

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

მედიცინის ფაკულტეტი

სადოქტორო პროგრამა - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ეპიდემიოლოგია

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებთან პაციენტის ნდობა: მოქმედი ფაქტორები და
სარგებლები

ავტორი - გულნარა აბაშიძე-გაბაიძე

დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელები - ლაშა ლორია ,ასოცირებული პროფესორი
თენგიზ ვერულავა, მედიცინის დოქტორი, პროფესორი

თბილისი 2024

აბსტრაქტი

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სუსტად არის განვითარებული, რასაც ადასტურებს ამბულატორიულ კლინიკებში მიმართვების დაბალი მაჩვენებელი. აღნიშნულის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია პაციენტების ნაკლები ნდობა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიმართ, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მის ჯანმრთელობაზე. ამ გამოწვევების გადაჭრის ერთ-ერთი აუცილებელი მექანიზმია პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობის გაუმჯობესება

კვლევის მიზანია პაციენტების დამოკიდებულების შესწავლა პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართ ნდობის სხვადასხვა ასპექტთან დაკავშირებით, და გამოვავლინოთ ფაქტორები, რომლებსაც შეუძლიათ განსაზღვრონ ნდობის დონე პირველადი ჯანდაცვის ექიმი-პაციენტის ურთიერთობაში.

კვლევა ეყრდნობა როგორც რაოდენობრივ ასევე თვისებრივ მეთოდს. კვლევისათვის შეირჩა აჭარის რეგიონის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები. რაოდენობრივი კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდნენ პაციენტები (772 რესპოდენტი). თვისებრივი კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდნენ პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ექსპერტები, ოჯახის ექიმები და პაციენტები (54 რესპოდენტი).

კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტებს აქვთ დაბალი ნდობა ოჯახის ექიმების მიმართ. პაციენტების ნდობასთან ოჯახის ექიმების მიმართ მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა ასაკი, სქესი, განათლების დონე, საცხოვრებელი ადგილი (სოფელი, ქალაქი), ასევე, პაციენტთა მოლოდინები ექიმთან შეხვედრამდე, პაციენტის კმაყოფილება ექიმის ქმედებებითა და ქცევებით კონსულტაციის დროს, კონსულტაციის შემდგომ ექიმის მკურნალობასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის შედეგებით კმაყოფილება, ექიმების კომუნიკაციის უნარების ეფექტურობა და ზრუნვის უწყვეტობის დამყარება. ნდობა მნიშვნელოვანია დაავადების მკურნალობაში, რადგან ის ხელს უწყობს პაციენტის მიერ სამედიცინო მომსახურების მიებას, ინფორმაციის გამჟღავნებას, მკურნალობის რჩევებისადმი დამყოლობას და დაავადებასთან დაკავშირებული ფინანსური ტვირთის შემცირებას. ყველაზე მნიშვნელოვანია რამ, რაც ხელს უწყობს პაციენტის და ექიმის ნდობას არის პაციენტზე მზრუნველი და ერთგული ექიმი, რომელიც ნათლად აუხსნის პაციენტებს

მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობას, რეკომენდაციას უწევს პრევენციულ ზომებს, უზრუნველყოფს კონფიდენციალურობას, ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობას და პაციენტს ჩართავს მკურნალობის გეგმაში.

რეკომენდირებულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემური ცვლილებები. საჭიროა პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ექიმების სასწავლო პროგრამების ჩამოყალიბება იმ ფაქტორების გათვალისწინებით, რომლებიც გააძლიერებენ პაციენტების ნდობას.

Abstract

The primary health care system of Georgia is poorly developed, which is confirmed by the low rate of referrals to outpatient clinics. One of the main reasons for this is patients' less trust in primary care doctors, which has a significant impact on their health. One essential mechanism to address these challenges is to improve patient trust in primary care physicians

The purpose of the study is to examine patients' attitudes regarding various aspects of trust in the primary care physician, and to identify factors that can determine the level of trust in the primary care physician-patient relationship.

The research is based on both quantitative and qualitative methods. The primary health care institutions of the Adjara region were selected for the study. The target group of quantitative research was patients (772 respondents). The target group of the qualitative research was primary health care experts, family doctors and patients (54 respondents).

Research shows that patients have low trust in family doctors. Factors such as age, gender, level of education, place of residence (rural, city), as well as patients' expectations before meeting the doctor, patient satisfaction with the doctor's actions and behaviors during the consultation, and health outcomes related to the doctor's treatment after the consultation are significantly related to patients' trust in family doctors. Satisfaction, Effectiveness of Physicians' Communication Skills, and Establishing Continuity of Care. Trust is important in the treatment of disease because it facilitates the patient's seeking of medical care, disclosure of information, adherence to treatment advice, and reduction of the financial burden associated with the disease. The most important thing that promotes patient and doctor trust is a caring and committed doctor who clearly explains their health condition to patients, recommends preventive measures, ensures confidentiality, establishes continuity of care and involves the patient in the treatment plan.

Systemic changes in primary care are recommended. There is a need to develop a patient-oriented healthcare system. It is appropriate to design training programs for primary care physicians taking into account factors that will enhance patient confidence.

სარჩევი

აბსტრაქტი.....	2
ცხრილების ჩამონათვალი:.....	7
I. შესავალი.....	8
1.1. საკვლევი თემის აქტუალობა.....	8
1.2. კვლევის მიზანი და ამოცანები, ჰიპოთეზა.....	11
ჰიპოთეზა.....	12
1.3. კვლევის მნიშვნელობა, სიახლე.....	12
II. ლიტერატურული მიმოხილვა.....	14
2.1. პაციენტ-ექიმის ურთიერთობის არსი	14
2.2. ექიმ-პაციენტს შორის ურთიერთობის მოდელები.....	15
2.3. პაციენტ-ექიმის ურთიერთობის თანამედროვე გამოწვევები.....	16
2.5. პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის გაძლიერების აუცილებლობა.....	18
2.6. ნდობის კონცეფცია.....	20
2.6.1. ინტერპერსონალური ნდობის არსი	20
2.6.2. ინტერპერსონალური ნდობა.....	21
2.6.3. ნდობა პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაში	23
2.6.4. ფაქტორები, რომლებიც აყალიბებენ პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ.....	25
2.6.5. ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობის გასაუმჯობესებლად მიმართული ღონისძიებები	28
2.6.6. ექიმებისადმი პაციენტის ნდობის საზომი საშუალებები.....	30
2.7. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში.....	31
2.7.1. პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია	31
2.7.2. პირველადი ჯანდაცვის უმთავრესი პრინციპები.....	34
2.7.3. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია	38
2.7.4. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები.....	40
2.8. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები	44
2.8.1. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები ...	46
III მეთოდოლოგია.....	50
3.1. კვლევის დიზაინი.....	50

3. 2. შერჩევა.....	50
3.3. კვლების ინსტრუმენტი	52
3.4. მონაცემების შეგროვება, სტატისტიკური ანალიზი	55
3.5. კვლევის ეთიკის საკითხები	56
3.6. კვლევის შეზღუდვა	56
IV. კვლევის შედეგები.....	57
4.1. რაოდენობრივი კვლევის შედეგები.....	57
4.2. თვისებრივი კვლევის შედეგები	89
4.2.1 რას ნიშნავს ნდობა პაციენტებისთვის და ექიმებისთვის.....	90
4.2.2. ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავენ პაციენტის ნდობას ექიმების მიმართ .	94
4.2.3. ნდობის სარგებლები.....	106
4.2.4. ექიმის კომპეტენციები	114
V. განხილვა.....	118
5.1. ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა	118
5.2. კომუნიკაციის უნარების როლი.....	123
5.3. ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის გამჭვირვალობა	126
5.4. ექიმსა და პაციენტს შორის ჯანსაღი ნდობის ხელშეწყობა	127
VI. დასკვნები და რეკომენდაციები.....	129
6.1. შემაჯამებელი დასკვნები.....	129
6.2. რეკომენდაციები	129
VII. ბიბლიოგრაფია.....	130
VIII. გამოქვეყნებული ნაშრომების სია.....	145
IX. მოხსენებები ნაშრომის თემაზე.....	146
X. დანართები.....	146

ცხრილების ჩამონათვალი:

ცხრილი 1. რაოდენობრივი კვლევის რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემები

ცხრილი 2. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე და ნებაყოფლობითი დაზღვევით ბენეფიციართა რაოდენობა

ცხრილი 3: რესპოდენტთა დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის მიმართ

ცხრილი 4: თვისებრივი კვლევის რესპოდენტთა მახასიათებლები

I. შესავალი

1.1. საკვლევი თემის აქტუალობა

ნდობის კონცეფცია წარმოადგენს მრავალშროვან შეფასებას, რომელზეც გავლენას ახდენს მრავალი ფაქტორი და შეიძლება დაიყოს ორ ფართო კატეგორიად: ინტერპერსონალური ნდობა და სოციალური ნდობა.

ინტერპერსონალური ნდობა ხასიათდება ინდივიდის ნდობით სხვა ადამიანის სიტყვების, ქმედებებისა და გადაწყვეტილებების მიმართ (Zhang, 2021). ინტერპერსონალური ნდობა დროთა განმავლობაში იქმნება განმეორებითი ურთიერთქმედების გზით, რომლის დროსაც შეიძლება შემოწმდეს ინდივიდის წინასწარგანზრახვა თუ რამდენად სანდოა პიროვნება (Langlinais et al., 2022). ძლიერი ინტერპერსონალური ნდობა ხელს უწყობს პაციენტებს გამოავლინონ სტიგმატიზებული ინფორმაცია, ექიმს გაუზიარონ აზრები და გრძნობები, რათა მოხდეს დაავადების დროული და სწორი დიაგნოსტიკა, და შესაბამისად ჩაიტარონ სათანადო მკურნალობა.

სოციალური ნდობა განისაზღვრება, როგორც ინდივიდის ნდობა კოლექტიური ინსტიტუტების მიმართ. ამ სახის ნდობაზე დიდ გავლენას ახდენს მასობრივი საინფორმაციო საშუალებები და ზოგადად სოციალური დამოკიდებულება ინსტიტუტების მიმართ. ჯანდაცვის სფეროში სოციალური ნდობა შეიძლება განისაზღვროს, როგორც პაციენტის ნდობის ხარისხი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მიმართ. სოციალური ნდობის კონცეფცია მნიშვნელოვანია პაციენტის ინტერპერსონალური ნდობის ჩამოსაყალიბებლად მისი ექიმის მიმართ (Kondo et al., 2023). აღმოჩნდა, რომ სოციალური და ინტერპერსონალური ნდობის სათანადო განვითარება ხელს უწყობს უკეთესი კომუნიკაციის ქცევებს და გამჭვირვალობას პაციენტსა და ექიმს შორის (Petrocchi et al., 2019).

ინტერპერსონალური და სოციალური ნდობის დეფინიციების გარდა, ექიმებისადმი ნდობა შეიძლება დაიყოს ორ განზომილებად: ნდობა ექიმის კოგნიტიურ შესაძლებლობებზე და ტექნიკურ კომპეტენციაზე და ნდობა, რომელიც ეფუძნება ემოციებს, როგორებიცაა თანაგრძნობა და ემპათია (Zhang, 2021). ეს განზომილებები ხელს უწყობს ნდობის მასშტაბების ჩამოყალიბებას, რომლებიც

სპეციფიკურია გაწეული სამედიცინო სერვისისთვის (Symvoulakis et al., 2023). იმის გამო, რომ პაციენტებს არ გააჩნიათ საკმარისი სამედიცინო გამოცდილება ექიმების ტექნიკური მუშაობის სათანადოდ შესაფასებლად, პაციენტები უნდა ენდონ, რომ ექიმი კომპეტენტური და მოტივირებულია და დაიცავს მის ინტერესებს. სამედიცინო კომპეტენციას, როგორც წესი, აღიარებენ პაციენტები და არ ექვემდებარება გამოწვლილვით ანალიზს, რადგან ექიმები ინვესტიციებს დებენ თავიანთ სამედიცინო განათლებაში, რაც ხელს უწყობს პაციენტის ნდობის ხარისხს ექიმების ტექნიკურ და კოგნიტიურ შესაძლებლობებში. ამ სახის ნდობა ექიმების ტექნიკურ შესაძლებლობებზე, მთლიანობაში, შეიძლება ჩაითვალოს სოციალური ნდობის ფორმად (Shaya et al., 2019).

პაციენტის ნდობამ საკუთარი ექიმის მიმართ შეიძლება შეასრულოს რამოდენიმე ფუნქცია. პაციენტის ნდობამ მისი ექიმის მიმართ შეიძლება დაეხმაროს ექიმი-პაციენტის პარტნიორული ურთიერთობების განმტკიცებას. იმის გამო, რომ ნდობა არის ნებისმიერი ადამიანური ურთიერთობისთვის საყოველთაოდ მიღებული საფუძველი (Sun & Rau, 2017), პაციენტის ნდობა მისი ექიმის მიმართ არის აუცილებელი წინაპირობა წარმატებული სამედიცინო მომსახურებისთვის (Leisen & Hyman, 2004). ნდობა ასევე მნიშვნელოვანია პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობის ურთიერთგაზიარების ბუნებიდან გამომდინარე. პაციენტებსა და ექიმებს შორის ურთიერთობა პირდაპირ ეხება ადამიანის სიცოცხლეს და სიკვდილს და მის ფიზიკურ კეთილდღეობას. გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო პრაქტიკას ხშირად ახასიათებს გაურკვევლობისა და შეუქცევადობის თავისებურებები (Kim et al., 2018). კვლევამ აჩვენა, რომ ექიმ-პაციენტისადმი სანდო ურთიერთობა იწვევს პაციენტის კმაყოფილების ზრდას, მკურნალობის პირობებისადმი ერთგულების ზრდას და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას (Pearson and Raeke, 2000).

ანდერსონის და დედრიკის (1990) მიერ პირველად ჩატარდა ექიმის მიმართ ნდობის (Trust in Physician scale - TIPS) კვლევა, რომლითაც განხორციელდა პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობის სპეციფიკურ ნდობის გაზომვა. 5-ქულიანი ლიკერტის ფორმატის გამოყენებით შეფასებულ იქნა 11 პუნქტი, რომელიც მოიცავდა ნდობას, საიმედოობას და კერძო ინფერმაციის კონფიდენციალურობას. ექიმის მიმართ ნდობა (Trust in Physician scale - TIPS) მალე გახდა შეფასების ინსტრუმენტად მისი შესანიშნავი

ფსიქომეტრიული თვისებების გამო (Pearson & Raeke, 2000). შემდგომ საფრანსის მიერ შემოთავაზებულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის შეფასების კითხვარი (Safran et. al. 1998), რომელიც შედგებოდა ლიკერტის სკალის 8 კითხვისგან, რომელიც მოიცავდა ერთგულების, აგენტური ურთიერთობებისა და კომპეტენციის შეფასებას. ასევე, კაოს მიერ (Kao et. al. 1998) შემოთავაზებულ იქნა პაციენტის ნდობის შეფასება, რომელიც მოიცავდა სოციალური ნდობის მეშვეობით მართული ზრუნვის (Managed Care) სისტემის შეფასებას.

პაციენტის ექიმის მიმართ ნდობის შესახებ კვლევების უმეტესობა ჩატარებულ იქნა სპეციალიზებულ კლინიკებში და არა პირველადი ჯანდაცვის სფეროში. ჩვენი კვლევა ფოკუსირებულია პირველადი ჯანდაცვის ექიმებზე. ჩვენს მიერ განხორციელებული კვლევა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მრავალი მიზეზის გამო, მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დიდი მოცულობის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მრავალფეროვნებისა და ყოველდღიურად მიღებული სამედიცინო გადაწყვეტილებების ფართო სპექტრის გამო.

პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭეს“, სადაც ხდება პაციენტის პირველი კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან და მოიცავს დაავადების პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროებისას პაციენტის მიმართვა ექიმ-სპეციალისტთან (Verulava et al., 2019). პირველადი ჯანდაცვა განისაზღვრება, როგორც ინტეგრირებული, ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების გაწევა, რომელიც ითვალისწინებს ინდივიდების ჯანმრთელობის დაცვის საჭიროებების უმრავლესობას, მათ შორის ფიზიკურ, ფსიქიკურ და ემოციურ პრობლემებს. პირველადი ჯანდაცვა არის თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის საფუძველი. პირველადი ჯანდაცვა განიხილება, როგორც ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესების, ასევე ხარჯების კონტროლს უმთავრესი მექანიზმი (Kennedy, & Shewchuk, 2008; Macinko et al., 2003). პირველადი ჯანდაცვა უზრუნველყოფს პაციენტების მიმართვების რეგულირებას მათი სამედიცინო საჭიროებების შესაბამისად. ის არის ჯანდაცვის პირველი დონე, რომელიც პრიორიტეს ანიჭებს და ხელს უწყობს პრევენციულ ზრუნვას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაღალი მდგომარეობის მისაღწევად (Sari, Prabandari, & Claramita, 2016).

პაციენტებსა და მათ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს შორის ურთიერთობები ასევე განსაკუთრებული საინტერესოა პირველადი ჯანდაცვისათვის დამახასიათებელი უწყვეტი მეთვალყურეობის უნიკალური თვისების გამო. იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტის ნდობას ექიმის მიმართ აქვს მის ჯანმრთელობაზე დიდი ზემოქმედება, აქტუალურია განვსაზღვროთ მეთოდები, რომლითაც ექიმებს შეუძლიათ დაეხმარონ ამ ნდობის განვითარებასა და შენარჩუნებას.

აქვე აღსანიშნავია, რომ კვლევების მიხედვით, საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სუსტად არის განვითარებული, რასაც ადასტურებს ამბულატორიულ კლინიკებში მიმართვების დაბალი მაჩვენებელი (მიქავა და გაბრიჭიძე, 2019). საქართველოში პირველად ჯანდაცვაში ერთ სულზე მიმართვა წელიწადში შეადგენს 3.6-ს (ევროპის ქვეყნებში საშუალოდ 7.5-ს). კვლევები აჩვენებენ, რომ რესპონდენტების 40%-მა გამოხატა უკმაყოფილება ოჯახის ექიმის მიმართ (ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019). აღნიშნულის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია პაციენტების ნაკლები ნდობა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიმართ. პირველადი ჯანდაცვის სუსტი განვითარება უარყოფით გავლენას ახდენს ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

1.2. კვლევის მიზანი და ამოცანები, ჰიპოთეზა

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზანია პაციენტების დამოკიდებულების შესწავლა პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართ ნდობის სხვადასხვა ასპექტთან დაკავშირებით, და გამოვავლინოთ ფაქტორები, რომლებსაც შეუძლიათ განსაზღვრონ ნდობის დონე პირველადი ჯანდაცვის ექიმი-პაციენტის ურთიერთობაში. ნდობის შესახებ ცოდნის ხარვეზების იდენტიფიცირებით, ჩვენ შეგვიძლია ხელი შევუწყოთ სამედიცინო ურთიერთობების ამ სასიცოცხლოდ აუცილებელი საშუალების გასაძლიერებლად და პირველადი ჯანდაცვის გასაუმჯობესებლად სათანადო ღონისძიებების განსაზღვრებლად საქართველოში.

კვლევის კონკრეტული კითხვებია:

კითხვა #1: რას ნიშნავს პაციენტის ნდობა ექიმების მიმართ პაციენტებისა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისთვის?

კითხვა #2: რა ფაქტორები აყალიბებს პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ?

კითხვა #3: აქვს თუ არა მნიშვნელობა ნდობას? აღნიშნული მოიცავს პაციენტების ექიმებისადმი ნდობის უპირატესობებისა და უარყოფითი მხარეების გათვალისწინებას.

ჰიპოთეზა

აღნიშნულ კითხვებზე საპასუხოდ ჩამოვყალიბეთ შემდეგი სახის ჰიპოთეზები:

H1. პაციენტებს აქვთ დაბალი ნდობა პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის მიმართ.

H1. პაციენტების ნდობა მნიშვნელოვან კორელაციაშია ასაკთან, სქესთან, განათლების დონესთან, საცხოვრებელ ადგილთან;

H1. ექიმსა და პაციენტს შორის კარგი კომუნიკაცია, კერძოდ, სათანადო ინფორმაციის გაცვლა, ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტისთვის საკმარისად დათმობილი დრო, დადებით გავლენას ახდენს მკურნალობის გეგმის დაცვაზე და პაციენტისა და ექიმის ურთიერთქმედების კმაყოფილებაზე.

1.3. კვლევის მნიშვნელობა, სიახლე კვლევის თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება

თეორიული ღირებულება

კვლევის შედეგების საფუძველზე შემუშავებულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის მუშაკის მიმართ პაციენტის ნდობის შეფასების კონცეპტუალური ჩარჩო. მისი მართებულება დადგინდა იქნა ჩვენი კვლევის ფარგლებში. გამოვლენილ იქნა მიზეზ-შედეგობრივი კავშირები პირველადი ჯანდაცვის მუშაკის მიმართ პაციენტის ნდობასა და კმაყოფილებას შორის.

პრაქტიკული ღირებულება

ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევას აქვს პრაქტიკული ღირებულება. კვლევამ აჩვენა, რომ ჯანდაცვის სფეროში გადაწყვეტილებების მიმღებმა პირებმა კრიტიკულად უნდა

შეაფასონ ოჯახის ექიმის მიმართ პაციენტის ნდობის მნიშვნელობა. ოჯახის მიმართ პაციენტის ნდობის გასაუმჯობესებლად განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გააკეთონ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სათანადო პირობების შექმნაზე, ოჯახის ექიმების საგანმანათლებლო პერსპექტივებზე. გარდა ამისა, სამედიცინო დაწესებულებებმა აქცენტი უნდა გააკეთონ საფინანსო და არასაფინანსო სტიმულებზე (სასწავლო ტრენინგები, პროფესიული განვითარების კურსები). ჯანდაცვის დაწესებულებამ მეტი დრო უნდა დაუთმოს პროფესიულ-საგანმანათლებლო კურსების ჩატარებას, რომლის მეშვეობით პირველადი ჯანდაცვის პერსონალი მიიღებს სათანადო განათლებას, რაც ხელს შეუწყობს პროფესიული საქმიანობის ხარისხით უზრუნველყოფას.

თავი II. ლიტერატურული მიმოხილვა

2.1. პაციენტ-ექიმის ურთიერთობის არსი

პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობას დიდი ყურადღება ექცევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და კლინიკური პრაქტიკის პერსპექტივიდან. ზოგიერთი მკვლევარი პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობის შესასწავლად იყენებს კონკრეტულ დაავადებაზე ორიენტირებულ მიდგომას, მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, აივ/შიდსის ან დიაბეტის მკურნალობა. ზოგიერთმა მკვლევარმა მოახდინა პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობის ევოლუციის დეტალური ანალიზი. კერძოდ, შესწავლილ იქნა იმ ფაქტორების ცვლილებები, რომლებიც აყალიბებენ პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობას (Meyer, 2010), ასევე შესწავლილ იქნა პაციენტი-ექიმთან ურთიერთობის ისტორია ძველი ეგვიპტიდან თანამედროვეობამდე და დადგინდა, რომ დაავადების ზუსტი დიაგნოზი და ეფექტური მკურნალობა ყოველთვის იყო დამოკიდებული პაციენტებსა და ექიმებს შორის ურთიერთობის ხარისხზე (Kaba და Sooriakumaran, 2007).

სხვადასხვა ავტორი განსხვავებულად განსაზღვრავს პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობას (Dorr Gould და სხვ. 1999; Honavar, 2018; Pellegrini, 2017). პაციენტი ექიმის ურთიერთობა განისაზღვრება, როგორც ურთიერთობა, რომელშიც პაციენტი ნებაყოფლობით ეძებს დახმარებას ექიმისგან, და ექიმი ნებით თანახმაა შესთავაზოს სამედიცინო დახმარება პაციენტს (Rajasoorya, 2007; Anderson და სხვ. 2016; Ridd და სხვ. 2009). სხვა ავტორების მიხედვით, პაციენტი ექიმის ურთიერთობა განისაზღვრება, როგორც ორი ინდივიდის (პაციენტებისა და ექიმების) ურთიერთქმედება თერაპიული მიზნებისთვის უსაფრთხო და კონსტრუქციულ გარემოში, რომელიც დროთა განმავლობაში პაციენტს საშუალებას მისცემს მიაწოდოს ძალიან პირადი საკითხები. (Marincowitz, 2004). ეს განმარტება მხარს უჭერს პაციენტისა და ექიმის ძლიერი ურთიერთობების ხედვას, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტების გაგებას, ინფორმაციის გამჟღავნებას და მკურნალობის გეგმაში მონაწილეობას და, შესაბამისად, მათ ჩართულობას სამედიცინო ჩარევაში, გაწეული სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილებაში და მკურნალობის გეგმის დაცვაში.

2.2. ექიმ-პაციენტის შორის ურთიერთობის მოდელები

ამერიკელმა სოციოლოგმა ტალკოტ პარსონსმა ექიმ-პაციენტის შორის ურთიერთობა წარმოგვიდგინა როგორც ასიმეტრიული (Parsons, 1951). მისი აზრით, ექიმ-პაციენტის შორის ურთიერთობაში უმთავრესი ადგილი ეკუთვნის ექიმებს, რაც გამოწვეულია სამი მიზეზით:

პროფესიული ავტორიტეტი. ექიმს აქვს სამედიცინო განათლება და სოციალური ლეგიტიმაცია, რაც მას აძლევს ჯანდაცვის უმაღლესი ავტორიტეტის როლს.

სიტუაციური ავტორიტეტი. ექიმი პაციენტს უტარებს სამედიცინო მომსახურებას, რითაც გამოიხატება ამ პროცესში ექიმის ავტორიტეტი.

სიტუაციური დამოკიდებულება. პაციენტი ექიმთან მიდის სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, მას წინასწარ შეუთანხმდება ვიზიტის დროს, პასუხს ძლევს ექიმს დასმულ კითხვებზე და ეთანხმება მკურნალობის ჩატარებაზე. ამგვარად, პაციენტი მთლიანად არის დამოკიდებული ექიმის რჩევებზე. მიუხედავად აღნიშნულისა, პარსონი აღნიშნავს, რომ ექიმი ცდილობს რაციონალურად გამოიყენოს ძალაუფლება, და იმოქმედოს პაციენტის ინტერესების მიხედვით.

თუმცა, პარსონსის მოდელის კრიტიკოსების მტკიცებით, ექიმსა და პაციენტს შორის არ არის ჰარმონიული ურთიერთქმედება, რადგან მათ შორის ძალაუფლება არ არის თანაბრად განაწილებული, რაც ქმნის კონფლიქტის გარდაუვალობას (Freidson, 1970).

საზ-ჰოლენდერმა შემოგვთავაზა აქტიურობა-პასიურობის მოდელი, რომლის მიხედვით, ექიმი არის სამედიცინო ექსპერტი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიმღები. ინფორმაციული ასიმეტრიულობის გამო პაციენტი დამოკიდებულია ექიმის ცოდნაზე და გადაწყვეტილებაზე. ასეთ ურთიერთობას უწოდებენ პატერნალისტურ ურთიერთობას, სადაც ყველაფერ წყვეტს მშობელი, ხოლო ბავშვი ემორჩილება მის გადაწყვეტილებებს.

ხელმძღვანელობა-თანამშრომლობის მოდელი. პაციენტს იმედი აქვს, რომ ექიმის სამედიცინო მომსახურების გაწევით მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდება. ამ შემთხვევაში იზრდება პაციენტის მონაწილეობა მკურნალობის პროცესში, რადგან პაციენტი მკურნალობასთან დაკავშირებულ სათანადო

სრულყოფილ ინფორმაციას აწვდის ექიმს. ექიმი ცდილობს პაციენტთან დაამყაროს მჭიდრო თანამშრომლობა. მკურნალობის პროცედურებზე საჭიროა პაციენტის თანხმობა, თუმცა ექიმს აქვს გადაწყვეტი რილი. ასეთი ურთიერთობა მსგავსია მშობელსა და მოზარდს შორის ურთიერთობის.

თანასწორი მონაწილეობის მოდელის დროს პაციენტი სრულად მონაწილეობს და მყარდება ექიმსა და პაციენტს შორის თანასწორული ურთიერთობები. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმს უკავია მთავარი როლი, პაციენტი ვალდებულია სათანადო ინფორმაცია მიაწოდოს ექიმს. ამ მოდელში ექიმსა და პაციენტს აქვს შედარებით თანაბარი ძალაუფლება, სადაც ორივე მხარეს აქვს ერთმანეთის საჭიროების გრძნობა. ცხადია, ასეთი მოდელი ნაკლებად შესაბამისია ბავშვთათვის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთათვის.

2.3. პაციენტ-ექიმის ურთიერთობის თანამედროვე გამოწვევები

მკვლევარები ხაზს უსვამენ, რომ ჯანდაცვის სისტემებში განვითარებული ცვლილებები ხელს უწყობს პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის გაუარესებას. პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობაზე ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს მზარდი სპეციალიზაცია და ტექნოლოგიებზე ზედმეტად დამოკიდებულება (Campbell და სხვ., 2007). აღნიშნული მიუთითებს, რომ ტექნოლოგიურ მიღწევებს და სამედიცინო სპეციალიზაციას ერთი მხრივ აქვს სარგებელი ზუსტი და დროული დიაგნოზის დასმის გაადვილებით, თუმცა, შეიძლება თან ახლდეს ისეთი უარყოფითი მხარეები, როგორიცაა პაციენტი-ექიმთან ურთიერთობის დროის შემცირება (Marino და სხვ., 2023).

აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების და ჯანდაცვის ორგანიზაციული ცვლილებები, როგორიცაა ჯანდაცვის სისტემაში ბაზარზე დაფუძნებული რეფორმების დანერგვა ზოგჯერ უარყოფითად მოქმედებ პაციენტი-ექიმს შორის ურთიერთობაზე (Blumenthal, 1996; Stavropoulou, 2012). ამ ცვლილებებმა შექმნა ისეთი ბარიერები, როგორიცაა ერთსა და იმავე ექიმთან პაციენტების უწყვეტი მიმართვის ნაკლებობა, შემცირდა კონსულტაციის დრო და ექიმებს დაეკისრა მრავალი პასუხისმგებლობა პაციენტებისა და მესამე მხარის სუბიექტების მიმართ.

იმის გათვალისწინებით, რომ ექიმთან ვიზიტის ხანგრძლივობა საშუალოდ 15-დან 20 წუთამდეა, ბევრი პაციენტი გრძნობს, რომ მათი ექიმი ჩქარობს და არ აქვს სათანადო დრო, დაუსვან კითხვები და მიიღონ პასუხები ან ისაუბრონ ყველა სიმპტომსა და პრობლემაზე. ასეთმა მდგომარეობამ შეიძლება ხელი შეუწყოს პაციენტსა და ექიმს შორის ნდობის ნაკლებობას (Grant, 2009).

ჯანდაცვის სისტემის მრავალმა ცვლილებამ გამოიწვია მოგების პრიორიტეტიზაცია პაციენტ-ექიმთან ურთიერთობაში, რასაც მკვლევარები უწოდებენ ჯანდაცვის „კომერციალიზაციას“. მკვლევართა აზრით, ჯანდაცვის კომერციალიზაცია გავლენას ახდენს სამედიცინო პროფესიონალებზე და ჯანდაცვა განიხილება, როგორც ფინანსური შემოსავლების ვაჭრობა და არა პროფესია, შედეგად, ზოგიერთი სამედიცინო პროფესიონალი თავს არიდებს ეთიკურ და პროფესიულ მოვალეობებს პაციენტების წინაშე, რაც იწვევს მედიცინის „დეპროფესიონალიზაციას“ (Genuis, 2006).

ზოგი მკვლევარის მტკიცებით, შემცირდა პაციენტების ნდობა ექიმების ძალაუფლებისადმი, რადგან გაიზარდა ინფორმაციაზე ინდივიდუალური და სოციალური წვდომა სხვადასხვა წყაროების საშუალებით, როგორიცაა მედია ან ინტერნეტი. აღნიშნული უარყოფითად აისახება პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაზე (Luo და სხვ., 2022).

მედია საშუალებები სულ უფრო ხშირად აქვეყნებენ ინფორმაციას ექიმების მიერ დაშვებულ სამედიცინო შეცდომებს და არასწორი საექიმო პრაქტიკის შემთხვევებს, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს პაციენტის ნდობაზე სამედიცინო პროფესიის მიმართ (Isik და სხვ., 2016). მკვლევართა აზრით, მიუხედავად იმისა, რომ ინტერნეტში განთავსებული ინფორმაცია პაციენტს უფლებას აძლევს გააკონტროლოს ჯანდაცვის გადაწყვეტილებები, ის განაპირობებს იმედგაცრუების გრძნობას ჯანდაცვის მუშაკების მიმართ, როდესაც ექიმის მიმართ მოლოდინები არ კმაყოფილდება. შედეგად, პაციენტ-ექიმთან ურთიერთობაში დადგა კრიზისის დრო.

ამგვარად, ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ცვლილებები, მასმედია და არასწორი პრაქტიკა გავლენას ახდენს პაციენტ-ექიმთან ურთიერთობაზე. პაციენტები კარგავენ ნდობას და ლოიალობას ექიმების მიმართ. აღნიშნული ცვლილებები ნეგატიურად მოქმედებენ პაციენტების ნდობაზე ექიმების მიმართ.

2.4. დამაბულობა პაციენტი-ექიმს შორის ურთიერთობაში

როგორც ავღნიშნეთ, მედია გავლენას ახდენს პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაზე. მასმედიის საშუალებები სულ უფრო ხშირად აქვეყნებენ ინფორმაციას ექიმების მიერ დაშვებული სამედიცინო შეცდომების შესახებ. შედეგად, პაციენტებს უფრო მეტად მიუწვდებათ ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციაზე მასმედიის და ინტერნეტის საშუალებით. როგორც ჩანს, სამედიცინო შეცდომების გამოქვეყნებამ დიდი წვლილი შეიტანა მედიცინის პოლიტიკებასა და სამედიცინო პლურალიზმში.

ამ მხრივ, განსაკუთრებით საინტერესოა პაციენტების საჩივრების და ექიმების ტექნიკური და პროფესიული არაკომპეტენტურობით (უნარები, სანდოობა, კონფიდენციალობა, პაციენტის ჩართულობა) ქცევითი არაკომპეტენტურობის (ქცევა, თანაგრძნობა, კომუნიკაციის უნარები/ენა და პატივისცემა) მიმართ უკმაყოფილების განხილვა.

კვლევები აჩვენებენ, რომ ექიმების ნეგატიური დამოკიდებულება და ქცევა ნეგატიურ გავლენას ახდენს პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაზე (Harbishettar და სხვ., 2019). აღნიშნული იწვევს პაციენტების უფლებების ეროზიას ჯანდაცვის დაწესებულებებში. ექიმების სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის უკმაყოფილება გავლენას ახდენს პაციენტის ნდობაზე და ლოიალობაზე და ასევე გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სერვისების მიღებაზე, მკურნალობის დამყოლობაზე, ურთიერთობის გაგრძელებაზე. პაციენტებსა და ექიმებს შორის არსებული დამაბულობის გათვალისწინებით, საჭიროა მათი ურთიერთობების გაძლიერება, როგორც პაციენტის ჯანდაცვის სერვისის მიღების, ერთგულების და ჰოსპიტალური მოვლის უწყვეტობის ხელშეწყობის საშუალება.

2.5. პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის გაძლიერების აუცილებლობა

ქრონიკული დაავადებების დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მუდმივი მონიტორინგის დროს პაციენტსა და ექიმს შორის მჭიდრო ურთიერთობის საჭიროება ფართოდ არის აღიარებული ბიოსამედიცინო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლიტერატურაში (Campbell და McGauley, 2005). ზოგიერთი მკვლევარი ხაზს უსვამს

პაციენტსა და ექიმს შორის ძლიერ ურთიერთობას, როგორც მნიშვნელოვან აუცილებლობას პაციენტის ჯანმრთელობის საუკეთესო შედეგების მისაღწევად და დაავადების კონტროლისთვის (Chipidza და სხვ., 2015). გარდა ამისა, ზოგიერთი მკვლევარი პაციენტსა და ექიმს შორის ძლიერ ურთიერთობას განიხილავს, როგორც შესაძლებლობას ექიმებისთვის, შეასრულონ თავიანთი ეთიკური, სამართლებრივი და პროფესიული ვალდებულებები პაციენტის სიცოცხლის, ინტერესების და ღირსების პატივისცემისა და დაცვის მიმართ (როგორც ეს მითითებულია ჰიპოკრატეს ფიცში) მადლიერების, თანაგრძნობის, სამართლიანობის, პატიოსნების, თავმდაბლობის, კონფიდენციალობის და ერთგულების გამოვლენით (Ludewigs და სხვ., 2022).

კვლევების შედეგები აჩვენებს, რომ ძლიერმა თერაპიულმა ურთიერთობებმა შეიძლება ხელი შეუწყოს: პაციენტის ჩართულობას პოზიტიური მკურნალობის შედეგების მიღწევაში და ექიმებს, რომლებიც ეფექტურად ასრულებენ თავიანთ თერაპიულ ვალდებულებებს დაავადების მართვასა და კონტროლში (Kornhaber და სხვ. 2016).

ზოგიერთი მკვლევარი მიუთითებს, რომ პაციენტების ნაკლები ჩართულობა სამკურნალო გადაწყვეტილებებში უარყოფითად მოქმედებს ექიმის რეკომენდაციების მიმართ პაციენტთა დამყოლობაზე და მომსახურების უწყვეტობაზე (Légaré და სხვ., 2018). სხვა კვლევამ აჩვენა, რომ ექიმის მიერ გადაწყვეტილების მიღების გაზრდილი უფლებამოსილება და გაურკვეველი კომუნიკაცია იწვევდა პაციენტის მიერ სერვისების გამოტოვებას და უარყოფითად მოქმედებდა პაციენტის მიერ მკურნალობის სერვისების ჩატარებაზე (Roodbeen და სხვ., 2020). პაციენტის ექიმებთან ურთიერთობის გაუმჯობესება დადებით გავლენას ახდენს 1) სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების გაზრდაზე, რაც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სფეროში ინტერპერსონალური დაძაბულობის შემცირებას და 2) პაციენტების მიერ ჯანდაცვითი სერვისების გამოყენების ქცევისა და ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესებაში (Drossman და Ruddy, 2020). პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის გაუმჯობესება ასევე დადებით გავლენას ახდენს პაციენტის მკურნალობის შედეგებზე და შესაბამისად ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე. იმის გათვალისწინებით, რომ საჭიროა ძლიერი ურთიერთობები პაციენტებსა და ექიმებს შორის მნიშვნელოვანია

პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის გაუმჯობესების სხვადასხვა სტრატეგიის შემუშავება.

2.6. ნდობის კონცეფცია

ნდობის თემას ყურადღება დაეთმო სხვადასხვა დისციპლინასა და სექტორში (მაგ. სოციოლოგია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, პოლიტოლოგია, ფსიქოლოგია, ეკონომიკა, მენეჯმენტი და ბიზნესი). ნდობა ასევე განიხილებოდა სხვადასხვა პრობლემის კონტექსტში, რაც იწვევს მის სხვადასხვაგვარ აღწერას.

ზოგიერთი თეორია განიხილავს ნდობას, როგორც სოციალური თანამშრომლობის, წესრიგის, გაცვლის, კომუნიკაციისა და დიალოგის ინსტრუმენტს, როგორც სოციალური ურთიერთობისათვის საჭირო მაკავშირებელი ხიდი ან საზოგადოებაში ინტერპერსონალური ურთიერთობებისათვის საჭირო სამშენებლო ბლოკი (Wilson & Eckel, 2011; Solomon & Flores, 2003; de Jong BA და სხვ., 2016). სხვა თეორიების მიხედვით, ნდობა განიხილება, როგორც სოციალური/ეკონომიკური განვითარების ინსტრუმენტი, სადაც ნდობის დაბალი დონე აფერხებს სოციალურ/ეკონომიკურ ზრდას (Daghestani და სხვ., 2020; Francois & Zabojnik, 2005; Bjørnskov, 2017; Roth, 2022; Beugelsdijk და სხვ., 2002).

2.6.1. ინტერპერსონალური ნდობის არსი

დღემდე, მცირე შეთანხმება არსებობს იმის შესახებ, თუ რას ნიშნავს ნდობა. ზოგიერთი ავტორი ვარაუდობს, რომ ის შეიძლება განსხვავებულად აღიქმებოდეს სხვადასხვა სოციალური ჯგუფის მიერ (Harrison და სხვ., 2001; Alexopoulos & Buckley, 2013; Li & Betts, 2003). ნდობა რთული, მრავალგანზომილებიანი კონსტრუქციაა, რაც ართულებს მის გაზომვას და ინტერპრეტაციას. ამით შეიძლება ნაწილობრივ აიხსნას ნდობის სხვადასხვა განმარტებები.

რანის და ტრანსიუს (Rahn & Transue, 1998) მიხედვით, ნდობა „უცვლელი გადაწყვეტილებაა“, რომელშიც ვინმეს ეჭვი შეეპარება. რესნიკის (Resnick, 2011) მტკიცებით, ნდობა არის ურთიერთობა ადამიანებს შორის, რომელშიც

ურთიერთობები ხელს უწყობს მუდმივ ინტერაქციას, რომელიც მოიცავს რისკის მიღებას და გაურკვევლობას სამომავლო ურთიერთქმედების შესახებ. პეტის და კაჩიოპოს (Petty & Cacioppo, 1986) მიხედვით ნდობა არის ფოკუსირება შეტყობინების წყაროზე, რომელშიც ჩვენ გვჯერა, რომ წყარო გვაწვდის სანდო ინფორმაციას. რობერტსის და სხვების (Roberts და სხვ., 2013) მიხედვით, ნდობა არის საზოგადოების მზადყოფნა იყოს დაუცველი პროფესიონალების ქმედებების მიმართ იმ მოლოდინით, რომ ისინი მოიქცევიან საზოგადოებისთვის სასარგებლოდ. ამ განმარტებების ძირითადი ასპექტები მოიცავს სარგებელსა და რისკს, გაურკვევლობას, სანდოობას და დაუცველობას.

ნდობა ნიშნავს გჯეროდეს, რომ სხვა ადამიანი გააკეთებს იმას, რაც მისგან მოსალოდნელია. ნდობა არის მოლოდინი, რწმენა იმის შესახებ, რომ სხვა ადამიანის მომავალი ქმედებები იქნება სარგებლიანი, ხელსაყრელი ან სულ მცირე არა საზიანო (Robinson, 1996). რუსომ და სხვ. (Rousseau და სხვ., 1998) განსაზღვრა ნდობა ფსიქოლოგიური კუთხით, როგორც ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც მოიცავს [მინდობილის] განზრახვას, მიიღოს დაუცველობა სხვისი [რწმუნებულის] ზრახვების ან ქცევის დადებითი მოლოდინების საფუძველზე. ამგვარად, ნდობა შეიძლება განვმარტოთ, როგორც ინდივიდის [პაციენტის] რწმენა და მზადყოფნა, მიიღოს დაუცველობა დადებითი მოლოდინებით და დაეყრდნოს სხვა ინდივიდის მომავალ ქმედებებს, ზრახვებსა და ქცევებს.

2.6.2. ინტერპერსონალური ნდობა

ინტერპერსონალური ნდობა არის ნდობის ტიპი, რომელიც ვლინდება, როდესაც ერთი ადამიანი ენდობა მეორეს (Bieber & Viehoff, 2023; Niker & Sullivan, 2018). ინტერპერსონალური ნდობა სამედიცინო პრაქტიკაში იქმნება, მყარდება ან ზიანდება ჯანდაცვის მუშაკთან პირისპირ შეხვედრის შედეგად და უფრო იზრდება ექიმსა და პაციენტს შორის ხანგრძლივი ურთიერთობისას (Chandra და სხვ., 2018). არსებობს კონსენსუსი თეორიულ და ემპირიულ ლიტერატურაში, რომ ინსტიტუციური ნდობა ემყარება რწმუნებულის ცოდნას და აღქმას ფუნქციონალური ინსტიტუციური ან სისტემური მოწყობის შესახებ, რომელიც უზრუნველყოფს რწმუნებულის მიერ

მინდობილის ინტერესების დაცვას (Spadaro და სხვ., 2020). ჯანდაცვის სისტემის კონტექსტში, ეს შეიძლება მოიცავდეს სასწავლო მექანიზმებს, რესურსებს, გაიდლაინებს, ეთიკის პროფესიულ კოდექსებს და დისციპლინურ პროცედურებს, რაც ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების კარგ სტანდარტებს.

