

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2024 წლის 15 მაისის ბრძანება №27/ნ - ვებგვერდი, 16.05.2024წ.

სარეზიდენტო პროგრამა

“საოჯახო მედიცინა”

(ხანგრძლივობა 3 წელი – 33 თვე)

შინაარსი

თავი I. ზოგადი დებულებები 3

მუხლი 1. პროგრამის მიზანი და ამოცანები 3

მუხლი 2. სპეციალობის აღწერილობა 3

მუხლი 3. პროფესიული მზადების სტრუქტურა 32

მუხლი 4. სარეზიდენტო პროგრამის მოდულებად დაყოფა და მოდულების
განხორციელების ორგანიზაცია, სარეზიდენტო პროგრამის ეტაპების მოდულებად დაყოფა
33

მუხლი 5. სარეზიდენტო პროგრამის ეტაპების ზოგადი დახასიათება და განხორციელების
ორგანიზაცია 34

მუხლი 6. სარეზიდენტო პროგრამის I ეტაპის მიზანი და ამოცანები 35

მუხლი 7. სარეზიდენტო პროგრამის II ეტაპის მიზანი და ამოცანები 37

მუხლი 8. სარეზიდენტო პროგრამის III ეტაპის მიზანი და ამოცანები 41

მუხლი 9. აკადემიური პერსონალი, კვალიფიკაცია და საგანმანათლებლო რესურსები 44

მუხლი 10. პროგრამის მართვა და ადმინისტრირება 46

მუხლი 11. პროგრამის ხანგრძლივობა 46

მუხლი 12. პროგრამის განახლების პერიოდულობა 46

მუხლი 13. პროგრამის შესაბამისობა საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებთან 47

თავი II. პროგრამის I ეტაპი 47

მუხლი 14. 47

მუხლი 15. 49

მუხლი 16. 57

მუხლი 17. 60

მუხლი 18. 63

თავი III. პროგრამის II ეტაპი 68

მუხლი 19. 68

მუხლი 20. 68

მუხლი 21. 70

მუხლი 22. 71

მუხლი 23. 73

მუხლი 24. 73

მუხლი 25. 75

მუხლი 26. 77

მუხლი 27. 79

მუხლი 28. 81

მუხლი 29. 85

თავი IV. პროგრამის III ეტაპი 86

მუხლი 30. 86

მუხლი 31. 87

მუხლი 32. 94

მუხლი 33. 97

თავი I. ზოგადი დებულებები

მუხლი 1. პროგრამის მიზანი და ამოცანები

1. სპეციალობაში “საოჯახო მედიცინა” დიპლომის შემდგომი მზადების უმთავრესი მიზანია ჩამოაყალიბოს ექიმი-სპეციალისტი, რომლის თეორიული ცოდნა და პრაქტიკური უნარ-ჩვევები შეესაბამება ოჯახის ექიმის სპეციალობის აღწერილობას, რომელიც, თავის მხრივ, მაქსიმალურად შეესაბამება საერთაშორისოდ აღიარებულ (უპირველეს ყოვლისა, ევროპულ) სტანდარტებს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ინტერესებსა და თავისებურებებს და ითვალისწინებს შრომის ბაზრის მოთხოვნებს.

2. წინამდებარე სარეზიდენტო პროგრამა აღწერს სპეციალობაში “საოჯახო მედიცინა” რეზიდენტების სწავლების/მზადების პროცესის ყველა ძირითად კომპონენტს. პროგრამის ამოცანაა ჩამოაყალიბოს რეზიდენტი როგორც სპეციალისტი “ოჯახის ექიმი”, ამ სპეციალობის ყველა ძირითადი 12 მახასიათებლის და 6 კომპეტენციის მიხედვით (იხ. სპეციალობის აღწერილობა).

მუხლი 2. სპეციალობის აღწერილობა

1. სპეციალობის (“საოჯახო მედიცინა”) განსაზღვრება: საოჯახო მედიცინა – პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული აკადემიური და მეცნიერული დისციპლინაა საკუთარი საგანმანათლებლო შინაარსით, კვლევითი, მტკიცებებზე დაფუძნებული და კლინიკური საქმიანობით.

2. ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპის საზოგადოების (WONCA EUROPE) ბოლო განმარტებების მიხედვით (European Definition of Family Medicine, 2002) საოჯახო მედიცინის, როგორც დისციპლინის, მახასიათებლებია:

ა) ჩვეულებრივ, სამედიცინო პერსონალთან პირველი შეხების წერტილია ჯანდაცვის სისტემაში; უზრუნველყოფს ღია და შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას მომხმარებლისათვის და დაკავებულია მისი ჯანმრთელობის პრობლემებით ასაკის, სქესის ან რაიმე პიროვნული მახასიათებლის მიუხედავად;

