	53 (36.8)
<b>სიმპტომების დაწყებისას პაციენტის მიერ განხორციელებული ქმედებები</b>				
ოჯახის ექიმთან დაკავშირება	48 (11)	6 (4.2)	42 (26.8)	0
პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურთან დაკავშირება	205 (47)	138 (95.8)	67 (42.7)	0
თვითდახმარება	98 (22.5)	0	8 (5.1)	90 (66.7)
გამოიძახა კარდიოლოგი	85 (19.5)	0	40 (25.5)	45 (33.3)

პაციენტთა 56%-მა (n=244) აღნიშნა, რომ დაგვიანებით მიმართა სამედიცინო დახმარებას. ავადმყოფობის დროს სამედიცინო დახმარების ძიების დაგვიანების ძირითად მიზეზებად დასახელდა: სამედიცინო დახმარების მიმართვისთვის თავი საკმარისად ავად არ ჩათვალა (n=112, 45.9), თვითდახმარება უფრო სწრაფ და ადვილ საშუალებად ჩათვალა (n=74, 30.3), ექიმთან წასვლის დრო არ ჰქონდა (n=34, 13.9), არ უნდოდა ექიმის შეწუხება (n=24, 9.8). ეს ფაქტორები უფრო მეტადაა გამოხატული პაციენტებში, რომლებმაც 6 საათზე მეტი დააგვიანეს (ცხრილი 4).

ცხრილი 4: ავადმყოფობის დროს სამედიცინო დახმარების ძიების დაგვიანების მიზეზები

	ყველა N = 244, 56%	≤ 2 სთ, n=33, 13.5%	2-6 სთ, n=90, 36.9%	>6, n=121, 49.6%
თავს საკმარისად ავად არ ვთვლიდი, რომ სამედიცინო დახმარებისათვის მიმემართა	112 (45.9)	16 (48.5)	42 (46.7)	54 (44.6)
ჩავთვალე, რომ თვითდახმარება უფრო სწრაფი და ადვილი საშუალებაა	74 (30.3)	8 (24.2)	28 (31.1)	38 (31.4)
ექიმთან წასვლის დრო არ მქონდა	34 (13.9)	5 (15.2)	12 (13.3)	17 (14.0)
არ მინდოდა ექიმის შეწუხება	24 (9.8)	4 (12.1)	8 (8.9)	12 (9.9)

### დისკუსია

კვლევამ დაადასტურა, რომ პაციენტთა უმრავლესობას ჰქონდა სერიოზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, კერძოდ, ST-ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (STEMI) (n=318, 73%).

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის პაციენტების სოციალურ-დემოგრაფიული ფაქტორები, როგორცაა სქესი, განათლება, საცხოვრებელი ადგილი გავლენას ახდენენ პაციენტების ქვევზე სიმპტომების გამოვლენისას ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს. ასევე ფაქტორები, როგორცაა განათლება, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება, სიმპტომების დაწყების დრო (სამუშაო ან დასვენების პერიოდი, საღამოს/ღამის საათები) და მარტო ყოფნა გავლენას ახდენენ სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვის დროის ხანგრძლივობაზე.

კვლევამ აჩვენა, რომ ავადმყოფობის დროს მხოლოდ 48 პაციენტმა (11%) მიმართა ოჯახის ექიმს, როდესაც აღნიშნებოდა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის სიმპტომები. ამასთან, მოცემულ პაციენტებს დაესვათ დიგნოზი ST-ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი (NSTEMI). გულმკერდის ტკივილის მქონე პაციენტების მთავარი პირველი ქმედება იყო პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურთან დაკავშირება (47%), შემდგომ მოდის თვითდახმარება (22.5%) და კარდიოლოგის გამოძახება (19.5%). ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ის გარემოება, რომ საქართველოში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება სრულიად უფასოა პაციენტისათვის.

ავადმყოფობის დროს ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვა მეტყველებს, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვა არ არის განვითარებული სათანადო დონეზე (Verulava, 2023). საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 3.5-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს) (Verulava & Jorbenadze, 2022). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის, ოჯახის ექიმის გარეშე მიმართავენ ექიმ-სპეციალისტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას (Verulava et al., 2020b; Verulava et al., 2019). საქართველოში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზია ოჯახის ექიმისადმი დაბალი ნდობა (Verulava et al., 2020a). ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყანაში. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია არ არის სამედიცინო დახმარების მიღების დამკვიდრებული და მთავარი გზა. ბევრი პაციენტი არ მიიჩნევს, რომ ოჯახის ექიმთან დაკავშირება უნდა იყოს მათი მოქმედების პირველი საშუალება (Verulava, 2022).

კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმთან მიმართვა ზრდის გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების დაყოვნებას (Bruyninckx et al, 2008; Pattenden et al, 2002; Van Severen et al, 2017). ჩვენი კვლევის მიხედვითაც, პაციენტების 95.8%-მა, რომლებმაც სიმპტომების დაწყებისას პირდაპირ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს მიმართეს 2 საათზე ნაკლები დასჭირდათ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღებას.

თუმცა, პაციენტები, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციამდე დაუკავშირდნენ ოჯახის ექიმს ჰქონდათ შედარებით ნაკლები დაგვიანების დრო და შესაბამისად ადრე, მაქსიმუმ 6 საათამდე მიმართეს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სამსახურს, ვიდრე იმ პაციენტებმა, რომლებმაც თვითმკურნალობას მიმართეს. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ოჯახის ექიმები სათანადოდ აღიქვამენ სიმპტომებს და ცდილობენ საჭიროების შემთხვევაში დროზე მიმართონ პაციენტები გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურს. ამისგან განსხვავებით თვითმკურნალობის დროს, რომელსაც ჩვენს კვლევაშიც საკმაოდ დიდი წილი უკავია (n=98, 22.5), შედარებით მაღალია გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანების დრო (n=90, 66.7).