სოციალური თეორეტიკოსები ცდილობდნენ დაემყარებინათ კავშირი ინსტიტუციურ და ინტერპერსონალურ ნდობას შორის. სოციალურ ლიტერატურაში არის გარკვეული კამათი ნდობის მინდობილის, რწმუნებულისა და ინსტიტუციური/სისტემური ფაქტორების შესახებ, რომლებიც აყალიბებენ ნდობის ჩამოყალიბებას, შენარჩუნებას და დაზიანებას (Hancock და სხვ., 2023). სისტემისადმი ნდობას (ინსტიტუციური ნდობა) განიხილება, როგორც სისტემის წარმომადგენლებისადმი ნდობის მოთხოვნა (ინტერპერსონალური ნდობა). პაციენტის მიერ ჯანდაცვის დაწესებულების გაცნობა ხელ უწყობს ინტერპერსონალური ნდობის გადასვლას ინსტიტუციურ ნდობაში (Campos-Castillo და სხვ., 2016). აღსანიშნავია, რომ ინტერპერსონალურმა ნდობამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ინსტიტუციურ ნდობას და პირიქით.

განზოგადებული ნდობა განიხილება, როგორც ინტერპერსონალური ნდობის სახეობა, რომელსაც ნდობით აღჭურვილები (მაგ. პაციენტები) უცხადებენ ყველა რწმუნებულს (მაგ. ყველა ექიმს), იმ რწმენის საფუძველზე, რომ ისინი ყოველთვის იმოქმედებენ მათი ინტერესებიდან გამომდინარე, მიუხედავად ნდობის რისკისა (Conradsen და სხვ., 2023).

ინტერპერსონალური და ინსტიტუციური ნდობის მსგავსად, განზოგადებული ნდობა შეიძლება იყოს ინსტიტუციების/სისტემის მიმართ, მაგრამ ხშირად ის ყოველთვის ვლინდება ჯანდაცვის დაწესებულების შიგნით ინტერპერსონალური ურთიერთობებით. „ბრმა ნდობა“ არის ინტერპერსონალური ნდობის სახეობა, სადაც მინდობილი არ აყენებს ეჭვქვეშ რწმუნებულის გადაწყვეტილებას. უფრო მეტიც, „დამოკიდებულება“ არის ინტერპერსონალური ნდობის ტიპი, რომელიც ვლინდება ვარიანტების არარსებობის, გაზრდილი რისკისა და მდგომარეობის სიმძიმის გამო სამედიცინო მომსახურების გადაუდებელ საჭიროებაში; როგორც ასეთი, პაციენტს სხვა არჩევანი არ აქვს, გარდა იმისა, რომ დაიცვას "ექსპერტის" მკურნალობის რეკომენდაციები. დამოკიდებულება იყო პაციენტების ნდობის სუსტი ფორმა ექიმების

მიმართ. „ზღვრული ნდობა“ არის ინტერპერსონალური ნდობის კიდევ ერთი ტიპი, რომელიც შეიძლება ჩამოყალიბდეს ან დაიკარგოს, როდესაც ინდივიდი იძენს ახალ ინფორმაციას. დაბოლოს, „უნდობლობა“ ხშირად განიხილება ნდობის საპირისპიროდ ან ნეგატიური ინტერპერსონალური ნდობა, რომელიც ვლინდება მაშინ, როდესაც მინდობილი არ ენდობა რწმუნებულს.

ინტერპერსონალური ნდობა ასევე შეიძლება განვიხილოთ ძალაუფლების სიმეტრიასთან მიმართებაში. ერთის მხრივ, სიმეტრიული ინტერპერსონალური ნდობის ურთიერთობები ვლინდება მაშინ, როდესაც რწმუნებულსაც და მინდობილსაც აქვთ თითქმის თანაბარი გადაწყვეტილების მიღების უფლება. მეორეს მხრივ, ასიმეტრიული ინტერპერსონალური ნდობის ურთიერთობები ვლინდება გადაწყვეტილების მიღების უფლებამოსილების დისბალანსის სიტუაციებში (მაგ., როდესაც ერთ ადამიანს აქვს მეტი ძალაუფლება გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებით). პაციენტი-ექიმი ან მოქალაქე-პოლიტიკოსის ურთიერთობები ასიმეტრიული ურთიერთობების მაგალითია.

2.6.3. ნდობა პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაში

კვლევები ადასტურებენ, რომ ექიმებისადმი მეტი ნდობა დაკავშირებულია პაციენტის უკეთეს ქცევებთან და ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებასთან (Birkhäuser და სხვ., 2017). ამ მხრივ, საინტერესოა იმ ფაქტორების შესწავლა რომლებიც აყალიბებენ პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ და იმის გაგება, თუ როგორ შეიძლება გაუმჯობესდეს ნდობა პაციენტი-ექიმთან ურთიერთობაში.

ექიმებისადმი პაციენტის ნდობის სარგებელი

პაციენტის ნდობას დიდი როლი უკავია სამედიცინო მომსახურების ძიებაში, დაავადების მართვასა და კონტროლში. კვლევები ადასტურებენ, რომ ექიმებისადმი პაციენტის ნდობა გავლენას ახდენს პაციენტების სურვილზე, მოიძიონ და გამოიყენონ სამედიცინო მომსახურება, მიმართონ პრევენციული სერვისების მისაღებად და დაიწყონ მკურნალობა (Krist და სხვ., 2017; Wu და სხვ., 2022). ნდობის დაბალმა დონემ შეიძლება გამოიწვიოს სამედიცინო მომსახურების ძიების და პრევენციული სერვისების გამოყენების დაბალი მაჩვენებლები (Musa და სხვ., 2009). ამგვარად,

კვლევები ხაზს უსვამენ ექიმებისადმი ნდობის სასიცოცხლო როლს, როგორც ფაქტორს, რომელიც გავლენას ახდენს პაციენტების მიერ სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ქცევაზე (Chandra & Mohammadnezhad, 2018).

ნდობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პაციენტისა და ექიმის ურთიერთქმედების ხარისხის ფორმირებაში. პაციენტების ნდობა ხშირად ასოცირდება: სამედიცინო გამოკვლევების ჩატარების, მკურნალობის პროცესში ჩართულობის, მონაწილეობის და ინფორმაციის გაცემის გაზრდილ სურვილთან; პაციენტის მეტი ავტონომიასთან გადაწყვეტილების მიღებისას; და ექიმთან უფრო მეტ დადებით ურთიერთქმედებასთან (Whitney და სხვ., 2021; Ommen et al., 2011). ნდობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტის მონაწილეობაზე სამედიცინო მომსახურების პროცესში, მიუხედავად პაციენტის განათლების, ასაკისა და სქესისა (Pokhilenko და სხვ., 2021). ნდობა ასევე ხელს უწყობს პაციენტის ჩართულობას მკურნალობის გადაწყვეტილებებში.

ექიმებისადმი პაციენტების ნდობა დადებით გავლენას ახდენს ექიმების რეკომენდაციების გაზრდილ დამყოლობაზე და დანიშნული მედიკამენტების მიღებაზე (Feng და სხვ., 2022) და პირიქით, დაბალი ნდობა დაკავშირებულია მკურნალობისადმი დამყოლობის შემცირებასთან (Piette და სხვ. 2005).

პაციენტის ნდობა ასევე ასოცირდება სამედიცინო რჩევების მიმართ გაზრდილ დამყოლობასთან და ქცევის ცვლილებისადმი უფრო დიდ მზადყოფნასთან (Lewandowski და სხვ., 2021). ექიმებისადმი პაციენტების ნდობა ასოცირდება ჯანმრთელობის ქცევის ისეთი რეკომენდირებული ცვლილებებისადმი მიდრეკილებასთან, როგორიცაა მეტი ფიზიკური ვარჯიში და თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა (Li და სხვ., 2021). პაციენტის ნდობა ასევე დაკავშირებულია სამედიცინო სერვისის კმაყოფილებასთან და ექიმთან განმეორებითი ვიზიტების ალბათობასთან (Manzoor და სხვ., 2019). პაციენტის ნდობამ შეიძლება შეამციროს არასაჭირო მედიკამენტების გამოწერა და ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, ძირითადად, პაციენტის მიერ აუცილებელი ინფორმაციის მიწოდებით, რაც აუმჯობესებს ადრეულ და ზუსტ დიაგნოზს (Iott და სხვ., 2020).

ამგვარად, კვლევებმა აჩვენა, რომ ნდობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტების მიერ ექიმების მკურნალობის რეკომენდაციების მიღებაში, რაც

აუცილებელია დაავადების მართვისა და კონტროლისთვის. ნდობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს პაციენტების კლინიკური სიმპტომების გაუმჯობესებაში და ჯანმრთელობის დადებითი შედეგების მიღწევაში (Sertan და სხვ., 2023). ექიმებისადმი ნდობა გავლენას ახდენს პაციენტების არჩევანზე, რომ მინიმუმამდე დაიყვანოს ჯანმრთელობის რისკები (მაგ. თამბაქოს შეწყვეტა და ფიზიკურ ვარჯიშში ჩართვა) (Lewandowski და სხვ., 2021; James და სხვ., 2015). კვლევებმა აჩვენა, რომ ნდობა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს.

2.6.4. ფაქტორები, რომლებიც აყალიბებენ პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ

მნიშვნელოვანია პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობებში ნდობის დამყარებასა და შენარჩუნებაზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლა. ფაქტორები, რომლებიც აყალიბებენ პაციენტის ნდობას, შეიძლება დაიყოს პაციენტთან, პროვაიდერთან (ჯანდაცვის მუშაკი) და ჯანმრთელობის სისტემასთან დაკავშირებულ ფაქტორებად.

პაციენტის ფაქტორები

პაციენტთან დაკავშირებული ფაქტორებიდან, რომლებიც აყალიბებენ ექიმების ნდობას, შეიძლება გამოვყოთ: ეთნიკური ფაქტორი, ასაკი, განათლება, სქესი, ოჯახური მდგომარეობა, რელიგია, აღზრდა და მორალი, ფინანსური შესაძლებლობები (შემოსავალი, პროფესია), საცხოვრებელი ადგილი, ჯანმრთელობის დაზღვევის ქონა. კვლევებმა აჩვენა, რომ სერიოზული, ქრონიკული დაავადებების არსებობისას, პაციენტების დაავადების ხასიათი ან სტადია გავლენას ახდენს მათ ნდობაზე ექიმების მიმართ (Robinson, 2016; Thorne et al., 2004). ფაქტორები, როგორიცაა პაციენტის მიერ ექიმის გაცნობა, ისევე როგორც პაციენტების აღქმა, რწმენა, ინტერპრეტაცია და დამოკიდებულებები ახდენენ ნდობის გადაწყვეტილების ფორმირებას (Perloff და სხვ., 2006).

ექიმის ფაქტორები

მნიშვნელოვანია ექიმების მახასიათებლების განხილვა, რომლებიც აყალიბებენ პაციენტის ნდობას, ამ მხრივ, განსაკუთრებით აღსანიშნავია ტექნიკურ და ქცევითი კომპეტენციები. ექიმების ტექნიკური კომპეტენციები დიდწილად დაკავშირებულია აღქმულ ცოდნასთან, გამოცდილებასთან და დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უნართან, სამედიცინო მომსახურების ტექნიკურ ხარისხთან, პაციენტების პრობლემების გაგებასთან. კვლევები აჩვენებენ, რომ ფაქტორები, რომლებიც აყალიბებენ ნდობას პირველი ვიზიტების დროს, იყო ექიმების შესაძლებლობა შესთავაზონ გარანტიები, მისცენ პაციენტს კითხვების დასმის საშუალება, მიაწოდონ ინფორმაცია ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური შედეგების შესახებ (Dang და სხვ., 2017).

კვლევები აჩვენებენ, რომ ნდობაზე შეიძლება გავლენა იქონიოს ექიმების კომუნიკაციის უნარების სხვადასხვა ასპექტებმა, მათ შორის: მოსმენა და სიცხადე, ქცევა, როგორებიცაა ზრუნვა, გულწრფელობა, თანაგრძნობა, კეთილგანწყობა, პატივისცემა, პატიოსნება, სიკეთე, სიმშვიდე და კეთილგანწყობა, თანაგრძნობა, ურთიერთგაგება და პოზიტიური დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ, უფრო არაფორმალური და მეგობრული სტილის გამოყენება, გამხნევების სიტყვების გამოთქმა, მიმიკა, ვიზიტების უკეთ მართვა და პუნქტუალობა, ეთიკური ქცევა და სამართლიანობა, სოციალური უნარები (Chandra და სხვ., 2018; Moudatsou და სხვ., 2020; Desai & Kapadia, 2022). შესაბამისად, მედიცინის მუშაკების კომპეტენციები (როგორც ტექნიკური, ასევე ქცევითი) აუცილებელია გავითვალისწინოთ პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობებში ნდობის გამოსაკვლევად.

პაციენტის ნდობას აყალიბებს ექიმთან წინა ვიზიტები (დადებითი შედეგები, პოზიტიური ურთიერთობები), წინა ვიზიტების ხარისხი და ურთიერთქმედების გარემოებები. მნიშვნელოვანია თუ რამდენად ხდება ურთიერთქმედება გადაუდებელი სიტუაციის დროს, ან რუტინული ვიზიტის დროს. სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორები მოიცავს პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის სიხშირეს, ხანგრძლივობას და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის უწყვეტ ურთიერთობას (Dugdale და სხვ., 1999)

დამატებითი ფაქტორებია პაციენტის ჩართულობა გადაწყვეტილების მიღებაში, ურთიერთდამოკიდებულება და მკურნალობაში თანამშრომლობა, პაციენტებსა და ექიმებს შორის კონკურენტული ინტერესების არარსებობა, საერთო ღირებულებები და მიზნები, საუბრის ხასიათი (შინაარსიანი, ღრმა და პირადი), კომფორტი, თავდაჯერებულობა, სასაუბრო ენა და მიზანმიმართული ძალისხმევა ნდობის ჩამოსაყალიბებლად (Vahdat და სხვ., 2014).

პაციენტების ნდობაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო ორგანიზაციების იურიდიული სტატუსი, მათი მესაკუთრეობის ფორმები. ზოგიერთი კვლევის მიხედვით, პაციენტები საჯარო საავადმყოფოების ექიმებს უფრო ენდობოდნენ მათი ტექნიკური კომპეტენციის გამო, კერძოდ, სერიოზულ დაავადებების მკურნალობის ტექნიკურ ხარისხის გამო. ამ კვლევებმა აჩვენა, რომ საჯარო საავადმყოფოების ექიმები იყვნენ საუკეთესო და ყველაზე გამოცდილი სერიოზული დაავადებების მართვისთვის კერძო საავადმყოფოების ექიმებთან შედარებით, რაც გავლენას ახდენს პაციენტების ნდობაზე. თუმცა, საჯარო სამედიცინო დაწესებულებებს პაციენტები უნდობლობას უცხადებდნენ არალეგალური გადასახადების მოლოდინების, არასაკმარისი რესურსების გამო. ანალოგიურად, კერძო დაწესებულებების მიმართ უნდობლობა გამოვლინდა, რადგან აღიქმებოდა, რომ ისინი მოტივირებულნი იყვნენ მოგებით.

ჩინეთში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ საჯარო კლინიკები საუკეთესოდ შეფასდა ხუთივე პუნქტში: სწრაფი ყურადღება (4.15), ღირსება (4.17), კომუნიკაცია (4.07), ავტონომია (4.05) და კონფიდენციალურობა (4.02). იმავე კვლევის მიხედვით, საჯარო საავადმყოფოები უკეთესად მუშაობენ, ვიდრე კერძო კლინიკები შემდეგ პუნქტებში ღირსება (4.03 vs 3.94), კომუნიკაცია (3.97 vs 3.82), ავტონომია (3.92 vs 3.74) და კონფიდენციალურობა (3.94 vs 3.73) (Wang და სხვ., 2017).

თუმცა, ჰონგ კონგში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, პაციენტებს უფრო მეტი კმაყოფილება ჰქონდათ პირველადი ჯანდაცვის კერძო კლინიკების ზოგადი პრაქტიკოსი ექიმებისგან, ვიდრე საჯარო ამბულატორიული კლინიკებიდან, განსაკუთრებით ხელმისაწვდომობისა და ინტერპერსონალური ურთიერთობების კუთხით (Wong და სხვ., 2010). სამხრეთ კორეაში, ოჯახის ექიმებით დაკომპლექტებული პირველადი ჯანდაცვის კლინიკების ოთხ ტიპს შორის,

ჯანდაცვის კერძო კლინიკებმა აჩვენეს პირველადი ჯანდაცვის საუკეთესო მაჩვენებლები, ხოლო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის კლინიკებმა ყველაზე ცუდი შედეგი (Sung და სხვ., 2010). ამის საპირისპიროდ, არ იქნა ნაპოვნი მნიშვნელოვანი განსხვავებები პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების სხვადასხვა მოდელებს შორის ონტარიოში, კანადა (Mayo-Bruinsma და სხვ., 2013).

ჯანდაცვის სისტემის ფაქტორები

მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის ფაქტორების გავლენა ნდობის ჩამოყალიბებაზე. ამ მხრივ, კვლევები ადასტურებენ, რომ ნდობის ჩამოყალიბებაზე გავლენას ახდენს ოთხი ძირითადი ფაქტორი:

1. ინსტიტუციური რესურსები (მაგ. ალტერნატიული პროვაიდერების არსებობა, მოქმედი ჯანდაცვის სისტემა) (Arakelyan და სხვ., 2021; Krot & Rudawska, 2021);
2. ინფრასტრუქტურა (მაგ. ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა, სატრანსპორტო მომსახურება და ქსელები სხვა საავადმყოფოებთან) (Hollick და სხვ., 2019)
3. პროვაიდერის საქმიანობის უწყვეტობის ხელშეწყობისა და ეფექტური კომუნიკაციის პროცესის უზრუნველყოფის მექანიზმები (Kwame და სხვ., 2021);
4. სამედიცინო მომსახურების ღირებულება (Cunningham, 2009).

2.6.5. ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობის გასაუმჯობესებლად მიმართული ღონისძიებები

ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობის გასაუმჯობესებლად მიმართული ღონისძიებები ფოკუსირებულია პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის გაუმჯობესებაზე. მაგალითად, პაციენტსა და ექიმს შორის კომუნიკაცია, პაციენტის ჯანმრთელობის განათლების ამაღლება, პროვაიდერის ქცევები და პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვა.

პაციენტზე ფოკუსირებული ინტერვენციები

ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობის გასაუმჯობესებლად მიმართულ ღონისძიებებს აქვთ დადებითი შედეგები. კვლევები აჩვენებს, რომ კონსულტაციების დაწყებამდე ან მის დროს პაციენტებისათვის დაავადების მკურნალობაზე

გადაწყვეტილების მისაღებად ინდივიდუალურად ისეთი დამხმარე საშუალებების მიწოდება, როგორებიცაა: მასალები გულ-სისხლძარღვთა რისკის შეფასების შესახებ, მედიკამენტების გამოყენების უარყოფითი მხარეების შესახებ, აუმჯობესებს პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ (Nannenga და სხვ., 2009). ასევე, ნდობის გასაუმჯობესებლად დადებითი შედეგები ჰქონდა ექიმების მიერ პაციენტებისათვის საგანმანათლებლო ლექციების და სემინარების ჩატარებას (Rolfe და სხვ., 2014). პაციენტების ნდობა ექიმებთან შეიძლება გაუმჯობესდეს ქოუჩინგის მეშვეობით, რომლის უზრუნველყოფა ხდება საავადმყოფოში ვიზიტების დროს ან სატელეფონო მეთვალყურეობის მეშვეობით გარკვეული პერიოდის განმავლობაში. ქოუჩინგი ფოკუსირებულია აქტიურ მოსმენაზე, თვითკონტროლზე, ცხოვრების წესის შეცვლაზე, კონსულტაციის დღის წესრიგის დადგენაზე, კლინიკაში ორიენტაციაზე, მედიკამენტების შესახებ დეტალურ ინფორმაციაზე (Alders და სხვ., 2022). ასევე, ქოუჩინგის მეშვეობით, რომელიც მოიცავდა პაციენტებისათვის ახალი ექიმის არჩევის გასაადვილებლად ექიმის მახასიათებლების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას, გაიზარდა პაციენტსა და ექიმს შორის უწყვეტი ურთიერთობა და პაციენტის კმაყოფილება (Thom და სხვ., 2014).

ექიმებზე ორიენტირებული ინტერვენციები

ექიმების ტრენინგი კომუნიკაციასა და კულტურული კომპეტენციის სფეროში მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ (Paez და სხვ., 2009). პაციენტის ნდობაზე ექიმების მიმართ დადებით გავლენას ახდენს პაციენტის ცოდნა ექიმების ანაზღაურების მეთოდების შესახებ (Kao და სხვ., 1998). პაციენტებს აქვთ მაღალი ნდობა იმ ექიმების მიმართ, რომლებიც აცხადებდნენ, რომ არ იღებდნენ ანაზღაურებას ფარმაცევტული და სამედიცინო მოწყობილობების ინდუსტრიისგან, მათთან შედარებით, ვინც იღებდა ასეთი სახის ანაზღაურებას (Stoll და სხვ., 2022). ზოგადად, რაც უფრო მაღალია ექიმების მიერ ფარმაციის ინდუსტრიისგან მიღებული თანხა, მით ნაკლებია პაციენტების ნდობა მათი ექიმის მიმართ. ეს იმაზე მეტყველებს, რომ ექიმების დაფინანსების შესახებ ინფორმაციამ შეიძლება გააუმჯობესოს ან არ გააუმჯობესოს პაციენტების ნდობა ექიმების მიმართ (Liu და სხვ., 2017).

2.6.6. ექიმებისადმი პაციენტის ნდობის საზომი საშუალებები

პაციენტების ნდობის საზომი საშუალებების შემუშავება დაიწყო 1990-იანი წლებში აშშ-ში. ანდერსონმა და დედრიკმა (Anderson & Dedrick RF, 1990) შეიმუშავეს თვითადმინისტრირებადი 11 პუნქტისგან შემდგარი „ექიმის ნდობის“ საზომი სკალა, რომელიც შემდგომ შეიცვალა ტომი და სხვ. (Thom და სხვ., 1999). საფრანი და სხვ. (Safran და სხვ., 1998) შეიმუშავეს 8-პუნქტიანი ნდობის საზომი სკალა. კაო და სხვ. (Kao და სხვ., 1998) შეიმუშავეს 10-პუნქტიანი „პაციენტის ნდობის სკალა“, რომლის ადმინისტრირება ხორციელდებოდა სატელეფონო გამოკითხვების მეშვეობით. გარდა ამისა, ჰოლი და სხვ. (Hall და სხვ., 2002) შეიმუშავეს 10-პუნქტიანი „ექიმის ნდობის სკალა“, რომელიც ფოკუსირებულია პაციენტების ნდობაზე მათი ინდივიდუალური ექიმების მიმართ. მარკინოვიჩ და სხვ., (Marcinowicz და სხვ., 400) შეიმუშავეს 11 პუნქტიანი სკალა პოლონეთში. სხვა მკვლევარებმა მოახდინეს არსებული ექიმის ნდობის საზომი სკალების ადაპტირება სხვადასხვა გარემოში, რათა შეექმნათ უფრო გაუმჯობესებული „პაციენტის მიერ ექიმების ნდობის სკალა“. მათ შორისაა, ლეიზენი და ჰაიმანი (Leisen & Hyman, 2001), რომლებმაც გამოიყენეს ანდერსონი და დედრიკის (Anderson & Dedrick RF, 1990) და ტომი და კემპბელის (Thom & Campbell, 1997) სკალები. ოზავამ და უოკერმა (Ozawa & Walker, 2011) მოახდინეს ჰოლი და სხვ. (Hall და სხვ., 2002) მიერ შემუშავებული სკალის ადაპტირება კამბოჯაში გამოსაყენებლად. გარდა ამისა, ბოვა და სხვ. (Bova და სხვ., 2012) შეიმუშავეს 13-პუნქტიანი „ჯანმრთელობის ურთიერთობების ნდობის სკალა“. ბოლო დროს ალობა და სხვ. (Aloba და სხვ., 2014) მოახდინეს ანდერსონისა და დედრიკის (Anderson & Dedrick RF, 1990) მიერ გამოყენებული სკალის ადაპტირება ნიგერიის ფსიქიატრიულ კლინიკაში გამოსაყენებლად.

ამ საზომების უპირატესობა ის არის, რომ მათი ჩატარება სწრაფი, ხანმოკლეა და მათი თვითადმინისტრირება შესაძლებელია როგორც ერთჯერადად, ასევე ონლაინ რეჟიმში. ზოგიერთი სკალა ფართოდ იქნა გამოყენებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, რომ დადგენილიყო მტკიცებულება ნდობის შესახებ, განსაკუთრებით ისეთ სფეროებში, როგორიცაა ექიმების კომუნიკაცია, პაციონება, ნდობა, სამართლიანობა, კომპეტენცია, კონფიდენციალურობა და ერთგულება. მიუხედავად უპირატესობებისა, ამ საზომებს ასევე გააჩნდა გარკვეული გამოწვევები.

ზემოაღნიშნული კვლევები მიზნად ისახავდა ნდობის გავლენის რაოდენობრივ გაზომვას. შემდგომ შემუშავდა ხარისხობრივი მეთოდები ნდობის მნიშვნელობების, ფაქტორებისა და სარგებელის გასაზომად. თვისებრივი კვლევა მნიშვნელოვანია იმის გამოსაკვლევად, თუ როგორ უყურებენ რესპონდენტები ნდობას და სანდო ქცევას. თვისებრივი გამოკვლევის შედეგები ხელს უწყობს ჰიპოთეზების შემუშავებას იმის შესახებ, თუ როგორ ფუნქციონირებს ნდობა (Gopichandran და სხვ., 2015; Goudge და Gilson, 2005).

2.7. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში

2.7.1. პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია

პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი რგოლია. პირველადი ჯანდაცვა არის ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ხერხემალი (ვერულავა, 2021; Parchman & Burge, 2004).

პირველადი ჯანდაცვის მიმართულება შემდეგ საკითხებს მოიცავს: გადამდები და არაგადამდები დაავადებების მონიტორინგი, ჯანსაღი კვება, პრევენციული მედიცინის განათლება, აუცილებელი სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა, იმუნიზაცია, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის, რეპროდუქციული ჯანდაცვის მონიტორინგი, დაავადებათა პრევენციულ და სამკურნალო ღონისძიებებს, მაღალი ხარისხის სასმელი წყლით უზრუნველყოფა, სანიტარიულ ნორმებზე კონტროლი (ჯანმო, 2018).

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია მიღებულ იქნა 1978 წელს ალმა-ათის საერთაშორისო კონფერენციაზე, რომლის ორგანიზატორი იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და გაეროს ბავშვთა ფონდი. კონფერენციას ესწრებოდნენ ასორმოცდაათამდე სახელმწიფოს მთავრობის წარმომადგენლები. კონფერენციამ დაამტკიცა პირველადი ჯანდაცვის დეფინიცია, რომლის მიხედვით,

„პირველადი ჯანდაცვა არის პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებზე დაფუძნებული ბაზისური სამედიცინო დახმარება, რომელიც ხელმისაწვდომი არის ინდივიდების და ოჯახებისათვის მათი სრული ჩართულობითა და ღირებულებებით, რომელსაც

სახელმწიფო უზრუნველყოფის განვითარების ყველა ეტაპზე თვითრწმენის და თვითგამორკვევის სულისკვეთებით.“ (ჯანმო, 1978).

პირველად ჯანდაცვას შემდეგი მიზნები აქვს:

- დაავადებების საწყის ეტაპზე იდენტიფიკაცია და მკურნალობა;
- ფსიქოლოგიური სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება;
- პაციენტთა მხარდაჭერა დაავადებათა მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპებზე;
- პაციენტთა ინფორმირებულობის ამაღლება სადიაგნოსტიკო, სამკურნალო,

პრევენციული ღონისძიებების თაობაზე;

- ქრონიკული ავადმყოფების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება;
- ავადობის და შეზღუდული შესაძლებლობის აღმოსაფხვრელად პრევენციული

ღონისძიებების ჩატარება, რაც მოიცავს დაავადათა გამოვლენას, განათლებას, პრევენციულ მკურნალობას;

- პაციენტისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა

პირველად ჯანდაცვას აქვს შემდეგი ფუნქციები:

- სამედიცინო კონსულტირება ამბულატორიულად და ბინაზე მკურნალობის ან

პრევენციის მეშვეობით;

- ლაბორატორიულ - დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარება;
- საჭიროებისას პაციენტის გაგზავნა მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო

დაწესებულებებში;

- რეპროდუქციულ ჯანდაცვაზე ზრუნვა (ორსულებზე მეთვალყურეობის, ოჯახის დაგეგმვის, სქესობრივად გადამდებ დაავადებებზე და ბავშვების განვითარებაზე მეთვალყურეობის გზით)

- გადამდები და არაგადამდები დაავადებების მართვა.

პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს დაავადებების სხვადასხვა ეტაპს: დაავადებების პრევენცია, დაავადებათა გამოვლენა საწყის ეტაპზე, დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკა, არსებული დაავადებების დიაგნოსტიკა, დაავადებათა მართვა, დაავადებათა გართულებათა მართვა, მკურნალობის შემდეგ ეტაპზე რეაბილიტაცია, პალიატიური ზრუნვა (ჯანმო, 2018).

პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს როგორც საექიმო, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებებს, რაც მოიცავს დაავადებების გამომწვევ მიზეზთა დადგენას

და პრევენციას (ვერულავა, 2022). შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვა ანხორციელებს პაციენტის საჭიროების მიხედვით პრევენციას, მკურნალობას და რეაბილიტაციას (ჯანმო, 2018).

პირველადი ჯანდაცვის სისტემა უპირველესად გულისხმობს ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებას. პირველადი ჯანდაცვა აქცენტს აკეთებს როგორც ჯანდაცვის სერვისების უზრუნველყოფაზე, ასევე ეკონომიკურ, სოციალურ და პოლიტიკურ პრობლემებზე (ჯანმო, 2018). ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა არის ეფექტიანი, სამართლიანი და ხარჯთეფექტიანი სტრატეგია, რომელიც მიმართულია ადამიანების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად (ჯანმო, 2018).

პირველადი ჯანდაცვა აქცენტს აკეთებს მოსახლეობის საჭიროებებზე და პრიორიტეტებზე. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს სამ ერთმანეთთან დაკავშირებულ კომპონენტს:

- პაციენტის ჯანმრთელობის მოთხოვნების დაკმაყოფილება სათანადო პროფილაქტიკური, სამკურნალო, რეაბილიტაციის, პალიატიური საბაზისო სერვისების მეშვეობით;
- ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ისეთი ფაქტორების განხილვა, როგორებიცაა, სოციალურ-ეკონომიკური და გარემოს დაცვითი ფაქტორები.
- ადამიანების, ოჯახების და თემების გაძლიერება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, რაც ხელს უწყობს კეთილდღეობას.

პირველადი ჯანდაცვის უმთავრესი საძირკველია სოციალური სამართლიანობისა და თანასწორობის ხელშეწყობა. ჯანმრთელობა არის ადამიანთა ფუნდამენტური უფლება (ჯანმო, 2018; ვერულავა, 2021). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია და ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლი განმარტავს, რომ ადამიანებს აქვთ უფლება ჰქონდეთ სიცოცხლის სათანადო პირობები ჯანმრთელობის და კეთილდღეობისათვის, რაც მოიცავს საკვებს, ტანსაცმელს, საცხოვრებელ და ჯანდაცვის სერვისებს, აუცილებელ სოციალურ სერვისებს“ (ჯანმო, 2018; ვერულავა, 2021). ამგვარად, სახელმწიფო პასუხისმგებელია ადამიანი უზრუნველყოს აუცილებელი ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობით (ვერულავა, 2021; ვერულავა, 2020ა). კვლევების მიხედვით,

პირველადი ჯანდაცვა სამართლიანი და ეფექტიანი სტრატეგიაა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად (ჯანმო, 2018).

2.7.2. პირველადი ჯანდაცვის უმთავრესი პრინციპები

ამერიკელი პედიატრის, ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტის პროფესორის ბარბარა სტარფილდის (1932-2011 წწ.) მიხედვით, პირველად ჯანდაცვას აქვს ოთხი უმთავრესი ნიშანი (Starfield, 1998):

- იგი წარმოადგენს პირველ კონტაქტს ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან;
- იგი წარმოადგენს პაციენტის მიმდინარე და უწყვეტ სამედიცინო მეთვალყურეობას;
- იგი მოიცავს ყოვლისმომცველობას;
- იგი ითვალისწინებს კოორდინირებას.

პირველი კონტაქტი: პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის სისტემის კარიბჭეა. პაციენტი უპირველესად მიმართავს თავის ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმი ახდენს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის დაავადების შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართავს სათანადო ექიმ-სპეციალისტთან.

უწყვეტობა: სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა გულისხმობს ჯანდაცვის სხვადასხვა დონეების უწყვეტობას. ამ დროს, ოჯახის ექიმს პაციენტთან აქვს უწყვეტი ურთიერთობა, სადაც დაცულია კონფიდენციალურობა. ოჯახის ექიმი ხანგრძლივად აკვირდება პაციენტს, თუ როგორ ყალიბდება, ვითარდება და მიმდინარეობს დაავადება. ამგვარად, ოჯახის ექიმი მართავს დაავადებას. პაციენტის უწყვეტად დაკვირვებას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქრონიკული დაავადების დროს, რადგანაც ამ დროს აუცილებელია ხანგრძლივად მეთვალყურეობა. კვლევების მიხედვით, როცა პირველადი ჯანდაცვა სწორად გამართულია და მოწესრიგებულია, პაციენტი კმაყოფილია სამედიცინო მომსახურებით. აღსანიშნავია, რომ პაციენტზე უწყვეტად მეთვალყურეობა აუმჯობესებს დაავადების ადრეულ გამოვლენას, რითაც უმჯობესდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა (Starfield, 1998).

ყოვლისმომცველობა: ოჯახის ექიმის საზრუნავია პაციენტის ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა. როდესაც ხდება სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო გეგმის შემუშავება, ოჯახის ექიმი, ექიმი სპეციალისტისგან განსხვავებით, აქცენტს აკეთებს ბევრ ფაქტორზე. ექიმი სპეციალისტის პასუხისმგებლობაა კონკრეტული დაავადების მკურნალობა.

ოჯახის ექიმის მოვალეობაა პაციენტის სამედიცინო მომსახურების ფართო სპექტრის საჭიროებაზე ზრუნვა. თავის მხრივ, პაციენტი პასუხისმგებელია ექიმ სპეციალისტთან ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე ვიზიტისას ინფორმაცია მიაწოდოს მას.

კოორდინირება: ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტმა არ იცის რა მომსახურება სჭირდება. ამ დროს, ოჯახის ექიმის ფუნქციაა სამედიცინო მომსახურების კოორდინირება. ოჯახის ექიმი პაციენტისათვის არის უმთავრესი მეგზური და აგენტი სამედიცინო ბაზარზე. იგი იცავს პაციენტის ინტერესებს, ეხმარება, რომ სწორად შეარჩიოს ჯანდაცვის სერვისები. ასეთი სახის კოორდინაცია ხელს უწყობს შესაბამისი სერვისების პაციენტისათვის შესაბამის დროს და შესაბამის ადგილას გაწევას.

დაავადების სამკურნალოდ ოჯახის ექიმი პაციენტისთვის არის პირველი კონტაქტი (Starfield, 1998). გარდა ამისა, ოჯახის ექიმს აქვს სანდო რეპუტაცია პაციენტებისათვის, რაც ხელს უწყობს გაზარდონ მოსახლეობის ინფორმირებულობა დაავადებების რისკების გამოსავლენად და საპროფილაქტიკოდ (ვერულავა და სხვ., 2019; ვერულავა, 2016).

ოჯახის ექიმებს უმნიშვნელოვანესი როლი აკისრიათ დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლაში და მართვაში. ოჯახის ექიმი მკურნალობის დასრულების შემდეგაც აგრძელებს პაციენტზე მეთვალყურეობას (Starfield, 1998; Verulava და სხვ., 2021; ვერულავა და სხვ., 2019; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019).

ოჯახის ექიმი ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭეა“. მისი მიზანია გააძლიეროს პირველადი ჯანდაცვა (ვერულავა და სხვ., 2020; ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021; ასრათაშვილი და სხვ. 2017). „მეკარიბჭე“ ნიშნავს, რომ პაციენტი საწყის ეტაპზე მიმართავს ოჯახის ექიმს, რომელთანაც იტარებს შესაბამის სამედიცინო კონსულტაციას (ვერულავა და სხვ., 2020; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019). ოჯახის ექიმის „მეკარიბჭეობის“ ფუნქცია ამცირებს პაციენტისთვის არასაჭირო სერვისების

მიწოდებას და შესაბამისად, გამოწვეულ უარყოფით შედეგებს (ვერულავა და სხვ., 2020; ვერულავა, 2016). ამისათვის აუცილებელია ოჯახის ექიმთან მეტი მიმართვა და კონსულტაციების ჩატარება. ოჯახის ექიმი ახდენს ჯანდაცვის საჭიროებების გამოვლენას, შემდეგ კი აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების შესახებ ურჩევს პაციენტს (ვერულავა და სხვ., 2019).

კვლევების მიხედვით, როდესაც პაციენტები საკონსულტაციოდ მიმართავენ ოჯახის ექიმს, გაცილებით მცირეა ჯანდაცვის ხარჯები განსხვავებით იმ პაციენტებისგან, რომლებიც ოჯახის ექიმის გარეშე პირდაპირ მიმართავენ ექიმ სპეციალისტებს (Macinko et al., 2003; ვერულავა და სხვ., 2020; მიქავა & გაბრიჭიძე, 2019; ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019; ვერულავა და სხვ., 2019).

ზოგ ქვეყანაში პირველად ჯანდაცვას უმთავრესი როლი აკისრია ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც პაციენტები უპირველესად მიმართავენ ოჯახის ექიმს, რომელიც საჭიროებისას მას მიმართავს ექიმ სპეციალისტთან (ვერულავა და სხვ., 2020; ვერულავა & ბერუაშვილი, 2019; ასრათაშვილი და სხვ., 2017; ვერულავა და სხვ., 2019).

კვლევები ადასტურებენ, რომ ქვეყნებში, სადაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემას ჯანდაცვის სისტემაში უკავია ცენტრალური როლი, იზრდება ჯანდაცვის სერვისებზე პაციენტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა და შესაბამისად კმაყოფილება. აღსანიშნავია, რომ ასეთ სისტემაში უფრო მეტი აქცენტი კეთდება პროფილაქტიკურ სერვისებზე. ასევე იზრდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები, კერძოდ, მცირდება ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობა, იზრდება სიცოცხლის ხანგრძლივობა, მცირდება ჯანდაცვის დანახარჯები (Starfield, 1998; Macinko et al., 2003; ვერულავა & ჯორბენაძე, 2021; ჯანმო, 2018).

კვლევები ადასტურებს, რომ სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობას და კოორდინირებას, გაცილებით უკეთესად ახორციელებენ ოჯახის ექიმები, ვიდრე ექიმ-სპეციალისტები (Starfield, 1998; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019; მიქავა და გაბრიჭიძე, 2019). საპენსიო ასაკის პაციენტებში, რომლებსაც მეთვალყურეობას უწევენ ოჯახის ექიმები, უფრო მეტად ხორციელდება პროფილაქტიკური სერვისები, ვიდრე მათში, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისათვის მიმართავენ ექიმ სპეციალისტებს (ვერულავა და სხვ., 2019). დაავადებების საწყის ეტაპზე გამოვლენით

და დროული მკურნალობით გაცილებით მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები, ვიდრე შორს წასული დაავადებების და მათი გართულებათა მკურნალობა (Starfield, 1998; Macinko et al., 2003; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019; ასრათაშვილი და სხვ., 2017).

პირველადი ჯანდაცვა უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებაზე პირველად კონტაქტს, უწყვეტობას, დაავადებათა მართვას (Starfield, 1998; ჯანმო, 2018). გადაუდებელი სამედიცინო სამსახურის პერსონალიც უზრუნველყოფს პირველად კონტაქტს პაციენტთან, მაგრამ ის არ უზრუნველყოფს უწყვეტ მეთვალყურეობას და კოორდინირებულ მომსახურებას (მიქავა და გაბრიჭიძე, 2019; ასრათაშვილი და სხვ., 2017). ასევე, ზოგი მეან-გინეკოლოგი ახდენს პირველად კონტაქტს და უწყვეტ მომსახურებას, მაგრამ ეს ხდება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით. იგივე შეიძლება ითქვას პაციენტზე, რომელსაც აქვს თირკმლის უკმარისობა ან ონკოლოგიური დაავადება, რომლებიც მიმართავენ ნეფროლოგს ან ონკოლოგს და მათთან ამყარებენ უწყვეტ ურთიერთობას, თუმცა მათ არ შეუძლიათ პაციენტი უზრუნველყონ კლინიკურ პრობლემათა ყოვლისმომცველი მკურნალობით, რაც მათ პროფესიულ პასუხისმგებლობას სცილდება (Starfield, 1998; ჯანმო, 2018).

კვლევები ადასტურებენ, რომ მაღალხარისხიანი პირველადი ჯანდაცვის სერვისები განაპირობებენ ჯანდაცვის სისტემის მიმართ მოსახლეობის კმაყოფილებას, მცირე ხარჯებით პაციენტის უკეთეს გამოსავლებს (Macinko et al., 2003; მიქავა & გაბრიჭიძე, 2019; ვერულავა & ჯორბენაძე, 2021; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019). როდესაც ოჯახის ექიმი ახდენს პაციენტზე უწყვეტ მეთვალყურეობას, იზრდება პაციენტის სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება, პროფილაქტიკური ღონისძიებების მეტი გამოყენება, მცირდება ჰოსპიტალიზაცია და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები (Macinko et al., 2003; ჯანმო, 2018).

როდესაც პირველადი ჯანდაცვა მეკარიბჭის როლში გვევლინება, მცირდება ოჯახის ექიმების ფინანსური დაინტერესება ექიმ სპეციალისტებთან მიმართონ პაციენტები, და ამით თავიდან მოიშორონ ქრონიკული პაციენტები (ვერულავა და სხვ., 2020). შესაბამისად, ოჯახის ექიმი როდესაც ახდენს დაავადების მართვას და გვევლინება სამედიცინო სერვისების კოორდინატორის როლში, იზრდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და უმჯობესდება ჯანმრთელობის მდგომარეობა (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019).

კვლევები ადასტურებენ, რომ ქვეყნებში, სადაც მაღალია ოჯახის ექიმების რაოდენობა მოსახლეობის ერთი სულის მიხედვით, მცირდება სიკვდილიანობა, განსაკუთრებით დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, ასევე მცირდება კარდიოლოგიური დაავადებებით და ონკოლოგიური დაავადებებით სიკვდილიანობა, იზრდება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, იმ ქვეყნებთან შედარებით, სადაც ოჯახის ექიმების რაოდენობა შედარებით ნაკლებია. ექიმ-სპეციალისტების მიერ გაწეული სერვისების რაოდენობის ზრდა ხარჯებს ზრდის და არ აუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს (სტარფილდი, 2005).