ბ) რაციონალურად იყენებს ჯანდაცვის რესურსებს პირველად ჯანდაცვაში სამედიცინო დახმარების კოორდინაციის, სხვა პროფესიონალებთან ერთობლივი საქმიანობის გზით, აგრეთვე, სხვა სპეციალობებთან ურთიერთობის მართვით და ადვოკატირებით იმ შემთხვევებში, როცა პაციენტს ეს სჭირდება;

გ) ავითარებს ინდივიდზე (პიროვნებაზე) ორიენტირებულ მიდგომას, ორიენტირებულს თავად ინდივიდზე, მის ოჯახზე და თემზე;

დ) აქვს უნიკალური საკონსულტაციო პროცესი, რომელიც აფუძნებს დროით შეუზღუდავ ურთიერთობებს ექიმსა და პაციენტს შორის ეფექტური კომუნიკაციის გზით;

ე) პასუხისმგებელია გამჭოლი, უწყვეტი დახმარებისათვის პაციენტის საჭიროებების შესაბამისად;

ვ) სარგებლობს სპეციფიკური გადაწყვეტილების მიღების პროცესით, რაც განპირობებულია თემში დაავადებების გავრცელებითა და სიხშირით;

ზ) ერთდროულად მართავს პაციენტის როგორც მწვავე, ისე ქრონიკულ პრობლემებს;

თ) მართავს დაავადებებს რომელნიც წარმოდგენილი არიან არადიფერენცირებული ფორმით, თავისი განვითარების ადრეულ ეტაპებზე, რაც შეიძლება თხოულობდეს გადაუდებელ ჩარევას;

ი) ხელს უწყობს ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას სათანადო და ეფექტური ჩარევებით;

კ) სპეციფიკური პასუხისმგებლობის მატარებელია თემის ჯანდაცვაზე;

ლ) ეხმიანება ჯანმრთელობის პრობლემებს მათი ფიზიკური, სოციალური, კულტურული და ეგზისტენციალური განზომილებების გათვალისწინებით.

3. სპეციალისტის (“ოჯახის ექიმის”) განსაზღვრება:

ა) ოჯახის ექიმი არის ექიმი სპეციალისტი, რომელიც სათანადო განსწავლის გზით დაუფლებულია “საოჯახო მედიცინის”, როგორც დისციპლინის პრინციპებს. ის პერსონალური ექიმია, რომელიც პასუხისმგებელია ყოვლისმომცველი და მუდმივი ზრუნვისათვის ყოველ პირზე, რომელსაც ესაჭიროება სამედიცინო დახმარება, განურჩევლად მისი ასაკის, სქესისა და დაავადებისა;

ბ) ოჯახის ექიმი ზრუნავს პიროვნებაზე ოჯახის, თემის, კულტურის კონტექსტში, ყოველთვის პატივს სცემს პაციენტის ავტონომიას. ის იღებს პასუხისმგებლობას თემის წინაშეც. პაციენტთან სამოქმედო გეგმის შედგენისას ოჯახის ექიმი ერთობლივად განიხილავს ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და კულტურულ ფაქტორებს. ამისათვის იყენებს პაციენტთან განმეორებითი კონტაქტების საფუძველზე შეძენილ ცოდნასა და მოპოვებულ ნდობას;

გ) ოჯახის ექიმი თავის პროფესიულ როლს ასრულებს ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციისა და მკურნალობის, მოვლისა და პალიატიური მზრუნველობის გზით;

დ) ყოველივე აღნიშნულს ოჯახის ექიმი ან თავად აკეთებს, ან კოორდინაციას უწევს სხვების მიერ გაწეულ მომსახურებას. ოჯახის ექიმი ყოველთვის ითვალისწინებს ჯანმრთელობის საჭიროებებს და არსებულ, ხელმისაწვდომ რესურსებს; საჭიროების შემთხვევაში ეხმარება პაციენტს ამ რესურსების შესაბამისი მომსახურების მიღებაში.

4. სპეციალისტის პროფესიული ზოგადი ცოდნა: ოჯახის ექიმის, როგორც სპეციალისტის ზოგადი კომპეტენცია (ცოდნა, უნარ-ჩვევები, დამოკიდებულება) მთლიანად დისციპლინის ზემოხსენებული მახასიათებლებიდან გამომდინარეობს. ოჯახის ექიმის, როგორც სპეციალისტის, პროფესიული ზოგადი კომპეტენცია 6 მთავარ კომპონენტს მოიცავს:

ა) პირველადი სამედიცინო დახმარების მართვა;

ბ) ინდივიდზე კონცენტრირებული სამედიცინო დახმარება;

გ) სპეციფიკური პრობლემების გადაჭრის უნარი;

დ) ყოვლისმომცველი მიდგომა;

ე) ორიენტაცია თემზე;

ვ) ჰოლისტური მოდელირება.