შემთხვევების 31%-ში, გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვის დრო შეადგენდა 6 სთ-ზე მეტს. აღნიშნული გამოწვეულია გულმკერდის ტკივილის დაწყების შემდეგ გადაწყვეტილების მიღების რთულ პროცესთან, მათ შორის კოგნიტურ და ემოციურ პროცესებთან, ინდივიდუალურ წარმოდგენებთან და ფასეულობებთან, ასევე შემთხვევის კონტექსტის გავლენასთან (Wallbridge et al. 1992).

## დასკვნა

ოჯახის ექიმი დიდ როლს ასრულებს სტენოკარდიული ტკივილის მქონე პაციენტების მართვასა და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვაში. ამასთან, პაციენტები უშუალოდ უკავშირდებიან გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ოჯახის ექიმთან კონტაქტის გარეშე.

რეკომენდირებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კამპანიების ჩატარება, რომელიც ხელს შეუწყობს გულმკერდის ტკივილის მქონე პაციენტებს დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ გადაუდებელ სამედიცინო სამსახურს. იმ შემთხვევაში, როდესაც დისკომფორტი მცირეა, უფრო მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმთან კონსულტაცია.

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში. რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდი. 2021.
2. მიქავა ნ, გაბრიჭიძე ს. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ბარიერი. Welfare Foundation. 2019.
3. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014.
4. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2019. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2020.
5. Beeleonie B, Kusmana D. Role of general practitioner in the management of acute myocardial infarction. *Med J Indones.* 2005;14(4):249-52.
6. Bruyninckx R, Van den Bruel A, Aertgeerts B, Van Casteren V, Buntinx F. Half of the patients with chest pain that are urgently referred are transported in unsafe conditions. *Eur J Emerg Med* 2008; 15:330-333.
7. Gärtner C, Walz L, Bauernschmitt E, Ladwig KH. The causes of prehospital delay in myocardial infarction. *Dtsch Arztebl Int.* 2008 Apr;105(15):286-91.
8. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2018;39(2):119-77.
9. Ibanez Borja, Stefan James, Stefan Agewall, Manuel J Antunes, Chiara Bucciarelli-Ducci, Héctor Bueno, Alida L P Caforio, Filippo Crea, John A Goudevenos, Sigrun Halvorsen, Gerhard Hindricks, Adnan Kastrati, Mattie J Lenzen, Eva Prescott, Marco Roffi, Marco Valgimigli, Christoph Varenhorst, Pascal Vranckx, Petr Widimský, ESC Scientific Document Group , 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 2, 07 January 2018, Pages 119-177, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
10. Ladwig KH, Meisinger C, Hymer H, et al. Sex and age specific time patterns and long term time trends of pre-hospital delay of patients presenting with acute ST-segment elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2011;152:350-5.
11. McKee G, Mooney M, O'Donnell S, O'Brien F, Biddle MJ, Moser DK. Multivariate analysis of predictors of pre-hospital delay in acute coronary syndrome. *Int J Cardiol.* 2013;168(3):2706-13.
12. Pattenden J, Watt I, Lewin RJP, Stanford N. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *BMJ* 2002; 324:1006.

13. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016;69(10):939.
14. Steg PG, James SK, Atar D, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: the Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2012;33:2569–619.
15. Thylen I, Ericsson M, Hellstrom Angerud K, Isaksson RM, Sederholm Lawesson S, SymTime study g. First medical contact in patients with STEMI and its impact on time to diagnosis; an explorative cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(4):e007059.
16. Thylen I, Ericsson M, Hellstrom Angerud K, Isaksson RM, Sederholm, Lawesson S, SymTime study g. First medical contact in patients with STEMI and its impact on time to diagnosis; an explorative cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(4):e007059.
17. Johansson I, Stromberg A, Swahn E. Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 2004;33(5):291–300.
18. Verdon F, Burnand B, Herzig L, Junod M, Pecoud A, Favrat B. Chest wall syndrome among primary care patients: a cohort study. *BMC Fam Pract*. 2007;8:51.
19. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2014;35:2541–619.
20. Van Severen E, Willemsen R, Vandervoort P, Sabbe M, Dinant GJ, Buntinx F. How do patients with chest pain access Emergency Department care? *Eur J Emerg Med*. 2017 Dec;24(6):423-427.
21. Verulava T. Barriers to effective communication between family physicians and patients in Georgia. *Family Medicine & Primary Care Review* 2023; 25(1): 80–85.
22. Verulava T, Jorbenadze A. Primary health care reforms in Georgia: the experience and challenges. *Arch Balk Med Union*. 2022;57(4):384-389.
23. Verulava T. Factors influencing medical students' choice of family medicine. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2022;24(1):66-70.
24. Verulava T, Jorbenadze R, Karimi L. Patients' perceptions about access to health care and referrals to family physicians in Georgia. *Archives of the Balkan Medical Union*. 2020; 55(4): 642-650.
25. Verulava T, Dangadze B, Jorbenadze R, Lordkipanidze A, Karimi L, Eliava E, Maglakelidze T. The Gatekeeper Model: patient's view on the role of the family physician. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2020; 22(1): 75–79.
26. Verulava T, Beruashvili D, Jorbenadze R, Eliava E. Evaluation of patient referrals to family physicians in Georgia. *Family Medicine & Primary Care Review* 2019; 21(2):180-183
27. Wallbridge DR, Tweddel AC, Martin W, Cobbe SM. The potential impact of patient self-referral on mortality in acute myocardial infarction. *Q J Med* 1992; 85:901–909.