კვლევების მიხედვით, ოჯახის ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო სერვისები ექიმ-სპეციალისტებთან შედარებით უფრო ეფექტურია (გრინფილდი. 1992; ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021). კვლევების მიხედვით, როდესაც პაციენტი პირველად ჯანდაცვას ანიჭებს უპირატესობას, ექიმ სპეციალისტებთან შედარებით, 34%-ით მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები, ასევე 18%-ით მცირდება ლეტალობა (Macinko et al., 2003). ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, პირველადი ჯანდაცვა ამცირებს ჯანდაცვის დანახარჯებს და იზრდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები (მიქავა და გაბრიჭიძე, 2019; ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021).

2.7.3. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციის შემდეგი ფორმები არსებობს:

- ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა შედგება ოჯახის ექიმის და ექთნის გუნდისგან.
- საოჯახო მედიცინის ცენტრი შედგება ოჯახის ექიმების და ექთნების რამდენიმე გუნდისგან;
- ამბულატორია-პოლიკლინიკა, რომელიც მოიცავს ოჯახის ექიმების გუნდებს და ექიმ-სპეციალისტებს.

პირველად ჯანდაცვას ახორციელებენ ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმები. აშშ-ში საქმიანობენ ოჯახის ექიმები, ხოლო ევროპის ქვეყნებში კი - ზოგადი პრაქტიკის ექიმები. საქართველოში პირველად ჯანდაცვის სისტემაში საქმიანობენ ოჯახის ექიმები.

ოჯახის ექიმები უზრუნველყოფენ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს და ხანგრძლივი მომსახურებას ამბულატორიულად და საჭიროებისას ბინაზე ვიზიტებს. ის მოიცავს ქრონიკული და მწვავე დაავადებების მეთვალყურეობას, პრევენციულ და სამკურნალო სერვისებს (Starfield, 1998).

ოჯახის ექიმს აქვს ზოგადი და ყოვლისმომცველი სამედიცინო განათლება. იგი მუშაობს ექთანთან ერთად და ქმნის პირველადი ჯანდაცვის გუნდს. გუნდური პრინციპით საქმიანობა წარმოადგენს ერთობლივად მოღვაწეობას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით.

ქვეყნები გამოირჩევიან პირველადი ჯანდაცვის განსხვავებული სისტემებით. ეს განსხვავებულობა დაკავშირებულია ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, ჯანდაცვის საჭიროებებზე. მკვლევართა მტკიცებით, უფრო მეტად ეფექტიანია 3-6 წევრისგან შემდგარი საოჯახო მედიცინის გუნდები.

დიდი ბრიტანეთის პირველადი ჯანდაცვის გუნდში მოღვაწეობენ: ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, ზოგადი პრაქტიკის ექთნები, ფარმაცევტი, რეგისტრატორები, მენეჯერები, ბებია-ქალები და უბნის ექთნები. გარდა ამისა, შეიძლება წარმოდგენილი იყვნენ სოციალური მუშაკები, მზრუნველები, კონსულტანტები, სათემო ექთანი-ფსიქიატრები, გერიატრიის მუშაკები, დიეტოლოგები, ფიზიოთერაპევტები, ლოგოპედები. პირველადი ჯანდაცვის ლიდერს წარმოადგენენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმები. ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა შეიძლება ასევე განახორციელონ მენეჯერული საქმიანობაც. კლინიკური საქმიანობის გარდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ანხორციელებს პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მართვასაც. აქვე აღსანიშნავია, რომ ამ საქმიანობას ანხორციელებენ მენეჯერები.

მსოფლიოს საუკეთესო გამოცდილება ადასტურებს, რომ ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყოს 500-დან 3500-მდე პაციენტი. ექსპერტთა მტკიცებით, საქართველოს ესაჭიროება 1900 - 2300 ოჯახის ექიმი, და 2400-2600 საოჯახო მედიცინის ექთანი.

2.7.4. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები

საქართველოში 1995 წელს ჯანდაცვის სისტემაში ინიცირებული რეფორმების უმნიშვნელოვანეს მიმართულებას შეადგენდა ჰოსპიტალური მკურნალობიდან პრევენციულ მედიცინასა და პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირება. მიზნად დაისახა პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტული განვითარება. ამ მხრივ, აღსანიშნავია, რომ საქართველოში მთელ პოსტსაბჭოთა სივრცეში პირველად დაინერგა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობი პოლიტიკა (ვერულავა & ჯორბენაძე, 2022).

საქართველოში მიმდინარე რეფორმები ეყრდნობოდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებს და მსოფლიო გამოცდილებას. შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების გზაზე არჩეულ იქნა საოჯახო მედიცინის მოდელის გამოყენება. შერჩეულ იქნა დიდი ბრიტანეთის საოჯახო მედიცინის მოდელი, რომელიც წარმოადგენდა ევროპის პირველადი ჯანდაცვის საუკეთესო მოდელად (ვერულავა & ჯორბენაძე, 2022).

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში დიდი წვლილი მიუძღვით საერთაშორისო სააგენტოებს, მათ შორის მსოფლიო ბანკს, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას, ევროკავშირს, სხვადასხვა ქვეყნების მთავრობებს (ბრიტანეთი, შვედეთი, იაპონია). საქართველოში მსოფლიო ბანკის ხელშეწყობით შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი (გზირიშვილი, 2012).

1995 წელს ჩამოყალიბდა საქართველოს საოჯახო მედიცინის საზოგადოება, რომლის მხარდაჭერით შემუშავდა საოჯახო მედიცინის განვითარების კონცეფცია, დაინერგა ოჯახის ექიმის სპეციალობა. 2000 წელს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროში ჩამოყალიბდა პირველადი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, რომელიც 2001 წელს შეუერთდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს. 2003 წელს უნდა შექმნილიყო საოჯახო მედიცინის ეროვნული და რეგიონული ცენტრები, 2008 წელს კი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ეროვნული ქსელი, სადაც მოხდებოდა პირველადი ჯანდაცვის გუნდების დაკომპლექტება (ვერულავა & ჯორბენაძე, 2022).

პირველად ჯანდაცვაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად საოჯახო მედიცინა აღიარებულ იქნა ცალკე სპეციალობად. 1999 წელს პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებს ჩაუტარდათ სალიცენზიო გამოცდები დაინერგა პირველადი

ჯანდაცვის გაიდლაინები. საპილოტე პროექტების საფუძველზე შემუშავდა პროგრამები, რომელთა მიზანი იყო ოჯახის ექიმების და ექთნების გადამზადება.

ამ მხრივ, განსაკუთრებით აღსანიშნავია დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის წვლილი, რომლის მხარდაჭერით 1997 წელს შემუშავდა ოჯახის ექიმთა გადამზადების პროგრამა, რომლის მეშვეობით გადამზადდა 16 საოჯახო მედიცინის ტრენერი და 48 საოჯახო მედიცინის სპეციალისტი, ასევე განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის ექთნების და მენეჯერთა გადამზადება. დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის დახმარებით ჩამოყალიბდა საოჯახო მედიცინის 5 სადემონსტრაციო ცენტრი, რომელთაგან განსაკუთრებით აღსანიშნავია ეროვნული საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრის ჩამოყალიბება. აშშ-ის განვითარების სააგენტომ (USAID) დააფინანსა სოფლის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროგრამა, რომლის შემუშავებაში ასევე მონაწილეობდნენ ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის ალიანსის (AIHA) და საერთაშორისო სამედიცინო კორპუსი (IMC).

ბრიტანეთის არასამთავრობო ორგანიზაცია OXFAM მონაწილეობდა პირველადი ჯანდაცვის საპილოტე პროექტის განხორციელებაში. 2002 წელს მსოფლიო ბანკმა შეიმუშავა პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების პროექტი, რომლის ფარგლებში დაგეგმილ იქნა ოჯახის ექიმების და ექთნების ტრენინგები. დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტმა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ შეიმუშავეს სამკურნალო საშუალებების რაციონალური და ხარჯთ-ეფექტური მოხმარების გეგმა.

2003 წელს მსოფლიო ბანკმა შეიმუშავა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის განვითარების პროექტი. აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ ამოქმედდა შიდა ქართლსა და გურიაში პირველადი ჯანდაცვის პროექტები. სხვადასხვა ქვეყნების (ევროკავშირი, ბრიტანეთი, შვედეთი, იაპონია) დახმარებით გადამზადდნენ ასეულობით ექიმები და ექთნები საოჯახო მედიცინის მიმართულებით (ვერულავა & ჯორბენაძე, 2022).

სრულიად შეიცვალა პირველადი ჯანდაცვის საბჭოთა საუბნო-ტერიტორიული პრინციპი, რომლის მიხედვით პაციენტს არ შეეძლო აერჩია მისთვის სასურველი ოჯახის ექიმი. რეფორმის შედეგად, დაინერგა ოჯახის ექიმის თავისუფალი არჩევანის

პრინციპი. პაციენტს შეუძლია აირჩიოს მისთვის სასურველი ოჯახის ექიმი, სადაც დარეგისტრირდება. ოჯახის ექიმის არჩევანის უფლების მიცემით გაიზარდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტების მონაწილეობა და კმაყოფილების დონე (Kersnik, 2001; Kalda et al., 2003). აღსანიშნავია, რომ ოჯახის ექიმის თავისუფალი არჩევანი ზრდის კონკურენციას.

ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემის პერიოდში ექიმი წარმოადგენდა სახელმწიფოს ანუ ჯანდაცვის სამინისტროს დაქირავებულს. რეფორმირების შემდეგ მედიცინის მუშაკები გახდნენ პირველადი ჯანდაცვის დამოუკიდებელი ორგანიზაციების დაქირავებული პირები და მათ შორის დამყარდა საკონტრაქტო ურთიერთობები. შესაბამისად, რეფორმამ ერთმანეთისაგან განაცალკევა ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვა და მიწოდება, რამაც დადებითი გავლენა იქონია სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობაზე (Deppe et al., 1996) ჯანდაცვის სამინისტრო გათავისუფლდა ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ფუნქციისაგან. მას დაეკისრა ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების როლი (ზოიძე და სხვ., 1999).

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ინვესტიციების განხორციელება პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების მატერიალური ბაზის გასაუმჯობესებლად. საერთაშორისო ორგანიზაციებმა დაიწყეს პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებების ფიზიკური ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაცია და მოწყობილობა-დანადგარებით აღჭურვა. ამ პროექტებით განხორციელდა 200-მდე პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების სარეაბილიტაციო სამუშაოები და ისინი აღიჭურვნენ სათანადო მოწყობილობა-დანადგარებით.

განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების დაფინანსების რეფორმირება, შემოღებულ იქნა პროგრამული დაფინანსება. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების დაფინანსება ხდება სხვადასხვა დამფინანსებლის (სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, ჯანდაცვის სამინისტრო) მეშვეობით. დაფინანსების უმთავრეს მეთოდად განისაზღვრა სულადობრივი დაფინანსების მეთოდი. ამ მეთოდის გამოყენებით ექიმს აქვს სტიმული მიიღოს მაღალი ანაზღაურება მასთან დარეგისტრირებულ პაციენტთა რაოდენობის გაზრდით. აღნიშნული ზრდის ექიმებს შორის კონკურენციას, რითაც ასევე იზრდება სამედიცინო დახმარების ხარისხი (ვერულავა, 2009; ვერულავა და სხვ., 2022).

2007 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების ახალი პროექტი, რომლის მიხედვით ცალ-ცალკე გამოიყო პირველადი ჯანდაცვის ქალაქის და სოფლის მოდელები. პროექტის მიხედვით, უნდა გაძლიერებულიყო სოფლების ოჯახის ექიმებით უზრუნველყოფა. პირველადი ჯანდაცვის სოფლის ექიმები გახდნენ ინდივიდუალური მეწარმის იურიდიული სტატუსი. მათ შეეძლოთ პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტის განკარგვა. პროექტის ფარგლებში სოფლის პირველადი ჯანდაცვის შენობების რეაბილიტაციისათვის თითოეულ სოფლის ექიმს გადაეცა 1340 აშშ დოლარი.

2013 წელს შემოღებულ იქნა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელიც მოიცავდა საქართველოს მთელ მოსახლეობას. კერძო დაზღვევის კომპანიებს აღარ შეეძლოთ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ადმინისტრირება, ამის უფლება გადაცემულ იქნა სოციალური მომსახურების სააგენტოზე.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს მეშვეობით ხორციელდება სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა. სოფლის ექიმის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს სოფლის მცხოვრებთათვის პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის ამაღლება. 2014 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის მუშაკებს გაეზარდათ დაფინანსება 30%-ით, კერძოდ, სოფლის ექიმის დაფინანსება დადგინდა თვიურად 650 ლარით, ექთნის კი - თვეში 455 ლარით.

2014 წელს საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“. კონცეფციის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება გაცხადდა სახელმწიფო პრიორიტეტად. კონცეფციის თანახმად *„პირველადი ჯანდაცვისა და სხვადასხვა პრევენციული მომსახურების მიმართულებით განხორციელდება მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილობის კუთხით ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებების პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.“* (საქართველოს მთავრობა, 2014)

2.8. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები

სახელმწიფოს მიერ პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტად გამოცხადების მიუხედავად, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯებში მეტი წილი უკავია ჰოსპიტალურ სერვისებზე დანახარჯებს. სტატისტიკური ინფორმაციის ანალიზით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯებში პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე დანახარჯების წილი შეადგინა მხოლოდ 25% (კურაციო, 2019). საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ სახელმწიფოს პრიორიტეტად ისევ ჰოსპიტალური მომსახურება რჩება, რომლის ხარჯი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის 2/3-ს შეადგენს (კურაციო, 2019).

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდის მიუხედავად პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე მეტი წილის გადახდა ისევ მოსახლეობას უწევს ჯიბიდან პირდაპირი გადახდით (48.4%), რაც პაციენტებს მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწევს (კურაციო, 2019).

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ გაიზარდა სამედიცინო სერვისების მოხმარება. ასევე მნიშვნელოვნად გაიზარდა პაციენტების მიმართვა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2020). საქართველოში 2001-2012 წლების პერიოდში პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში პაციენტების მიმართვების რიცხვი ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენდა 1.5-2.3-ს (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2019). საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, 2018 წელს, პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მიმართვა 3.3-მდე გაიზარდა (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2019). თუმცა, მიუხედავად პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ვიზიტების რაოდენობის ზრდისა, იგი საკმაოდ ჩამორჩება განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებლებს, რომელიც შეადგენს 6-ს 1 სულ მოსახლეზე (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2019). აღნიშნულის ერთ-ერთი მიზეზია ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაში სახელმწიფო დანახარჯების წილის არათანაბარი ზრდა (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2019). კერძოდ, ძვირადღირებული ჰოსპიტალური სერვისების მოხმარება დაახლოებით 300%-ით მოიმატა.

აღნიშნული ადასტურებს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სუსტ განვითარებას (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2017). ჰოსპიტალური სერვისების მოხმარების საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ პირველადი

ჯანდაცვის სისტემის დონეზე ვერ ხდება პაციენტის შეკავება. პაციენტები ცდილობენ გვერდი აუარონ პირველადი ჯანდაცვის ოჯახის ექიმს და პირდაპირ მიმართონ ექიმ-სპეციალისტებს (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021). აღნიშნული გამოწვეულია მრავალი ფაქტორით.

კვლევები ადასტურებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ნაკლებ მოხმარებას ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების ანაზღაურების არსებული არასათანადო მეთოდები, რაც განაპირობებენ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების „არაჯანსაღ“ სტიმულებს, რომლის მიხედვით, ჩნდება პაციენტების საავადმყოფოში გადაგზავნის მოტივაციები (ვერულავა, 2021). ამ მხრივ, საჭიროა, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ანაზღაურება ხდებოდეს შედეგების (გაზომვადი ინდიკატორების) გათვალისწინებით (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2019).

პირველადი ჯანდაცვის დაბალი განვითარების ერთ-ერთი ფაქტორია პირველადი ჯანდაცვის სისტემისადმი მოსახლეობის დაბალი ნდობა (ვერულავა & ბერუაშვილი, 2019). საქართველოში ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ პაციენტების მხოლოდ 51%-მა აირჩია ოჯახის ექიმი როგორც ჯანდაცვის სისტემასთან პირველადი კონტაქტი (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2013 წ.).

ამგვარად, შეიძლება ითქვას რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში სუსტადაა განვითარებული, ვერ ხორციელდება „მეკარიბჭის“ პრინციპი და ოჯახის ექიმთან უპირატესი მიმართვა (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2019).

პირველადი ჯანდაცვის განსავითარებლად მიზანშეწონილია მოსახლეობაში ამდლდეს ოჯახის ექიმის „მეკარიბჭეობის“ როლი. პაციენტებს სასურველია ჰქონდეთ მეტი ინფორმაცია ოჯახის ექიმის მეკარიბჭეობის მნიშვნელობის შესახებ. ამისათვის საჭიროა პაციენტების სტიმულირება საჭიროებისას ოჯახის ექიმთან ჩაიტარონ კონსულტაცია, ექიმ სპეციალისტებს კი მიმართონ ოჯახის ექიმის მეშვეობით. რეკომენდირებულია ოჯახის ექიმის მეშვეობით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვა გახდეს პრიორიტეტული. პაციენტის მიერ ოჯახის ექიმის გარეშე ექიმ სპეციალისტთან მიმართვის დროს კი სასურველია თანაგადახდის დაწესება.

პირველადი ჯანდაცვა მიზანშეწონილია განიხილებოდეს ჯანდაცვის სისტემის ფუნდამენტის სახით. პირველადი ჯანდაცვის პრევენციული ღონისძიებები ამცირებენ

ჰოსპიტალიზაციას და შედეგად ჯანდაცვის ხარჯებს. პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობა კიდევ უფრო გაიზარდა დღეს, როცა მოსახლეობის დაბერების გამო წლიდან წლამდე იზრდება ქრონიკულ დაავადებათა ტვირთი, შედეგად კი - ჯანდაცვის დანახარჯები (Macinko et al., 2003). მიზანშეწონილია სახელმწიფომ განახორციელოს დიდი ინვესტიციები პროფილაქტიკური სერვისების, პირველადი ჯანდაცვის სერვისების განვითარებისათვის (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021, გვ. 32).

როდესაც ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვა სათანადო დონეზეა განვითარებული, პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებები 80%-ით კმაყოფილდება. პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ყოვლისმომცველ ჰოლისტიკურ მიდგომას, მედიცინის ყველა მიმართულების ფართოდ მოცვის გამო. პირველადი ჯანდაცვის უპირატესი განვითარება მნიშვნელოვანია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ასამაღლებლად.

2.8.1. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირებისათვის რეკომენდირებულია გაძლიერდეს ოჯახის ექიმის როლი (ვერულავა & ბერუაშვილი, 2019). ამისათვის აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, მათი ოპტიმალური გეოგრაფიული განაწილება და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ასევე საჭიროა ოჯახის ექიმების დაფინანსების გაზრდა.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული ფორმების განვითარების ხელშეწყობა. მსოფლიო გამოცდილება გვიდასტურებს, რომ მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმების, როგორც კერძო პრაქტიკის ექიმების ორგანიზაციული ფორმის განვითარება, რომელიც მოიცავს ოჯახის ექიმებისა და ექთნების ერთიანი საოჯახო მედიცინის გუნდების ჩამოყალიბებას. ასეთ სისტემაში ოჯახის ექიმები უზრუნველყოფილნი არიან საკუთარი სამუშაო ოფისებით და გააჩნიათ ბანკის ინდივიდუალური ანგარიში, სადაც ირიცხება კუთვნილი ანაზღაურება. საქართველოში ასეთი ორგანიზაციული ფორმის განვითარება არ გულისხმობს ამბულატორიებისა და პოლიკლინიკების როლის უგულებელყოფას. საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული ფორმების

განვითარების ხელშეწყობა, რაც გაზრდის პაციენტის მხრიდან ოჯახის ექიმის და პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციულ ფორმებს შორის თავისუფალ არჩევანს. თავისუფალი არჩევანი კი თავის მხრივ, გაზრდის ოჯახის ექიმების და პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციულ სქემებს შორის კონკურენტული გარემოს შექმნას. ცხადია, კონკურენცია აამაღლებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირებისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმებისა და ექთნების განათლების დონის ამაღლება. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრებში სწავლა ფასიანია, რაც ამცირებს განათლების ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. საჭიროა სახელმწიფოს მხრიდან პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების, როგორც ოჯახის ექიმების, ასევე ექთნების უწყვეტი სამედიცინო განათლების დაფინანსება (ვერულავა & ჯორბენაძე 2022ა).

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირებისათვის მიზანშეწონილია სამედიცინო ორგანიზაციების მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვილობის ხარისხობრივი გაუმჯობესებისათვის ზრუნვა. პირველადი ჯანდაცვის ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა ისე უნდა დაიგეგმოს, რომ გათვალისწინებულ იქნას პაციენტების საჭიროებები. ამის განსახორციელებლად ჯანდაცვის სამინისტროს განსაზღვრული უნდა ჰქონდეს პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის ბაზისური სტანდარტი. სახელმწიფომ უნდა დაადგინოს ოჯახის ექიმის და ექთნის მუშაობისათვის საჭირო მინიმალური ფართის სტანდარტი. ამისათვის გამოწვლილვით უნდა იქნას შესწავლილი და გაანალიზებული პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები, უნდა დადგინდეს ამ ორგანიზაციების ადგილმდებარეობა და მომუშავე პერსონალის მახასიათებლები.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების გეოგრაფიული მდებარეობა უნდა განისაზღვროს ჯანდაცვის სერვისებზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპების დაცვით, რაც გულისხმობს ჯანდაცვის სერვისებზე 15-წუთიანი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას. მაღალმთიან რეგიონებში ან სოფლებში მცხოვრებთათვის საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის მობილური გუნდების შექმნა. სოფლად სასურველია ერთგუნდიანი, ხოლო ქალაქებში კი მრავალგუნდიანი პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების ჩამოყალიბება

(ვერულავა & ჯორბენაძე, 2021). დარგის სპეციალისტთა რჩევით, 2000 მოსახლეობაზე სასურველია 1 ექიმის მეთვალყურეობა, რაც მოიცავს ქვეყანაში 2000-დან 2200-მდე ოჯახის ექიმების და 2300-დან 2500-მდე ექთნის ფუნქციონირებას. რეფორმის შემდგომ ეტაპზე მიზანშეწონილია ექიმსა და ექთანს შორის თანაფარდობის გაზრდა. მცირედ დასახლებულ ადგილებში (მაღალმთიანი სოფლები), სადაც ცხოვრობს 250-დან 1000-მდე მოსახლეობა მიზანშეწონილია 1 ექთნის და ექიმის გამოყოფა.

საქართველოში პრობლემას წარმოადგენს ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების (მაგ., ტუბერკულოზი, შიდსი) კოორდინირებული მართვა. ასეთ შემთხვევაში ხშირად ხდება სერვისების დუბლირება და შესაბამისად, რესურსების არაეფექტიანად გამოყენება. აღნიშნული კი ზრდის ჯანდაცვის დანახარჯებს (ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019). ამისათვის საჭიროა ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრაცია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრაცია ზრდის ჯანდაცვის სერვისების ეფექტიანად ხარჯვას (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021).

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ინფორმაციული სისტემების განვითარებას, კომპიუტერულ და პროგრამულ უზრუნველყოფას. ამ მიმართულებით მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ისეთი საინფორმაციო მართვის სისტემის ჩამოყალიბება, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის კლინიკურ ინფორმაციასთან დაკავშირებული კონფიდენციალურობის პრინციპების დაცვას.

პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაში უმნიშვნელოვანესია ოჯახის ექიმების და ექთნების, სხვა მედიცინის მუშაკების შრომის ანაზღაურების ამაღლება. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული ოჯახის ექიმების დაფინანსება ხდება მათი მეთვალყურეობის ქვეშ არსებული ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. ერთი პაციენტის მეთვალყურეობაზე დადგენილია 1,93 ლარი, რაც ძალიან მცირეა. ამ მხრივ საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის პრესტიჟის ამაღლება, რისთვისაც აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის სათანადო ანაზღაურება (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021; ვერულავა, 2022ა).

კვლევები ადასტურებენ, რომ მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების შერეული მეთოდების შემოღება, რაც ნიშნავს კაპიტაციური

დაფინანსების მეთოდთან ერთად დაფინანსების სხვა მეთოდების (შესრულებული სამუშაოს მიხედვით და მიზნობრივი ანაზღაურების) გამოყენებასაც (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021). ევროპის ბევრ ქვეყნებში ოჯახის ექიმის დასაფინანსებლად სულადობრივ დაფინანსებასთან ერთად იყენებენ შერეულ მეთოდებსაც, რომელიც ითვალისწინებს ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობაში არსებული ბენეფიციარების რაოდენობას და ექიმთა აქტივობებსაც (ვერულავა, 2022). შერეული მეთოდებით დაფინანსების შემთხვევაში ოჯახის ექიმს აქვს სტიმული პაციენტს სრულად ჩაუტაროს საჭირო მომსახურება. დაფინანსების შერეული მეთოდი ანვითარებს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობას და სოფლად საქმიანობის სტიმულირებას (მიქავა და გაბრიჭიძე, 2019). ოჯახის ექიმებისათვის მიზნობრივი ანაზღაურების გამოყენება ნიშნავს პროფილაქტიკური ღონისძიებების სტიმულს (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021).

პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის სისტემის საფუძველია. პირველადი ჯანდაცვის გამართულად ფუნქციონირება ხელს უწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებას, ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდას, ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების ეფექტიან ხარჯვას (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2021).

III მეთოდოლოგია

3.1. კვლევის დიზაინი

კვლევისათვის გამოვიყენეთ სხვადასხვა სამეცნიერო წყაროები, სტატიები, სტატისტიკური ინფორმაცია, ანგარიშები, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციები. განვიხილეთ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ჩატარებული სამეცნიერო კვლევები. განვახორციელეთ არსებული მეორადი წყაროების შინაარსობრივი და შედარებითი ანალიზი, რისთვისაც გამოვიყენეთ დედუქციური და ინდუქციური მიდგომები.

კვლევა ეყრდნობა როგორც რაოდენობრივ ასევე თვისებრივ მეთოდს.

რაოდენობრივი და თვისებრივი აღწერილობითი მიდგომა გამოვიყენეთ პასუხის გასაცემად კითხვებზე, თუ რას ნიშნავს ნდობა კვლევის მონაწილეებისთვის, რა ფაქტორები აყალიბებს პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ და რატომ არის მნიშვნელოვანი ნდობა. რაოდენობრივი და თვისებრივი აღწერილობითი მიდგომა შეესაბამება ჩვენი კვლევის მიზნებს, რადგან ის მიმართულია განავითაროს ისეთი ფენომენის გაგება და აღწერა, როგორიცაა პაციენტების ნდობა ექიმების მიმართ. მიდგომა გვთავაზობს კვლევის მონაწილეთა აღქმებისა და თვალსაზრისების უფრო ღრმა გაგებას მათი მოლოდინების, ღირებულებების და კულტურის გათვალისწინებით.

თვისებრივი კვლევის მეთოდი, სიღრმისეული ინტერვიუს გზით, საშუალებას გვაძლევს საკითხი შევისწავლოთ უფრო სიღრმისეულად.

3. 2. შერჩევა

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის მიმართ პაციენტების ნდობის შესახებ წარმოდგენის მიღების მიზნით, გამოყენებულ იქნა მიზანმიმართული შერჩევა პირველადი ჯანმრთელობის დაწესებულებების მრავალფეროვანი სპექტრის მისაღებად. სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევის კონკრეტულ კრიტერიუმებს განეკუთვნება: აჭარის რეგიონის ნებისმიერი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, ადგილმდებარეობა (ქალაქი და სოფელი) და საკუთრება (საჯარო, კერძო). სოფლისა

და ქალაქის სამედიცინო დაწესებულებების ჩართვა ითვალისწინებდა ქალაქად და სოფლად ჯანდაცვის სერვისების მიმართ პაციენტების განსხვავებული ბარიერების შესწავლას.

შერჩეულ იქნა მაქსიმალური ვარიაციის შერჩევის მეთოდი, რომლის მიზანს შეადგენდა გარკვეულ რეგიონში სხვადასხვა გეოგრაფიულ გარემოში მცხოვრები პაციენტების ჩართვა.

კვლევა ჩატარდა აჭარის რეგიონის პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციებში. რაოდენობრივი კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდნენ პაციენტები. თვისებრივი კვლევის სამიზნე ჯგუფი მოიცავდა პირველადი ჯანდაცვის ექსპერტებს, ოჯახის ექიმებს და პაციენტებს.

კვლევის არეალად შევარჩიე აჭარის რეგიონის პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებები, ვინაიდან მოცემულ რეგიონში ჩემთვის მოსახერხებელი იყო სამედიცინო წარმომადგენლებთან პირდაპირი კომუნიკაცია. კვლევისთვის მნიშვნელოვანი იყო პირველადი ჯანდაცვის გამოცდილების მქონე სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვა, რათა მათგან შემეკრიბა სამუშაო გამოცდილების შესახებ ინფორმაცია.

კვლევა ასახავს 2023-2024 წლებში გამოკითხული 772 რესპოდენტისგან რაოდენობრივი კვლევის და 54 რესპოდენტისგან თვისებრივი კვლევის საფუძველზე მიღებულ ინფორმაციას.

კვლევაში მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი, რაც ინფორმირებული თანხმობის პრინციპების გამოყენებით რესპოდენტებმა დაადასტურეს შესაბამისი ხელმოწერით.

772 რესპოდენტი შეადგენდა პაციენტების გენერალურ ერთობლიობას. კვლევაში ჩართული პაციენტები წარმოადგენდნენ აჭარის რეგიონის ამბულატორიული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში აღრიცხულ პოპულაციას. შესაბამისად, შეფასებული პაციენტები უნდა განვიხილოთ როგორც აჭარის რეგიონში ქალაქის და სოფლის დიდი და მცირე ზომის სამედიცინო დაწესებულებებში აღრიცხული პაციენტების რეპრეზენტატული ჯგუფი.

კვლევის ბოლო ეტაპზე ჩატარდა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის თვისებრივი კვლევა. ფოკუს ჯგუფებით, ინტერვიუებითა და სატელეფონო ინტერვიუებით გამოკითხული იყო 54 მონაწილე,

მათ შორის 43 პაციენტი, რომლებმაც მიმართეს ამბულატორიულ დაწესებულებებს და 11 ოჯახის ექიმი. ოჯახის ექიმთა შორის ოთხთან ჩატარდა ინტერვიუ, სამთან - სატელეფონო ინტერვიუ, ოთხთან კი - ფოკუს ჯგუფი. ინტერვიუები და ფოკუს ჯგუფი ჩატარდა აჭარის რეგიონის ქალაქებსა და სოფლებში.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში მონაწილეთა კვლევაში მოზიდვა მოხდა თოვლის გუნდის მეთოდის გამოყენების მეშვეობით.

3.3. კვლევის ინსტრუმენტი

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა პირველადი ჯანდაცვის პაციენტების გამოკითხვა წინასწარ სტრუქტურირებული კითხვარების გამოყენებით.

არ არსებობს პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაში ინტერპერსონალური ნდობის ყოვლისმომცველი თეორია. ამგვარად, არ არსებობს უნივერსალური ჩარჩო, რომელიც ითვალისწინებს ექიმებისადმი პაციენტის ნდობის ყველა სპეციფიკას. აქედან გამომდინარე, ნდობა გამოკვლეულ უნდა იქნას მისი სირთულის, მრავალმხრივ და სპეციფიკურ კონტექსტში.

კვლევის ინსტრუმენტის შერჩევამდე პაციენტების ექიმების მიმართ ნდობის ინსტრუმენტების ანალიზის მიზნით განხორციელდა ლიტერატურის მიმოხილვა. გამოვლინდა აღნიშნული საკითხის სიმწირე განვითარებადი ქვეყნების მოსახლეობისთვის და მით უმეტეს, საქართველოს მოსახლეობისათვის ადაპტირებული პაციენტების ექიმების მიმართ ნდობის გასაზომი ინსტრუმენტი.

წარმოდგენილი შეფასებისთვის გამოყენებული ინსტრუმენტი შეიქმნა სხვადასხვა კვლევების საფუძველზე, რომლის ადაპტირება მოხდა წარმოდგენილი კვლევის ავტორის მიერ.

რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი მოიცავდა 50 დახურულ კითხვას, რომლების გასაზომად გამოყენებულ იქნა 5 შესაძლო პასუხი: ა) კატეგორიულად არ ვეთანხმები; ბ) გარკვეულწილად არ ვეთანხმები; გ) არც ვეთანხმები და არც უარყოფ; დ) გარკვეულწილად ვეთანხმები; ე) სრულიად ვეთანხმები.

1. მირჩევნია მხოლოდ 1 ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ ვიყო
2. მე ყოველთვის ცდილობ მივყვე ჩემი ოჯახის ექიმის რჩევას

3. მე ვენდობი ჩემი ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილებას და არ მინდა მეორე აზრი
4. მირჩევნია ჩემმა ოჯახის ექიმმა მიმკურნალოს, ვიდრე ექიმ-სპეციალისტს მივმართო
5. ადვილია ჩემი ექიმის კაბინეტამდე გამგზავრება
6. ოჯახის ექიმთან შეხვედრის დანიშვნა არც ისე რთულია
7. ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტს აქვს სუფთა, კარგად მოვლილი ექსტერიერი
8. ჩემი ექიმის კაბინეტის ინტერიერი სუფთა და მოწესრიგებულია
9. ვგრძნობ პატივისცემას ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტის ადმინისტრაციული / მიმღები პერსონალის მხრიდან
10. მე არ მიწევს დიდხანს ლოდინი ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტში
11. ჩემი ოჯახის ექიმი მთლიანად ჩემზეა კონცენტრირებული და ცდილობს სრული ყურადღება დამითმოს
12. არ ვგრძნობ ექიმისგან აჩქარებულ დამოკიდებულებას, კონსულტაციის დროს საკმარისი დროს მითმობს
13. ჩემი ოჯახის ექიმი ყურადღებას აქცევს ნებისმიერ ჩივილზე, თუნდაც ის იყოს მცირე და უმნიშვნელო
14. ჩემმა ოჯახის ექიმმა კარგად იცის ჩემი წარსული სამედიცინო ისტორია
15. თავს კომფორტულად ვგრძნობ, როდესაც ჩემს ოჯახის ექიმს კითხვებს ვუსვამ
16. თავს კომფორტულად ვგრძნობ კონფიდენციალური ინფორმაციის განხილვისას ჩემს ექიმთან
17. ოჯახის ექიმი გასაგებად მიხსნის ჩემი დიაგნოზის, მკურნალობის შესახებ
18. ჩემი ოჯახის ექიმი ყოველთვის მაძლევს დაავადების მკურნალობის შესახებ რეალისტურ იმედს
19. ჩემი ოჯახის ექიმი მესაუბრება გამამხნეველი და მოტივაციური ტონით
20. ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს დროზე ჩაატაროს პრევენციული ღონისძიებები
21. ჩემს ოჯახის ექიმს კარგი იუმორის გრძნობა აქვს
22. ჩემი ოჯახის ექიმი თანამგრძნობი და მზრუნველია ჩემს მიმართ, ყოველთვის თბილად მომიკითხავს
23. ჩემი ოჯახის ექიმი მეპყრობა მე, როგორც პიროვნებას

24. ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს თავი შეიკავოს ჩემთან დადანაშაულების ტონით საუბრისგან
25. ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს თავი შეიკავოს ჩემთან აწეული ხმით საუბრისგან
26. მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ იგი შეინახავს ჩემი სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობას
27. ჩემი ექიმი და მე ვთანამშრომლობთ ისეთი მკურნალობის გეგმის მისაღწევად, რომელიც საუკეთესოდ შეესაბამება ჩემს საჭიროებებს
28. მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ მომაწვდის ხარისხიან მომსახურებას
29. მირჩევნია ჩემს ოჯახის ექიმს ჰქონდეს სამედიცინო სფეროში მრავალწლიანი გამოცდილება
30. ვენდობი ჩემს ექიმს, რომ თავად მიიღებს გადაწყვეტილებებს, თუ როდის არის საჭირო დიაგნოსტიკური გამოკვლევები
31. მე ვენდობი ჩემს ექიმს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიმმართავს სპეციალისტთან
32. მე შემიძლია მარტივად მივიღო მიმართვა სხვა ექიმთან ჩემი ოჯახის ექიმისგან
33. მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიმმართავს საავადმყოფოში
34. ჩემმა ოჯახის ექიმმა კარგად იცის ჩემი სამედიცინო პრობლემები
35. ჩემი ოჯახის ექიმი აკეთებს საუკეთესო გადაწყვეტილებას ჩემს სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებით
36. ჩემი ოჯახის ექიმი პირველ რიგში აყენებს ჩემს საჭიროებებს
37. ოჯახის ექიმი მუშაობს პაციენტების ინტერესებიდან და არა საკუთარი ფინანსური ინტერესებიდან
38. მირჩევნია ჩემი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო
39. მირჩევნია მამრობითი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო
40. მირჩევნია მდედრობითი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო
41. ვცდილობ რეგულარულად მივმართო ოჯახის ექიმს
42. ზოგჯერ ჩემს ოჯახის ექიმს შეეძლო მეტი გაეკეთებინა ჩემი სამედიცინო დახმარებისთვის
43. ჩემი ექიმი არასოდეს მომატყუებს

44. ექიმი მეუბნება შეცდომების შესახებ და ბოდიშის მოხდაც შეუძლია
 45. მე და ჩემი ოჯახის ექიმი ვთანამშრომლობთ, რათა ერთობლივად ჩამოვაყალიბოთ მკურნალობის გეგმა
 46. ჩემი ექიმი მოითხოვს ჩემს თანხმობას ნებისმიერი ქმედების წინ
 47. ჩემი ექიმი ცდილობს ინფორმირებული ვიყო ჩემი მკურნალობის გეგმის შესახებ
 48. ჩემმა ოჯახის ექიმმა იცის ყველა სპეციალისტი, რომელსაც ვნახულობ და რა მკურნალობას ვიღებ
 49. ჩემი ექიმი ყოველთვის გამოიყურება მოწესრიგებული და სუფთა
 50. მე კმაყოფილი ვარ ჩემი ექიმის სამედიცინო დახმარებით
- ჩამოთვლილი საკითხები სამეცნიერო ლიტერატურაში განიხილება პაციენტის ექიმის მიმართ ნდობის ხარისხის გასაზომ სანდო კრიტერიუმებად. ხუთიდან სასურველი პასუხის არჩევით, პაციენტს ეძლევა საშუალება რაოდენობრივი მონაცემებით გამოხატოს თავისი დამოკიდებულება ექიმის მიმართ ნდობის შესახებ.
- თვისებრივ კვლევაში გამოვიყენეთ სიღრმისეული ინტერვიუ, რაც გვაძლევდა რესპოდენტებთან უფრო თავისუფალ და კომფორტულ გარემოში ურთიერთობის საშუალებას.

3.4. მონაცემების შეგროვება, სტატისტიკური ანალიზი

პაციენტებთან ინტერვიუ ჩატარდა სამედიცინო დაწესებულებაში, ცალკე ოთახში, სამედიცინო პერსონალის და სხვა დამსწრეების გარეშე. რესპოდენტებმა იცოდნენ, რომ მათ შეეძლოთ უარი ეთქვათ ინტერვიუზე ან შეეწყვიტათ ის ნებისმიერ მომენტში, თუმცა ასეთი ფაქტი არ დაფიქსირებულა.

კვლევის შედეგების ანალიზი ხდებოდა SPSS statistics პროგრამის გამოყენებით.

სიღრმისეული ინტერვიუები ჩაწერილ იქნა აუდიო ფირზე, რომლის დასრულებისას სიღრმისეული გავშიფრეთ აუდიო და ვიდეო ჩანაწერები. თემატურად გავანალიზეთ ტრანსკრიპტები. თავდაპირველად განხორციელდა მონაცემების წაკითხვა და შემდგომ კი კოდირება. კოდები გარდავქმენით თემები, ხოლო თემები ქვეთემებად.

3.5. კვლევის ეთიკის საკითხები

ნაშრომში გათვალისწინებულია სამეცნიერო სფეროში აღიარებული ეთიკის ნორმები. მონაცემების შეგროვების და დამუშავების დროს დაცულ იქნა ანონიმურობა და კონფიდენციალობა. რესპოდენტების მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი.

კვლევა განხილულ და ნებადართულ იქნა თსუ-ის მედიცინის ფაკულტეტის სამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ. კომისიამ განიხილა პროექტი და გამოიტანა დასკვნა, რომ კვლევის პროტოკოლის მიხედვით რესპოდენტების უფლებები დაცულია ადექვატურად. (ოქმი #2024-030)

კვლევაში ჩართულ პირებს მიეწოდებოდათ სრული ინფორმაცია კვლევის შესახებ. ყველა საკვლევი პირი აწერდა ხელს წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას კვლევაში ჩართვასთან დაკავშირებით.

3.6. კვლევის შეზღუდვა

კვლევას ჰქონდა გარკვეული შეზღუდვები, რომლებიც მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული დასკვნების განზოგადების განხილვისას.

კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა ის, რომ კვლევის დრო იყო შეზღუდული. ამიტომ კვლევა ვერ განვახორციელეთ ყველა რეგიონებში.

პაციენტების გამოკითხვა ჩატარდა ერთი რეგიონის, კერძოდ აჭარის პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებიდან. თუმცა, პაციენტების რაოდენობა შედარებით დიდი იყო და მუნიციპალიტეტები, რომლიდანაც პაციენტები დაკომპლექტდნენ, განსხვავდებოდა

ზოგმა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებამ არ ისურვა კვლევაში მონაწილეობა. მიზეზად დაასახელეს დატვირთული სამუშაო გრაფიკი. ამასთან ჩვენ არ გვაქვს ინფორმაცია იმ რესპოდენტების მახასიათებლების ან შეხედულებების შესახებ, რომლებმაც პასუხი არ გაცეს კითხვარს. შესაძლებელია, რომ არმპასუხებლებს უფრო უარყოფითი შეხედულებები ჰქონდეთ თავიანთი ოჯახის ექიმის მიმართ და შესაბამისად გააჩნდეთ ნდობის დაბალი დონე.

IV. კვლევის შედეგები

4.1. რაოდენობრივი კვლევის შედეგები

კვლევაში მონაწილეობდა 772 პაციენტი. მათგან ასაკობრივად ყველაზე ყველაზე მეტ პროცენტულ წილს შეადგენდნენ 45-54 ასაკის პაციენტები (n=165; 21.4%). მათგან ქალები შეადგენდნენ 57.5%-ს (n=454), ხოლო კაცები 42.5%-ს (n=328). კვლევაში მონაწილეთაგან ქალაქად და სოფლად მცხოვრებნი თანაბრად გადანაწილდნენ 50% (n=386). საშუალო განათლების რესპოდენტები შეადგენდა 60.9%-ს (n=470), ხოლო უმაღლესი განათლების - 39.1% (n=302). რესპოდენტთა უმრავლესობის შემოსავალი შეადგენდა 500 ლარს (n=500; 64.8%), შემდეგ მოდიოდა 500-999 ლარი (n=253; 32.8%). (ცხრილი 1).

ცხრილი 1. რესპოდენტთა დემოგრაფიული მონაცემები

ცვლადი	სიხშირე	%
ასაკი		
18-24	58	7.5
25-34	88	11.4
35-44	132	17.1
45-54	165	21.4
55-64	151	19.6
65-74	116	15.0
75 და მეტი	62	8.0
სქესი		
მამრობითი	328	42,5
მდედრობითი	444	57,5
ბინადრობა		
ქალაქი	386	50.0
სოფელი	386	50.0
განათლება		
საშუალო	470	60.9
უმაღლესი	302	39.1

შემოსავალი		
500 ლარამდე	500	64.8
500-999 ლარი	253	32.8
1000-1999 ლარი	13	1.7
2000 ლარზე მეტი	6	0.8
ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის	659	85.4
მონაწილე		
კერძო დაზღვეული	113	14.6

კვლევაში მონაწილეთა უმეტესი ნაწილი წარმოადგენდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე ბენეფიციარებს (n=659; 85.4%), ნებაყოფლობითი დაზღვევით ბენეფიციართა რაოდენობა შეადგენდა 14.6%-ს (n=113). კვლევაში მონაწილეთა უმეტესი ნაწილის აზრით, პირველადი ჯანდაცვის ექიმს ხვდება წელიწადში 3-5-ჯერ (n=397; 51.4%), წელიწადში 1-2-ჯერ ხვდება რესპოდენტთა 40.9% (n=316). (ცხრილი 2).

ცხრილი 2. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე და ნებაყოფლობითი დაზღვევით ბენეფიციართა რაოდენობა

ცვლადი	სიხშირე	%
ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მონაწილე	659	85.4
კერძო დაზღვეული	113	14.6
რამდენად ხშირად ხვდებით პირველადი ჯანდაცვის ექიმს		
წელიწადში 1-2 ჯერ	316	40.9
წელიწადში 3-5 ჯერ	397	51.4
წელიწადში 5-ჯერ და მეტი	59	7.6

რესპოდენტებს დაესვა 50 კითხვა. 50 კითხვიდან მხოლოდ 17-ს (34%) ჰქონდა უფრო მეტი დადებითი პასუხი, ვიდრე უარყოფითი პასუხი, რაც მიუთითებს იმაზე,

რომ პაციენტებს ძირითადად ნაკლები ნდობა აქვთ თავიანთი ოჯახის ექიმების მიმართ.

პუნქტები, რომელთა მიმართაც რესპოდენტები დადებითად იყვნენ განწყობილნი.

რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი ეთანხმება იმ აზრს, რომ ურჩევნია იყოს მხოლოდ ერთი ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ ($n=499$; 64.6%), ადვილია საკუთარი ოჯახის კაბინეტამდე გამგზავრება ($n=429$; 55.6%); საკუთარი ოჯახის ექიმთან შეხვედრის დანიშვნა არც ისე რთულია ($n=431$; 55.8%); საკუთარი ოჯახის ექიმის კაბინეტს აქვს სუფთა, კარგად მოვლილი ექსტერიერი ($n=386$; 50%) და ინტერიერი ($n=384$; 49.7%), გრძნობს პატივისცემას ოჯახის ექიმის კაბინეტის ადმინისტრაციული / მიმღები პერსონალის მხრიდან ($n=391$; 50.6%); მათ არ უწევთ დიდხანს ლოდინი ოჯახის ექიმის კაბინეტში ($n=439$; 56.9%), თავს კომფორტულად გრძნობს, როდესაც ოჯახის ექიმს კითხვებს უსვამს ($n=409$; 53%), თავს კომფორტულად გრძნობს კონფიდენციალური ინფორმაციის განხილვისას ოჯახის ექიმთან ($n=402$; 52.1%), ოჯახის ექიმს კარგი იუმორის გრძნობა აქვს ($n=480$; 62.2%); ოჯახის ექიმი თანამგრძნობი და მზრუნველია მის მიმართ, ყოველთვის თბილად მოიკითხავს ($n=459$; 59.5%), ენდობა ოჯახის ექიმს, რომ იგი შეინახავს მისი სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობას ($n=495$; 64.1%); ურჩევნია ოჯახის ექიმს ჰქონდეს სამედიცინო სფეროში მრავალწლიანი გამოცდილება ($n=486$; 63%); ურჩევნია თავისი სქესის ოჯახის ექიმთან იმკურნალოს ($n=379$; 49.1%); ურჩევნია მდებრობითი სქესის ოჯახის ექიმთან იმკურნალოს ($n=556$; 72%); ზოგჯერ მის ოჯახის ექიმს შეეძლო მეტი გაეკეთებინა სამედიცინო დახმარებისთვის ($n=497$; 64.4%); ოჯახის ექიმი ყოველთვის გამოიყურება მოწესრიგებული და სუფთა ($n=767$; 99.4%).

პუნქტები, რომელთა მიმართაც რესპოდენტები უარყოფითად იყვნენ განწყობილნი.

რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი ყოველთვის არ ცდილობს მიყვეს თავისი ოჯახის ექიმის რჩევას ($n=493$; 63.9%); ზოგჯერ არ ენდობა საკუთარი ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილებას და სურს მეორე აზრის მოსმენა ($n=714$; 92.5%); არ ურჩევნია საკუთარმა ოჯახის ექიმმა უმკურნალოს და სურს ექიმ-სპეციალისტს მიმართოს ($n=482$; 62.4%); ოჯახის ექიმი მთლიანად მასზე არ არის კონცენტრირებული და არ

ცდილობს სრული ყურადღება დაუთმოს. (n=568; 73.69%), გრძნობს ექიმისგან აჩქარებულ დამოკიდებულებას, კონსულტაციის დროს საკმარისი დროს არ უთმობს (n=597; 77.3%), ოჯახის ექიმი ყურადღებას არ აქცევს ნებისმიერ ჩივილს, თუნდაც ის იყოს მცირე და უმნიშვნელო (n=597; 77.3%), ოჯახის ექიმმა კარგად არ იცის მისი წარსული სამედიცინო ისტორია (n=650; 84.2%); ოჯახის ექიმი გასაგებად არ უხსნის დიაგნოზის, მკურნალობის შესახებ (n=637; 82,5%); ოჯახის ექიმი ყოველთვის არ აძლევს დაავადების მკურნალობის შესახებ რეალისტურ იმედს (n=449; 58,2%); ოჯახის ექიმი არ ეპყრობა, როგორც პიროვნებას (n=405; 52.5%); ოჯახის ექიმი არ ესაუბრება გამამხნეველები და მოტივაციური ტონით (n=427; 55,3%); ოჯახის ექიმი არ ცდილობს დროზე ჩაატაროს პრევენციული ღონისძიებები (n=628; 81,3%); ოჯახის ექიმი არ ცდილობს თავი შეიკავოს დადანაშაულების ტონით საუბრისგან (n=461; 59.7%); ოჯახის ექიმი არ ცდილობს თავი შეიკავოს აწეული ხმით საუბრისგან (n=442; 57.3%); ოჯახის ექიმი და მე ვთანამშრომლობთ ისეთი მკურნალობის გეგმის მისაღწევად, რომელიც საუკეთესოდ შეესაბამება ჩემს საჭიროებებს (n=596; 77.2%); რესპოდენტთა უმრავლესობა არ ენდობა ოჯახის ექიმს, რომ მიაწვდის ხარისხიან მომსახურებას (n=613; 79.4%); არ ენდობა ოჯახის ექიმს, რომ მიიღებს გადაწყვეტილებებს, თუ როდის არის საჭირო ტესტები ან პროცედურები (n=657; 85.1%); არ ენდობა ოჯახის ექიმს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიმართავს სპეციალისტთან (n=657; 85.1%); არ შეუძლია მარტივად მიიღოს მიმართვა სხვა ექიმთან საკუთარი ოჯახის ექიმისგან (n=519; 67.2%); არ ენდობა ოჯახის ექიმს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიმართავს საავადმყოფოში (n=515; 66.7%); ოჯახის ექიმმა კარგად არ იცის მისი სამედიცინო პრობლემები (n=628; 81.3%); ოჯახის ექიმი არ აკეთებს საუკეთესო გადაწყვეტილებას მის სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებით (n=637; 82.5%); ოჯახის ექიმი პირველ რიგში არ აყენებს მის საჭიროებებს (n=601; 77.8%); ოჯახის ექიმი არ მუშაობს პაციენტების ინტერესებიდან, არამედ საკუთარი ფინანსური ინტერესებიდან (n=581; 75.3%); არ ურჩევნია მამრობითი სქესის ოჯახის ექიმთან იმკურნალოს (n=555; 71.9%); არ ცდილობს რეგულარულად მიმართოს ოჯახის ექიმს (n=554; 71.8%); არ ეთანხმება იმ აზრს, რომ მისი ოჯახის ექიმი არასოდეს მოატუებს (n=574; 74.4%); არ ეთანხმება იმ აზრს, რომ მისი ოჯახის ექიმი ეუბნება შეცდომების შესახებ და ბოდიშის მოხდაც შეუძლია (n=687; 89%); ის და ოჯახის ექიმი არ თანამშრომლობენ, რათა ერთობლივად

ჩამოაყალიბონ მკურნალობის გეგმა (n=475; 61,5%); ოჯახის ექიმი არ მოითხოვოს მის თანხმობას ნებისმიერი ქმედების წინ (n=680; 88,1%); ოჯახის ექიმი არ ცდილობს იგი ინფორმირებული იყოს მისი მკურნალობის გეგმის შესახებ (n=485; 62,8%); ოჯახის ექიმმა არ იცის ყველა სპეციალისტი, რომელსაც იგი ნახულობს და რა მკურნალობას იღებს (n=656; 85%); არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის სამედიცინო დახმარებით (n=498; 64.5%).

ცხრილი 3: რესპოდენტთა დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის მიმართ; N= 772

	კატეგორიულად არ ვეთანხმები	გარკვეულწილად არ ვეთანხმები	არც ვეთანხმები და არც უარყოფ	გარკვეულწილად ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები
მირჩევნია მხოლოდ 1 ექიმის მეთვალყურე- ობის ქვეშ ვიყო	15 (1.9%)	167 (21.6%)	6 (0.8%)	499 (64.6%)	85 (11%)
მე ყოველთვის ვცდი- ლობ მივყვე ჩემი ოჯახის ექიმის რჩევას	2 (0.3%)	493 (63.9%)	0	274 (35.5%)	3 (0.4%)
მე ვენდობი ჩემი ოჯახის ექიმის გადა- წყვეტილებას და არ მინდა მეორე აზრი	2 (0.3%)	714 92.5	0	56 (7.3%)	0
მირჩევნია ჩემმა ოჯახის ექიმმა მიმ- კურნალოს, ვიდრე ექიმ-სპეციალისტს მივმართო	6 (0.8%)	482 (62.4%)	0	276 (35.8)	8 (1.0%)
ადვილია ჩემი ექიმის კაბინეტამდე გამგზავრება	36 (4.7%)	188 (24.4%)	4 (0.5%)	429 (55.6%)	115 (14.9%)
ოჯახის ექიმთან შეხვედრის დანიშვნა არც ისე რთულია	35 (4.5%)	190 (24.6%)	4 (0.5%)	431 (55.8%)	112 (14.5%)
ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტს აქვს სუფთა, კარგად მოვლილი ექსტერიერი	3 (0.4%)	374 (48.4%)	0	386 (50%)	9 (1.2%)
ჩემი ექიმის კაბინეტის ინტერიერი სუფთა და მოწესრიგებულია	0	383 (49.6%)		384 (49.7%)	5 (0.6%)
ვგრძნობ პატივისცემას ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტის ადმინისტრაციული/ მიმღები პერსონალის მხრიდან	0	379 (49.1%)	1 (0.1%)	391 (50.6%)	1 (0.1%)
მე არ მიწევს დიდხანს ლოდინი ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტში		331 (42.9%)	2 (0.3%)	439 (56.9%)	

ჩემი ოჯახის ექიმი მთლიანად ჩემზეა კონცენტრირებული და ცდილობს სრული ყურადღება დამითმოს		568 (73.6%)	5 (0.6%)	199 (25.8%)	
არ ვგრძნობ ექიმისგან აჩქარებულ დამოკიდებულებას, კონსულტაციის დროს საკმარისი დროს მითმობს		597 (77.3%)	4 (0.5%)	171 (22.2%)	
ჩემი ოჯახის ექიმი ყურადღებას აქცევს ნებისმიერ ჩივილზე, თუნდაც ის იყოს მცირე და უმნიშვნელო	1 (0.1%)	690 (89.4%)	3 (0.4%)	78 (10.1%)	
ჩემმა ოჯახის ექიმმა კარგად იცის ჩემი წარსული სამედიცინო ისტორია		650 (84.2%)	10 (1.3%)	112 (14.5%)	
თავს კომფორტულად ვგრძნობ, როდესაც ჩემს ოჯახის ექიმს კითხვებს ვუსვამ		346 (44.8%)	16 (2.1%)	409 (53%)	1 (0.1%)
თავს კომფორტულად ვგრძნობ კონფიდენციალური ინფორმაციის განხილვისას ჩემს ექიმთან		352 (45.6%)	17 (2.2%)	402 (52.1%)	1 (0.1%)
ოჯახის ექიმი გასაგებად მიხსნის ჩემი დიაგნოზის, მკურნალობის შესახებ	1 (0.1%)	637 (82.5%)	14 (1.8%)	120 (15.5%)	
ჩემი ოჯახის ექიმი ყოველთვის მაძლევს დაავადების მკურნალობის შესახებ რეალისტურ იმედს		449 (58.2%)	10 (1.3%)	312 (40.4%)	1 (0.1%)
ჩემი ოჯახის ექიმი მესაუბრება გამამხნეველი და მოტივაციური ტონით		427 (55.3%)	9 (1.2%)	336 (43.5%)	
ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს დროზე ჩაატაროს პრევენციული ღონისძიებები		628 (81.3%)	10 (1.3%)	134 (17.4%)	
ჩემს ოჯახის ექიმს კარგი იუმორის გრძნობა აქვს		287 (37.2%)	5 (0.6%)	480 (62.2%)	
ჩემი ოჯახის ექიმი თანამგრძნობი და მზრუნველია ჩემს მიმართ, ყოველთვის თბილად მომიკითხავს		309 (40%)	4 (0.5%)	459 (59.5%)	

ჩემი ოჯახის ექიმი მეპყრობა მე, როგორც პიროვნებას	4 (0.5%)	405 (52.5%)	3 (0.4%)	360 (46.6%)	
ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს თავი შეიკავოს ჩემთან დადანაშაულების ტონით საუბრისგან		461 (59.7%)	5 (0.6%)	306 (39.6%)	
ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს თავი შეიკავოს ჩემთან აწეული ხმით საუბრისგან		442 (57.3%)	3 (0.4%)	327 (42.4%)	
მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ იგი შეინახავს ჩემი სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობას		273 (35.4%)	4 (0.5%)	495 (64.1%)	
ჩემი ექიმი და მე ვთანამშრომლობთ ისეთი მკურნალობის გეგმის მისაღწევად, რომელიც საუკეთესოდ შეესაბამება ჩემს საჭიროებებს		596 (77.2%)	20 (2.6%)	153 (19.8%)	3 (0.4%)
მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ მომაწვდის ხარისხიან მომსახურებას		613 (79.4%)	17 (2.2%)	123 (15.9%)	19 (2.5%)
მირჩევნია ჩემს ოჯახის ექიმს ჰქონდეს სამედიცინო სფეროში მრავალწლიანი გამოცდილება		54 (7.0%)	4 (0.5%)	486 (63.0%)	228 (29.5%)
ვენდობი ჩემს ექიმს, რომ თავად მიიღებს გადაწყვეტილებებს, თუ როდის არის საჭირო დიაგნოსტიკური გამოკვლევები		657 (85.1%)	32 (4.1%)	79 (10.2%)	4 (0.5%)
მე ვენდობი ჩემს ექიმს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიმმართავს სპეციალისტთან		657 (85.1%)	34 (4.4%)	78 (10.1%)	3 (0.4%)
მე შემოდის მარტივად მივიღო მიმართვა სხვა ექიმთან ჩემი ოჯახის ექიმისგან		519 (67.2%)	30 (3.9%)	223 (28.9%)	
მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიმმართავს საავადმყოფოში		515 (66.7%)	29 (3.8%)	227 (29.4%)	1 (0.1%)

ჩემმა ოჯახის ექიმმა კარგად იცის ჩემი სამედიცინო პრობლემები		628 (81.3%)	32 (4.1%)	112 (14.5%)	
ჩემი ოჯახის ექიმი აკეთებს საუკეთესო გადაწყვეტილებას ჩემს სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებით		637 (82.5%)	43 (5.6%)	92 (11.9%)	
ჩემი ოჯახის ექიმი პირველ რიგში აყენებს ჩემს საჭიროებებს		601 (77.8%)	61 (7.9%)	110 (14.2%)	
ოჯახის ექიმი მუშაობს პაციენტების ინტერესებიდან და არა საკუთარი ფინანსური ინტერესებიდან		581 (75.3%)	64 (8.3%)	126 (16.3%)	1 (0.1%)
მირჩევნია ჩემი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო		219 (28.4%)	172 (22.3%)	379 (49.1%)	2 (0.3%)
მირჩევნია მამრობითი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო		555 (71.9%)	172 (22.3%)	44 (5.7%)	1 (0.1%)
მირჩევნია მდედრობითი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო		46 (6.0%)	168 (21.8%)	556 (72.0%)	2 (0.3%)
ვცდილობ რეგულარულად მივმართო ოჯახის ექიმს		554 (71.8%)	2 (0.3%)	210 (27.2%)	6 (0.8%)
ზოგჯერ ჩემს ოჯახის ექიმს შეეძლო მეტი გაეკეთებინა ჩემი სამედიცინო დახმარებისთვის	1 (0.1%)	41 (5.3%)	8 (1.0%)	497 (64.4%)	225 (29.1%)
ჩემი ექიმი არასოდეს მომატყუებს		574 (74.4%)	97 (12.6%)	96 (12.4%)	5 (0.6%)
ექიმი მეუბნება შეცდომების შესახებ და ბოდიშის მოხდაც შეუძლია		687 (89%)	39 (5.1%)	46 (6%)	
მე და ჩემი ოჯახის ექიმი ვთანამშრომლობთ, რათა ერთობლივად ჩამოვაყალიბოთ მკურნალობის გეგმა		1 (0.1%)	475 (61.5%)	7 (0.9%)	289 (37.4%)
ჩემი ექიმი მოითხოვს ჩემს თანხმობას ნებისმიერი ქმედების წინ		680 (88.1%)	2 (0.3%)	90 (11.7%)	
ჩემი ექიმი ცდილობს ინფორმირებული ვიყო ჩემი მკურნალობის გეგმის შესახებ		485 (62.8%)	7 (0.9%)	280 (36.3%)	

ჩემმა ოჯახის ექიმმა იცის ყველა სპეციალისტი, რომელსაც ვნახულობ და რა მკურნალობას ვიღებ		656 (85%)	2 (0.3%)	114 (14.8%)	
ჩემი ექიმი ყოველთვის გამოიყურება მოწესრიგებული და სუფთა		5 (0.6%)		767 (99.4%)	
მე კმაყოფილი ვარ ჩემი ექიმის სამედიცინო დახმარებით		498 (64.5%)		274 (35.5%)	

ცხრილი 4: რესპოდენტთა დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის მიმართ მათი ასაკის, სქესის, განათლების, ბინადრობის მიხედვით; N= 772

	კატეგორიულად არ ვეთანხმები	გარკვეულწილად არ ვეთანხმები	არც ვეთანხმები და არც უარყოფ	გარკვეულწილად ვეთანხმები	სრულად ვეთანხმები
მირჩევნია მხოლოდ 1 ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ ვიყო					
ასაკი					
18-44	10(3.6%;	64 (23.0%; 38.3%)	3 (1.1%; 50%)	174(62.6%;	27 (9,7%; 31.8%)
45-65	66.7%)	79 (25.0%; 47.3%)	3 (0.9%; 50%)	34.9%)	32(10.1%;37.6%)
65+	4 (1.3%; 26.7%)	24 (13.5%; 14.4%)	0	198(62.7%;	26(14.6%;30.6%)
ჯამი	1 (0.6%; 6.7%)	167	6	39.7%)	85
სქესი	15			127(71.3%;	
ქალი		91(20.5%; 45.5%)	1(0.2%;	25.5%)	50
კაცი	10(2.3%;	76 (23.2%; (54.5%)	5(83.3%1.5%;16.7%)	499	(11.3%;41.2%)
ჯამი	33.3%)	167			35(10.7%;58.8%)85
განათლება	5(1.5%; 66.7%)		6	292(65.8%;	
საშუალო	15	85(18.1%,50.9%)		207(41.5%63.1%;	48(10.2%,56,5%)
უმაღლესი		82(27.2%,49,1%)	3(50,0%)	58,8%	37(12.3%,43,5%)
ჯამი	8(1.7%,53,3%)	167	3(50,0%,0.6%,1.0%)	499	85
ბინადრობა	7(2.3%,46,7%)				
ქალაქი	15	75(19.4%,44,9%)	6	326(65,3%)	45(11.7%,52,9%)
სოფელი	13(3.4%,86,7%)	92(23.8%,55.1%)		173(69.4%,34,7%,	40(10.4%,47.1%)
ჯამი	2(0.5%,13.3%)	167	2(0.5%,33,3%)	57.3%)	85
	15		4(1.0%,66.7%)	499	
			6		
				251(65.0%,50,3%)	
				248(64.2%,49.7%)	

				499	
მე ყოველთვის ვცდილობ მივყვე ჩემი ოჯახის ექიმის რჩევას					
ასაკი					
18-44	0	190(68.3%,38.5%)		87(31.3%,31.8%)	1(0.4%,33.3%)
45-65	1(0.3%,50.0%)	216(68.4%,43.8%)		97(30.7%,35.4%)	2(0.6%,66.7%)
65+	1(0.6%,50.0%)	87(48.9%,17,6%)		90(50.6%,32.8%)	0
ჯამი	2	493		274	3
სქესი	2(0.5%,100.0%)	277(62.4%,56,2%)		164(36.9%,40.1%)	1(0.2%,33.3%)
ქალი	0	216(65.9%,43.8%)		110(33.5%,59.9%)	2(0.6%,42.5%)
კაცი	2	493		274	3
განათლება					1(0.2%,33.3%)
საშუალო	1(0.2%,50.0%)	292(62.1%,59.2%)		176(37.4%,64,2%)	2(0.7%,66.7%)
უმაღლესი	1(0.3%,50.0%)	201(66.6%,40.8%)		98(32.5%,35.8%)	3
ჯამი	2	493		274	
ბინადრობა					3(0.8%,100.0%)
ქალაქი	1(0.3%,50.0%)	261(67.6%,52.9%)		121(31.3%,44.2%)	0
სოფელი	1(0.3%,50.0%)	232(60.1%,47.1%)		153(39.6%,55.8%)	3
ჯამი	2	493		274	
მე ვენდობი ჩემი ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილებას და არ მინდა მეორე აზრი(Q10)					
ასაკი					
18-44		23(8.3%,41.1%)		255(91.7%,35.7%)	0
45-65		23(7.3%,41.1%)		293(92.7%,41.0%)	0
65+ ჯამი		10(5,6%,17.9%)		166(93.3%,23.2%)	2(1.1%,100.0%)
სქესი		56		714	2
ქალი					
კაცი		26(5.9%,46.4%)		416(93.7%,58.3%)	2(0.5%,100.0%)
ჯამი		30(9.1%,53.6%)		298(90.9%,41.7%)	0
განათლება		56		714	2
საშუალო					
უმაღლესი		28(6.0%,50.0%)		440(93.6%,61.6%)	2(0.4%,100.0%)
ჯამი		28(9.3%,50.0%)		274(90.7%,38.4%)	0
ბინადრობა		56		714	2
ქალაქი		29(7.5%,51.8%)			
სოფელი		27(7.0%,48.2%)		357(92.5%,50.0%)	0
ჯამი		56		357(92.5%,50.0%)	2(0.5%,100.0%)
				714	2
მირჩევნია ჩემმა ოჯახის ექიმმა მიმკურნალოს, ვიდრე ექიმ-სპეციალისტს მივმართო					

ასაკი					
18-44	1(0.4%,16.7%)	180(64.7%,37.3%)		93(33.5%,33.7%)	4(1.4%,50.0%)
45-65	2(0.6%,33.3%)	204(64.6%,42.3%)		108(34.2%,39.1%)	2(0.6%,25.0%)
65+	3(1.7%,50.0%)	98(55.1%,20.3%)		75(42.1%,27.2)	2(1.1%,20.0%)
ჯამი	6	482		276	8
სქესი				162(36.5%,58.7%)	
ქალი	4(0.9%,66.7%)	274(61.7%,56.8%)		114(34.8%,41.3%)	4(0.9%,50.0%)
კაცი	2(0.6%,33.3%)	208(63.4%,43.2%)		276	4(1.2%,50.0%)
ჯამი	6	482			8
განათლება				171(36.4%,62.0%)	
საშუალო	5(1.1%,83.3%)	288(61.3%,59.8%)		105(34.8%,38.0%)	6(1.3%,75.0%)
უმალესი	1(0.3%,16.7%)	194(64.2%,40.2%)		276	2(0.7%,25.0%)
ჯამი	6	482			8
ბინადრობა				151(39.1%,54.7%)	
ქალაქი	2(0.5%,33.3%)	231(59.8%,47.9%)		125(32.4%,45.3%)	2(0.5%,25.0%)
სოფელი	4(1.0%,66.7%)	251(65.0%,52.1%)		276	6(1.6%,75.0%)
ჯამი	6	482			8
ადვილია ჩემი ექიმის კაბინეტამდე გამგზავრება					
ასაკი					
18-44	15(5.4%,41.7%)	80(28.8%,42.6%)	3(1.1%,75,0%)	140(50.4%,32.6%)	40(14.4%,34.8%)
45-65	14(4.4%,38.9%)	82(25.9%,43.6%)	1(0.3%,25.0%)	178(56.3%,41.5%)	41(13.0%,35.7%)
65+	7(3.9%,19.4%)	26(14.6%,13.8%)	0	111(62.4%,25.9%)	34(19.1%,29.6%)
ჯამი	36	188	4	429	115
სქესი					
ქალი	23(5.2%,63.9%)	110(24.8%,58.5%)	2(0.5%,50.0%)	244(55.0%,56.9%)	65(14.6%,56.5%)
კაცი	13(4.0%,36.1%)	78(23.8%,41.5%)	2(0.6%,50.0%)	185(56.4%,43.1%)	50(15.2%,43.5%)
ჯამი	36	188	4	429	115
განათლება					
საშუალო	23(4.9%,63.9%)	80(17.0%,42.6%)	2(0.5%,50.0%)	293(62.3%,68.3%)	72(15.3%,62.6%)
უმალესი	13(4.3%,36.1%)	108(35.8%,57.4%)	2(0.6%,50.0%)	136(45.0%,31.7%)	43(14.2%,37.4%)
ჯამი	36	188	4	429	115
ბინადრობა					
ქალაქი	21(58,3%,5.4%)	116(30.1%,61.7%)	1(0.3%,25,0%)	199(51.6%,46,4%)	49(12.7%,42,6%)
სოფელი	15(3.9%47,7%)	72(18.7%,38,3%)	3(0.8%,75,0%)	230(59.6%,53,6%)	66(17.1%,57,4%)
ჯამი	36	188	4	429	115
ოჯახის ექიმთან შეხვედრის დანიშვნა არც ისე რთულია					
ასაკი					
18-44	15(5,4%,41.7%)	81(29.1%,42.6%)	3(1.1%,75.0%)	141(50.7%,32.6%)	38(13.7%,34.8%)
45-65	14(4.4%,38.9%)	81(25.6%,43.6%)	1(0.3%,25.0%)	178(56.3%,41.5%)	42(13.3%,35.7%)
65+	6(3.4%,19.4%)	28(15.7%,13.8%)	0	112(62.9%,25.9%)	32(18.0%,29.6%)

ჯამი	35	190	4	431	112
სქესი					
ქალი	21(4.7%,60.0%)	117(26.4%,61.6%)	2(0.5%,50.0%)2(	242(54.5%,56.1%)	62(14.0%,55.4%)
კაცი	14(4.3%,40.0%)	73(22.3%,38.4%)	0.6%,50.0%)	189(57.6%,43.9%)	50(15.2%,44.6%)
ჯამი	35	190	4	431	112
განათლება					
საშუალო	19(4.0%,54.3%)	90(19.1%,47.4%)	2(0.4%,50.0%)	292(62.1%,67.7%)	67(14.3%,59.8%)
უმაღლესი	16(5.3%,45.7%)	100(33.1%,52.6%)	2(0.7%,50.0%)	139(46.0%,32.3%)	45(14.9%,40.2%)
ჯამი	35	190	4	431	112
ბინადრობა					
ქალაქი	22(5.7%,62,9%)	115(29.8%,60.5%)	1(0.3%,25.0%)	197(51.0%,45,7%)	51(13.2%,45.5%)
სოფელი	13(3.4%,37,1%)	75(19.4%,39,5%)	3(0.8%,75.0%)	234(60.6%54,3%)	61(15.8%,54.5%)
ჯამი	35	190	4	431	112
ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტს აქვს სუფთა, კარგად მოვლილი ექსტერიერი					
ასაკი					
18-44	0	133(47.8%35.6%)		142(51.1%,36.8%)	3(1.1%,36.0%)
45-65	2(0.6%,66.7%)	142(44.9%,38.0%)		167(52.8%,43.3%)	5(1.6%,40.9%)
65+	1(0.6%,33.3%)	99(55.6%,26.5%)		77(43.3%,19.9%)	1(0.6%,23.1%)
ჯამი	3	374		386	9
სქესი					
ქალი	1(0.2%,33.3%)	227(51.1%,60.7%)		213(48.0%,55.2%)	3(0.7%,33.3%)
კაცი	2(0.6%,66.7%)	147(44.8%,39.3%)		173(52.7%,44.8%)	6(1.8%,66.7%)
ჯამი	3	374		386	9
განათლება					
საშუალო	0	262(55.7%,70.1%)		205(43.6%,53.1%)	
უმაღლესი	3(1.0%,100.0%)	112(37.1%29.9%)		181(59.9%,46.9%)	3(0.6%,33.3%)
ჯამი	3	374		386	6(2.0%,66,7%)
ბინადრობა					
ქალაქი	2(0.5%,66,7%)	186(48.2%,49,7%)		193(50.0%,50.0%)	9
სოფელი	1(0.3%,33,3%)	188(48.7%,50.3%)		193(50.0%,50.0%)	5(1.3%,55.6%)
ჯამი	3	374		386	4(1.0%,44,4%)
ჩემი ექიმის კაბინეტის ინტერიერი სუფთა და მოწესრიგებულია					
ასაკი					2(0.7%,40.0%)
18-44		137(49.3%,35.8%)		139(50.0%,36.2%)	2(0.6%,40.0%)
45-65		144(45.6%,37.6%0		170(53.8%,44.3%)	1(0.6%,20.0%)
65+		102(57.3%,26.6%)		75(42.1%,19.5%)	5
ჯამი		383		384	
სქესი					
ქალი		225(50.7%,58.7%)		217(48.9%,56.5%)	2(0.5%40.0%)
კაცი		158(48.2%,41.3)		167(50.9%,43.5%)	3(0.9%,60.0%)
				384	5

ჯამი		383			
განათლება				202(43.0%,52.6%)	2(0.4%,40.0%)
საშუალო		266(56.6%,69.5%)		182(60.3%,47.4%)	3(1.0%,60.0%)
უმადლესი		117(38.7%,30.5%)		384	5
ჯამი		383		193(50.0%,50.3%)	2(0.5%,40.0%)
ბინადრობა		191(49.5%,49.9%)		191(49.5%,49.7%)	3(0.8%,60.0%)
ქალაქი		192(49.7%,50.1%)		384	5
სოფელი		383			
ჯამი					
ვგრძნობ პატივისცემას ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტის ადმინისტრაციული / მიმღები პერსონალის მხრიდან					
ასაკი					
18-44		142(51.1%,37.5%)	1(0.4%,100.0%)	134(48.2%,34.3%)	1(0.4%,100.0%)
45-65		168(53.2%,44.3%)	0	148(46.8%,37.9%)	0
65+		69(38.8%,18.2%)	0	109(61.2%,2	0
ჯამი		379	1	7.9%)	1
სქესი				391	
ქალი		213(48.0%,56.2)	0		0
კაცი		166(50.6%,43.8%)	1(0.3%,100.0%)	231(52.0%,59.1%)	1(0.3%,100.0%)
ჯამი		379	1	160(48.8%,40.9%)	1
განათლება		229(48.7%,60.4%)		391	
საშუალო		150(49.7%,39.6%)	1(0.2%,100.0%)		0
უმადლესი		379	0	240(51.1%,61.4%)	1(0.3%,100.0%)
ჯამი			1	151(50.0%,38.6%)	1
ბინადრობა		213(55.2%,56.2%)		391	
ქალაქი		166(43.0%,43,8%)	1(0.3%,100.0%)		1(0.3%,100.0%)
სოფელი		379	0	171(44.3%,43,7%)	0
ჯამი			1	220(57.0%,56.3%)	1
				391	
მე არ მიწევს დიდხანს ლოდინი ჩემი ოჯახის ექიმის კაბინეტში					
ასაკი					
18-44		128(46.0%,38.7%)	2(0.7%,100.0%)	148(53.2%,33.7%)	
45-65		145(45.9%,43.8%)	0	171(54.1%,39.0%)	
65+		58(32.6%,17.5%)	0	120(67.4%,27.3%)	
ჯამი		331	2	439	
სქესი					
ქალი		185(41.7%,55.9%)	0	259(58.3%,59.0%)	
კაცი		146(44.5%,44.1%)	2(0.6%,100.0%)	180(54.9%,41.0%)	
ჯამი		331	2	439	
განათლება					

საშუალო უმადლესი ჯამი ბინადრობა ქალაქი სოფელი ჯამი		182(38.7%,55.0%) 149(49.3%,45.0%) 331 185(47.9%,55.9%) 146(37.8%,44.1%) 331	1(0.2%,50.0%) 1(0.3%,50.0%) 2 2(0.5%,100.0%) 0 2	287(61.1%,65.4%) 152(50.3%,34.6%) 439 199(51.6%,45.3%) 240(62.2%,54.7%) 439	
ჩემი ოჯახის ექიმი მთლიანად ჩემზეა კონცენტრირებული და ცდილობს სრული ყურადღება დამითმოს					
ასაკი 18-44 45-65 65+ ჯამისქესი ქალი კაცი ჯამი განათლება საშუალო უმადლესი ჯამი ბინადრობა ქალაქი სოფელი ჯამი		203(73.0%,35.7%) 237(75.0%,41.7%) 128(71.9%,22.5%) 568 325(73.2%,57.2%) 243(74.1%,42.8%) 568 345(73.4%,60.7%) 223(73.8%,39.3%) 568 287(74.4%,50.5%) 281(72.8%,49.5%) 568	5(1.8%,100.0%) 0 0 5 2(0.5%,40.0%) 3(0.9%,60.0%) 5 3(0.6%,60.0%) 2(0.7%,40.0%) 5 5(1.3%,100.0%) 0 5	70(25.2%,35.2%) 79(25.0%,39.7%) 50(28.1%,25.1%) 199 117(26.4%,58.8%) 82(25.0%,41.2%) 199 122(26.0%,61.3%) 77(25.5%,38.7%) 199 94(24.4%,47.2%) 105(27.2%,52.8%) 199	
არ ვგრძნობ ექიმისგან აჩქარებულ დამოკიდებულებას, კონსულტაციის დროს საკმარისი დროს მითმობს					
ასაკი 18-44 45-65 65+ ჯამი სქესი ქალი კაცი ჯამი განათლება საშუალო		224(80.6%,37.5%) 239(75.6%,40.0%) 134(75.3%,22.4%) 597 342(77.0%,57.3%) 255(77.7%,42.7%) 597 356(75.7%,59.6%)	4(1.4%,100.0%) 0 0 4 2(0.5%,50.0%) 2(0.6%,50.0%) 4 2(0.4%,50.0%)	50(18.0%,29.2%) 77(24.4%,45.0%) 44(24.7%,25.7%) 171 100(22.5%,58.5%) 71(21.6%,41.5%) 171 112(23.8%,65.5%)	

უმალესი ჯამი		241(79.8%,40.4%) 597	2(0.7%,50.0%) 4	59(19.5%,34.5%) 171	
ბინადრობა					
ქალაქი		297(76.9%,49.7%)	4(1.0%,100.0%)	85(22.0%,49.7%)	
სოფელი		300(77.7%,50.3%)	0	86(22.3%,50.3%)	
ჯამი		597	4	171	
ჩემი ოჯახის ექიმი ყურადღებას აქცევს ნებისმიერ ჩივილზე, თუნდაც ის იყოს მცირე და უმნიშვნელო					
ასაკი					
18-44	1(0.4%,100.0%)	253(91.0%,36.7%)	3(1.1%,100.0%)	21(7.6%,26.9%)	
45-65	0	287(90.8%,41.6%)	0	29(9.2%,37.2%)	
65+	0	150(84.3%,21.7%)	0	28(15.7%,35.9%)	
ჯამი	1	690	3	78	
სქესი					
ქალი	1(0.2%,100.0%)	394(88.7%,57.1%)	2(0.5%,66.7%)	47(10.6%,60.3%)	
კაცი	0	296(90.2%,42.9%)	1(0.3%,33.3%)	31(9.5%,39.7%)	
ჯამი	1	690	3	78	
განათლება					
საშუალო	0	425(90.4%,61.6%)	2(0.4%,66.7%)	43(9.1%,55.1%)	
უმალესი	1(0.3%,100.0%)	265(87.7%,38.4%)	1(0.3%,33.3%)	35(11.6%,44.9%)	
ჯამი	1	690	3	78	
ბინადრობა					
ქალაქი	0	348(90.2%,50.4%)	3(0.8%,100.0%)	35(9.1%,44.9%)	
სოფელი	1(0.3%,100.0%)	342(88.6%,49.6%)	0	43(11.1%,55.1%)	
ჯამი	1	690	3	78	
ჩემმა ოჯახის ექიმმა კარგად იცის ჩემი წარსული სამედიცინო ისტორია					
ასაკი					
18-44		232(83.5%,35.7%)	10(3.6%,100.0%)	36(12.9%,32.1%)	
45-65		271(85.8%,41.7%)14	0	45(14.2%,40.2%)	
65+		7(82.6%,22.6%)	0	31(17.4%,27.7%)	
ჯამი		650	10	112	
სქესი					
ქალი		378(85.1%,58.2%)	6(1.4%,60.0%)	60(13.5%,53.6%)	
კაცი		272(82.9%,41.8%)	4(1.2%,40.0%)	52(15.9%,46.4%)	
ჯამი		650	10	112	
განათლება					
საშუალო		392(83.4%,60.3%)	7(1.5%,70.0%)	71(15.1%,63.4%)	
უმალესი		258(85.4%,39.7%)	3(1.0%,30.0%)	41(13.6%,36.6%)	
ჯამი		650	10	112	
ბინადრობა					

ქალაქი		322(83.4%,49.5%)	10(2.6%,100.0%)	54(14.0%,48.2%)	
სოფელი		328(85.0%,50.5%)	0	58(15.0%,51.8%)	
ჯამი		650	10	112	
თავს კომფორტულად ვგრძნობ, როდესაც ჩემს ოჯახის ექიმს კითხვებს ვუსვამ					
ასაკი					
18-44		129 (46.4%; 37.3%)	12 (4.3%; 75.0%)	137(49.3%;	
45-65		144 (45.6%; 41.6%)	4 (1.3%; 25.0%)	33.5%)	
65+		73 (41.0%; 21,1%)	0	167	
ჯამი		346	16	(52.8%,40.8%)	
სქესი				105	
ქალი		186(41.9%, 53.8%)	12(2.7%,75.0%)	(59.0%,25.7%)	0
კაცი		160(48.8%,46.2%)	4(1.2%,25.0%)	409	1(0.3%,100.0%)
ჯამი		346	16		1
განათლება				246(55.4%,60.1%)	
საშუალო		208(44.3%,60.1%)	10(2,1%,625%)	163(49.7%,39.9%)	0
უმაღლესი		138(45.7%,39.9%)	6(2.0%,37.5%)	409	1(0.3%)
ჯამი		346	16		1
ბინადრობა				252(53.6%,61.6%)	
ქალაქი		179(46.4%,51.7%)	14(3.6%,87.5%)	157(52.0%,38.4%)	1(0.3%,100.0%)
სოფელი		167(43.3%,48.3%)	2(0.5%,12.5%)	409	0
ჯამი		346	16		1
				192(49.7%,46.9%)	
				217(56.2%,53.1%)	
				409	
თავს კომფორტულად ვგრძნობ კონფიდენციალური ინფორმაციის განხილვისას ჩემს ექიმთან					
ასაკი					
18-44		126(45.3%,35.8%)	13(4.7%,76.5%)	139(50.0%,34.6%)	0
45-65		150(47.5%,42.6%)	4(1.3%,23.5%)	161(50.9%,40.0%)	1(0.3%,100.0%)
65+		76(42.7%,21.6%)	0	102(57.3%,35.4%)	0
ჯამი		352	17	402	1
სქესი					
ქალი		193(43.5%,54.8%)	12(2.7%.70.6%)	239(53.8%,59.5%)	0
კაცი		159(48.5%,45.2%)	5(1.5%,29.6%)	163(49.7%,40.5%)	1(0.3%,100.0%)
ჯამი		352	17	402	1
განათლება					
საშუალო		216(46.0%,61.4%)	10(2.1%,58.8%)	244(51.9%,60.7%)	0
უმაღლესი		136(45.0%,38.6%)	7(2.3%,41.2%)	158(52.3%,39.3%)	10.3%,100.0%)
ჯამი		352	17	402	1
ბინადრობა					
ქალაქი		179(46.4%,50.9%)	15(3.9%,88.2%)	191(49.5%,47.5%)	1(0.3%,100.0%)

სოფელი		173(44.8%,49.1%)	2(0.5%,11.8%)	211(54.7%,52.5%)	0
ჯამი		352	17	402	1
ოჯახის ექიმი გასაგებად მიხსნის ჩემი დიაგნოზის, მკურნალობის შესახებ					
ასაკი					
18-44	0	227(81.7%,35.6%)	14(5.0%,100.0%)	37(13.3%,30.8%)	
45-65	1(0.3%,100.0%)	265(83.9%,41.6%)	0	50(15.8%,41.7%)	
65+	0	145(81.5%,22.8%)	0	33(18.5%,27.5%)	
ჯამი	1	637	14	120	
სქესი					
ქალი	1(0.2%,100.0%)	370(83.3%,58.1%)	7(1.6%,50.0%)	66(14.9%,55.0%)	
კაცი	0	267(81.4%,41%)	7(2.1%,50.0%)	54(16.5%,45.0%)	
ჯამი	1	637	14	120	
განათლება					
საშუალო	0	390(83.0%,61.2%)	9(1.9%,64.3%)	71(15.1%,59.2%)	
უმაღლესი	1(0.3%,100.0%)	247(81.8%,38.8%)	5(1.7%,35.7%)	49(16.2%,40.8%)	
ჯამი	1	637	14	120	
ბინადრობა					
ქალაქი	1(0.3%,100.0%)	310(80.3%,48.7%)	14(3.6%,100.0%)	61(15.8%,50.8%)	
სოფელი	0	327(84.7%,51.3%)	0	59(15.3%,49.2%)	
ჯამი	1	637	14	120	
ჩემი ოჯახის ექიმი ყოველთვის მაძლევს დაავადების მკურნალობის შესახებ რეალისტურ იმედს					
ასაკი					
18-44		175(62.9%,39.0%)	8(2.9%,80.0%)	95(34.2%,30.4%)	0
45-65		176(55.7%,39.2%)	2(0.6%,20.0%)	138(43.7%,44.2%)	0
65+		98(55.1%,21.8%)	0	79(44.4%,25.3%)	1(0.6%,100.0%)
ჯამი		449	10	312	1
სქესი					
ქალი		249(56.0%,55.5%)	7(1.6%,70.0%)	188(42.3%,60.3%)	0
კაცი		200(61.0%,44.5%)	3(0.9%,30.%)	124(37.8%,39.7%)	1(0.3%,100.0%)
ჯამი		449	10	312	1
განათლება					
საშუალო		279(59.4%,62.1%)	7(1.5%,70.0%)	183(38.9%,58.7%)	1(0.2%,100.0%)
უმაღლესი		170(56.3%,37.9%)	3(1.0%,30.0%)	129(42.7%,41.3%)	0
ჯამი		449	10	312	1
ბინადრობა					
ქალაქი		210(54.4%,46.8%)	9(2.3%,90.0%)	167(43.3%,53.5%)	0
სოფელი		239(61.9%,53.2%)	1(0.3%,10.0%)	145(37.6%,46.5%)	1(0.3%)
ჯამი		449	10	312	1
ჩემი ოჯახის ექიმი მესაუბრება გამამხნეველი და მოტივაციური ტონით					

ასაკი					
18-44		163(58.6%,38.2%)	7(2.5%,77.8%)	108(38.8%,32.1%)	
45-65		169(53.5%,39.6%)	2(0.6%,22.2%)	145(45.9%,43.2%)	
65+		95(53.4%,22.2%)	0	83(46.6%,24.7%)	
ჯამი		427	9	336	
სქესი					
ქალი		244(55.0%,57,1%)	7(1.6%,77.8%)	193(43.5%,57.4%)	
კაცი		183(55.8%,42,9%)	2(0.6%,22.2%)	143(43.6%,42.6%)	
ჯამი		427	9	336	
განათლება					
საშუალო		260(55.3%,60.9%)	6(1.3%,66.7%)	204(43.4%,60.7%)	
უმაღლესი		167(55.3%,39.1% ⁹)	3(1.0%,33.3%)	132(43.7%,39.3%)	
ჯამი		427	9	336	
ბინადრობა					
ქალაქი		188(48.7%,44.0%)	8(2.1%,88,9%)	190(49.2%,56.5%)	
სოფელი		239(61.9%,56.0%)	1(0.3%,11.1%)	146(37.8%,43.5%)	
ჯამი		427	9	336	
ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს დროზე ჩაატაროს პრევენციული ღონისძიებები					
ასაკი					
18-44		218(78.4%,34.7%)	10(3.6%,100.0%)	50(18.0%,37.3%)	
45-65		263(83.2%,41.9%)	0	53(16.8%,39.6%)	
65+		147(82.6%,23.4%)	0	31(17.4%,23.1%)	
ჯამი		628	10	134	
სქესი					
ქალი		368(82.9%,58.6%)	5(1.1%,50.0%)	71(16.0%,53.0)	
კაცი		260(79.3%,41.4%)	5(1.5%,50.0%)	63(19.2%,47.0)	
ჯამი		628	10	134	
განათლება					
საშუალო		389(82.8%,61.9%)	5(1.1%,50.0%)	76(16.2%,56.7%)	
უმაღლესი		239(79.1%,38.1%)	5(1.7%,50.0%)	58(19.2%,43.3%)	
ჯამი		628	10	134	
ბინადრობა					
ქალაქი		309(80.1%,49.2%)	10(2,6%,100.0%	67(17.4%,50.0%)	
სოფელი		319(82.6%,50.8%)	0	67(17.4%,50.0%)	
ჯამი		628	0	134	
			10		
ჩემს ოჯახის ექიმს კარგი იუმორის გრძნობა აქვს					
ასაკი					
18-44		103(37.1%,35.9%)	3(1.1%,60.0%)	172(61.9%,35.8%)	
45-65		114(36.1%,39.7%)	2(0.6%,40.0%)	200(63.3%,41.7%)	

65+		70(39.3%,24.4%)	0	108(60.7%,22.5%)	
ჯამი		287	5	480	
სქესი					
ქალი		155(34.9%,54.0%)	5(1.1%,100.0%)	284(64.0%,59.2%)	
კაცი		132(40.2%,46.0%)	0	196(59.8%,40.8%)	
ჯამი		287	5	480	
განათლება					
საშუალო		184(39.1%,64.1%)	3(0.6%,60.0%)	283(60.2%,59.0%)	
უმაღლესი		103(34.1%,35.9%)	2(0.7%,40.0%)	197(65.2%,41.0%)	
ჯამი		287	5	480	
ბინადრობა					
ქალაქი		156(40.4%,54.4%)	4(1.0%,80.0%)	251(65.0%,52.3%)	
სოფელი		287	1(0.3%,20.0%)	229(59.3%,47.7%)	
ჯამი			5	480	
ჩემი ოჯახის ექიმი თანამგრძნობი და მზრუნველია ჩემს მიმართ, ყოველთვის თბილად მომიკითხავს					
ასაკი					
18-44		119(42.8%,38.5%)	3(1.2%,75.0%)	156(56.1%,34.0%)	
45-65		127(40.2%,41.1%)	1(0.3%,25.0%)	188(59.5%,41.0%)	
65+		63(35.4%,20.4%)	0	115(64.6%,25.1%)	
ჯამი		309	4	459	
სქესი					
ქალი		174(39,2%,56.3%)	3(0.7%,75.0%)	267(60.1%,58.2%)	
კაცი		135(41.2%,43.7%)	1(0.3%,25.0%)	192(58.5%,41.8%)	
ჯამი		309	4	459	
განათლება					
საშუალო		193(41.1%,62.5%)	2(0.4%,50.0%)	275(58.5%,59.9%)	
უმაღლესი		116(38.4%,37.5%)	2(0.7%,50.0%)	184(60.9%,40.1%)	
ჯამი		309	4	459	
ბინადრობა					
ქალაქი		151(39.1%,48.9%)	3(0.8%,75.0%)	232(60.1%,50.5%)	
სოფელი		158(40.9%,51.1%)	1(0.3%,25.0%)	227(58.8%,49.5%)	
ჯამი		309	4	459	
ჩემი ოჯახის ექიმი მეპყრობა მე, როგორც პიროვნებას (Q 30)					
ასაკი					
18-44		131(47,1%,36.4%)	3(1.1%,100.0%)	143(51.4%,35.3%)	1(0.4%,25.0%)
45-65		153(48.4%,42,5%)	0	162(51.3%,40.0%)	1(0.3%,25.0%)
65+		76(42.7%,21.1%)	0	100(56.2%,24.7%)	2(1.1%,50.0%)
ჯამი		360	3	405	4

სქესი					
ქალი		208(46.8%,57.8%)	1(0.2%,33.3%)	232(52.3%,57.3%)	3(0.7%,75.0%)
კაცი		152(46.3%,42.2%)	2(0.6%,66.7%)	173(52.7%,42.7%)	1(0.3%,25.0%)
ჯამი		360	3	405	4
განათლება					
საშუალო		219(6.6%,60.8%)	2(0.4%,66.7%)	246(52.3%,60.7%)	3(0.6%,75.0%)
უმაღლესი		141(46.7%,39.2%)	1(0.3%,33.3%)	159(52.6%,39.3%)	1(0.3%,25.0%)
ჯამი		360	3	405	4
ბინადრობა					
ქალაქი		181(46.9%,50.3%)	3(0.8%,100.0%)	200(51.8%,49.4%)	2(0.5%,50.0%)
სოფელი		179(46.4%,49.7%)	0	205(53.1%,50.6%)	2(0.5%,50.0%)
ჯამი		360	3	405	4
ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს თავი შეიკავოს ჩემთან დადანაშაულების ტონით საუბრისგან					
ასაკი					
18-44		168(60.4%,36.4%)	4(1.4%,80.0%)	106(38.1%,34.6%)	
45-65		193(61.1%,41.9%)	1(0.3%,20.0%)	122(38.6%,39.9%)	
65+		100(56.2%,21.7%)	0	78(43.8%,25.5%)	
ჯამი		461	5	306	
სქესი					
ქალი					
კაცი		276(62.2%,59.9%)	40.0(0.5%,2%)	166(37.4%,54.2%)	
ჯამი		185(56.4%,40.1%)	3(0.9%,60.0%)	140(42.7%,45.8%)	
განათლება		461	5	306	
საშუალო					
უმაღლესი		292(62.1%,63.3%)	3(0.6%,60.0%)	175(37.2%,57.2%)	
ჯამი		169(56.0%,36.7%)	2(0.7%,40.0%)	131(43.4%,42.8%)	
ბინადრობა		461	5	306	
ქალაქი					
სოფელი		234(60.6%,50.8%)	4(1.0%,80.0%)	148(38.3%,48.45)	
ჯამი		227(58.8%,49.2%)	1(0.3%,20.0%)	158(40.9%,51.7%)	
		461	5	306	
ჩემი ოჯახის ექიმი ცდილობს თავი შეიკავოს ჩემთან აწეული ხმით საუბრისგან					
ასაკი					
18-44		163(58.6%,36.9%)	2(0.7%,66.7%)	113(40.6%,34.6%)	
45-65		183(57.9%,41.4%)	1(0.3%,33.3%)	132(41.8%,40.4%)	
65+		96(53.9%,21.7%)	0	82(46.1%,25.1%)	
ჯამი		442	3	327	
სქესი					
ქალი		261(58.8%,59.0%)	1(0.2%,33.3%)	182(41.0%,55.7%)	
		181(55.2%,41.0%)	2(0.6%,66.7%)	145(44.2%,44.3%)	

კაცი		442	3	327	
ჯამი					
განათლება		279(59.4%,63.1%)	2(0.4%,66.7%)	189(40.2%,57.8%)	
საშუალო		163(54.0%,36.9%)	1(0.3%,33.3%)	138(45.7%,42.2%)	
უმაღლესი		442	3	327	
ჯამი					
ბინადრობა		226(58.5%,51.1%)	2(0.5%,66.7%)	158(40.9%,48.3%)	
ქალაქი		216(56.0%,48.9%)	1(0.3%,33.3%)	169(43.8%,51.7%)	
სოფელი		442	3	327	
ჯამი					
მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ იგი შეინახავს ჩემი სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობას					
ასაკი					
18-44		106(38.1%,38.8%)	3(1.1%,75.0%)	169(60.8%,34.1%)	
45-65		107(33.9%,39.2%)	1(0.3%,25.0%)	208(65.8%,42.0%)	
65+		60(33.7%,22.0%)	0	118(66.3%,23.8%)	
ჯამი		273	4	495	
სქესი					
ქალი		169(38.1%,61.9%)	2(0.5%,50.0%)	273(61.5%,55.2%)	
კაცი		104(31.7%,38.1%)	2(0.6%,50.0%)	222(67.7%,44.8%)	
ჯამი		273	4	495	
განათლება					
საშუალო		179(38.1%,65.6%)	3(0.6%,75.0%)	288(61.3%,58.2%)	
უმაღლესი		94(31.1%,34.4%)	1(0.3%,25.0%)	207(68.5%,41.8%)	
ჯამი		273	4	495	
ბინადრობა					
ქალაქი		114(29.5%,41.8%)	3(0.8%,75.0%)	269(69.7%,54.3%)	
სოფელი		159(41.2%,58.2%)	1(0.3%,25.0%)	226(58.5%,45.7%)	
ჯამი		273	4	495	
ჩემი ოჯახის ექიმი პრიორიტეტს მიანიჭებს ჩემს სამედიცინო საჭიროებებს ყველა სხვა მოსაზრებაზე მაღლა					
ასაკი					
18-44		219(78.8%,36.7%)	12(4.3%,60.0%)	46(16.5%,30.1%)	1(0.4%,33.3%)
45-65		251(79.4%,42.1%)	6(1.9%,30.0%)	57(18.0%,37.3%)	2(0.6%,66.7%)
65+		126(70.8%,21.1%)	2(1.1%,10.0%)	50(28.1%,32.7%)	0
ჯამი		596	20	153	3
სქესი					
ქალი		342(77.0%,57.4%)	10(2.3%,50.0%)	89(20.0%,58.2%)	
კაცი		254(77.4%,42.6%)	10(3.0%,50.0)	64(19.5%,41.8%)	3(0.7%,100.0%)
ჯამი		596	20	153	0
განათლება					
საშუალო		358(76.2%,60.0%)	13(2.8%,65.0%)	97(20.6%,63.4%)	2(0.4%,66.7%)

უმალღესი		238(78.8%,39.9%)	7(2.3%,35.0%)	56(18.5%,36.6%)	1(0.3%,33.3%)
ჯამი		596	20	153	3
ბინადრობა					
ქალაქი		289(74.9%,48.5%)	14(3.6%,70.0%)	82(21.2%,53.6%)	1(0.3%,33.3%)
სოფელი		307(79.5%,51.5%)	6(1.6%,30.0%)	7(18.4%,46.4%)	2(0.5%,66.7%)
ჯამი		596	20	153	3
მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ მომწვედის ხარისხიან მომსახურებას					
ასაკი					
18-44		212(76.3%,34.6%)	15(5.4%,88.2%)	49(17.6%,39.8%)	2(0.7%,10.5%)
45-65		262(82.9%,42.7%)	2(0.6%,11.8%)	44(13.9%,35.8%)	8(2.5%,42.1%)
65+		139(78.1%,22.7%)	0	30(16.9%,24.4%)	9(5.1%,47.4%)
ჯამი		613	17	123	19
სქესი					
ქალი		352(79.3%, 57.4%)	6	75 (16.9%, 61.0%)	11 (2.5%, 57.9%)
კაცი		261(79.6%, 42.6%)	(1.4%,35.3%)	48 (14.6%, 39.0%)	8 (2.4%, 42.1%)
ჯამი		613	11	123	19
განათლება			(3.4%,64.7%)		
საშუალო		372 (79.1%, 60.7%)	17	46 (15.2%; 37.4%)	7 (2.3%; 36.8%)
უმალღესი		241 (79.8%, 39.3%)		77 (16.4%; 62.6%)	12 (2.6%; 63.2%)
ჯამი		613	8 (2.6%; 47.1%)	123	19
ბინადრობა			9 (1.9%; 52.9%)		
ქალაქი		299(77.5%; 48.8%)	17	65 (16.8%; 52.8%)	6 (1.6%; 31.6%)
სოფელი		314(81.3%; 51.2%)		58 (15.0%; 47.2%)	13 (3.4%; 68.4%)
ჯამი		613	16 (4.1%; 94.1%)	123	19
			1 (0.3%; 5.9%)		
			17		
მირჩევნია ჩემს ოჯახის ექიმს ჰქონდეს სამედიცინო სფეროში მრავალწლიანი გამოცდილება					
ასაკი					
18-44		17(6.1%,31.5%)	4(1.4%,100.0%)	180(64.7%,37.0%)	77(27.7%,33.8%)
45-65		22(7.0%,40.7%)	0	208(65.8%,42.8%)	86(27.2%,37.7%)
65+		15(8.4%,27.8%)	0	98(55.1%,20.2%)	65(36.5%,28.5%)
ჯამი		54	4	486	228
სქესი					
ქალი		28(6.3%,51.9%)	2(0.5%,50.0%)	278(62.6%,57.2%)	136(30.6%,59.6%)
კაცი		26(7.9%,48.1%)	2(0.6%,50.0%)	208(63.4%,42.8%)	92(28.0%,40.4%)
ჯამი		54	4	486	228
განათლება					
საშუალო		35(7.4%,64.8%)	3(0.6%,75.0%)	295(62.8%,60.7%)	137(29.1%,60.1%)
უმალღესი		19(6.3%,35.2%)	1(0.3%,25.0%)	191(63.2%,39.3%)	91(30.1%,39.9%)

ჯამი		54	4	486	228
ბინადრობა		27(7.0%,50.0%)	4(1.0%,100.0%)	297(76.9%,61.1%)	58(15.0%,25.4%)
ქალაქი		27(7.0%,50.0%)	0	189(49.0%,38.9%)	170(44.0%,74.6%)
სოფელი		54	4	486	228
ჯამი					
ვენდობი ჩემს ექიმს, რომ თავად მიიღებს გადაწყვეტილებებს, თუ როდის არის საჭირო დიაგნოსტიკური გამოკვლევები					
ასაკი			30(10.8%,93.8%)	19(6.8%,24.1%)	2(0.7%,50.0%)
18-44		227(81.7%,34.6%)	2(0.6%,6.3%)	29(9.2%,36.7%)	1(0.3%,25.0%)
45-65		284(89.9%,43.2%)	0	31(7.4%,39.2%)	1(0.6%,25.0%)
65+		146(82.0%,22.2%)	32	79	4
ჯამი		657	17(3.8%,53.1%)	52(11.7%,65.8%)	2(0.5%,50.0%)
სქესი		373(84.0%,56.8%)	15(4.6%,46.9%)	27(8.2%,34.2%)	2(0.6%,50.0%)
ქალი		284(86.6%,43.2%)	32	79	4
კაცი		657	20(4.3%,62.5%)	52(11.1%,65.8%)	3(0.6%,75.0%)
ჯამი		395(84.0%,60.1%)	12(4.0%,37.5%)	27(8.9%,34.2%)	1(0.3%,25.0%)
განათლება		262(86.8%,39.9%)	32	79	4
საშუალო		657	32(8.3%,100.0%)	38(9.8%,48.1%)	3(0.8%,75.0%)
უმადლესი		313(81.1%,47.6%)	0	41(10.6%,51.9%)	1(0.3%,25.0%)
ჯამი		344(89.1%,52.4%)	32	79	4
ბინადრობა		657			
ქალაქი					
სოფელი					
ჯამი					
მე ვენდობი ჩემს ექიმს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიმმართავს სპეციალისტთან					
ასაკი					
18-44		223(80.2%,33.9%)	32(11.5%,93.8%)	20(7.2%,25.6%)	3(1.1%,100.0%)
45-65		288(91.1%,43.8%)	2(0.6%,6.3%)	26(8.2%,33.3%)	0
65+		146(82.0%,22.2%)	0	32(18.0%,41.0%)	0
ჯამი		657	34	78	3
სქესი					
ქალი		371(83.6%,56.5%)	18(4.1%,52.9%)	53(11.9%,67.9%)	2(0.5%,66.7%)
კაცი		286(87.2%,43.5%)	16(4.9%,47.1%)	25(7.6%,32.1%)	1(0.3%,33.3%)
ჯამი		657	34	78	3
განათლება					
საშუალო		396(84.3%,60.3%)	22(4.7%,64.7%)	50(10.6%,64.1%)	2(0.4%,66.7%)
უმადლესი		261(86.4%,39.7%)	12(4.0%,35.3%)	28(9.3%,35.9)	1(0.3%,33.3%)
ჯამი		657	34	78	3
ბინადრობა					

ქალაქი		318(82.4%,48.4%)	34(8.8%,100.0%)	34(8.8%,43.6%)	0
სოფელი		339(87.8%,51.6%)	0	44(11.4%,56.4%)	3(0.8%,100.0%)
ჯამი		657	34	78	3
მე შემოდის მარტივად მივიღო მიმართვა სხვა ექიმთან ჩემი ოჯახის ექიმისგან					
ასაკი					
18-44		176(63.3%,33.9%)	28(10.1%,93.3%)	74(26.6%,33.2%)	
45-65		220(69.6%,42.4%)	2(0.6%,6.7%)	94(29.7%,42.2%)	
65+		123(69.1%,23.7%)	0	55(30.9%,24.7%)	
ჯამი		519	30	223	
სქესი					
ქალი		297(66.9%,57.2%)	16(3.6%,53.3%)	131(29.5%,58.7%)	
კაცი		222(67.7%,42.8%)	14(4.3%,46.7%)	92(28.0%,41.3%)	
ჯამი		519	30	223	
განათლება					
საშუალო		301(64.0%,58.0%)	19(4.0%,63.3%)	150(31.9%,67.3%)	
უმაღლესი		218(72.2%,42.0%)	11(3.6%,36.7%)	73(24.2%,32.7%)	
ჯამი		519	30	223	
ბინადრობა					
ქალაქი		242(62.7%,46.6%)	30(7.8%,100.0%)	114(29.5%,51.1%)	
სოფელი		277(71.8%,53.4%)	0	109(28.2%,48.9%)	
ჯამი		519	30	223	
მე ვენდობი ჩემს ოჯახის ექიმს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიმმართავს საავადმყოფოში					
ასაკი					
18-44		185(66.5%,35.9%)	27(9.7%,93.1%)	66(23.7%,29.1%)	0
45-65		214(67.7%,41.6%)	2(0.6%,6.9%)	100(31.6%,44.1%)	0
65+		116(65.2%,22.5%)	0	61(34.3%,26.9%)	1(0.6%,100.0%)
ჯამი		515	29	227	1
სქესი					
ქალი		293(66.0%,56.9%)	15(3.4%,51.7%)	136(30.6%,59.9%)	0
კაცი		222(67.7%,43.1%)	14(4.3%,48.3%)	91(27.7%,40.1%)	1(0.3%,100.0%)
ჯამი		515	29	227	1
განათლება					
საშუალო		293(62.3%,56.9%)	21(4.5%,72.4%)	155(33.0%,68.3%)	1(0.2%,100.0%)
უმაღლესი		222(73.5%,43.1%)	8(2.6%,27.6%)	72(23.8%,31.7%)	0
ჯამი		515	29	227	1
ბინადრობა					
ქალაქი		248(64.2%,48.2%)	29(7.5%,100.0%)	109(28.2%,48.0%)	0
სოფელი		267(69.2%,51.8%)	0	118(30.6%,52.0%)	1(0.3%,100.0%)
ჯამი		515	29	227	1
ჩემმა ოჯახის ექიმმა კარგად იცის ჩემი სამედიცინო პრობლემები					

ასაკი					
18-44		215(77.3%,34.2%)	30(11.5%,93.8%)	33(11.2%,29.5%)	
45-65		266(84.2%,42.4%)	2(2.2%,6.3%)	48(11.1%,42.9%)	
65+		147(82.6%,23.4%)	0	31(14.6%,27.7%)	
ჯამი		628	32	112	
სქესი					
ქალი		353(79.5%,56.2%)	17(3.8%,53.1%)	74(16.7%,66.1%)	
კაცი		275(83.8%,43.8%)	15(4.6%,46.9%)	38(11.6%,33.9%)	
ჯამი		628	32	112	
განათლება					
საშუალო		376(80.0%,59.9%)	21(4.5%,65.6%)	73(15.5%,65.2%)	
უმაღლესი		252(83.4%,40.1%)	11(3.6%,34.4%)	39(12.9%,34.8%)	
ჯამი		628	32	112	
ბინადრობა					
ქალაქი		290(75.1%,46.2%)	32(8.3%,100.0%)	64(16.6%,57.1%)	
სოფელი		338(87.6%,53.8%)	0	48(12.4%,42.9%)	
ჯამი		628	32	112	
ჩემი ოჯახის ექიმი აკეთებს საუკეთესო გადაწყვეტილებას ჩემს სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებით					
ასაკი					
18-44		215(77.3%,33.8%)	32(11.5%,74.4%)	31(11.2%,33.7%)	
45-65		274(86.7%,43.05)	7(2.2%,16,3%)	35(11.1%,38.0%)	
65+		148(83.1%,23.2%)	4(2.2%,9.3%)	26(14.6%,28.3%)	
ჯამი		637	43	92	
სქესი					
ქალი		361(81.3%,56.7%)			
კაცი		276(84.1%,43.3%)	25(5.6%,58.1%)	58(13.1%,63.0%)	
ჯამი		637	18(5.5%,41.9%)	34(10.4%,37.0%)	
განათლება					
საშუალო		381(81.1%,59.8%)			
უმაღლესი		256(84.8%,40.2%)	30(6.4%,69.8%)	59(12.6%,64.1%)	
ჯამი		637	13(4.3%,30.2%)	33(10.9%,35.9%)	
ბინადრობა					
ქალაქი		307(79.5%,48.2%)			
სოფელი		330(85.5%,51.8%)	35(9.1%,81.4%)	44(11.4%,47.8%)	
ჯამი		637	8(2.1%,18.6%)	48(12.4%,52.2%)	
ჯამი		637	43	92	
ჩემი ოჯახის ექიმი პირველ რიგში აყენებს ჩემს საჭიროებებს					
ასაკი					
18-44		205(73.7%,34.1%)	39(14.0%,63.9%)	34(12.2%,30.9%)	
45-65		258(81.6%,42.9%)	17(5.4%,27.9%)	41(13.0%,37.3%)	
65+		138(77.5%,23.0%)	5(2.8%,8.2%)	35(19.7%,31.8%)	

ჯამი		601	61	110	
სქესი					
ქალი		343(77.3%,57.1%)	36(8.1%,59.0%)	65(14.6%,59.1%)	
კაცი		258(78.7%,42.9%)	25(7.6%,41.0%)	45(13.7%,40.9%)	
ჯამი		601	61	110	
განათლება					
საშუალო		363(77.2%,60.4%)	40(8.5%,65.6%)	67(14.3%,60.9%)	
უმადლესი		238(78.8%,39.6%)	21(7.0%,34.4%)	43(14.2%,39.1%)	
ჯამი		601	61	110	
ბინადრობა					
ქალაქი		289(74.9%,48.1%)	41(10.6%,67.2%)	56(14.5%,50.9%)	
სოფელი		312(80.8%,51.9%)	20(5.2%,32.8%)	54(14.0%,49.1%)	
ჯამი		601	61	110	
ოჯახის ექიმი მუშაობს პაციენტების ინტერესებიდან და არა საკუთარი ფინანსური ინტერესებიდან					
ასაკი					
18-44		196(70.5%,33.7%)	39(14.0%,60.9%)	43(15.5%,34.1%)	0
45-65		246(77.8%,42.3%)	20(6.3%,31.3%)	49(15.5%,38.9%)	1(0.3%,100.0%)
65+		139(78.1%,23.9%)	5(2.8%,7.8%)	34(19.1%,27.0%)	0
ჯამი		581	64	126	1
სქესი					
ქალი		324(73.0%,55.8%)	41(9.2%,64.0%)	78(17.6%,61.9%)	1(0.2%,100.0%)
კაცი		257(78.4%,44.2%)	23(7.0%,35.9%)	48(14.6%,38.1%)	0
ჯამი		581	64	126	1
განათლება					
საშუალო		348(74.0%,59.9%)	39(8.3%,60.9%)	82(17.4%,65.1%)	1(0.2%,100.0%)
უმადლესი		233(77.2%,40.1%)	25(8.3%,39.1%)	44(14.6%,34.9%)	0
ჯამი		581	64	126	1
ბინადრობა					
ქალაქი		178(72.0%,47.8%)	41(10.6%,64.4%)	66(17.1%,52.4%)	1(0.3%,100.0%)
სოფელი		303(78.5%,52.2%)	23(6.0%,35.9%)	60(15.5%,47.6%)	0
ჯამი		581	64	126	1
მირჩევნია ჩემი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო					
ასაკი					
18-44		70(25.2%,32.0%)	72(25.9%,41.9%)	135(48.6%,35.6%)	1(0.4%,50.0%)
45-65		83(26.3%,37.9%)	68(21.5%,39.5%)	165(52.2%,43.5%)	0
65+		66(37.1%,30.1%)	32(18.0%,18.6%)	79(44.4%,20.8%)	1(0.6%,50.0%)
ჯამი		219	172	379	2
სქესი					
ქალი		34(7.7%,15.5%)	80(18.0%,46.5%)	328(73.9%,86.5%)	2(0.5%,100.0%)
კაცი		185(56.4%,84.5%)	92(28.0%,53.5%)	51(15.5%,13.5%)	0

ჯამი		219	172	379	2
განათლება					
საშუალო		137(29.1%,62.6%)	110(23.4%,64.0	221(47.0%,58.3%)	2(0.4%,100.0%)
უმღალესი		82(27.2%,37.4%)	%)	158(52.3%,41.7%)	0
ჯამი		219	62(20.5%,36.0%)	379	2
ბინადრობა			172		
ქალაქი		110(28.5%,50.2%)		209(54.1%,55.1%)	1(0.3%,50.0%)
სოფელი		109(28.2%,49.8%)	66(17.1%,38.4%)	170(44.0%,44.9%)	1(0.3%,50.0%)
ჯამი		219	106(27.5%,61.6	379	2
			%)		
			172		
მირჩევნია მამრობითი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო					
ასაკი					
18-44		188(67.6%,33.9%)	71(25.5%,41.3%)	19(6.8%,43.2%)	0
45-65		230(72.8%,41.4%)	68(21.5%,39.5%)	17(5.4%,38.6%)	1(0.3%,100.0%)
65+		137(77.0%,24.7%)	33(18.5%,19.2%)	8(4.5%,18.2%)	0
ჯამი		555	172	44	1
სქესი					
ქალი		334(75.2%,60.2%)	80(18.0%,46.5%)	30(6.8%,68.2%)	0
კაცი		221(67.4%,39.8%)	92(28.0%,53.5%)	14(4.3%,31.8%)	1(0.3%,100.0%)
ჯამი		555	172	44	1
განათლება					
საშუალო		336(71.5%,60.5%)	111(23.6%,64.5	23(4.9%,52.3%)	0
უმღალესი		219(72.5%,39.5%)	%)	21(7.0%,47.7%)	1(0.3%,100.0%)
ჯამი		555	61(20.2%,35.5%)	44	1
ბინადრობა			172		
ქალაქი					
სოფელი		300(77.7%,54.1%)		20(5.2%,45.5%)	0
ჯამი		255(66.1%,45.9%)	66(17.1%,38.4%)	24(6.2%,54.5%)	1(0.3%,100.0%)
		555	106(27.5%,61.6	44	1
			%)		
			172		
მირჩევნია მდედრობითი სქესის ოჯახის ექიმთან ვიმკურნალო					
ასაკი					
18-44		18(6.8%,39.1%)	70(25.2%,41.7%)	190(68.3%,34.2%)	0
45-65		19(6.0%,41,3%)	66(20.9%,39.3%)	231(73.1%,41.5%)	0
65+		9(5.1%,19.6%)	32(18.0%,19.0%)	135(75.8%,24.3%)	2(1.1%,100.0%)
ჯამი		46	168	556	2
სქესი					
ქალი		26(5.9%,56.5%)	78(17.6%,46.4%)	338(76.1%,60.8%)	2(0.5%,100.0%)

კაცი		20(6.1%,43.5%)	90(27.4%,53.6%)	218(66.5%,39.2%)	0
ჯამი		46	168	556	2
განათლება					
საშუალო		25(5.3%,54.3%)	109(23.2%,64.9	334(71.1%,60.1%)	2(0.4%,100.0%)
უმაღლესი		21(7.0%,45.7%)	%)	222(73.5%,39.9%)	0
ჯამი		46	59(19.5%,35.1%)	556	2
ბინადრობა			168		
ქალაქი		21(5.4%,45.7%)		302(78.2%,54.3%)	0
სოფელი		25(6.5%,54.3%)	63(16.3%,37.5%)	254(65.8%,45.7%)	2(0.5%,100.0%)
ჯამი		46	105(27.2%,62.5	556	2
			%)		
			168		
ვცდილობ რეგულარულად მივმართო ოჯახის ექიმს					
ასაკი					
18-44		181(65.1%,32.7%)	1(0.4%,50.0%)	93(33.5%,44.3%)	3(1.1%,50.0%)
45-65		255(80.7%,46.0%)	1(0.3%,50.0%)	58(18.4%,27.6%)	2(0.6%,33.3%)
65+		118(66.3%,21.3%)	0	59(33.1%,28.1%)	1(0.6%,16.7%)
სქესი		554	2	210	6
ქალი		313(70.5%,56.5%)	2(0.5%,100.0%)	124(27.9%,59.0%)	5(1.1%,83.3%)
კაცი		241(73.5%,43.5%)	0	86(26.2%,41.0%)	1(0.3%,16.5%)
ჯამი		554	2	210	6
განათლება					
საშუალო		329(70.0%,59.4%)	1(0.2%,50.0%)	136(28.9%,64.8%)	4(0.9%,66.7%)
უმაღლესი		225(74.5%,40.6%)	1(0.3%,50.0%)	74(24.5%,35.2%)	2(0.7%,33.3%)
ჯამი		554	2	210	6
ბინადრობა				107(27.7%,51.0%)	
ქალაქი		277(71.8%,50.0%)	2(0.5%,100.0%)	103(26.7%,49.0%)	0
სოფელი		277(71.8%,5.0%)	0	210	6(1.6%,100.0%)
ჯამი		554	2		6
ზოგჯერ ჩემს ოჯახის ექიმს შეეძლო მეტი გაეკეთებინა ჩემი სამედიცინო დახმარებისთვის					
ასაკი					
18-44		15(5.4%,36.6%)	6(2.2%,75.0%)	188(67.6%,37.8%)	68(24.5%,30.2%)
45-65		18(5.7%,43.9%)	1(0.3%,12.5%)	212(67.1%,42.7%)	85(26.9%,37.8)
65+		8(4.5%,19.5%)	1(0.6%,12.5%)	97(54.5%,19.5%)	72(40.4%,32.0%)
ჯამი		41	8	497	225
სქესი					
ქალი		23(5.2%,56.1%)	3(0.7%,37.5%)	282(63.5%,56.7%)	135(30.4%,60.0%)
კაცი		18(5.5%,43.9%)	5(1.5%,62.5%)	215(65.5%,43.3%)	90(27.4%,40.0%)
ჯამი		41	8	497	225
განათლება					

საშუალო უმაღლესი ჯამი ბინადრობა ქალაქი სოფელი ჯამი		19(4.0%,46.3%) 22(7.3%,53.7%) 41 14(3.6%,34.1%) 27(7.0%,65.9%) 41	5(1.1%,62.5%) 3(1.0%,37.5%) 8 6(1.6%,75.0%) 2(0.5%,25.0%) 8	304(64.7%,61.2%) 193(63.9%,38.8%) 497 302(78.2%,60.8%) 195(50.5%,39.2%) 497	142(30.2%,63.1%) 83(27.5%,36.9%) 225 64(16.6%,28.4%) 161(41.7%,71.6%) 225
ჩემი ექიმი არასოდეს მომაცუებს					
ასაკი 18-44 45-65 65+ ჯამი სქესი ქალი კაცი ჯამი განათლება საშუალო უმაღლესი ჯამი ბინადრობა ქალაქი სოფელიჯამი		197(70.9%,34.3%) 245(77.5%,42.7%) 132(74.2%,23.0%) 574 332(74.8%,57.8%) 242(73.8%,42.2%) 574 350(74.5%,61.0%) 224(74.2%,39.0%) 574 276(71.5%,48.1%) 298(77.2%,51.9%) 574	52(18.7%,53.6%) 33(10.4%,34.0%) 12(6.7%,12.4%) 97 58(13.1%,59.8%) 39(11.9%,40.2%) 97 55(11.7%,56.7%) 42(13.9%,43.3%) 97 62(16.1%,63.9%) 35(9.1%,36.1%) 97	28(10.1%,29.2%) 34(10.8%,35.4%) 34(19.1%,35.4%) 96 49(11.0%,51.0%) 47(14.3%,49.0%) 96 61(13.0%,63.5%) 35(11.6%,36.5%) 96 47(12.2%,49.0%) 49(12.7%,51.0%) 96	1(0.4%,20.0%) 4(1.3%,80.0%) 0 5 5(1.1%,100.0) 0 5 4(0.9%,80.0%) 1(0.3%.20.0%) 5 1(0.3%,20. %) 4(1.0%,80.0%) 5
ექიმი მეუბნება შეცდომების შესახებ და ბოდიშის მოხდაც შეუძლია					
ასაკი 18-44 45-65 65+ ჯამი სქესი ქალი კაცი ჯამი განათლება საშუალო უმაღლესი ჯამი ბინადრობა		229(82.4%,33.3%) 292(92.4%,42.5%) 166(93.3%,24.2%) 687 399(89.9%,58.1%) 288(87.8%,41.9%) 687 414(88.1%,60.3%) 273(90.4%,39.7%) 687	34(12.2%,87.2%) 5(1.6%,12.8) 0 39 19(4.3%,48.7%) 20(6.1%,51.3%) 39 22(4.7%,56.4%) 17(5.6%,43.6%) 39	15(5.4%,32.6%) 19(6.0%,41.3%) 12(6.7%,26.1%) 46 26(5.9%,56.5%) 20(6.1%,43.5%) 46 34(7.2%,73.9%) 12(4.0%,26.1%) 46	

ქალაქი		331(85.8%,48.2%)	35(9.1%,89.7%)	20(5.2%,43.5%)	
სოფელი		356(92.2%,51.8%)	4(1.0%,10.3%)	26(6.7%,56.5%)	
ჯამი		687	39	46	
მე და ჩემი ოჯახის ექიმი ვთანამშრომლობთ, რათა ერთობლივად ჩამოვაყალიბოთ მკურნალობის გეგმა					
ასაკი					
18-44	1(0.4%,100.0%)	163(58.6%,34.3%)	6(2.2%,85.7%)	108(38.8%,37.4%)	
45-65	0	203(64.2%,42.7%)	1(0.3%,14.3%)	112(35.4%,38.8%)	
65+	0	109(61.2%,22.9%)	0	69(38.8%,23.9%)	
ჯამი	1	475	7	289	
სქესი		281(63.3%,59.2%)			
ქალი	0	194(59.1%,40.8%)	2(0.5%,28.6%)	161(36.3%,55.7%)	
კაცი	1(0.3%,100.0%)	475	5(1.5%,71.4%)	128(39.0%,44.3%)	
ჯამი	1		7	289	
განათლება		287(61.1%,60.4%)			
საშუალო	0	188(62.3%,39.6%)	3(0.6%,42.9%)	180(38.3%,62.3%)	
უმაღლესი	1(0.3%,100.0%)	475	4(1.3%,57.1%)	109(36.1%,37.7%)	
ჯამი	1	198(51.3%,41.7%)	7	289	
ბინადრობა	1(0.3%,100. %)	277(71.8%,58.3%)	7(1.8%,100.0%)	180(46.6%,62.3%)	
ქალაქი	0	475	0	109(28.2%,37.7%)	
სოფელი	1		7	289	
ჯამი					
ჩემი ექიმი მოითხოვს ჩემს თანხმობას ნებისმიერი ქმედების წინ					
ასაკი					
18-44		239(86.0%,35.1%)	1(0.4%,50.0%)	38(13.7%,42.2%)	
45-65		281(88.9%,41.3%)	1(0.3%,50.0%)	34(10.8%,37.8%)	
65+		160(89.9%,23.5%)	0	18(10.1%,20.0%)	
ჯამი		680	2	90	
სქესი		388(87.4%,57.1%)	0	56(12.6%,62.2%)	
ქალი		292(89.0%,42.9%)	2(0.6%,100.0%)	34(10.4%,37.8%)	
კაცი		680	)	90	
ჯამი			2		
განათლება		414(88.1%,60.9%)		55(11.7%,61.1%)	
საშუალო		266(88.1%,39.1%)	1(0.2%,50.0%)	35(11.6%,38.9%)	
უმაღლესი		680	1(0.3%,50.0%)	90	
ჯამი			2		
ბინადრობა		328(85.0%,48.2%)		56(14.5%,62.2%)	
ქალაქი		352(91.2%,51.8%)	2(0.5%,100.0)	34(8.8%,37.8%)	
სოფელი		680	0	90	
ჯამი			2		

ჩემი ექიმი ცდილობს ინფორმირებული ვიყო ჩემი მკურნალობის გეგმის შესახებ					
ასაკი					
18-44		175(62.9%,36.1%)	6(2.2%,85.7%)	97(34.9%,34.6%)	
45-65		200(63.3%,41.2%)	1(0.3%,14.3%)	115(36.4%,41.1%)	
65+		110(61.8%,22.7%)	0	68(38.2%,24.3%)	
ჯამი		485	7	280	
სქესი					
ქალი		290(65.3%,59.8%)	2(0.5%,38.6%)	152(34.2%,54.3%)	
კაცი		195(59.5%,40.2%)	5(1.5%,71.4%)	128(39.0%,45.7%)	
ჯამი		485	7	280	
განათლება					
საშუალო		295(62.8%,60.8%)	2(0.4%,28.6%)	173(36.8%,61.8%)	
უმაღლესი		190(62.9%,39.2%)	5(1.7%,71.4%)	107(35.4%,38.2%)	
ჯამი		485	7	280	
ბინადრობა					
ქალაქი		220(57.0%,45.4%)	7(1.8%,100.0%)	159(41.2%,56.8%)	
სოფელი		265(68.7%,54.6%)	0	121(31.3%,43.2%)	
ჯამი		485	7	280	
ჩემმა ოჯახის ექიმმა იცის ყველა სპეციალისტი, რომელსაც ვნახულობ და რა მკურნალობას ვიღებ					
ასაკი					
18-44		244(87.8%,37.2%)	1(0.4%,50.0%)	33(11.9%,28.9%)	
45-65		273(86.4%,41.6%)	1(0.3%,50.0%)	42(13.3%,36.8%)	
65+		139(78.1%,21.2%)	0	39(21.9%,34.2%)	
ჯამი		656	2	114	
სქესი					
ქალი		374(84.2%,57.0%)	0	70(15.8%,61.4%)	
კაცი		282(86.0%,43.0%)	2(0.6%,100.0%)	44(13.4%,38.6%)	
ჯამი		656	2	114	
განათლება					
საშუალო		395(84.0%,60.2%)	1(0.2%,50.0%)	74(15.7%,64.9%)	
უმაღლესი		261(86.4%,39.8%)	1(0.3%,50.0%)	40(13.2%,35.1%)	
ჯამი		656	2	114	
ბინადრობა					
ქალაქი		338(87.6%,51.5%)	2(0.5%,100.0%)	46(11.9%,40.4%)	
სოფელი		318(82.4%,48.5%)	0	68(17.6%,59.6%)	
ჯამი		656	2	114	
ჩემი ექიმი ყოველთვის გამოიყურება მოწესრიგებული და სუფთა					
ასაკი					
18-44		1(0.4%,20.0%)		277(99.6%,36.1%)	
45-65		2(0.6%,40.0%)		314(99.4%,40.9%)	

65+		2(1.1%,40.0%)		176(98.9%,22.9%)	
ჯამი		5		767	
სქესი					
ქალი		2(0.5%,40.0%)		42(99.5%,57.6%)	
კაცი		3(0.9%,60.0%)		325(99.1%,42.4%)	
ჯამი		5		767	
განათლება					
საშუალო		4(0.9%,80.0%)		466(99.1%,60.8%)	
უმაღლესი		1(0.3%,20.0%)		301(99.7%,39.2%)	
ჯამი		5		767	
ბინადრობა					
ქალაქი		3(0.8%,60.0%)		383(99.2%,49.9%)	
სოფელი		2(0.5%,40.0%)		384(99.5%,50.1%)	
ჯამი		5		767	
მე კმაყოფილი ვარ ჩემი ექიმის სამედიცინო დახმარებით					
ასაკი					
18-44		187(67.3%,37.6%)		91(32.7%,33.2%)	
45-65		209(66.1%,42.0%)		107(33.9%,39.1%)	
65+		102(57.3%,20.5%)		76(42.7%,27.7%)	
ჯამი		498		274	
სქესი					
ქალი		280(63.1%,56.2%)		164(36.9%,59.9%)	
კაცი		218(66.5%,43.8%)		110(33.5%,40.1%)	
ჯამი		498		274	
განათლება					
საშუალო		310(66.0%,62.2%)		160(34.0%,58.4%)	
უმაღლესი		188(62.3%,37.8%)		114(37.7%,41.6%)	
ჯამი		498		274	
ბინადრობა					
ქალაქი		252(65.3%,50.6%)		134(34.7%,48.9%)	
სოფელი		246(63.7%,49.4%)		140(36.3%,51.1%)	
ჯამი		498		274	

4.2. თვისებრივი კვლევის შედეგები

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში სიღრმისეული ინტერვიუებით გამოიკითხა 31 მონაწილე, მათ შორის 20 პაციენტი, რომლებმაც მიმართეს ამბულატორიულ დაწესებულებებს და 11 ოჯახის ექიმი. მონაწილეთა დემოგრაფიული მონაცემები იხილეთ ცხრილში.

ცხრილი 4: თვისებრივი კვლევის რესპოდენტთა მახასიათებლები

მახასიათებელი	პაციენტები N (%)	ექიმები N (%)
პაციენტი	20	11
სქესი		
ქალი	13	8
კაცი	7	3
ასაკი		
18-29	1	1
30-40	8	4
41-50	4	3
51-60	4	2
> 61	3	1
მცხოვრები		
ქალაქი	10	8
სოფელი	10	3
ოჯახური მდგომარეობა		
დაქორწინებული	10	6
ქვრივი	3	2
მარტოხელა	5	2
განქორწინებული	2	1
განათლება		
საშუალო	8	
საშუალო არასრული	0	
უმაღლესი	8	11
უმაღლესი არასრული	2	

4.2.1 რას ნიშნავს ნდობა პაციენტებისთვის და ექიმებისთვის

სიღრმისეული გამოკითხვისას, კითხვაზე, თუ რას ნიშნავს პაციენტის ნდობა კვლევის მონაწილეებისთვის, გამოიკვეთა შემდეგი მთავარი თემები: (1) ნდობა, როგორც ექიმთან მიმართვამდე მოლოდინები, (2) ნდობა, როგორც პაციენტის კმაყოფილება ექიმების ქმედებებით ვიზიტის დროს და (3) ნდობა, როგორც მნიშვნელობა. ექიმების მკურნალობის შედეგებით კმაყოფილება ვიზიტის შემდეგ.

ნდობა ნიშნავს პაციენტების დადებით მოლოდინებს ექიმის მიმართ

კითხვაზე, თუ რას ნიშნავს პაციენტის ნდობა ექიმის მიმართ, ზოგი პაციენტი და ექიმი პაციენტის ნდობაში გულისხმობს პაციენტების დადებით მოლოდინებს ექიმის მიმართ ექიმთან საკონსულტაციო შეხვედრამდე. ეს მოლოდინები დაკავშირებულია ექიმების მომავალ ქცევასთან, ტექნიკურ ქმედებებთან და ექიმების მიერ შეთავაზებულ მკურნალობასთან.

„ექიმთან ნდობა ნიშნავს, რომ როცა მასთან მივალ, ის დამელაპარაკება კარგი ენით და მომცემს შესაძლებლობას ავუხსნა ჩემი დაავადების ჩივილები, თუ რა მაწუხებს“.

პაციენტი 4

"პაციენტის ნდობა ექიმის მიმართ ნიშნავს, რომ როდესაც მე მივალ მასთან, ექიმი შემომთავაზებს საუკეთესო დახმარებას".

პაციენტი 7

“ექიმის ნდობა იწყება მაშინ, როცა სახლიდან საავადმყოფოში მიდიხარ და გჯერა, რომ ექიმისგან სწორ მკურნალობას მიიღებ“.

პაციენტი 12

ამგვარად, ზოგიერთი პაციენტი და ექიმი პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ ახასიათებს, როგორც პაციენტების დადებით მოლოდინებს, რომ ექიმი სათანადოდ მოიქცევა, მოუსმენს მათ ჩივილებს, შესთავაზებს საუკეთესო მომსახურებას და უზრუნველყოფს სწორ მკურნალობას, რაც დაეხმარება მათ სამედიცინო პრობლემების გადაჭრაში.

სარწმუნო მიზეზი იმისა, რომ რესპოდენტები ახასიათებენ ნდობას, როგორც ექიმის მიმართ დადებით მოლოდინებს, შეიძლება იყოს ის, რომ ექიმების სანდოობა მათთვის მთავარი იყო ექიმთან საკონსულტაციოდ შეხვედრამდე.

ზოგიერთი პაციენტი ცდილობს კარგ ექიმთან ვიზიტისათვის (კარგი ქცევის, ქმედებებისა და მკურნალობის შედეგების რეპუტაციის საფუძველზე) ეძებოს რეკომენდაციები სოციალური ქსელების მეშვეობით.

„ხშირად ვეკითხები ჩემს მეგობრებს, ვინ არის კარგი ექიმი და არის თუ არა ის ხელმისაწვდომი ვიზიტის დღეს. ამით პაციენტი ვიზიტამდე იძენს საწყის ნდობას ექიმის მიმართ“.

პაციენტი 15

ამგვარად, ნდობა შეიძლება დავახასიათოთ, როგორც პაციენტების დადებითი მოლოდინები ექიმთან შეხვედრამდე. ზოგი პაციენტისა და პროვაიდერის აზრით, ნდობა უმთავრესად ნიშნავს პოზიტიურ მოლოდინებს ექიმის სამომავლო ქმედებებზე, ქცევებსა და მკურნალობაზე. ვიზიტამდე ექიმის მიმართ დადებითი მოლოდინები განპირობებულია პაციენტის მიერ ექიმის სანდოობის შესახებ (კარგი ქცევა, ქმედებები და მკურნალობის შედეგები) ინფორმაციის წვდომაზე მათ სოციალურ ქსელებში.

ნდობა, როგორც ექიმთან ვიზიტით პაციენტის კმაყოფილება

ზოგი რესპოდენტის მიხედვით, პაციენტის ნდობა ექიმების მიმართ გულისხმობს პაციენტის კმაყოფილებას იმით, რაც რეალურად გააკეთა ექიმმა (ტექნიკური ქმედებები/უნარები) და როგორ იქცევა ექიმი რეალურად (ქცევა) ვიზიტის დროს.

ერთ-ერთი რესპოდენტის აზრით, ნდობა არის ვიზიტის დროს გამოვლენილი ექიმების ქმედებები (მოსმენა, მისალმება, ზრუნვა, თანაგრძნობა და კომფორტი):

„როდესაც ჩვენ ვამბობთ, რომ პაციენტი ენდობა ექიმს, ეს ნიშნავს, რომ ექიმი მშვენივრად გიღებს, ღიმილით მოგესალმება, უსმენს თქვენს პრობლემებს და გაძლევს რეცეპტს. ხედავ, რომ ექიმმა კარგად იზრუნა შენზე. ექიმი თანაგიგრძნობს. თანაუგრძნობს შენს პრობლემებს. ის არ გეუბნება ისეთ რამეებს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს შენი დაავადების უფრო გართულება. ექიმი კარგ სიტყვებს გეუბნება, რამაც შეიძლება დაგამშვიდოს. ასეთ ექიმს, ცხადია, ენდობი“.

პაციენტი 6

ექიმის თვალსაზრისით პაციენტების ნდობა ექიმების მიმართ

ნიშნავს, რომ ჩემს პაციენტთან ურთიერთობა კარგია. მაგალითად, როგორ საუბრობს ექიმი პაციენტთან, როგორ ამოწმებს ექიმი პაციენტს, როგორ ატარებს ექიმი

პაციენტის ჯანმრთელობის განათლებას. როდესაც პაციენტი ტოვებს ექიმის კაბინეტს, ის განიცდის კომფორტს. შესაბამისად, ეს ვიზიტები აყალიბებს პაციენტსა და ექიმს შორის კარგ ურთიერთობას.

ექიმი 4

„პაციენტის ნდობა ექიმის მიმართ ნიშნავს როდესაც ექიმი პაციენტს კარგ სამედიცინო დახმარებას სთავაზობს. შედეგად, პაციენტი კმაყოფილი ხდება გაწეული სამედიცინო დახმარებით, რაც ზრდის რწმენას თავად მკურნალობის მიმართ“.

ექიმი 6

„როდესაც პაციენტი ამბობს, რომ ენდობა ექიმს, ეს დაკავშირებულია იმაზე, თუ როგორ უწევს ექიმი სამედიცინო დახმარებას პაციენტს, როგორ ხვდება ექიმი პაციენტს, როგორ ესაუბრება პაციენტს, როგორ ურჩევს პაციენტს და ა.შ. ასე რომ, პაციენტი მაშინ არის კმაყოფილი შემოთავაზებული სამედიცინო მომსახურებით, როდესაც ექიმი კარგად ურჩევს და უხსნის რა უნდა გააკეთოს. მოკლედ, საუბარია იმაზე, თუ როგორ გელაპარაკება ექიმი და როგორ გირჩევს“.

ექიმი 9

ამგვარად, რესპოდენტთა აზრით, ნდობა გულისხმობს პაციენტის კმაყოფილებას ვიზიტის დროს ექიმის ტექნიკური და ქცევითი უნარებით. ინტერპერსონალური ნდობა მოიცავს პაციენტის მოლოდინებს და რწმენას ექიმების მომავალ ქმედებებში. როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, ნდობა ძირითადად დაკავშირებულია პაციენტის დადებით მოლოდინებთან ექიმის მომავალი ქმედებების მიმართ, რომლებიც დაკავშირებულია კეთილგანწყობასთან (ზრუნვა, პასუხისმგებლობა), კეთილსინდისიერებასთან (პატიოსნება და მორალი), კომპეტენტურობასთან (გამოცდილება) და პროგნოზირებადობასთან, რომელთა უმეტესობა შეიძლება შეინიშნოს პირადი შეხვედრის დროს.

ნდობა, როგორც პაციენტის კმაყოფილება ექიმების მკურნალობის შედეგებით

რესპოდენტების აზრით, ექიმებისადმი პაციენტის ნდობა გულისხმობს პაციენტების კმაყოფილებას ექიმების მკურნალობის შედეგებით.

„ექიმის მიმართ ნდობა ნიშნავს, რომ ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის შემდეგ პაციენტი გამოჯანმრთელდა, განიკურნა“.

ექიმი 8

„პაციენტის ნდობა ექიმის მიმართ ნიშნავს იმას, რომ როცა ექიმი მკურნალობს, შვებას ვგრძნობ მისგან. მაგალითად, მაღალი წნევით რომ ვიღვიძებ, როცა ექიმს ვხვდები და ვუხსნი, რომ დღეს მაღალი წნევით ვიღვიძებ, ექიმი დანიშნავს წამლებს და შემოთავაზებული მედიკამენტების მიღების შემდეგ შვებას ვგრძნობ“.

პაციენტი 10

„პაციენტის ნდობა ექიმის მიმართ ნიშნავს, რომ ექიმის მიერ შეთავაზებული მკურნალობა წყვეტს პაციენტების პრობლემებს. პაციენტი კმაყოფილი და ბედნიერია, რადგან ის განიკურნა“.

ექიმი 3

როდესაც ამბობთ, რომ პაციენტი ენდობა ექიმს, ეს ნიშნავს, რომ ექიმმა განკურნა პაციენტი. მაგალითად, ექიმმა გამოწერა წამლები და პაციენტი გამოჯანმრთელდა; მხოლოდ მაშინ შემიძლია ვთქვა, რომ ვენდობი მას.

ექიმი 7

ნდობის დახასიათება, როგორც პაციენტის კმაყოფილება ექიმების მკურნალობის შედეგებით, კიდევ უფრო ხაზგასმით აღინიშნეს ექიმებმა, რომელთა აზრით, ნდობა შეუძლებელია ამ შედეგების მიღწევის არარსებობის შემთხვევაში.

„შეიძლება მქონდეს რწმენა, რომ თუ ეს ექიმი მიმკურნალებს, განვიკურნები, მაგრამ თუ არ განვიკურნები, ეს ნდობა ქრება“.

ექიმი 8

"ვფიქრობ, თუ არ გამოჯანმრთელდები, სრულად არ ენდობი ექიმს. პაციენტის უკმაყოფილება მკურნალობის შედეგებით ამცირებს ნდობას ან იწვევს ნდობის საერთოდ გაქრობას (უნდობლობა).

ექიმი 10

ამგვარად, რესპოდენტთა ვარაუდით, ნდობა გულისხმობს ექიმების მკურნალობის შედეგად დადებითი შედეგების მიღწევას და პაციენტის კმაყოფილებას. დადებითი მკურნალობის შედეგების მიღწევა შეიძლება მიუთითებდეს, რომ ექიმი მოქმედებდა პაციენტის საუკეთესო ინტერესებში და დააკმაყოფილა პაციენტის მოლოდინები.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობა გულისხმობს: ა) ექიმთან ვიზიტამდე პაციენტის პოზიტიურ მოლოდინებს ექიმის ქმედებებზე, ქცევებზე და მკურნალობაზე; ბ) პაციენტის

კმაყოფილება ექიმის ქცევებით და ტექნიკური ქმედებებით, რომლებიც ვლინდება ექიმთან ვიზიტის დროს; გ) პაციენტის კმაყოფილება ექიმების მკურნალობის შედეგებით ექიმთან შეხვედრის შემდეგ. ნდობის ეს სამი მნიშვნელობა გვიჩვენებს, რომ ნდობას განსხვავებული მნიშვნელობა აქვს ექიმთან შეხვედრის წინ, შეხვედრის დროს და შეხვედრის შემდეგ.

4.2.2. ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავენ პაციენტის ნდობას ექიმების მიმართ ***პაციენტის ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავენ ექიმებისადმი ნდობას***

ექიმებისადმი ნდობას განსაზღვრავს პაციენტის შემდეგი ფაქტორები:

- პაციენტების სოციალური ქსელები;
- პაციენტის ნდობა ჯანდაცვის დაწესებულებების მიმართ (ინსტიტუციური ნდობა);
- პაციენტის მიერ ექიმის გაცნობა;
- პაციენტის რწმენა ზოგადად ყველა ექიმის მიმართ (განზოგადებული ნდობა);
- პაციენტის კმაყოფილება ექიმების მომსახურებით;
- პაციენტის ნდობა მედიკამენტების მიმართ
- პაციენტების მოლოდინი დაავადების განკურნების შესახებ

მოლოდინზე დაფუძნებული ნდობა დიდწილად დაკავშირებულია იმ ფაქტორებთან, რომლებიც ქმნიან პაციენტების დადებით მოლოდინებს ექიმების მიმართ მათთან შეხვედრებამდე. ექიმისადმი ნდობას ასევე დიდად განსაზღვრავს პაციენტების სოციალური ქსელები, ნდობა ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი (ინსტიტუციური ნდობა), ექიმების მიმართ ზოგადი ნდობა, დაავადების განკურნების მოლოდინი. თუმცა, ნდობა, რომელიც ეფუძნება კმაყოფილებას დიდწილად დაკავშირებულია ფაქტორებთან, რომლებიც გავლენას ახდენდნენ იმაზე, თუ როგორ ურთიერთობენ პაციენტები ექიმებთან, როგორ გრძნობენ ისინი ექიმების ქცევებს და მოქმედებებს მკურნალობის დროს და მკურნალობის შემდეგ. მაშინ როდესაც პაციენტების გაცნობა ექიმებთან დიდწილად დაკავშირებულია იმასთან, თუ როგორ ურთიერთობდნენ ისინი ექიმებთან სამედიცინო შეხვედრების დროს, პაციენტების კმაყოფილება ექიმების მომსახურებით დიდწილად დაკავშირებულია იმასთან, თუ

როგორ გრძნობდნენ ისინი ექიმების ქცევებს და მოქმედებებს ექიმთან ვიზიტების დროს.

პაციენტის ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია მოლოდინზე დაფუძნებულ ნდობასთან.

პაციენტის მთელი რიგი ფაქტორები, რომლებიც აყალიბებენ ნდობას, ეფუძნება მოლოდინებს. რესპოდენტები ხშირად მოიხსენიებდნენ სოციალურ ქსელებს, როგორც ექიმების მიმართ მათი მოლოდინების ფორმირების მექანიზმს, რომელიც ხელმისაწვდომს ხდიდა ვიზიტების წინ ექიმების სანდოობის (ქცევები, მოქმედებები და მკურნალობის შედეგები) შესახებ ინფორმაციას. სოციალური ქსელებიდან მიღებული ინფორმაცია ექიმის სანდოობის შესახებ, ხელს შეუწყობს თავდაპირველ მოლოდინებზე დაფუძნებულ ნდობას ექიმთან ვიზიტამდე და ექიმთან შეხვედრის აქტიურ ძიებას. შესაბამისად, პაციენტების ხელმისაწვდომობამ ექიმების არასანდოობის შესახებ ინფორმაციაზე შეიძლება გამოიწვიოს თავდაპირველი უნდობლობა და თავიდან აიცილოს კონკრეტულ ექიმთან შეხვედრა.

ზოგი რესპოდენტის აზრით, პაციენტების ნდობა ჯანდაცვის დაწესებულების მიმართ (ინსტიტუციური ნდობა) ხელს უწყობდა მოლოდინებსა და რწმენას ამ დაწესებულებაში ექიმებისგან შესაბამისი დახმარების მიღების შესახებ, რითაც ამყარებდა პაციენტების ნდობას მათ მიმართ შეხვედრამდე.

„თუ პაციენტი ენდობა დაწესებულებას და თვლის, რომ თუ ის დაწესებულებაში მიიღებს შესაბამის დახმარებას და მისი პრობლემა მოგვარდება, მაშინაც კი, თუ ის აღმოაჩენს, რომ ექიმი, რომელსაც ყველაზე მეტად ენდობა, არ არის გარშემო, /ის ენდობა სხვა ექიმებს და მიმართავს მათ სამედიცინო დახმარების მისაღებად“.

ექიმი 9

პაციენტების ინსტიტუციონალურმა ნდობამ შეიძლება შექმნას განზოგადებული ნდობა ყველა ექიმის მიმართ, რაც აძლიერებს თავდაპირველ ნდობას დაწესებულებაში ექიმთან შეხვედრამდე და ხელს უწყობს ამ დაწესებულებაში ნებისმიერი ექიმის შეხვედრის ძიებას/სურვილს.

ზოგიერთ მონაწილეს შორის ასევე არსებობდა აზრი, რომ პაციენტების რწმენა ყველა ექიმის მიმართ (განზოგადებული ნდობა) ხელს უწყობდა კარგი სამედიცინო დახმარების პოზიტიურ მოლოდინს და თავდაპირველ ნდობას დაწესებულებაში

არსებული ყველა ექიმის მიმართ შეხვედრამდე. პაციენტების ექიმების მიმართ განზოგადებული ნდობის მამოძრავებელი ფაქტორებია: ა) პაციენტების ნდობა დაწესებულებების მიმართ; და ბ) სოციალური ქსელების გავლენა მათ სანდო არჩევანზე; გ) ექიმებს ნდობა ღირს, რადგან მათ შეუძლიათ დაავადების მართვა და აქვთ სათანადო სერტიფიცირება.

პირადად მე ყველა ექიმს ვენდობი, რომელსაც აქვს სათანადო გამოცდილება და სერტიფიცირებულია. ის ვერ იმუშავებს სამედიცინო დაწესებულებაში, თუ არ აქვს სათანადო სერტიფიკატი.

პაციენტი 6

პაციენტის ფაქტორები დაკავშირებულია მოლოდინზე დაფუძნებულ ნდობასთან, რაც ხელს უწყობს პაციენტის მოლოდინებს ექიმებისგან კარგი და სათანადო მომსახურების შესახებ მასთან ვიზიტამდე. პაციენტის ნდობა ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი (ინსტიტუციური ნდობა) ხელს უწყობს ინტერპერსონალურ ნდობას.

პაციენტის ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია კმაყოფილებაზე დაფუძნებულ ნდობასთან

მნიშვნელოვანია განვიხილოთ პაციენტის ფაქტორები, რომლებიც ძირითადად დაკავშირებულია კმაყოფილებაზე დაფუძნებულ ნდობასთან. პაციენტის გაცნობა ექიმებთან არის პაციენტის ფაქტორი, რომელიც დაკავშირებულია კმაყოფილებაზე დაფუძნებულ ნდობასთან.

გაცნობა აძლიერებს ნდობას პაციენტებსა და ექიმებს შორის და გავლენას ახდენს პაციენტის ჩართულობაზე მკურნალობის გადაწყვეტილებებში.

”მე ვიცნობ ჩემს ექიმს, ჩვენ ძალიან ახლოს ვართ და მჯერა მისი, რომ ის ყოველთვის კარგ სამედიცინო დახმარებას გამიწევს”.

პაციენტი 2

პაციენტების კმაყოფილება ექიმების მომსახურებით აყალიბებს კმაყოფილებაზე დაფუძნებულ ნდობას მკურნალობის სასურველი შედეგების მიღწევამდე. პაციენტების ექიმთან გაცნობა ხელს უწყობს ინტერპერსონალურ ნდობას, კერძოდ, ექიმის მიმართ პაციენტის ნდობის ფორმირებას.

ექიმის ფაქტორები, რომლებიც აყალიბებენ პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ

ფაქტორების მეორე ჯგუფი, რომელიც აყალიბებს პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ, არის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის (ექიმის) ფაქტორები. ექიმთან დაკავშირებული ფაქტორებია:

- ექიმების რეპუტაცია საზოგადოებაში
- ექიმების ქცევა
- ექიმების ტექნიკური უნარები
- ექიმების მკურნალობის შედეგები.

მოლოდინზე დაფუძნებული ნდობა დაკავშირებულია ექიმის რეპუტაციასთან საზოგადოებაში. მეორეს მხრივ, კმაყოფილებაზე დაფუძნებული ნდობა დაკავშირებულია ექიმების ქცევასთან და ტექნიკურ უნარებთან (ნდობა ნიშნავს პაციენტის კმაყოფილებას ექიმების ქმედებებით და ტექნიკური უნარებით), ასევე ექიმების მკურნალობის შედეგებთან (ნდობა ნიშნავს პაციენტის კმაყოფილებას ექიმების მკურნალობის შედეგებით). კვლევის შედეგების ამ ნაწილში ძირითადად ყურადღება გამახვილებულია ექიმების რეპუტაციაზე საზოგადოებაში, მათ ქცევაზე და ტექნიკურ კომპეტენციაზე.

ექიმის ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია მოლოდინებზე დაფუძნებულ ნდობასთან

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ექიმის კარგი რეპუტაცია (საზოგადოებაში, პაციენტების მეგობრებსა და სოციალურ ქსელებში) აძლიერებს ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობას. ცუდი რეპუტაცია, პირიქით, ზრდის პაციენტების უნდობლობას ექიმების მიმართ. ექიმების კარგი რეპუტაცია საზოგადოებაში და პაციენტების სოციალური ქსელები ზოგიერთმა პაციენტმა მოიხსენია, როგორც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ექიმთან ვიზიტამდე მათი საწყისი (მოლოდინებზე დაფუძნებული) ნდობის ჩამოყალიბებაში.

„პაციენტი შეიძლება ენდობოდეს ექიმს, როდესაც მას უკვე აქვს დადებითი ინფორმაცია მის შესახებ. ინფორმაცია ექიმების რეპუტაციის შესახებ ვრცელდება საზოგადოებაში. მე ხშირად ვეკითხები ჩემს მეგობრებს, ვინ არის კარგი ექიმი და არის თუ არა ის ხელმისაწვდომი იმ დღეს როდესაც მსურს ვიზიტი“.

პაციენტი 3

პაციენტების აზრით, ინფორმაცია ექიმების რეპუტაციის შესახებ არის ექიმის მიმართ თავდაპირველი ნდობის არსებობის მიზეზი. ექიმების სანდოობის შესახებ (დადებით) ინფორმაციაზე პაციენტების ხელმისაწვდომობამ გაზარდა ექიმის მიმართ თავდაპირველი ნდობა, რომელიც ეფუძნება პაციენტების მოლოდინს, რომ ვიზიტის დროს ექიმები გაიმეორებენ მათ რეპუტაციას.

ამგვარად, ექიმებისადმი პაციენტის ნდობა იწყება თავდაპირველი ნდობით, რომელიც იქმნება ექიმების რეპუტაციის შესახებ (პოზიტიურ) ინფორმაციაზე ექიმთან შეხვედრამდე. ასეთი სახის სანდოობა ეფუძნება პაციენტის განსჯას ექიმის შესაძლებლობების შესახებ, ექიმთან შეხვედრის წინ. ექიმების რეპუტაცია პაციენტების სოციალურ ქსელებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა პაციენტის მიერ ექიმის მიმართ სანდოობის ჩამოყალიბებაში, რაც იწვევს თავდაპირველ მოლოდინებზე დაფუძნებულ ნდობას ექიმთან პირად შეხვედრამდე.

ექიმის ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია კმაყოფილებაზე დაფუძნებულ ნდობასთან

ექიმების ქცევა, რომელიც ასახავს კარგ მომსახურებას პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობის დამყარების ფაზაში, მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა პაციენტის ნდობის ჩამოყალიბებაში. ექიმების ქცევა, რომელიც აძლიერებს პაციენტის ნდობას, მოიცავს: პაციენტის სახელის ამოცნობა, თბილი მისალმება და სახის დადებითი გამომეტყველების ჩვენება ღიმილით, სიმშვიდის, მზრუნველობისა და თანაგრძნობის გამოხატვა და კარგი ვერბალური კომუნიკაცია (კეთილი სიტყვები და კარგი ენა).

„ვაფასებ ექიმების სტუმართმოყვარეობას და მეტყველებას როგორც მნიშვნელოვანს პაციენტთა ნდობის ჩამოყალიბებაში შეხვედრის საწყის ეტაპზე. პაციენტებს აშინებთ სხვა ექიმები, რომლებსაც აქვთ ცუდი მეტყველება. ნდობაზე ასევე გავლენას ახდენს ექიმების გარეგნობა და ჩაცმულობა.

ექიმი 10

გარდა ამისა, ექიმების ტექნიკური უნარები (როგორც აღიქვამენ პაციენტები) დაავადების დიაგნოსტიკისა და მართვის ფაზაში პაციენტის ექიმთან შეხვედრის დროს გავლენას ახდენენ პაციენტის ნდობის ფორმირებაზე. ნდობის ჩამოყალიბებაში რესპოდენტები მაღალ შეფასებებს აძლევენ ექიმის მიდგომას, პაციენტისგან მიიღოს

დეტალური ინფორმაცია მრავალი შესაბამისი კითხვის დასმით, ასევე პაციენტის მკურნალობის გადაწყვეტილებებში ჩართვას.

„არსებობს ორი სახის ექიმი: ცუდი, რომელსაც ხვდებით, ის არ სვამს კითხვებს და კარგი, რომელიც ბევრ კითხვას სვამს დაწყებული თქვენი პროგრესიდან დაწყებული, როგორ გრძნობთ თავს იმ დღეს“.

პაციენტი 3

პაციენტთა უმეტესობა საიმედოდ მიიჩნევს ექიმს, რომელიც ახორციელებს ფიზიკურ გასინჯვებს, როგორიცაა პაციენტის არტერიული წნევის შემოწმება, გულმკერდის ან გულის მოსმენა სტეტოსკოპის გამოყენებით, და ტკივილის ადგილზე შეხება.

„ფიზიკური გასინჯვა ანუგეშებს პაციენტს ფსიქოლოგიურად, რაც ხელს უწყობს პაციენტის უფრო მეტ კმაყოფილებას და ზრდის ექიმებისადმი ნდობას“.

პაციენტი 7

„ჩემს ექიმს ვთხოვე არტერიული წნევის შემოწმება, მაგრამ ექიმმა მითხრა, წადი და სადმე სხვაგან შეამოწმო შენი წნევა. ემოციურად შევწუხდი და უკმაყოფილობის გრძნობა გამიჩნდა, რადგან ამდენი გზა გამოვიარე ექიმთან მოსასვლელად“.

პაციენტი 18

რესპოდენტთა აზრით, ექიმების ქცევები და ტექნიკური უნარები მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობის ჩამოყალიბებაში. პაციენტების უმეტესობისთვის, კმაყოფილებაზე დაფუძნებული ნდობა შეიძლება ჩამოყალიბდეს მხოლოდ მაშინ, როდესაც ექიმი აჩვენებს კარგ ქცევას და მოქმედებებს პაციენტის ვიზიტის დროს. პირიქით, პაციენტის უკმაყოფილებამ ექიმების ქცევებითა და ქმედებებით, შეიძლება გამოიწვიოს უნდობლობა, მაშინაც კი, როდესაც პაციენტს ჰქონდა თავდაპირველ მოლოდინზე დაფუძნებული ნდობა.

„შეიძლება გქონდეთ თავდაპირველი ნდობა ექიმის მიმართ ჯანდაცვის დაწესებულებაში, მაგრამ როგორც კი შეხვდებით კონკრეტულ ექიმს, შეიძლება დაკარგოთ ეს ნდობა“.

ექიმი 7

პაციენტების კმაყოფილება ექიმების ქცევებითა და ქმედებებით ვიზიტის დროს ხელს უწყობს პაციენტის ნდობას შეთავაზებული მკურნალობისადმი და იმავე ექიმთან სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობას.

„როგორც ექიმი მიესალმება პაციენტს და სთავაზობს სამედიცინო დახმარებას, ეს აძლევს მას იმედს, მაშინაც კი, თუ პაციენტი არ გამოჟანმრთელდება, ის უფრო მეტად დაბრუნდება საავადმყოფოში იმავე ექიმის მოსაძებნად“.

ექიმი 4

პირიქით, ექიმების ქცევებითა და ტექნიკური ქმედებებით უკმაყოფილო პაციენტების უნდობლობა ხელს უწყობს მკურნალობის შეუსრულებლობას.

„ექიმთან მივედი, შესვლისთანავე ვუთხარი, რომ დიაბეტის პაციენტი ვარ. მან უხეშად დამიწყო გამოკითხვა: „რატომ იღებთ ამ წამლებს? ისინი საშიშია თქვენი ჯანმრთელობისათვის. მან უარყო ყველა წამალი, რომელსაც მე ვღებულობდი იმ დროს. მთლიანად დავკარგე იმ ექიმის რწმენა. მის მიერ გამოწერილი წამლებიც კი არ გამომიყენებია“.

პაციენტი 19

ექიმების ქცევები, პაციენტებზე ზრუნვა, კარგი ტექნიკური უნარები (მაგ. პაციენტის დეტალური გამოკითხვა და ფიზიკური გასინჯვა), სხვა ნაკლებმნიშვნელოვანი ფაქტორები (მაგ. ექიმების ჩაცმულობა, გასაგებ ენაზე საუბარი) გავლენას ახდენენ ექიმების მიმართ პაციენტის ნდობის ჩამოყალიბებაზე.

ჯანდაცვის სისტემის ფაქტორები, რომლებიც აყალიბებენ პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ

ექიმებისადმი პაციენტის ნდობის ჩამოყალიბებაზე გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემის ფაქტორები.

- ჯანდაცვის დაწესებულების ხელმისაწვდომობა;
- ჯანდაცვის დაწესებულების დონე
- ჯანდაცვის დაწესებულების საკუთრება
- ჯანდაცვის რესურსები
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

ჯანდაცვის დაწესებულების ხელმისაწვდომობა

ზოგიერთი რესპოდენტის აზრით, ჯანდაცვის დაწესებულების გეოგრაფიული სიახლოვე ხელს უწყობს ექიმებისადმი ნდობას.

„ექიმებისადმი ნდობა უფრო მეტია ისეთ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც ძალიან ახლოს არის პაციენტის სახლთან“.

პაციენტი 18

ორი მიზეზი შეიძლება გამოვყოთ იმის ასახსნელად, თუ რატომ ზრდის ჯანდაცვის დაწესებულებების ხელმისაწვდომობა პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ. პირველ რიგში, ჯანდაცვის დაწესებულებების ხელმისაწვდომობა აყალიბებს პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ, რაც ხელს უწყობს პაციენტების გაცნობას მათ სახლთან ახლოს მყოფი სამედიცინო დაწესებულების ექიმებთან.

„მე ვენდობი ექიმს, რომელსაც პირადად ვიცნობ. ამასთან, ჩემი ექიმი ტერიტორიულად ჩემთან ძალიან ახლოსაა“.

პაციენტი 12

„მე დიდი ხანია ამ სამედიცინო დაწესებულებაში დავდივარ. დაახლოებით 4 წელია. ის ჩემთან ახლოს მდებარეობს. აქ მომუშავე ექიმებს ყველას ვიცნობ და ისინი ყველა მიცნობენ მე“.

პაციენტი 6

სამედიცინო დაწესებულების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, როგორც ჩანს, აძლიერებს პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ, რაც ხელს უწყობდა პაციენტის ნაცნობ ექიმთან ნაცნობ სამედიცინო დაწესებულებაში შეხვედრის საშუალებას. როგორც აღვნიშნეთ, ნაცნობობა ხელს უწყობს ინტერპერსონალური ნდობის ჩამოყალიბებას საზოგადოებაში და აძლიერებს პაციენტების ნდობას ექიმის მიმართ.

მეორე, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა აყალიბებს პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ - უზრუნველყოს პაციენტების სწრაფი წვდომა სამედიცინო მომსახურებაზე გადაუდებელი შემთხვევების დროს. მაგალითად, კითხვაზე, ენდობა თუ არა ექიმს, რომელიც შეხვდა უახლოეს დაწესებულებაში, ერთ-ერთი პაციენტი განმარტავს:

„დიახ, მე ვენდობი მას არა მხოლოდ იმის გამო, რომ კლინიკა ახლოს არის ჩემ სახლთან, არამედ, ასევე, თუ მე რაიმე სერიოზული პრობლემა შემექმნება, უფრო ადვილია იქ წასვლა, ვიდრე ნებისმიერ სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში“.

პაციენტი 5

ამგვარად, სამედიცინო დაწესებულების სიახლოვე პაციენტის სახლთან დადებითად აყალიბებს ნდობას სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმების მიმართ.

ჯანდაცვის დაწესებულების დონე

ზოგიერთი რესპოდენტის აზრით, ჯანდაცვის დაწესებულების დონე ხელს უწყობს ექიმების ნდობას. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის ორგანიზაცია იერარქიული სისტემაა, რომელიც ორგანიზებულია ისე, რომ ზოგიერთ პაციენტს სჭირდება ადგილობრივი დაწესებულებიდან ან უფრო დაბალი დონის დაწესებულებიდან გადაადგილება უფრო მაღალი დონის ჯანდაცვის დაწესებულებებში, ურბანულ (რაიონულ ან რეგიონულ) საავადმყოფოებში ან სპეციალიზებული დონის სამედიცინო დაწესებულებებში (მაგ., ონკოლოგიური საავადმყოფო, კარდიოლოგიური საავადმყოფო).

ზოგიერთი რესპოდენტის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები აძლიერებენ პაციენტების უფრო მეტ ნდობას ექიმების მიმართ, ვიდრე საავადმყოფოები. აღნიშნული შეიძლება აიხსნას ორი მიზეზით. პირველი, ჯანდაცვის სერვისების მახასიათებლები პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში, როგორიცაა ექიმთან შეხვედრის სიმარტივე და სწრაფი მომსახურება, უფრო მისაღებია პაციენტებისათვის, ვიდრე საავადმყოფოებში შედარებით რთულ პროცესები და გახანგრძლივებული ლოდინის დროს.

„ვენდობი ექიმს ადგილობრივ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში, რადგან აქ ჩვენ დროულად ვიღებთ სამედიცინო დახმარებას“.

პაციენტი 2

ზოგიერთი პაციენტის აზრით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს გააჩნიათ უფრო მეტი ტექნიკური კომპეტენცია და რესურსები მწვავე მდგომარეობების მართვისთვის, როგორიცაა მაგალითად, მაღალი არტერიული წნევა, სტენოკარდიული ტკივილი.

„მე მივდივარ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ისეთი მდგომარეობების გამოსაკვლევად და სამკურნალოდ, როგორიცაა მაღალი არტერიული წნევა ან სტენოკარდიული ტკივილი, რადგან პაციენტს შეუძლია ადვილად წავიდეს

ლაბორატორიაში ტესტის გასაკეთებლად და თუ დაავადება დაგიდგინდება, იქვე მიმართო ექიმს, რომელიც დროულად დაგინიშნავთ სათანადო მედიკამენტებს“.

პაციენტი 8

აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგი რესპოდენტის აზრით, უფრო მაღალი დონის სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტების ნდობა უფრო მეტია ექიმების მიმართ, ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. აღნიშნული გამოწვეული იყო იმის გამო, რომ მათი აზრით, მაღალი დონის სამედიცინო დაწესებულებებს (მაგ., რეგიონული საავადმყოფო) ჰყავდათ უფრო განათლებული და მეტი გამოცდილების მქონე ექიმები და გააჩნდათ მეტი რესურსები ქრონიკული დაავადებების უკეთესად სამართავად, ვიდრე იერარქიულად შედარებით დაბალი დონის პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებებში.

„მაღალი დონის სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ ყველა საჭირო სერვისი, რაც ზრდის პაციენტების ნდობას ექიმების მიმართ. როდესაც ისეთი მოწყობილობა, როგორიცაა ექოსკოპი მაინც არის საავადმყოფოში. პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებებში კი, უმეტეს შემთხვევაში, როდესაც მიდიხართ, გეუბნებიან, რომ ექოსკოპიის აპარატი არ აქვთ ან არ მუშაობს, რაც იწვევს სახლში დაბრუნებას საჭირო გამოკვლევის გარეშე“.

პაციენტი 9

ჯანდაცვის დაწესებულების საკუთრების ფორმა

ზოგიერთი რესპოდენტის გამონათქვამში ხაზგასმულია ჯანდაცვის დაწესებულებების საკუთრება (კერძო ან სახელმწიფო დაწესებულებები), რომელიც გავლენას ახდენს ექიმებისადმი ნდობის ჩამოყალიბებაზე. რესპოდენტთა გამოკითხვის ანალიზით, რომელიც შეეხებოდა სამედიცინო დაწესებულების საკუთრების გავლენას ნდობის ფორმირებაზე, გამოავლინა ორი საპირისპირო მიდგომა. რესპოდენტთა გარკვეული ნაწილი ვარაუდობს, რომ კერძო სამედიცინო დაწესებულება აყალიბებს პაციენტების უფრო მეტ ნდობას ექიმების მიმართ, ვიდრე სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულება. აღნიშნული შეიძლება ავხსნათ ორი მიზეზით. პირველი, კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურება უფრო სწრაფია, რადგან წინასწარ ჩაწერის მოწესრიგებული მექანიზმის მეშვეობით ნაკლები ლოდინი დროა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებთან შედარებით.

„ვენდობი ექიმებს კერძო სამედიცინო დაწესებულებას. როცა აქ მოდიხარ, დროულად იღებთ შესაბამის მკურნალობას“.

პაციენტი 5

ასევე, რესპოდენტთა აზრით, კერძო სამედიცინო დაწესებულებები ხელს უწყობს კარგ ინტერპერსონალურ ქცევას ექიმებსა და პაციენტებს შორის.

კერძო სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმები და სხვა პერსონალი უფრო მზრუნველნი არიან როგორც ერთმანეთის ასევე პაციენტების მიმართ, უფრო იცავენ სამუშაო ეთიკას, ვიდრე სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები“

ექიმი 11

რესპოდენტთა მეორე ნაწილი ვარაუდობს, რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო დაწესებულებებში უფრო მეტი პაციენტი ენდობა ექიმებს, ვიდრე კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში. ამის ასახსნელად ორი მიზეზი დასახელდა. პირველ რიგში, ამბობდნენ, რომ სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების ექიმებს აქვთ უკეთესი ტექნიკური კომპეტენცია, ვიდრე კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში მყოფ ექიმებს და გადიან ტრენინგებს.

„ექიმები სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში უფრო განათლებულები არიან, ვიდრე კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში“.

პაციენტი 8

მეორე, მხრივ, სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებს ჰქონდათ საჭირო აღჭურვილობა ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის.

„პირადად მე ვერ ვენდობი კერძო სამედიცინო საავადმყოფოებში ექიმებს, რადგან სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციებს ჰყავთ სათანადო ექიმები, რომლებსაც გავლილი აქვთ სათანადო ტრენინგები. სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებას აქვს საჭირო აღჭურვილობა. ასე რომ, ვფიქრობ, ჩემს შემთხვევაში, ჩემი ნდობა სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციის ექიმებისადმი ძალიან მაღალია, ვიდრე ჩემი ნდობა კერძო სამედიცინო ორგანიზაციის ექიმების მიმართ“.

პაციენტი 8

სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში აქვთ პაციენტზე ორიენტაციის ეთიკური ვალდებულება, სადაც შედარებით ნაკლებია მოგებისაკენ სწრაფვა.

შესაბამისად, კვლევაში სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების ჯანდაცვის მუშაკები ხასიათდებიან თავაზიანი და თბილი კომუნიკაციის უნარებით.

ჯანდაცვის რესურსები

რესპოდენტებმა შეაფასეს ჯანდაცვის დაწესებულების ჯანდაცვის რესურსები, რომლებიც გარკვეულწილად ხელს უწყობენ პაციენტების ნდობას ექიმების (და დაწესებულების) მიმართ. აღნიშნული რესურსები მოიცავდა სამედიცინო აღჭურვილობას, სამედიცინო მომსახურების სფეროს, საკმარისი ტექნიკური გამოცდილების მქონე ექიმებს და მედიკამენტებს. შეზღუდული რესურსების შესახებ უფრო მეტად აღინიშნავდნენ შორეულ სოფლებში მყოფი პაციენტები, ვიდრე ქალაქებში, სადაც ალტერნატიული მექანიზმები არსებობს (მაგ. აფთიაქები). ზოგიერთი პაციენტი ცდილობდა დაედგინა კავშირი ჯანდაცვის რესურსებსა და ექიმებისადმი ნდობას შორის. ერთ-ერთი რესპოდენტი აღნიშნავდა მედიკამენტების როლს ექიმების მიმართ პაციენტის ნდობის ჩამოსაყალიბებლად:

„მედიკამენტების ხელმისაწვდომობამ შეიძლება იმოქმედოს ექიმების მიმართ ნდობაზე, როდესაც პაციენტი ექიმს ადანაშაულებს იმ მედიკამენტების დანიშვნაში, რომლებიც ფიზიკურად ან ფინანსურად ხელმიუწვდომელია. ამიტომ პაციენტი უბრუნდება იმავე ექიმს, რათა შეცვალოს მედიკამენტები. როდესაც ექიმი შეცვლის წამალს და თქვენ იყენებთ ახალ მედიკამენტებს, მაგრამ ვერ გამოჟანმრთელდით, შეიძლება იფიქროთ, რომ გამოჟანმრთელდებოდით, თუ შეძლებდით პირველად გამოწერილი მედიკამენტის მიღება“.

ექიმი 7

ამრიგად, მედიკამენტების ხელმისაწვდომობამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს ექიმის მიმართ ნდობაზე. როდესაც ექიმი ცვლის წამლებს, თქვენ კარგავთ რწმენას ახალი მედიკამენტების მიმართ და ფიქრობთ, რომ გამოჟანმრთელდებოდით, თუ შეგეძლოთ ადრე დანიშნული მედიკამენტების მიღება.

ერთ-ერთი რესპოდენტის ვარაუდით, გამოწერილი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობამ შეიძლება გამოიწვიოს რეცეპტის გამომწერი ექიმის „დადანაშაულება“, რაც მიუთითებს უნდობლობაზე. თუმცა, ამან შეიძლება გააძლიეროს უნდობლობა, როდესაც ექიმი მედიკამენტებზე ხელმიუწვდომლობას

პასუხობს დანიშნულების შეცვლით, რომელმაც შეიძლება შეანელოს ან შეამციროს განკურნების ეფექტი.

ამგვარად, ჯანდაცვის რესურსების ხელმისაწვდომობა გავლენას ახდენს ექიმებისადმი პაციენტის ნდობის ფორმირებაზე. ჯანდაცვის რესურსების ხელმისაწვდომობა (საკმარისი ექიმები და ექთნები, მედიკამენტები და სამედიცინო აღჭურვილობა) აუცილებელია პაციენტისათვის კომფორტული გარემოს შესაქმნელად, სადაც კმაყოფილებაზე დაფუძნებული ნდობა შეიძლება დამყარდეს და შენარჩუნდეს. მაგალითად, პაციენტები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებაში ელოდებიან ფიზიკურ გასინჯვას და სამედიცინო გამოკვლევებს, შეიძლება იმედგაცრუებული დარჩნენ ფუნქციური სამედიცინო აღჭურვილობის არარსებობით. ამან შეიძლება გავლენა მოახდინოს ექიმებისადმი მათ ნდობაზე პაციენტის სურვილების შეუსრულებლობის გამო.

4.2.3. ნდობის სარგებლები

ნდობის ფორმირების ფაქტორებთან დაკავშირებული შემდეგი თემები გამოიკვეთა: (1) პაციენტების ფაქტორები, (2) ექიმების ფაქტორები და (3) სამედიცინო დაწესებულების ფაქტორები.

სიღრმისეული კვლევის დროს გამოიყო ორი ძირითადი თემა, რაც დაკავშირებული იყო საკითხთან, აქვს თუ არა მნიშვნელობა ნდობას: (1) ნდობის სარგებელი და (2) ნდობის უარყოფითი მხარეები.

ნდობის სარგებელი დაიყო 3 ქვეთემად: ნდობის სარგებელი პაციენტებისთვის, ნდობის სარგებელი ექიმების მიმართ და ნდობის სარგებელი ჯანდაცვის დაწესებულებების/ჯანმრთელობის სისტემის მიმართ. პაციენტებისადმი ნდობის სარგებელი დაიყო 6 კატეგორიად: სამედიცინო მომსახურების მიერ ქცევის ხელშეწყობა, სამედიცინო მომსახურების მიღებისას და ინფორმაციის მიწოდების ჩართულობის გაძლიერება, მკურნალობის რეჟიმის დაცვის გაუმჯობესება, განკურნების ხელშეწყობა, სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების გაზრდა და ფინანსური ტვირთის შემცირება.

ექიმებისადმი ნდობის სარგებელი დაიყო 3 კატეგორიად: გაუმჯობესებული რეპუტაცია საზოგადოებაში, ამალელებული სამუშაო განწყობა და გაზრდილი შემოსავალი. პაციენტების ნდობის სარგებელი ჯანდაცვის დაწესებულებებისა და ჯანდაცვის სისტემის მიმართ დაიყო 2 კატეგორიად: გაუმჯობესებული რეპუტაცია და შემოსავალი.

ნდობის სარგებლები პაციენტებისათვის

პაციენტთა აზრით, ექიმებისადმი ნდობა ხელს უწყობს პაციენტთა მიმართვას ექიმთან დაავადების დიაგნოსტიკის მიზნით.

პაციენტი, რომელიც არ ენდობა ექიმებს, სახლში რჩება და არ მიმართავს, რისკავს, რომ არ მოხდეს მისი სამედიცინო პრობლემების დიაგნოსტიკა.

ექიმებისადმი ნდობა ხელს უწყობს პაციენტების აქტიურ მონაწილეობას მკურნალობაში და საჭირო ინფორმაციის მიწოდებას. ნდობა ზრდის ექიმების მხრიდან დაავადების შესახებ პაციენტის ინფორმირებულობას. აღნიშნული ხელს უწყობს პაციენტსა და ექიმს შორის თანამშრომლობას, კონფიდენციალური ინფორმაციის მიწოდებას, რომელიც მნიშვნელოვანია სწორი დიაგნოსტიკისა და საერთო გადაწყვეტილებების მისაღებად.

ექიმების მიმართ ნდობა პაციენტებს საშუალებას აძლევს სწორი დიაგნოზის დასასმელად ჩაიტარონ დამატებითი გამოკვლევები. ნდობას სარგებელი მოაქვს პაციენტებისთვის ინფორმაციის მიწოდების გზით სწორი დიაგნოზის დასმის გაადვილების თვალსაზრისით.

ნდობის უმთავრესი სარგებელი არის ის, რომ პაციენტი მიიღებს სწორ სამედიცინო მკურნალობას, რადგან ექიმმა შეძლო სწორი დიაგნოზის დადგენა. ექიმმა სწორი დიაგნოზი იმიტომ დასვა, რომ პაციენტმა მიაწოდა საფუძვლიანი სამედიცინო ისტორია - პაციენტმა არაფერი დაუმალა. კარგი ის არის, რომ როდესაც პაციენტი გენდობა, საინტერესო დიალოგი დგება, მკურნალობის გეგმის შედგენისას ერთმანეთთან ითანამშრომლებთ. პაციენტი გეტყვით იმ მედიკამენტების შესახებ, რომლებიც იწვევენ გვერდით მოვლენებს. ამით მიიღწევა მკურნალობის ვარიანტებზე კონსენსუსი.

ექიმებისადმი ნდობის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი უპირატესობაა მკურნალობის რეჟიმის დაცვა და ექიმების რჩევების მიღება. პაციენტთა აზრით, ექიმის მიმართ პაციენტის „უნდობლობას“ აქვს უარყოფითი მხარეები.

პაციენტი, რომელიც არ ენდობა ექიმს, არ ემორჩილება მკურნალობას, არ ღებულობს სათანადო მედიკამენტებს. ვინც არ ენდობა ექიმებს, არ აინტერესებს გამოწერილი მედიკამენტები და შეიძლება შეწყვიტონ მკურნალობა.

ექიმების აზრით, ნდობასა და განკურნებას შორის ორმხრივი კავშირი. პაციენტის ნდობა ხელს უწყობს განკურნებას და განკურნება იწვევს მკურნალისადმი მეტ ნდობას:

პაციენტის განკურნებისათვის აუცილებელია ექიმის ნდობა. ექიმისადმი ნდობის გარეშე პაციენტი არ განიკურნება მედიკამენტების მიღების შემდეგაც. პაციენტი გენდობა, რადგან შენ აღადგინე მისი ჯანმრთელობა, დაეხმარე პრობლემის მოგვარებაში, რომელიც მას აწუხებდა და ახლა ის კარგად არის.

ნდობა ხელს უწყობს მომსახურებით კმაყოფილებას და სამედიცინო მეთვალყურეობის უწყვეტობას. ზოგი პაციენტი, რომლებიც აცხადებდნენ სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილებას, ასევე აღწერდნენ ნდობის სხვა სარგებლებს, როგორცაა პაციენტების დადებითი დამოკიდებულების გაზრდა ექიმების მიმართ, რაც იწვევს დამაბულობის შემცირებას მათ შორის. ნდობის შედეგად იზრდება არამართო სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება, არამედ პაციენტი ცდილობს შემდგომი ვიზიტების დროს დაბრუნდეს იმავე ექიმთან.

ზოგი პაციენტის აზრით, ექიმების ნდობის ერთ-ერთი სარგებელია მათი ფინანსური ტვირთის შემცირება. მათი მტკიცებით, ეს გამოწვეულია უკმაყოფილო პაციენტების მიერ სხვადასხვა ექიმებთან მიმართვისათვის საჭირო დროის და არასაჭირო ხარჯების შემცირებით.

გამოკითხვის შედეგებმა აჩვენა, რომ ექიმებისადმი ნდობა მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის და გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ძირის არჩევანზე, მკურნალობაში მონაწილეობაზე, მკურნალობის რეჟიმის დაცვაზე, სამედიცინო მეთვალყურეობის უწყვეტობაზე და ჯანმრთელობის შედეგებზე.

ამგვარად, შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ ნდობის სარგებლები პაციენტებისათვის

- ზრდის სამედიცინო მომსახურების ძირის ქცევას
- ზრდის დაავადებების შესახებ უკეთ გაცნობის ინტერესს

- ზრდის ექიმებისგან დეტალური ინსტრუქციების მიღების ალბათობას
- ზრდის სწორი დიაგნოზის დადგენის ალბათობას
- ზრდის ინფორმაციის მიწოდების ინტერესს
- ზრდის სამედიცინო მომსახურებაში ჩართულობას/მონაწილეობას დაავადების ისტორიის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით და საჭიროებების თავისუფლად გამოხატვით

- ზრდის თანამშრომლობას მკურნალობის გეგმის შემუშავებაში
- ზრდის ექიმის რჩევების, მითითებებისა და მედიკამენტების მიღებას და დაცვას
- ზრდის რწმენას მედიკამენტების მიმართ
- აჩქარებს განკურნებას
- ხელს უწყობს ტკივილისა და სტრესის და შესაბამისად არტერიული წნევის შემცირებას

- ზრდის პოზიტიურ დამოკიდებულებას ექიმების მიმართ
- ზრდის სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილებას
- ზრდის ერთი და იგივე ექიმთან მიმართვის ალბათობას შემდგომი ვიზიტების საჭიროებისას

- ამცირებს გვერდითი ეფექტების შესაძლებლობას მეტი ინფორმაციის მიწოდების მეშვეობით

- ამცირებს ექიმების ძიების დროსა და ხარჯებს
- ზრდის ექიმების რეპუტაციის პოპულარიზაციას
- ზრდის მიმართვის ტენდენციას სოციალურ ქსელებში

ექიმების მიმართ ნდობის სარგებლები

ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის საზოგადოებაში ექიმების მიმართ ნდობის სარგებელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან პაციენტები მიმართავენ მხოლოდ მათთვის სანდო ექიმს. როგორც წესი, პაციენტები ეყრდნობიან მეგობრების, ოჯახისა და კოლეგების ინფორმაციას, როდესაც ირჩევენ მათთვის სასურველ ექიმს ან სამედიცინო ორგანიზაციას.

ექიმს მაშინ მიმართავენ როდესაც მისი მომსახურება აღიარებულია. ეს იმიტომ, რომ თუ პაციენტმა მიიღო კარგი მომსახურება, ეს მისით არ დამთავრდება, სხვებსაც

ეტყვის და ისინიც მიმართავენ. ასე რომ, ექიმის მომსახურება ხდება ავტორიტეტული, რეპუტაციული.

რესპოდენტების მიხედვით, ნდობა გავლენას ახდენს ექიმების სამუშაო განწყობაზე. ექიმებისადმი ნდობა ზრდის მათ თავდაჯერებულობას, სიამაყეს და შრომისადმი სიყვარულს. ზოგი პაციენტის აზრით, ნდობა ხელს უწყობს ექიმის მიერ საკუთარი განათლების უპირატესობის შესახებ გაცნობიერებას; მოტივაციას უწევს ექიმს მეტი ძალისხმევა დახარჯოს თავის საქმიანობაში ან უფრო მეტად იმუშაოს, გახდეს უფრო პოზიტიური პაციენტების მიმართ. ექიმისადმი ნდობით პაციენტი გრძნობს კომფორტს, ბედნიერებას და ნუგეშს:

როდესაც პაციენტი ექიმთან მიდის და ეუბნება, რომ "წამლებმა, რომლებიც თქვენ გამომიწერეთ, განმკურნა, და ვგრძნობ შვებას", ექიმი ამით აქვს სარგებელი, რადგან აცნობიერებს, რომ მის მიერ დანიშნულმა მედიკამენტებმა პაციენტები განკურნა. ექიმს ეუფლება სიმშვიდე, რადგან მან განკურნა პაციენტები.

პაციენტების შეხედულებებს მხარს უჭერენ ექიმები, რომლებიც თვლიან, რომ ნდობა არამარტო აძლიერებს საზოგადოებაში მათ რეპუტაციასა და პატივისცემას, არამედ მოაქვს სიხარული, კომფორტი და სიმშვიდე, შრომითი სიამაყე, თავდაჯერებულობა, კომპეტენტურობის და საკუთარი მკურნალობის მეთოდების უპირატესობის განცდა. ერთმა ექიმმა თქვა:

ექიმისთვის ყველაზე დიდი სარგებელია, როდესაც მას ენდობიან პაციენტები, ექიმს ექმნება თავდაჯერებულობის განცდა. როდესაც მის მიერ ნამკურნალევი პაციენტი გამოჯანმრთელდება, იგი ფიქრობს, რომ მას შეუძლია სხვა პაციენტების განკურნებაც. გარდა ამისა, იზრდება ექიმის რეპუტაცია და მისადმი პატივისცემა. პაციენტი პატივს სცემს ექიმს, რომელმაც ის განკურნა.

ექიმებისადმი ნდობა აძლიერებს პაციენტებსა და ექიმებს შორის სიახლოვესა და მეგობრობას.

კიდევ ერთი სარგებელი ის არის, რომ ექიმს შეუძლია დაამყაროს ახლო ურთიერთობა პაციენტებთან; ეს ურთიერთობა ემსგავსება მეგობრულ ან ნათესაურ ურთიერთობებს. ექიმი შეიძლება ეწვიოს პაციენტს სახლში. ექიმი ხდება ოჯახის ერთ-ერთი წევრივით.

ექიმებისადმი ნდობა გავლენას ახდენს ექიმების, როგორც პროვაიდერების შემოსავალზე. პაციენტების მიმართვა ექიმებთან მათი სანდოობის გამო ზრდის ამ უკანასკნელების შემოსავალს. ექიმთა აზრით, ნდობა ზრდის მკურნალი ექიმის რეპუტაციას და კლიენტთა რაოდენობას, შესაბამისად, ზრდის ამ მკურნალი ექიმის შემოსავალს.

ამგვარად, რესპოდენტთა გამოკითხვები მიუთითებდა, რომ ნდობა მნიშვნელოვანია ექიმებისათვის და გავლენას ახდენს მათ რეპუტაციაზე, განწყობაზე და შემოსავალზე.

პაციენტები და ექიმები ერთმანეთთან ურთიერთქმედებენ ჯანდაცვის დაწესებულებაში. ამ მხრივ, ჯანდაცვის დაწესებულების საჭიროება აჩენს კითხვას, ექიმების მიმართ ნდობას რამდენად მოაქვს სარგებლები ჯანმრთელობის სისტემის (ჯანდაცვის დაწესებულების, საერთოდ სექტორის) მიმართ.

ამგვარად, შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ ნდობის სარგებლები ექიმების მიმართ

- ზრდის პაციენტების დადებით დამოკიდებულებას
- ზრდის ექიმის კარგ განწყობას
- ზრდის კომფორტს, ნუგეშს, ბედნიერებას და სიხარულს
- ექიმი ამაყოფს თავისი საქმით
- ზრდის ექიმის პოზიტიურ დამოკიდებულებას პაციენტების მიმართ
- მოტივაციას ზრდის ექიმებში, იმუშაონ უფრო მეტი შრომით და მეტი

ძალისხმევა დახარჯონ პაციენტის ზრუნვაში

- ზრდის ექიმის ნდობას და კომპეტენციას
- ხელს უწყობს საკუთარი უნარების ეფექტურად გამოყენების შესაძლებლობას
- ზრდის ექიმების რეპუტაციას, პატივისცემას და აღიარებას საზოგადოებაში
- ზრდის პაციენტთა რაოდენობას, რომლებიც საჭიროებისას ეძებენ ექიმს
- აძლიერებს ექიმის ურთიერთობას პაციენტებთან
- აძლიერებს ექიმის სიახლოვეს პაციენტებთან
- ზრდის პაციენტის ოჯახის წევრად განხილვის ალბათობას
- ზრდის საკუთარი განათლების სარგებლის რეალიზაციას
- ზრდის ექიმის შემოსავალს

ნდობის სარგებელი ჯანდაცვის სისტემისთვის

როგორც პაციენტებმა, ასევე ექიმებმა აღიარეს ნდობის გავლენა ჯანდაცვის დაწესებულების რეპუტაციაზე. მათი აზრით, საავადმყოფოს პოზიტიური რეპუტაცია გავლენას ახდენს პაციენტების, როგორც კლიენტების რაოდენობის გაზრდაზე.

საავადმყოფოში, სადაც ბევრი ექიმია, რომელთა მიმართ პაციენტები ნდობით არიან აღჭურვილნი, ბევრი პაციენტი მოვა სამკურნალოდ. რაც უფრო იზრდება საავადმყოფოს რეპუტაცია, მით მეტი პაციენტი მოვა.

ექიმების აზრით, ექიმებისადმი ნდობამ შეიძლება შეამციროს პაციენტების საჩივრები და სამართლებრივი პრეტენზიები და ხელი შეუწყოს მათ დადებით დამოკიდებულებას საავადმყოფოებისა და ჯანდაცვის სექტორის მიმართ.

ნდობა ხელს უწყობს პაციენტის მიერ ინფორმაციის ადვილად გაცემას, რაც ზრდის სწორი დიაგნოზის დასმის ალბათობას. შედეგად მცირდება სამედიცინო გართულებები, სამედიცინო შეცდომები და ამით გამოწვეული სამართლებრივი პრეტენზიები.

ნდობა ამცირებს დამაბულობას პაციენტებსა და ექიმებს შორის, საჩივრებს ექიმების მიმართ, შესაბამისად იზრდება ექიმების აღიარება და პოზიტიური დამოკიდებულება მათ მიმართ.

ექიმების აზრით, ექიმებისადმი ნდობა ჯანდაცვის რესურსების გაზრდის მამოძრავებელი ძალაა, რაც ორი გზით ხდება. პირველი, პაციენტების შემოდინებამ საავადმყოფოში, სადაც ბევრი სანდო ექიმია, შეიძლება გამოიწვიოს რესურსების გაზრდა მზარდი მოთხოვნის დასაკმაყოფილებლად. მეორეც, ქვეყანაში რაც უფრო იზრდება ექიმების მიმართ ნდობით აღჭურვილი პაციენტთა რაოდენობა, მით მატულობს მოსახლეობის კმაყოფილება და ჯანდაცვის სისტემის აღიარება. აღნიშნული ხელს უწყობს ადამიანის მიერ ჯანდაცვის სექტორის ადვოკატირების სტიმულირებას სახელმწიფო ბიუჯეტის გაზრდის მიზნით.

ზოგადად, ექიმებისადმი ნდობას სარგებელი მოაქვს პაციენტების, ექიმებისა და ჯანდაცვის სისტემისათვის. ამგვარად, შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ ნდობის სარგებლები ჯანდაცვის სისტემისათვის:

- ზრდის სამედიცინო დახმარების დროულ გაწევას და დაავადების ადრეულ სტადიაზე დიაგნოზს, შესაბამისად, ხელს უწყობს დაგვიანებულ მკურნალობასთან დაკავშირებულ სიკვდილიანობის შემცირებას

- ზრდის სამედიცინო რჩევების აღიარებას და მიღებას და ჯანდაცვის განათლებას, რაც, შესაბამისად, ხელს უწყობს დაავადების გავრცელების და სიკვდილიანობის შემცირებას

- ზრდის მკურნალობისამი დამყოლობას და ექიმის რჩევების დაცვას

- ამცირებს დამაბულობას ექიმებსა და პაციენტებს შორის

- ამცირებს საჩივრებს და პრეტენზიებს ჯანდაცვის მუშაკების მიმართ

- ამაღლებს ჯანდაცვის მუშაკების აღიარებას და მათ მიმართ პოზიტიურ დამოკიდებულებას

- ზრდის საზოგადოების მხრიდან ჯანდაცვის სექტორის ადვოკატირების ჯანდაცვის ბიუჯეტის ზრდის თვალსაზრისით.

შეიძლება ჩამოვყალიბოთ ნდობის სარგებლები სამედიცინო დაწესებულებებისათვის:

- ზრდის რეპუტაციას საზოგადოებაში

- ზრდის პაციენტების პოზიტიურ დამოკიდებულებას სამედიცინო დაწესებულების მიმართ

- ზრდის პაციენტების რაოდენობას, რომლებიც ეძებენ სამედიცინო დახმარებას

- ხელს უწყობს საავადმყოფოს შემოსავლის ზრდას

- ხელს უწყობს საავადმყოფოში სიკვდილიანობის შემცირებას სწორი დიაგნოსტიკის გაადვილების გზით

- ხელს უწყობს სამედიცინო შეცდომების შემცირებას

- ამცირებს სამართლებრივ პრეტენზიებს სამედიცინო დაწესებულების მიმართ

- ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

4.2.4. ექიმის კომპეტენციები

რესპონდენტები მიიჩნევენ, რომ ექიმის ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპეტენცია, რომელიც გავლენას ახდენს ნდობაზე არის პაციენტის მოსმენის კარგი უნარი, დამაკმაყოფილებელი ახსნა-განმარტებების მიცემა, ასევე, გამოცდილების დონე, პაციენტისადმი მზრუნველი განწყობილება.

კომუნიკაციის უნარები

მოსმენის უნარი

„საუბარი მკურნალობის მნიშვნელოვანი ნაწილია. პაციენტებს სურთ საუბარი. საუბარი ზრდის ნდობას“

ექიმი 4

ახსნის უნარი

„მან იცის, რომ მე შეიძლება ინფორმირებული ვიყო მაგრამ სურს უფრო მეტი ამიხსნას ჩემი ავადმყოფობის შესახებ. მე ვენდობი მას“.

პაციენტი 12

განიხილავს ჯანმრთელობის სხვა პრობლემებს და თანმხლებ დაავადებებს

„ოჯახის ექიმობა ნიშნავს, რომ პასუხისმგებელი ხარ პაციენტის ყველა საჭიროებაზე, მათ შორის ფსიქიკურ საჭიროებებზე“

ექიმი 6

იხსენებს პაციენტის ჩივილებს და ვიზიტის დეტალებს

„ექიმმა კარგად იცის ჩემი მდგომარეობა, ანუ შემდეგ ვიზიტზე რომ მივდივარ, მეკითხება: წინა ჯერზე თქვენი ლაბორატორიული გამკვლევების პასუხები არ იყო კარგი. ახლა უკეთესია. ეტყობა დაიცავით ჩემი რჩევები. როცა ექიმმა კარგად იცის ჩემი მდგომარეობა, ეს ძალიან მამშვიდებს“.

პაციენტი 12

იყენებს სისტემურ მდგომას

„ექიმმა უნდა იმუშაოს პროფესიონალურად, ეტაპობრივად. თავიდან ის იწყებს კლინიკური გამოკვლევით და შეისწავლის სიმპტომებს, შემდეგ ამოწმებს ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, სვამს დიაგნოზს. გიხსნით დაავადებების მიზეზებს და გაძლევთ მკურნალობის რჩევებს“

ექიმი 7

ცოდნა

მკურნალობის ეფექტურობა

„როცა ოჯახის ექიმმა იცის დაავადება და გამოიწერს სათანადო წამალს, რომელიც განმკურნავს. ეს არის ნდობა“.

პაციენტი 11

პასუხობს პაციენტის შეკითხვებს

„ექიმმა არასდროს არ უნდა თქვას უარი პაციენტზე და უნდა უპასუხოს მის ყველა კითხვას“.

ექიმი 10

გამოცდილება

სამედიცინო ხარისხი

„უფრო თავდაჯერებულად ვგრძნობ თავს, როდესაც ვიცი, რომ ექიმს აქვს კარგი საექიმო საქმიანობის გამოცდილება“

პაციენტი 9

გაგება

„როცა ექიმი მეკითხება, ვგრძნობ თუ არა ამა თუ იმ სიმპტმს, ვგრძნობ, რომ ექიმს ესმის ჩემი, და მან გაიგო ჩემი მდგომარეობა.“

პაციენტი 7

ცოდნის განახლება

„ექიმი უნდა ეცნობოდეს მედიცინის ახალ მიღწევებს. თუ ექიმი მეგობრულია, მაგრამ არ მიჰყვება თავის სფეროში მეცნიერულ განვითარებას, მის მიმართ ნდობას ვკარგავ“.

ექიმი 7

ექიმის პირადი მახასიათებლები

მორალი

კონფიდენციალურობა

„ნდობა ნიშნავს, რომ ინფორმაცია ჩემი ავადმყოფობის შესახებ არ უნდა იცოდეს ვინმემ, გარდა ჩემი ექიმისა“.

პაციენტი 15.

„ნდობა არის იქ, სადაც შენი საიდუმლო ინახება. ექიმმა არ უნდა გაამჟღავნოს შენი საიდუმლო არავის, თუ არ მიიღებს შენს ნებართვას“.

პაციენტი 9.

პატიოსნება

„ის არის ექიმი, რომელიც თავისი ცოდნის ფარგლებში საუბრობს და როცა რაღაც არ იცის, გულწრფელად მეუბნება, რომ არ იცის და სხვა ექიმთან მიმმართავს, რომელიც სპეციალიზირებულია იმ საკითხებში რაც მე მჭირდება“.

პაციენტი 13.

სამართლიანობა

„თანასწორობა და სამართლიანობა. ექიმთან ყველა თავის რიგს უნდა დაელოდოს. როდესაც ვხედავ, რომ ექიმთან ვიღაც მისი მეგობრის ახლობელი ურიგოდ შედის, მის მიმართ ნდობას ვკარგავ“.

პაციენტი 6

დამოკიდებულება

მზრუნველი

„როცა ვგრძნობ, რომ ექიმი დაინტერესებულია ჩემი ჩივილებით. როცა ბევრ კითხვას სვამს და საჩივრის დეტალებს აქცევს ყურადღებას“.

პაციენტი 15.

„ნდობა არის ყურადღება, მზრუნველობა და ადამიანობა ურთიერთობაში. ეს სამი არის ის, რაც ნდობას ქმნის. პაციენტს სჭირდება ვინმე, ვინც დააწყნარებს და ადამიანურად მოექცევა მას. ეს არ არის მხოლოდ მედიკამენტების გამოწერა...“

ექიმი 5

მეტყველების მანერა

„ექიმმა უნდა ისაუბროს მშვიდად, აუჩქარებლად, არც ხმამაღლა ან გაბრაზებით.“

პაციენტი 9

პაციენტის ფაქტორები

ფსიქოლოგიური კომფორტი

„სამედიცინო პროფესიის მნიშვნელოვანი ნაწილია ფსიქოლოგიური კომფორტი პაციენტსა და ექიმს შორის. თუ ექიმთან თავს კომფორტულად ვგრძნობ, თუნდაც მკურნალობა არასწორი იყოს, თავს უკეთ ვიგრძნობ“.

ექიმი 15

„ექიმის მხრიდან ფსიქოლოგიური კომფორტი მკურნალობის ნახევარია“.

ექიმი 20

პირველი შთაბეჭდილება

"პირველი შთაბეჭდილება ექიმისადმი ჩემი ნდობის 30%-ს შეადგენს."

პაციენტი 12

V. განხილვა

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გასაუმჯობესებლად საქართველოს მთავრობამ მრავალი რეფორმა წამოიწყო. თუმცა, ამ მხრივ, რაიმე მნიშვნელოვანი გარღვევა არ განხორციელებულა. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანად და მაღალი ხარისხით ფუნქციონირებისათვის მნიშვნელოვანია გაიზარდოს პაციენტების ნდობა პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის და განსაკუთრებით ოჯახის ექიმის მიმართ.

კვლევამ მოგვცა მტკიცებულებები იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც დაკავშირებულია პაციენტის ნდობასთან პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართ.

კვლევის შედეგები ეყრდნობა პაციენტების და პროვაიდერების (ექიმები) მოსაზრებებს, რომლებმაც წარმოადგინეს სხვადასხვა შეხედულებები იმის შესახებ, თუ რატომ არის მნიშვნელოვანი ნდობა ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისას.

5.1. ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა

კვლევამ აჩვენა პაციენტების დაბალი ნდობა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიმართ. კერძოდ, გამოკითხულ პაციენტთა თითქმის აბსოლუტური უმრავლესობა არ ენდობა საკუთარი ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილებას და სურს მეორე აზრის მოსმენა ($n=714$; 92.5%). მსოფლიოს სხვა რეგიონებთან შედარებისას, საქართველოში საზოგადოების დამოკიდებულება პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების მიმართ ათწლეულებია ხასიათდება უნდობლობით (Verulava et al., 2019).

ნდობის დონის შეფასება სირთულეს წარმოადგენს, რადგან არ არსებობს ნდობის საზომი ოქროს სტანდარტი. პაციენტების ნდობა ოჯახის ექიმის მიმართ ეფუძნება რწმენას, რომ ოჯახის ექიმი პატიოსანი და კომპეტენტურია, იმოქმედებს მათი საუკეთესო ინტერესებიდან გამომდინარე და შეინარჩუნებს კონფიდენციალურობას. ეს ნდობა დაკავშირებულია კონფიდენციალური ჯანმრთელობის ინფორმაციის გაზიარებასთან, მკურნალობის გეგმის დაცვასთან და პაციენტების კმაყოფილებასთან (Tegenu et. al., 2023).

როდესაც პაციენტებს აქვთ მაღალი ნდობა ჯანდაცვის პროფესიონალების მიმართ, იზრდება სამედიცინო მომსახურების მიღებისადმი მზადყოფნა, პრევენციული

ჯანდაცვის სერვისების უფრო ფართოდ გამოყენება, მკურნალობის რეკომენდაციების უფრო მკაცრად დაცვის სურვილი, სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება (Brennan et al., 2013).

შეფასდა კავშირები ოჯახის ექიმთან რესპონდენტთა ნდობასა და სოციოდემოგრაფიულ ფაქტორებს შორის. კვლევამ აჩვენა პაციენტების ნდობის მნიშვნელოვანი კორელაცია ასაკთან, სქესთან, განათლების დონესთან, საცხოვრებელ ადგილთან.

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი პაციენტების ნდობასა და ასაკს შორის. ახალგაზრდები უფრო ენდობოდნენ ოჯახის ექიმს (39.8%), ვიდრე ასაკოვანი ადამიანები (24.4%). აღნიშნული არ ეთანხმება სხვა კვლევებში მიღებულ შედეგებს, სადაც ასაკოვანი ადამიანები უფრო ენდობიან პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს (Zhao & Zhang, 2019). ასაკობრივი ასპექტიდან გამომდინარე, ხანდაზმულები ხშირად აგრძელებენ კონტაქტს ოჯახის ექიმებთან და ბევრად უფრო არიან დამოკიდებული ექიმებზე. შესაბამისად, ქვეყნებში, სადაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემა კარგად არის განვითარებული, ხანდაზმულები ოჯახის ექიმების მიმართ უფრო მეტ ნდობას აღნიშნავენ. საქართველოში, სადაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სუსტად არის განვითარებული და ნდობა ოჯახის ექიმის მიმართ დაბალია, ასაკოვანი ადამიანები, რომელთაც უფრო მეტი კონტაქტი აქვთ ოჯახის ექიმთან და შესაბამისად, შედარებით უფრო მეტად იცნობენ პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილ არასახარბიელო სიტუაციას, ნაკლებად ენდობიან მათ. ასაკოვანი ადამიანების დაბალი ნდობა ოჯახის ექიმების მიმართ ასევე შეიძლება წარმოიშვას სამედიცინო მომსახურების უფრო დიდი გამოყენების გამო. გარდა ამისა, ხანდაზმულ პაციენტებს უფრო ხშირად აქვთ ქრონიკული დაავადებები და ჯანმრთელობის ცუდი მდგომარეობა, რამაც შეიძლება შეამციროს ჯანმრთელობის მოლოდინები და პაციენტის კმაყოფილება, რაც ამცირებს ნდობას ექიმების მიმართ. თუმცა, არის კვლევები, რომელთა მიხედვით, მონაწილეთა ასაკი მნიშვნელოვნად არ იყო დაკავშირებული პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან მათ კმაყოფილებასთან (Trento et al. 2008).

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა გარკვეული კავშირი სქესსა და ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობას შორის. ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა უფრო მაღალია ქალებში. იგივეს

ადასტურებენ სხვა კვლევები (Gopichandran & Sakthivel, 2021; Li et al., 2022). ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, ქალები 0,67-ჯერ უფრო მეტად ენდობიან ექიმებს, ვიდრე მამაკაცები (Kim et al., 2018). აღნიშნული აიხსნება იმ გარემოებით, რომ მამაკაცებისგან განსხვავებით, ქალებს ახასიათებთ ნდობის სფეროსთან დაკავშირებული ურთიერთობების დამყარებისა და შენარჩუნების სურვილი (Amanatullah et al., 2008). შესაბამისად, ქალები, როგორც წესი, უფრო მეტად ენდობიან თავიანთ ოჯახის ექიმებს. თუმცა, არის კვლევები, სადაც ქალი და მამაკაცი არ აჩვენებდნენ მნიშვნელოვან განსხვავებას ექიმებისადმი ნდობაში (Fiscella et al., 2004), ან კვლევები, სადაც მამაკაცები უფრო ენდობიან ოჯახის ექიმს, ვიდრე ქალები (Kim et al., 2004).

ცხადია, არსებული ჯანდაცვის სისტემის მიმართ დამოკიდებულება მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ექიმებისადმი ნდობის ხარისხთან. იმ პირებს, რომლებსაც აქვთ ნეგატიური დამოკიდებულება არსებულ ჯანდაცვის სისტემის მიმართ დაბალია ექიმებისადმი ნდობა, მათთან შედარებით, ვინც კმაყოფილია.

ამასთან, აღსანიშნავია, რომ კვლევის მიხედვით, ქალები უფრო ხშირად მიმართავენ ოჯახის ექიმებს, ვიდრე მამაკაცები. იგივე შედეგები ასევე შეინიშნება სხვა ქვეყნებში (Thompson et al., 2016). ჯანდაცვის სერვისებზე მიმართვის ამ მაღალი მაჩვენებლების შესაძლო მიზეზები მოიცავს ქალებში დასაქმების დაბალი მაჩვენებელი, სამედიცინო დახმარების ძირითადი უფრო მეტი ქცევა და ქალებში ავადმყოფობის მაღალი ცნობიერება (Ek, 2015).

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა გარკვეული კავშირი განათლების დონესა და ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობას შორის. ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა უფრო მაღალია უმაღლესი განათლების მქონე პაციენტებში, ვიდრე საშუალო განათლების მქონეებში, რაც შეიძლება აიხსნას იმით, რომ უფრო მაღალი განათლების მქონე ადამიანებს შეიძლება ჰქონდეთ უკეთესი პროფესია. მათ აქვთ ადვილი ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე და, შესაბამისად, ადვილად შეუძლიათ გადაწყვიტონ ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების არჩევა (Gopichandran & Chetlapalli, 2013). კიდევ ერთი ახსნა შეიძლება იყოს ის, რომ უკეთ განათლებულ ადამიანებს შეუძლიათ თავიანთი მოლოდინების გამოხატვა ექიმი-პაციენტის ურთიერთობაში უფრო მკაფიოდ, ვიდრე დაბალი განათლების მქონე ადამიანებს (Gopichandran & Chetlapalli, 2013). ნეგატიური ასოციაციები პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისადმი ნდობასა და მათ განათლების

დონეს შორის აღმოჩენილ იქნა სხვა კვლევებში (Zhu & Cao, 2019; Wang et al., 2018). საინტერესოა, რომ განათლება მნიშვნელოვნად იყო დაკავშირებული პაციენტების ნდობასთან ევროპის ქვეყნებში ჩატარებულ კვლევებში (Bachinger et al., 2008), რაც შეესაბამება ჩვენს კვლევას.

საცხოვრებელ ადგილსა და ოჯახის ექიმისადმი ნდობის დონეს შორის მნიშვნელოვანი კავშირი არ არსებობს, ანუ ქალაქში და სოფელში მცხოვრები ადამიანების ნდობა ოჯახის ექიმის მიმართ თითქმის თანაბარია.

პაციენტების დაბალი ნდობა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიმართ კავშირშია პაციენტისა და ექიმის ურთიერთქმედების სხვა ასპექტებთან. კერძოდ, პაციენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილი არ ცდილობს მიეცეს თავისი ოჯახის ექიმის რჩევას ($n=493$; 63.9%). ასევე, რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით, მათი ოჯახის ექიმი არ აკეთებს საუკეთესო გადაწყვეტილებას მის სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებით ($n=637$; 82.5%). რესპოდენტები ასევე აღნიშნავენ, რომ ოჯახის ექიმმა კარგად არ იცის მათი სამედიცინო პრობლემები ($n=628$; 81.3%) და შესაბამისად, დაბალია კმაყოფილება ოჯახის ექიმის სამედიცინო დახმარებით ($n=498$; 64.5%). პაციენტის ასეთი კრიტიკული და სკეპტიკური დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის მიმართ შეიძლება გამოწვეული იყოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მიმართ გაჩენილი სოციალური უნდობლობით, რომელსაც მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს პაციენტების ინტერპერსონალურ ნდობაზე საკუთარი ოჯახის ექიმის მიმართ. ცხადია, ექიმების მიმართ დაბალი ნდობა დაკავშირებულია არსებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულებით.

კვლევამ დაადასტურა, რომ პაციენტის ნდობა ექიმის მიმართ არის ყველაზე ძლიერი ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილებაზე. აღნიშნული მიგვითითებს იმაზე, რომ ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობის გაუმჯობესება შეიძლება იყოს პაციენტის უკმაყოფილების შემცირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მექანიზმი.

ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა ამცირებს სამედიცინო ხარჯებს, არასაჭირო ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკურ ტესტებთან დაკავშირებული ხარჯებს. ამის საპირისპიროდ, ოჯახის ექიმისადმი დაბალმა ნდობამ შეიძლება გამოიწვიოს დაავადების მკურნალობის გეგმის ნაკლები დაცვა. ექიმისადმი ნდობამ შეიძლება

შეამციროს კონფლიქტები პაციენტებსა და სამედიცინო პერსონალს შორის, ასევე, სამედიცინო შეცდომებზე ჩივილების ალბათობა და გაზარდოს მოტივაცია.

გამომდინარე იქიდან, რომ პაციენტთა უმრავლესობას არ აქვს საკმარისი ცოდნა, რათა გამოიტანოს სათანადო დასკვნები მათი ექიმების ტექნიკური და კლინიკური კომპეტენციების შესახებ, ითვლება, რომ პაციენტების ნდობა ექიმის ამ კომპეტენციებისადმი ეფუძნება ექიმების ინტერპერსონალურ უნარებს და ზოგადად სოციალურ ნდობას. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მიმართ პაციენტების მხრიდან არსებობს გარკვეული სკეპტიკური და კრიტიკული დამოკიდებულება (მიქავა & გაბრიჭიძე, 2019).

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტთა დიდი უმრავლესობის აზრით, ოჯახის ექიმს შეუძლო მეტი გაეკეთებინა სამედიცინო დახმარებისთვის, რომელშიც რესპოდენტთა 64.4% ეთანხმება ($n=497$) და 29.1% სრულიად ეთანხმება ($n=225$). ამასთან, რესპოდენტთა უმრავლესობა არ ენდობა ოჯახის ექიმს, რომ მიაწვდის ხარისხიან მომსახურებას ($n=613$; 79.4%). აღნიშნული მიუთითებს იმაზე, რომ მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტები გრძნობენ, რომ მათ ოჯახის ექიმებს მეტის გაკეთება შეუძლიათ მათი ჯანმრთელობისთვის, ეს მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს ხარისხიანი მომსახურებით კმაყოფილებაზე.

როგორც ავღნიშნეთ, პაციენტთა უმრავლესობა არ ენდობა საკუთარი ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილებას და სურს მეორე აზრის მოსმენა, რაც შეიძლება ასახავდეს პაციენტების მხრიდან ჯანსაღ სკეპტიციზმს. ასევე, რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრი, რომ ზოგჯერ ექიმს შეუძლია მეტი გააკეთოს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებისთვის, შეიძლება მიუთითებდეს პაციენტების აქტიურ როლზე მათ ჯანმრთელობაში. მიუხედავად იმისა, რომ ნდობა აუცილებელია პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობაში, არასწორმა ნდობამ შეიძლება გამოიწვიოს არასაჭირო ან საზიანო პროცედურები და ხელი შეუშალოს პაციენტს ეფექტური სამედიცინო დახმარების მიღებაში. ზედმეტი ნდობის მქონე პაციენტები ნაკლებად ეძებენ მეორე აზრს ან ეჭვქვეშ ნაკლებად აყენებენ ჯანმრთელობის პრობლემებთან გამკლავების არასათანადო გზებს. მიუხედავად იმისა, რომ ნდობის ზრდამ შეიძლება დადებითად იმოქმედოს პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობაზე, რასაც დადებითი შედეგები მოჰყვება, ჭარბი ნდობა ასევე შეიძლება საშიში იყოს.

5.2. კომუნიკაციის უნარების როლი

კომუნიკაციის ასპექტი მჭიდროდ არის დაკავშირებული პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობაში ინტერპერსონალური ნდობის განვითარებასთან. ამას ხელს უწყობს სამი საკითხი: სათანადო ინფორმაციის გაცვლა და პაციენტის განათლება, ორმხრივი მოლოდინებისა და მოლაპარაკებების განვითარება, და პაციენტის აქტიური როლი ურთიერთქმედებისას. ამ საკითხებმა შეიძლება გამოიწვიოს უფრო მეტი ნდობა და უფრო მაღალი გამჭვირვალობა პაციენტსა და ექიმს შორის.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს უნდა ჰქონდეთ კარგი კომუნიკაციის უნარები, რათა მათ შეძლონ პაციენტის განათლებისა და კონსულტაციის ოპტიმალური პროცესების უზრუნველყოფა (Thuraisingham et al., 2022). ექიმის უნარი, გაანათლოს პაციენტი და მიაწოდოს ინფორმაცია დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გეგმის შესახებ გასაგები ფორმით, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა დაიცვას მკურნალობის გეგმა და იყოს დამყოლი მკურნალობისადმი. ოჯახის ექიმის მიერ ინფორმაციის გასაგებად და ლაკონურ გადაცემას, მკაფიო ინსტრუქციებთან ერთად, შეუძლია გაზარდოს იმის ალბათობა, რომ პაციენტები მისდევნენ ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის გეგმას. თუ პაციენტს, ბოლომდე არ ესმის მისი დაავადების დიაგნოზი ან არ ესმის თუ რატომ დაუნიშნა ექიმმა გარკვეული მკურნალობა, რაც დაკავშირებულია ექიმის მხრიდან ცუდი კომუნიკაციის უნარებთან, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ პაციენტმა დაიცვას მკურნალობის გეგმა.

ჩვენ კვლევაში პაციენტთა 82.5%-მა უარყოფითად უპასუხა კითხვას, რომ ოჯახის ექიმი გასაგებად უხსნის დაავადების დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ ($n=637$; 82,5%); ხოლო პაციენტთა უმეტესი ნაწილი ყოველთვის არ ცდილობს მიყვეს თავისი ოჯახის ექიმის რჩევას ($n=493$; 63.9%); ამასთან, აღსანიშნავია, რომ 120 (15.5%) პაციენტიდან, რომლებმაც დადებითად უპასუხეს კითხვას „ოჯახის ექიმი გასაგებად მიხსნის ჩემი დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ“, 111-მა ასევე დადებითად უპასუხა კითხვას „მე ყოველთვის ვცდილობ მიყვე ჩემი ექიმის რჩევას“. ეს ადასტურებს კავშირს კარგად მიწოდებულ სამედიცინო ინფორმაციასა და ექიმების მიერ დანიშნული მკურნალობის გეგმის და რეკომენდაციების დაცვას შორის. პაციენტები, რომლებსაც ექიმი გასაგებად უხსნის დაავადების დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ და შესაბამისად, შეუძლიათ ადვილად გაიგონ თავიანთი

ოჯახის ექიმის მიერ დასმული დიაგნოზი და მკურნალობის გეგმები, ასევე მიდრეკილნი არიან მიჰყვნენ ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის გეგმას და რეკომენდაციებს. აღნიშნული მიუთითებს იმაზე, რომ იმისთვის, რომ პაციენტებმა დაიცვან მკურნალობის გეგმები, მათ უნდა იცოდნენ მიზეზები, რის გამოც მკურნალობენ. თუ პაციენტს არ ესმის რატომ დაუნიშნა ექიმმა მკურნალობა, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ მიყვეს ექიმის რჩევებს და მკურნალობის გეგმას.

სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხით გაწევაზე ნეგატიურად ზემოქმედებს კონსულტაციაზე დათმობილი არასაკმარისი დრო (Agweyu et al., 2023). დადგენილია, რომ ოჯახის ექიმებს სჭირდებათ დღეში 7.4 საათი (Yarnall et al. 2003) ან 8,6 სთ/დღეში (Privett & Guerrier, 2021). ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, ოჯახის ექიმს დღეში 10.6 სთ სჭირდება ქრონიკული დაავადების სამართავად (Østbye et al., 2005). ამგვარად, კვლევების მიხედვით, ოჯახის ექიმს მინიმუმ 18 სთ/დღეში სჭირდება პროფილაქტიკური ღონისძიებების და ქრონიკული დაავადებების მართვის უზრუნველსაყოფად, სხვა პასუხისმგებლობების გარეშე. აღნიშნული აჩვენებს, რომ პრევენციული ღონისძიებების ტვირთი აღემატება ოჯახის ექიმების რეალურ სამუშაო დროს.

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ ოჯახის ექიმისადმი დაბალი ნდობის ერთ-ერთი გამომწვევი ფაქტორია კონსულტაციის დროს დათმობილი არასაკმარისი დრო. პაციენტების უმრავლესობამ აღნიშნა ექიმისგან აჩქარებული დამოკიდებულება ($n=597$; 77.3%). ამგვარად, კონსულტაციის დროს ექიმის მხრიდან აჩქარების გრძნობა ხელს უწყობს პაციენტებში უნდობლობას ან უკმაყოფილებას.

საექიმო კონსულტაციის დროის შეზღუდვა გავლენას ახდენს სოციალურ ნდობაზე, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს უნდობლობა ჯანდაცვის ლოგისტიკის მიმართ. ასევე, დროის შეზღუდვა გავლენას ახდენს ინტერპერსონალურ ნდობაზე, რადგან შეიძლება ხელი შეუწყოს გრძნობას, როდესაც პაციენტი ექიმის მიერ დაფასებულად არ გრძნობს თავს (Kong et al., 2023; Doblytė, 2022; Feng et al., 2016).

საექიმო კონსულტაციის დროს აჩქარების შეგრძნება შეიძლება გამოწვეული იყოს იმ გარემოებით, რომ ექიმთან კომუნიკაციისთვის მცირე დრო იქნა დათმობილი და ექიმთან კონსულტაციის დრო არ არის პაციენტზე ორიენტირებული. კვლევები ადასტურებენ, რომ ექიმთან ვიზიტისას კონსულტაციის ხანგრძლივი დრო

უკავშირდება პრევენციულ ღონისძიებებს (Porter et al., 2023; Pollak et al., 2008; Chen et al., 2009).

მკვლევართა მტკიცებით, როდესაც ხდება მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების ექიმსა და პაციენტს შორის გაზიარება, იზრდება საკონსულტაციო დრო (Driever et al., 2022). ასევე, კონსულტაციის ხანგრძლივობა ასოცირდება კომუნიკაციის ქცევასთან, რომელიც დადებითად მოქმედებს ინტერპერსონალურ ნდობაზე (Valverde et al., 2018). თუმცა, სხვა კვლევებმა აჩვენა, რომ პაციენტსა და ექიმს შორის გატარებული დროის ხანგრძლივობას არ აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა პაციენტების ნდობისთვის ან საკონსულტაციო ვიზიტით მისი კმაყოფილებისთვის, თუ დრო იხარჯება პაციენტზე ორიენტირებული გზით (Wu et al., 2022). ამასთან, როდესაც კონსულტაციები პოზიტიურია, სადაც პაციენტიც და ექიმიც კმაყოფილი არიან, ნაკლები დრო იხარჯება, ვიდრე ნეგატიური კონსულტაციების შემთხვევაში, სადაც ექიმი და პაციენტი უკმაყოფილონი არიან ვიზიტით ან აქვთ უარყოფითი შეხედულებები ვიზიტის შესახებ (Swastika et al., 2019).

ექიმისგან აჩქარებული დამოკიდებულება ხელს უწყობს პაციენტზე ორიენტირებული ქცევის შემცირებას, რაც იწვევს პოზიტიური კონსულტაციების შემცირებას. კვლევამ აჩვენა გარკვეული კავშირი ექიმის მიერ პაციენტისთვის დათმობილ დროს, აჩქარებულ დამოკიდებულებას, მკურნალობის გეგმის შეთანხმებით თანამშრომლობასა და მის კმაყოფილებას შორის. კერძოდ, ჩვენმა კვლევამ დაადასტურა, რომ პაციენტთა უმრავლესობა ($n=597$; 77.3%) გრძნობს ექიმისგან აჩქარებულ დამოკიდებულებას და კონსულტაციის დროს საკმარისი დროს არ უთმობს. ასევე პაციენტთა უმრავლესობა ($n=493$; 63.9%) არ ცდილობს ყოველთვის მიეცეს თავისი ოჯახის ექიმის რჩევას. ასევე, რესპოდენტთა 77.2%-მა ($n=596$) აურყოფითად უპასუხა კითხვას "ჩემი ექიმი და მე ვთანამშრომლობთ ისეთი მკურნალობის გეგმის მისაღწევად, რომელიც საუკეთესოდ შეესაბამება ჩემს საჭიროებებს". პაციენტთა მეტი წილი არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის სამედიცინო დახმარებით ($n=498$; 64.5%). პაციენტთა უმრავლესობის ($n=568$; 73.69%) აზრით, ოჯახის ექიმი მთლიანად მასზე არ არის კონცენტრირებული და არ ცდილობს სრული ყურადღება დაუთმოს. ამგვარად, კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ ექიმის მიერ პაციენტისთვის არასაკმარისად დათმობილმა დრომ, აჩქარებულმა

დამოკიდებულებამ შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტების გრძნობა თავიანთი თავი იგრძნონ უმნიშვნელოდ, რაც კიდევ კიდევ უფრო განაპირობებს არაეფექტიანი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას და შესაბამისად, ჯანმრთელობის ნეგატიურ გამოსავლებს.

ამრიგად, ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ სათანადო ინფორმაციის გაცვლა დადებით გავლენას ახდენს მკურნალობის გეგმის დაცვაზე, ხოლო ექიმის მიერ პაციენტისთვის არასაკმარისად დათმობილი დრო, აჩქარებული დამოკიდებულება პაციენტებში ქმნის გრძნობას, რომ ოჯახის ექიმი მთლიანად მასზე არ არის კონცენტრირებული და არ ცდილობს სრული ყურადღება დაუთმოს. ასევე, ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტისთვის არასაკმარისად დათმობილ დროს, აჩქარებულ დამოკიდებულებას აქვს დიდი უარყოფითი გავლენა ექიმსა და პაციენტს შორის თანამშრომლობაზე, ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის გეგმის დაცვაზე და პაციენტისა და ექიმის ურთიერთქმედების კმაყოფილებაზე.

5.3. ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის გამჭვირვალობა

იმისთვის, რომ ექიმებმა ჩაატარონ ეფექტიანი მკურნალობა და დაადგინონ ზუსტი დიაგნოზი, საჭიროა, პაციენტები იყვნენ გულახდილნი თავიანთ ოჯახის ექიმთან და არ ჰქონდეთ საკუთარი დაავადების განხილვის შიში. თუ პაციენტები არ არიან გულახდილები ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მოხმარებისა და სარისკო ცხოვრების წესის არჩევის შესახებ, ექიმებს გაუჭირდებათ პაციენტების ზუსტი დიაგნოზის დადგენა ან მკურნალობა, ან მათთვის რაიმე პრევენციული ღონისძიების მიწოდება.

ჩვენი კვლევის მიხედვით, რესპოდენტების მხოლოდ ნახევარი ($n=409$; 53%) გრძნობს თავს კომფორტულად, როდესაც ოჯახის ექიმს კითხვებს უსვამს. ასევე, რესპოდენტთა იგივე რაოდენობა ($n=402$; 52%) თავს კომფორტულად გრძნობს კონფიდენციალური ინფორმაციის განხილვისას ოჯახის ექიმთან. აქვე აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტთა 64% ($n=495$) ენდობა ოჯახის ექიმს, რომ იგი შეინახავს სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობას. აღნიშნული ადასტურებს, რომ რაც უფრო დაბალია ნდობა ოჯახის ექიმის მიმართ, მით უფრო ნაკლებად გულახდილები არიან პაციენტები, რაც უარყოფითად მოქმედებს მკურნალობის პროცესზე.

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა დადებითი კორელაცია პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან ვიზიტის რაოდენობას და კითხვაზე „თავს კომფორტულად ვგრძნობ კონფიდენციალური ინფორმაციის განხილვისას ოჯახის ექიმთან“ პასუხს შორის. რამდენადაც პაციენტები უფრო ხშირად ხედავდნენ თავიანთ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს, ისინი უფრო მეტად ეთანხმებოდნენ ამ კითხვას. რესპოდენტები, რომლებიც ნახულობდნენ თავიანთ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს წელიწადში 1-2-ჯერ, უპასუხეს „სრულიად ვეთანხმები“ ან „გარკვეულწილად ვეთანხმები“ შემთხვევების 21.3%-ში. რესპოდენტები, რომლებიც ნახულობდნენ თავიანთ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს წელიწადში 3-5-ჯერ, უპასუხეს „სრულიად ვეთანხმები“ ან „გარკვეულწილად ვეთანხმები“ შემთხვევების 35.2%-ში, ხოლო რესპოდენტები, რომლებიც ნახულობდნენ პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან წელიწადში 5-ჯერ, უპასუხეს „სრულიად ვეთანხმები“ ან „გარკვეულად. ვეთანხმები“ 43.5% შემთხვევაში.

აღნიშნული ეთანხმება სხვა კვლევების შედეგებს, რომელთა მიხედვით, რაც უფრო მეტია ექიმთან ვიზიტი, მით მაღალია ნდობა (Kim et al., 2018). ასევე, კვლევები ადასტურებენ, რომ სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა დადებით კორელაციაშია ნდობასა და კმაყოფილებასთან (Marcinowitz et. al. 2017).

5.4. ექიმსა და პაციენტს შორის ჯანსაღი ნდობის ხელშეწყობა

ნდობის ამაღლების მრავალი გზა არსებობს. ერთ-ერთი მათგანია იმის უზრუნველყოფა, რომ პაციენტებმა იგრძნონ თავი, თითქოს მათი პრობლემები სათანადოდ განიხილება მოკლე დროში. ეს შეიძლება მიღწეულ იქნეს იმ დროის გამოყენებით, რომელსაც პაციენტები ატარებენ გასასინჯ ოთახში. მკვლევართა ვარაუდით, გასასინჯ ოთახებში დაფების არსებობამ შეიძლება დახმარება გაუწიოს პაციენტებს აზრების ორგანიზებაში. ექიმის მოლოდინში დროის დაკარგვის ნაცვლად პაციენტებს შეუძლიათ გამოიყენონ დაფა კითხვების, პრობლემების და ექიმთან ვიზიტის მიზნების ჩამოსაწერად. აღნიშნული ექიმს მიაწვდის მოკლე შეჯამებას პაციენტის ვიზიტის მიზნების შესახებ. ეს ასევე საშუალებას მისცემს პაციენტებს შეკრიბონ და სისტემატიზაცია გაუკეთონ თავიანთ აზრებს ვიზუალურად. გარდა ამისა, ექიმებს ასევე შეუძლიათ გამოიყენონ ეს დაფები პაციენტების განათლებისთვის.

ბევრ ადამიანს არ შეუძლია ინფორმაციის მიღება სმენით და შეიძლება უჭირდეს დიაგნოზებისა და მკურნალობის გეგმების სიტყვიერი ახსნა-განმარტებების მიყოლა და მოსმენა. ექიმებს შეუძლიათ გამოიყენონ ეს დაფები, რათა ეფექტურად მიაწოდონ ინფორმაცია პაციენტის დიაგნოზის ან მკურნალობის გეგმის შესახებ ვიზუალური სახით დიაგრამებისა და ილუსტრაციების საშუალებით. ეს ასევე ეფექტური გზაა იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ექიმთან გატარებული დრო პაციენტზე ორიენტირებული და ეფექტური იყოს.

მნიშვნელოვანია მულტიდისციპლინური სასწავლო პროგრამების შემუშავება ექიმებისთვის, რომლებიც მიზნად ისახავს პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაში ნდობის გასამყარებლად სტრატეგიების შექმნას. ტრადიციულად, სწავლების უნარ-ჩვევები პაციენტისა და ექიმის კომუნიკაციასთან დაკავშირებით მიიღწევა უფრო მეტად კლინიკურ კომპეტენციაზე ფოკუსირებით. თუმცა, თანამედროვე დროს კლინიკური გამოცდილება არ არის საკმარისი პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაში ნდობის გასამყარებლად. ამისათვის საჭიროა მულტიდისციპლინარული მიდგომა, რომელიც აერთიანებს ნდობის ეკონომიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციოლოგიურ ასპექტებს, რათა მივიღოთ პრობლემის და მისი შესაძლო გადაწყვეტის შესახებ უფრო მკაფიო სურათი.

საჭიროა შემდგომი კვლევები, ექიმების ინტერპერსონალური უნარების შეფასების კონკრეტული ინსტრუმენტების შესაქმნელად. ამ სტრატეგიებს შეუძლიათ დაგვეხმარონ პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობის შესახებ ჩვენი გაცნობიერების გაუმჯობესებაში, რაც მიგვიყვანს ამ ურთიერთობების დინამიკასთან დაკავშირებით ცოდნის უფრო ეფექტურ განხორციელებამდე.

VI. დასკვნები და რეკომენდაციები

6.1. შემაჯამებელი დასკვნები

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სუსტად არის განვითარებული, რასაც ადასტურებს ოჯახის ექიმთან მიმართების დაბალი მაჩვენებელი. აღნიშნულის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია პაციენტების ნაკლები ნდობა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიმართ, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მის ჯანმრთელობაზე. კვლევამ დაადასტურა, რომ პაციენტების ნდობაზე მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა: ასაკი, სქესი, განათლების დონე, საცხოვრებელი ადგილი (სოფელი, ქალაქი). ასევე, პაციენტების ნდობა მათი ოჯახის ექიმების მიმართ დიდად არის დამოკიდებული ექიმების კომუნიკაციის უნარების ეფექტურობაზე და ზრუნვის უწყვეტობის დამყარებაზე. ყველაზე მნიშვნელოვანი რამ, რაც ხელს უწყობს პაციენტის და ექიმის ნდობას არის პაციენტზე მზრუნველი და ერთგული ექიმი, რომელიც ნათლად აუხსნის პაციენტებს მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობას, რეკომენდაციას უწევს პრევენციულ ზომებს, უზრუნველყოფს კონფიდენციალურობას, ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობას და პაციენტს ჩართავს მკურნალობის გეგმაში.

პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის და განსაკუთრებით ოჯახის ექიმებისადმი ნდობის დაბალი დონე კვლავ აქტუალური საკითხია საქართველოში, მიუხედავად მთავრობის მიერ ჩატარებული ჯანდაცვის რეფორმებისა. ამ გამოწვევების გადაჭრის ერთ-ერთი აუცილებელი მექანიზმია პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიმართ პაციენტების ნდობის გაუმჯობესება

6.2. რეკომენდაციები

ამგვარად, რეკომენდირებულია ჯანდაცვის სექტორის სისტემური ცვლილებები. საჭიროა პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. საქართველოს მთავრობამ უნდა მიიღოს ზომები, რათა გააუმჯობესოს პაციენტების ნდობა ექიმების მიმართ პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის. მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ექიმების სასწავლო პროგრამების ჩამოყალიბება იმ ფაქტორების გათვალისწინებით, რომლებიც გააძლიერებენ პაციენტების ნდობას.

VII. ბიბლიოგრაფია

1. გზირიშვილი დ. დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. 2012
2. ზოიძე ა., გზირიშვილი დ., გოცაძე გ. საქართველოში საავადმყოფოების დაფინანსების კვლევა. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 1999. თბილისი.
3. მიქავა ნ, გაბრიჭიძე ს. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა – ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ბარიერი. Welfare Foundation. 2019
4. ვერულავა თ. ჯანდაცვის სისტემის მიზნები და ფუნქციები. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).
5. ვერულავა, თ. მედიცინის სტუდენტების კარიერის არჩევანი და დამოკიდებულება საოჯახო მედიცინის მიმართ. გლობალიზაცია და ბიზნესი. 2022;13:92-98.
6. ვერულავა თ., ჭილაძე გ., ბარკალაია თ. პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის მოტივაციის და სამუშაოთი კმაყოფილების გამოწვევები საქართველოში. ეკონომისტი. 2022; 3.
7. ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების 1995-2003 წლების გამოცდილება და რეკომენდაციები. ეკონომისტი. 2022;2:23-41.
8. ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. სამედიცინო განათლება საქართველოში: გამოწვევები და პოლიტიკის შედეგები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 2022;2:27-43
9. ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში. შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდი. თბილისი. 2021
10. ვერულავა თ, ჯორბენაძე რ. (2020). პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი. 2020;12 (1).
11. ვერულავა თ, ჯორბენაძე რ. (2020ა). ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, როგორც ფუნდამენტური უფლება თუ პრივილეგია? ეკონომიკა და ბიზნესი. 2020; 12
12. ვერულავა თ. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების გადაწყვეტის გზები. IV საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის “გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში” შრომების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2019: 137-143.

13. კერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში. გლობალიზაცია და ბიზნესი. ევროპის უნივერსიტეტი. 2018; (5): 259-262.
14. საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2019. ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა – პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა. ხელმისაწვდომია <https://curatiofoundation.org/ge/%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%A1%E1%83%A4%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%A1%E1%83%92%E1%83%90%E1%83%9B%E1%83%9D%E1%83%AC%E1%83%95%E1%83%94/>
15. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №724, 2014 წლის 26 დეკემბერი. 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“დამტკიცების შესახებ. ხელმისაწვდომია <https://matsne.gov.ge/en/document/view/2657250?impose=parallelEn&publication=0>
16. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო), საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვა (Georgia, Health in Transition) 2017
17. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების მიმოხილვა, საერთაშორისო ფონდი კურაციო, ჯანდაცვის პოლიტიკისა და სისტემების კვლევის ალიანსი, ჯანმო, (Georgia Primary Care System case study (PRYMASYS) 2017
18. Agweyu A, Hill K, Diaz T, Jackson D, Hailu BJ, Muzigaba M. Regular measurement is essential but insufficient to improve quality of healthcare. BMJ 2023; 380 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073412>
19. Alders I, Smits C, Brand P, van Dulmen S. Patient coaching: What do patients want? A mixed methods study in waiting rooms of outpatient clinics. PLoS One. 2022 Jun 9;17(6):e0269677
20. Alexopoulos, A. N., & Buckley, F. (2013). What Trust Matters When: The Temporal Value of Professional and Personal Trust for Effective Knowledge Transfer. Group & Organization Management, 38(3), 361-391.

21. Amanatullah ET, Morris MW, Curhan JR. Negotiators who give too much: unmitigated communion, relational anxieties, and economic costs in distributive and integrative bargaining. *J Pers Soc Psychol.* 2008;95(3):723–38. [https:// doi. org/ 10. 1037/ a0012 612](https://doi.org/10.1037/a0012612).
22. Anderson PF, Wescom E, Carlos RC. Difficult doctors, difficult patients: Building empathy. *Am Coll Radiol.* 2016;13:1590–8.
23. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports.* 1990;67(3 Pt 2):1091-100.
24. Aloba O, Mapayi B, Akinsulore S, Ukpong D, Fatoye O. Trust in Physician Scale: factor structure, reliability, validity and correlates of trust in a sample of Nigerian psychiatric outpatients. *Asian Journal of Psychiatry.* 2014;11:20-7.
25. Arakelyan S, Jailobaeva K, Dakessian A, Diaconu K, Caperon L, Strang A, Bou-Orm IR, Witter S, Ager A. The role of trust in health-seeking for non-communicable disease services in fragile contexts: A cross-country comparative study. *Soc Sci Med.* 2021 Dec;291:114473.
26. Beugelsdijk, Sjoerd; de Groot, Henri L.F.; van Schaik, Anton B.T.M. (2002) : Trust and Economic Growth, Tinbergen Institute Discussion Paper, No. 02-049/3, Tinbergen Institute, Amsterdam and Rotterdam
27. Bjørnskov, C, 'Social Trust and Economic Growth', in Eric M. Uslaner (ed.), *The Oxford Handbook of Social and Political Trust*, Oxford Handbooks (2018; online edn, Oxford Academic, 10 Jan. 2017),
28. Blumenthal D. Effects of market reforms on doctors and their patients. *Health Aff (Millwood).* 1996 Summer;15(2):170-84.
29. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, Gerger H. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One.* 2017 Feb 7;12(2):e0170988.
30. Bova C, Route PS, Fennie K, Ettinger W, Manchester GW, Weinstein B. Measuring patient-provider trust in a primary care population: refinement of the health care relationship trust scale. *Research in Nursing & Health.* 2012;35(4):397-408.
31. Bieber F, Viehoff J. A paradigm-based explanation of trust. *Synthese.* 2023;201(1):2.

32. Brennan N., Barnes R., Calnan M., Corrigan O., Dieppe P., Entwistle V. (2013). Trust in the health-care provider–patient relationship: A systematic mapping review of the evidence base. *International Journal for Quality in Health Care* ,25(6), 682–688. 10.1093/intqhc/mzt063
33. Fay Niker & Laura Specker Sullivan (2018) Trusting Relationships and the Ethics of Interpersonal Action, *International Journal of Philosophical Studies*, 26:2, 173–186.
34. Campos-Castillo, C., Woodson, B.W., Theiss-Morse, E., Sacks, T., Fleig-Palmer, M.M., Peek, M.E. (2016). Examining the Relationship Between Interpersonal and Institutional Trust in Political and Health Care Contexts. In: Shockley, E., Neal, T., PytlikZillig, L., Bornstein, B. (eds) *Interdisciplinary Perspectives on Trust*. Springer, Cham.
35. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P (2018) Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *J Healthc Commun* 3:36
36. Spadaro G, Gangl K, Van Prooijen JW, Van Lange PAM, Mosso CO. Enhancing feelings of security: How institutional trust promotes interpersonal trust. *PLoS One*. 2020 Sep 11;15(9):e0237934.
37. Campbell EM, Sittig DF, Guappone KP, Dykstra RH, Ash JS. Overdependence on technology: an unintended adverse consequence of computerized provider order entry. *AMIA Annu Symp Proc*. 2007
38. Campbell C, McGauley G. Doctor-patient relationships in chronic illness: insights from forensic psychiatry. *BMJ*. 2005 Mar 19;330(7492):667-70. doi: 10.1136/bmj.330.7492.667.
39. Chandra S, Mohammadnezhad M. Investigating factors influencing patient trust in a developing Pacific Island Country, Fiji, 2018. *Heliyon*. 2020 Dec 7;6(12):e05680.
40. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P (2018) Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *J Healthc Commun* 3:36.
41. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary Care Visit Duration and Quality: Does Good Care Take Longer? *Arch Intern Med*. 2009;169(20):1866–1872. doi:10.1001/archinternmed.2009.341
42. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015 Oct 22;17(5):10.4088/PCC.15f01840. doi: 10.4088/PCC.15f01840.

43. Cunningham PJ. High medical cost burdens, patient trust, and perceived quality of care. *J Gen Intern Med.* 2009 Mar;24(3):415-20.
44. Dang BN, Westbrook RA, Njue SM, Giordano TP. Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Med Educ.* 2017 Feb 2;17(1):32.
45. Daghestani A, Khoshekan D, Farhadi A. The Relationship between Social Trust and Economic Development with Compilation Approach (Study Case: Baharestan County). *kurmanj* 2020; 2 (1) :11-15
46. Desai MK, Kapadia JD. Medical Professionalism and Ethics. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics.* 2022;13(2):113-118.
47. Dorr Gould S, Lipkin M Jr. The doctor-patient relationship: challenges, opportunity and strategies. *J Gen Intern Med.* 1999 Jan;14 Suppl 1(Suppl 1):S26-33
48. Deppe HU, Oreskovic S. Back to Europe: Back to Bismarck? *International journal of health services,* 1996.26:777-802.
49. Doblytė, S. The vicious cycle of distrust: Access, quality, and efficiency within a post-communist mental health system. *Social Science & Medicine* 2022; 292:114573. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114573>.
50. Driever EM, Stiggelbout AM, Brand PLP. Shared Decision-making in Different Types of Decisions in Medical Specialist Consultations. *J Gen Intern Med.* 2022 Sep;37(12):2966-2972. doi: 10.1007/s11606-021-07221-6.
51. Drossman DA, Ruddy J. Improving Patient-Provider Relationships to Improve Health Care. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020 Jun;18(7):1417-1426. doi: 10.1016/j.cgh.2019.12.007.
52. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* 1999 Jan;14 Suppl 1(Suppl 1):S34-40.
53. Ek S. Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promot Int.* 2015;30(3):736-745.
54. Feng, Z., Vlachantoni, A., Liu, X. et al. Social trust, interpersonal trust and self-rated health in China: a multi-level study. *Int J Equity Health* 15, 180 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0469-7>

55. Feng Y, Guan S, Xu Y, Chen W, Huang X, Wang X, Zhang M. Effects of the Two-Dimensional Structure of Trust on Patient Adherence to Medication and Non-pharmaceutical Treatment: A Cross-Sectional Study of Rural Patients With Essential Hypertension in China. *Front Public Health*. 2022 Mar 4;10:818426.
56. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*. 2004;42(11):1049–1055. doi: 10.1097/00005650-200411000-00003.
57. Francois P, Zabochnik J. Trust, Social Capital, and Economic Development, *Journal of the European Economic Association*, Volume 3, Issue 1, 1 March 2005, Pages 51–94.
58. Grant SB. Are there blueprints for building a strong patient-physician relationship? *Virtual Mentor*. 2009 Mar;11(3):232-6.
59. Genuis SJ. Dismembering the ethical physician. *Postgrad Med J*. 2006 Apr;82(966):233-8. doi: 10.1136/pgmj.2005.037754.
60. Gopichandran V, Wouters E, Chetlapalli SK. Development and validation of a socioculturally competent trust in physician scale for a developing country setting. *BMJ Open*. 2015;5(4):e007305.
61. Gopichandran V, Chetlapalli SK. Factors influencing trust in doctors: a community segmentation strategy for quality improvement in healthcare. *BMJ Open*. 2013;3(12): e004115. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004115>.
62. Goudge J, Gilson L. How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience. *Social Science & Medicine*. 2005;61(7):1439-5.
63. Hancock PA, Kessler TT, Kaplan AD, Stowers K, Brill JC, Billings DR, Schaefer KE, Szalma JL. How and why humans trust: A meta-analysis and elaborated model. *Front Psychol*. 2023 Mar 27;14:1081086.
64. Harrison McKnight, D., Chervany, N.L. (2001). Trust and Distrust Definitions: One Bite at a Time. In: Falcone, R., Singh, M., Tan, YH. (eds) *Trust in Cyber-societies. Lecture Notes in Computer Science()*, vol 2246. Springer, Berlin, Heidelberg.
65. Harbishettar V, Krishna KR, Srinivasa P, Gowda M. The enigma of doctor-patient relationship. *Indian J Psychiatry*. 2019 Apr;61(Suppl 4):S776-S781. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_96_19.

66. Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical Care Research and Review*. 2002;59(3):293-318.
67. Honavar SG. Patient-physician relationship - Communication is the key. *Indian J Ophthalmol*. 2018 Nov;66(11):1527-1528. doi: 10.4103/ijo.IJO_1760_18.
68. Hollick RJ, Black AJ, Reid DM, McKee L. Shaping innovation and coordination of healthcare delivery across boundaries and borders: A comparative case study. *J Health Organ Manag*. 2019;33(7-8):849–68
69. James L. Graham, Lokesh Shahani, Richard M. Grimes, Christine Hartman, and Thomas P. Giordano. The Influence of Trust in Physicians and Trust in the Healthcare System on Linkage, Retention, and Adherence to HIV Care. *AIDS Patient Care and STDs*. Dec 2015. 661-667.
70. de Jong BA, Dirks KT, Gillespie N. Trust and team performance: A meta-analysis of main effects, moderators, and covariates. *J Appl Psychol*. (2016) 101:1134–50.
71. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*. 2007;5(1):57-65
72. Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD. Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *J Gen Intern Med*. 1998 Oct;13(10):681-6.
73. Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA*. 1998;280(19):1708-14.
74. Kalda R, Polluste K, Lember M. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy*. 2003;64:55-62.
75. Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. *Health Policy*. 2001;57:155-64.
76. Kim, A. M., Bae, J., Kang, S., Kim, Y. Y., & Lee, J. S. (2018). Patient factors that affect trust in physicians: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 19(1), 187.
77. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004;27 (3):237–251. doi:10.1177/0163278704267037

78. Kondo, S., Ichikawa, S., Izumiya, M. et al. Impact of value similarity on social trust in medical students: a cross-sectional web survey. *BMC Med Educ* 2023;23, 528.
79. Kong L, Chen Y, Wang L, Wang K, Liu C, Gan Y. Effect of Perspective-Taking on Trust Between Doctors and Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychol Med Settings*. 2023 Dec;30(4):708-715. doi: 10.1007/s10880-022-09935-z.
80. Kornhaber R, Walsh K, Duff J, Walker K. Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *J Multidiscip Healthc*. 2016 Oct 14;9:537-546. doi: 10.2147/JMDH.S116957.
81. Krist AH, Tong ST, Aycock RA, Longo DR. Engaging Patients in Decision-Making and Behavior Change to Promote Prevention. *Stud Health Technol Inform*. 2017;240:284-302.
82. Kwame, A., Petrucka, P.M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* **20**, 158 (2021).
83. Langlinais, L. A., Howard, H. A., & Houghton, J. D. (2022). Trust Me: Interpersonal Communication Dominance as a Tool for Influencing Interpersonal Trust Between Coworkers. *International Journal of Business Communication*, 0(0).
<https://doi.org/10.1177/23294884221080933>
84. Lewicki RJ, Tomlinson EC, Gillespie N. Models of interpersonal trust development Theoretical approaches, empirical evidence, and future directions. *Journal of Management*. 2006;32(6):991-1022.
85. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jul 19;7(7):CD006732. doi: 10.1002/14651858.CD006732
86. Leisen B, Hyman MR. An improved scale for assessing patients' trust in their physician. *Health Marketing Quarterly*. 2001;19(1):23-42.
87. Lewandowski R, Goncharuk AG, Cirella GT. Restoring patient trust in healthcare: medical information impact case study in Poland. *BMC Health Serv Res*. 2021 Aug 24;21(1):865.
88. Li C, Mao Z, He G, Hu Q. Does smoking impact trust in physicians and satisfaction with the health system in China? *Tob Induc Dis*. 2021 Jan 25;19:06.

89. Li L, Zhu L, Zhou X, Zeng G, Huang H, Gan Y, Lu Z, Wang X, Chen Z, Sun K, Yang D, Zhang Q, Wu C. Patients' trust and associated factors among primary care institutions in China: a cross-sectional study. *BMC Prim Care*. 2022 May 6;23(1):109. doi: 10.1186/s12875-022-01709-8.
90. Li, F., & Betts, S. C. (2003). Trust: What It Is And What It Is Not. *International Business & Economics Research Journal (IBER)*, 2(7).
91. Liu J J, Bell C M, Matelski J J, Detsky A S, Cram P. Payments by US pharmaceutical and medical device manufacturers to US medical journal editors: retrospective observational study *BMJ* 2017; 359 :j4619
92. Isik O, Bayin G, Ugurluoglu O. Reflection of medical error highlighted on media in Turkey: A retrospective study. *Pak J Med Sci*. 2016 Sep-Oct;32(5):1224-1228. doi: 10.12669/pjms.325.10042.
93. Iott BE, Campos-Castillo C, Anthony DL. Trust and Privacy: How Patient Trust in Providers is Related to Privacy Behaviors and Attitudes. *AMIA Annu Symp Proc*. 2020 Mar 4;2019:487-493.
94. Luo A, Qin L, Yuan Y, Yang Z, Liu F, Huang P, Xie W. The Effect of Online Health Information Seeking on Physician-Patient Relationships: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2022 Feb 10;24(2):e23354. doi: 10.2196/23354.
95. Ludewigs S, Narchi J, Kiefer L, et al Ethics of the fiduciary relationship between patient and physician: the case of informed consent *Journal of Medical Ethics* Published Online First: 23 December 2022. doi: 10.1136/jme-2022-108539
96. Macinko J et al (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*
97. Marino F, Alby F, Zuccheromaglio C, Fatigante M. Digital technology in medical visits: a critical review of its impact on doctor-patient communication. *Front Psychiatry*. 2023 Jul 27;14:1226225. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1226225.
98. Marincowitz GJO (2004). Mutual Participation in the Health Worker-Patient Relationship, *South African Family Practice*, 46:4, 30-33, DOI: 10.1080/20786204.2004.10873070

99. Marcinowicz L, Jamiolkowski J, Gugnowski Z, Strandberg EL, Fagerstrom C, Pawlikowska T. Evaluation of the Trust in Physician Scale (TIPS) of primary health care patients in north-east Poland: a preliminary study. *Family Medicine and Primary Care Review*. 2017;19(1):39-43.
100. Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, Shah SIA. Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Sep 9;16(18):3318
101. Mayo-Bruinsma L, Hogg W, Taljaard M, Dahrouge S. Family-centred care delivery: comparing models of primary care service delivery in Ontario. *Can Fam Physician*. 2013;59(11):1202–1210.
102. Meyer S. Coronary heart disease patients' compliance with dietary recommendations: Does trust matter? Adelaide, South Australia: Flinders University; 2010 ხელმისაწვდომი <https://trove.nla.gov.au/work/38957348?selectedversion=NBD46817357>
103. Musa D, Schulz R, Harris R, Silverman M, Thomas SB. Trust in the health care system and the use of preventive health services by older black and white adults. *Am J Public Health*. 2009 Jul;99(7):1293-9.
104. Nannenga MR, Montori VM, Weymiller AJ, Smith SA, Christianson TJ, Bryant SC, Gafni A, Charles C, Mullan RJ, Jones LA, Bolona ER, Guyatt GH. A treatment decision aid may increase patient trust in the diabetes specialist. The Statin Choice randomized trial. *Health Expect*. 2009 Mar;12(1):38-44.
105. Ommen O, Thuem S, Pfaff H, Janssen C. The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2,197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. *Int J Public Health*. 2011;56(3):319-327.
106. Ozawa S, Walker DG. Comparison of trust in public vs private health care providers in rural Cambodia. *Health Policy and Planning*. 2011;26 Suppl 1:i20-9.
107. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005;3(3):209–214. doi: 10.1370/afm.310.

- 108.Paez KA, Allen JK, Beach MC, Carson KA, Cooper LA. Physician cultural competence and patient ratings of the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 2009 Apr;24(4):495-8.
- 109.Pellegrini CA. Trust: The keystone of the patient-physician relationship. *J Am Coll Surg*. 2017;224:95–102.
- 110.Parchman ML, Burge SK. The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services. *Fam Med*. 2004;36(1):22–27.
- 111.Petrocchi, P., Iannello, P., Lecciso, F., Levante, A., Antonietti, A., Schulz, P.J. Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication, *Social Science & Medicine*, 235, 2019, 112391.
- 112.Piette JD, Heisler M, Krein S, Kerr EA. The Role of Patient-Physician Trust in Moderating Medication Nonadherence Due to Cost Pressures. *Arch Intern Med*. 2005;165(15):1749–1755.
- 113.Perloff, R. M., Bonder, B., Ray, G. B., Ray, E. B., & Siminoff, L. A. (2006). Doctor-Patient Communication, Cultural Competence, and Minority Health: Theoretical and Empirical Perspectives. *American Behavioral Scientist*, 49(6), 835-852.
- 114.Pokhilenko I, van Esch TEM, Brabers AEM, de Jong JD. Relationship between trust and patient involvement in medical decision-making: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021 Aug 26;16(8):e0256698.
- 115.Pollak KI, Krause KM, Yarnall KS, Gradison M, Michener JL, Østbye T. Estimated time spent on preventive services by primary care physicians. *BMC Health Serv Res*. 2008 Dec 1;8:245. doi: 10.1186/1472-6963-8-245.
- 116.Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2023 Jan;38(1):147-155. doi: 10.1007/s11606-022-07707-x.
- 117.Petty R.E. and Cacioppo J.T. Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change. New York: Springer-Verlag, 1986.
- 118.Privett N, Guerrier S. Estimation of the time needed to deliver the 2020 USPSTF preventive care recommendations in primary care. *Am J Public Health*. 2021;111(1):145-149. 10.2105/AJPH.2020.305967
- 119.Rahn, W. M. and Transue, J. E. “Social trust and value change: The decline of social capital in American youth, 1976-1995.” *Political Psychology* 19, no. 3 (September 1998): 545-565.

120. Resnick, D.B. "Scientific research and the public trust." *Science and Engineering Ethics* 17, no. 3 (September 2011): 399-409.
121. Roberts, M.R., G. Reid, M. Schroeder, and S.P. Norris. 2013. "Causal or spurious? The relationship of knowledge and attitudes to trust in science and technology." *Public Understanding of Science* 22, no. 5 (July 2013): 624-641.
122. Robinson SL. Trust and breach of the psychological contract. *Administrative Science Quarterly*. 1996;41(4):574-99.
123. Rousseau DM, Sitkin SB, Burt RS, Camerer C. Not so different after all: A crossdiscipline view of trust. *Academy of Management Review*. 1998;23(3):393-404.
124. Rajasoorya C. Credat emptor – The sacrosanct doctor-patient relationship. *Ann Acad Med Singapore*. 2018;47:275–7.
125. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. *British Journal of General Practice* 2009; 59 (561): e116-e133. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420248>
126. Robinson CA. Trust, Health Care Relationships, and Chronic Illness: A Theoretical Coalescence. *Glob Qual Nurs Res*. 2016 Aug 12;3:2333393616664823.
127. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 4;2014(3):CD004134.
128. Roodbeen R, Vreke A, Boland G, Rademakers J, van den Muijsenbergh M, Noordman J, van Dulmen S. Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PLoS One*. 2020 Jun 19;15(6):e0234926. doi: 10.1371/journal.pone.0234926.
129. Roth, F. (2022). Social Capital, Trust, and Economic Growth. In: *Intangible Capital and Growth. Contributions to Economics*. Springer, Cham.
130. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et al. The primary care assessment survey - Tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*. 1998;36(5):728-39.

- 131.Thuraisingham, C., Abd Razak, S. S., Nadarajah, V. D., & Mamat, N. H. (2023). Communication skills in primary care settings: aligning student and patient voices. *Education for Primary Care*, 34(3), 123–130. <https://doi.org/10.1080/14739879.2023.2210097>.
- 132.Shaya, B., Al Homsy, N., Eid, K. et al. Factors associated with the public's trust in physicians in the context of the Lebanese healthcare system: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 19, 525 (2019).
- 133.Sertan A, Çek K, Öñiz A, Özgören M. The Influence of Medicine Approaches on Patient Trust, Satisfaction, and Loyalty. *Healthcare*. 2023; 11(9):1254.
- 134.Solomon, Robert C., and Fernando Flores, *Building Trust: In Business, Politics, Relationships, and Life* (New York, 2003; online edn, Oxford Academic, 1 Nov. 2003)
- 135.Starfield B. (1998). *Primary Care*. New York, NY: Oxford University Press.
- 136.Stavropoulou, C. (2012). The doctor-patient relationship: A review of the theory and policy implications. In: *The LSE Companion to Health Policy*. (pp. 314-326). Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited. ISBN 9781781004234 doi: 10.4337/9781781004241
- 137.Symvoulakis EK, Volkos P, Kamekis A, Merou K, Rachiotis G, Morgan M, Linardakis M. Development and Assessment of the Scale of Personal Trust and Connections (PerTC): Preliminary Data from a Hospital Employee Group. *Healthcare*. 2023; 11(1):13.
- 138.Sung NJ, Suh SY, Lee DW, Ahn HY, Choi YJ, Lee JH. Korean Primary Care Research G. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(6):493–499.
- 139.Sun N., Rau, PP. (2017) Barriers to improve physician–patient communication in a primary care setting: perspectives of Chinese physicians, *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 5:1, 166-176.
- 140.Swastika C, Paul W, Masoud M. Factors Associated With Patient Satisfaction in Outpatient Department of Suva Sub-divisional Health Center. *Frontiers in Public Health* 2019; 7; DOI=10.3389/fpubh.2019.00183.
- 141.Tegenu Lemma K, Tilahun Beyene D, Mekoya Jemaneh T, Melkamu Andualem E, Atomsa Hunde G. Patients' Trust in Health Care Providers Among Hospitalized Patients, Jimma, South West Ethiopia. *SAGE Open Nurs*. 2023 Apr 4;9:23779608231167810. doi: 10.1177/23779608231167810.

142. Thom DH, Hessler D, Willard-Grace R, Bodenheimer T, Najmabadi A, Araujo C, Chen EH. Does health coaching change patients' trust in their primary care provider? *Patient Educ Couns*. 2014 Jul;96(1):135-8.
143. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: An exploratory study. *Journal of Family Practice*. 1997;44(2):169-76.
144. Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et al. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract* 17, 38 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>
145. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling* 2004; 54(3): 299-306.
146. Trento M, Tomellini M, Basile M, et al. The locus of control in patients with Type 1 and Type 2 diabetes managed by individual and group care. *Diabetic Med*. 2008;25(1):86-90. doi:10.1111/j.1464-5491.2007.02319.x
147. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Aten Primaria*. 2018 Dec;50(10):621-628. doi: 10.1016/j.aprim.2017.07.001.
148. 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; DOI: <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2019.84555>
149. Verulava, T., Jincharadze, N., Jorbenadze, R. (2017b). Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. *Georgian Medical News*, 264 (3): 135-139
150. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93(4):635-641. doi: 10.2105/ajph.93.4.635.
151. Wang W, Zhang H, Washburn DJ, Shi H, Chen YH, Lee S, et al. Factors influencing trust towards physicians among patients from 12 hospitals in China. *Am J Health Behav*. 2018;42(6):19-30. <https://doi.org/10.5993/AJHB.42.6.3>.
152. Whitney RL, White AE, Rosenberg AS, Kravitz RL, Kim KK. Trust and shared decision-making among individuals with multiple myeloma: A qualitative study. *Cancer Medicine* 2021; 10(22):7893-8250.

153. Wilson RK, Eckel CC. Trust and Social Exchange. In: Druckman JN, Greene DP, Kuklinski JH, Lupia A, eds. *Cambridge Handbook of Experimental Political Science*. Cambridge University Press; 2011:243-257.
154. Wu D, Lowry PB, Zhang D, Tao Y. Patient Trust in Physicians Matters-Understanding the Role of a Mobile Patient Education System and Patient-Physician Communication in Improving Patient Adherence Behavior: Field Study. *J Med Internet Res*. 2022 Dec 20;24(12):e42941. doi: 10.2196/42941.
155. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, Chung VC, Goggins WB, Starfield B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2010;10:397.
156. Wu D, Lowry PB, Zhang D, Tao Y. Patient Trust in Physicians Matters-Understanding the Role of a Mobile Patient Education System and Patient-Physician Communication in Improving Patient Adherence Behavior: Field Study. *J Med Internet Res*. 2022 Dec 20;24(12):e42941.
157. Zhao DH, Zhang ZR. Changes in public trust in physicians: empirical evidence from China. *Front Med*. 2019;13(4):504–10.
158. Zhang M. Assessing Two Dimensions of Interpersonal Trust: Other-Focused Trust and Propensity to Trust. *Front Psychol*. 2021 Jul 27;12:654735.
159. Zhu E, Cao Y. What does the Chinese public care about with regard to primary care physicians: trustworthiness or competence? *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(8):455. [https:// doi. org/ 10. 3390/ medic ina55 080455](https://doi.org/10.3390/medicina55080455).

VIII. გამოქვეყნებული ნაშრომების სია

- Gulnara Abashidze-Gabaidze., Lali Khurtsia., Mishiko Gabaidze., Lasha Loria.

Primary health care as the main guarantor of a healthy population in the country and a global challenge in the world: a systematic review

F1000RESEARCH; 2024-01-08; DOI: 10.12688/f1000research.141252.1

- Gulnara Abashidze-Gabaidze., Lasha Loria., Mishiko Gabaidze.

Dynamics of changes in expenditures on medical services over the last ten years, their structure in parallel with the dynamics of changes in health indicators.

International Journal Of Community Medicine And Public Health; 2023-05-31; DOI: 10.18203/2394-6040.ijcmph20231711

- Gulnara Abashidze-Gabaidze., Lali Khurtsia., Mishiko Gabaidze., Salome Abashidze.
Assessment of the spread of the COVID-19 pandemic in Georgia - the specifics of his manage in 2019-2022

International Journal Of Community Medicine And Public Health; 2023-11-30; DOI: 10.18203/2394-6040.ijcmph20233802

- Gulnara Abashidze-Gabaidze., Lasha Loria., Mishiko Gabaidze.

A Critical Review of Preventive Medicine Strategies and Their Effectiveness: A Global Perspective

International Journal of Medical Science and Health Research; 2023-04-17; DOI: 10.51505/ijmshr.2023.7202

- Mariami Matchavariani., Tsitsino Jorjoliani., Irine Zarnadze., Shalva Zarnadze., Tamar Bakradze., Giorgi Matchavariani., Gulnara Abashidze-Gabaidze.

Experience of local self-governments in providing medical services to the population in developing and developed countries

International Journal Of Community Medicine And Public Health; 2022-08-26; DOI: 10.18203/2394-6040.ijcmph20222201

- Gulnara Abashidze-Gabaidze., Tengiz Verulava.

The Development of Family Medicine in Taiwan

*Health Policy, Economics & Sociology; 2023-04-20; VOL. 6. Retrieved from
<https://heconomic.cu.edu.ge/index.php/healthecosoc/article/view/6445>*

• MARIAM MATCHAVARIANI., IRINE ZARNADZDE., SHALVA ZARNADZE., LILI LOMTADZE., DALI KITOVANI., MARINA KAJRISHVILI., **GULNARA ABASHIDZE-GABAIDZE.**, GIORGI MATCHAVARIANI.

LOCAL SELF-GOVERNMENT AND ACCESS TO HEALTH SERVICES

2022-12-07

IX. მოხსენებები ნაშრომის თემაზე

X. დანართები

დანართი 1.