5. პირველადი სამედიცინო დახმარების მართვა: აღნიშნული კომპეტენცია მოიცავს შემდეგ უნარებს:

ა) პაციენტთან პირველი კონტაქტის მართვა მისი ჯანმრთელობის ნებისმიერ პრობლემასთან დაკავშირებით; ამისათვის აუცილებელია:

- ა.ა) პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების ეპიდემიოლოგიის ცოდნა;
- ა.ბ) პირველად ჯანდაცვაში ხშირად არსებული მდგომარეობების ცოდნა და მართვა;
- ა.გ) მწვავე და ქრონიკული დაავადებების მართვის ორგანიზაციული უზრუნველყოფის უნარ-ჩვევები;
- ბ) ჯანმრთელობის პრობლემების სრული სპექტრის მოცვა; ამისათვის აუცილებელია:
- ბ.ა) პირველად ჯანდაცვაში გამოყენებული პრევენციული ღონისძიებების ცოდნა;
- ბ.ბ) მწვავე და ქრონიკული მდგომარეობების მართვის, პრევენციული ღონისძიებების, პალიატიური და გადაუდებელი დახმარების უნარ-ჩვევები;
- ბ.გ) პირველად ჯანდაცვაში ხშირად არსებული პრობლემების დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელი ანამნეზური მონაცემების შეკრების, ფიზიკური გასინჯვის და დამატებითი გამოკვლევების გამოყენების უნარ-ჩვევები;
- ბ.დ) აღნიშნული მდგომარეობების ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური მკურნალობის უნარ-ჩვევები;
- ბ.ე) პრობლემების პრიორიტეტულობის განსაზღვრა.
- გ) სამედიცინო მომსახურების კოორდინაცია პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე სხვა პერსონალთან და სხვა სპეციალობის ექიმებთან; ამისათვის აუცილებელია:
- გ.ა) საქართველოში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემის ცოდნა;
- გ.ბ) პაციენტებთან და თანამშრომლებთან ეფექტური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების ფლობის მნიშვნელობის გააზრება;
- გ.გ) ეფექტური გუნდური მუშაობის უნარ-ჩვევები;
- დ) ადეკვატური და ეფექტური სამედიცინო მომსახურების გაწევის და ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის უნარი; ამისათვის აუცილებელია:
- დ.ა) საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და ამ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციისა და როლის ცოდნა;
- დ.ბ) ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეებზე რეფერალის განხორციელების წესების ცოდნა;
- დ.გ) პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის დონეებს შორის ურთიერთობის მართვის უნარ-ჩვევები, ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან კომუნიკაციის უნარის ჩათვლით.;
- ე) პაციენტისათვის აუცილებელი სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში; ამისათვის აუცილებელია:
- ე.ა) კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები პაციენტის და მისი ოჯახის წევრებისათვის კონსულტაციის გაწევისას, მათი სწავლებისთვის, პაციენტის მკურნალობისთვის;
- ე.ბ) ორგანიზაციული უნარ-ჩვევები სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებისთვის, ინფორმაციის მართვისთვის, გუნდური მუშაობისთვის, პრაქტიკის მართვისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის აუდიტისთვის;
- ვ) პაციენტის ადვოკატის როლის შესრულება; ამისათვის აუცილებელია:
- ვ.ა) პაციენტთან თანასწორი, თანაბარი ურთიერთობის ჩამოყალიბება, რაც გამორიცხავს პატერნალისტურ დამოკიდებულებას;
- ვ.ბ) ეფექტური ლიდერობის, მოლაპარაკებების და კომპრომისის მიღწევის უნარის ფლობა.

6. ინდივიდზე კონცენტრირებული სამედიცინო დახმარება: აღნიშნული კომპეტენცია მოიცავს შემდეგ უნარებს:

ა) პაციენტთან ურთიერთობისას და მისი პრობლემების მართვისას პიროვნებაზე ორიენტირებული მიდგომის გამოყენება და პაციენტის თავისებურებების გათვალისწინება; ამისათვის აუცილებელია:

ა.ა) ფუნდამენტური, მეცნიერული ცოდნა პიროვნების, მისი ცხოვრებისეული მიზნების და მოლოდინის შესახებ;

ა.ბ) სპეციფიკური მიდგომის გამომუშავება პიროვნების დამოკიდებულების, ფასეულობების და რწმენის შესაფასებლად და აღსაქმელად, ამ პიროვნების ოჯახის, თემის, სოციალური და კულტურული თავისებურების გათვალისწინებით;

ა.გ) დაავადების (ობიექტური; ორგანოს ან ორგანოთა სისტემის სტრუქტურის ან ფუნქციის დარღვევა) და ავადმყოფობის (სუბიექტური; პაციენტისეული განცდა დაავადებისა) კონცეფციების გაგება;

ა.დ) ზემოხსენებულის პრაქტიკაში გამოყენების უნარ-ჩვევები;

ბ) კონსულტაციის წარმართვა ექიმსა და პაციენტს შორის ნდობაზე, თანასწორობაზე დაფუძნებული ურთიერთობის ჩამოსაყალიბებლად, პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის გათვალისწინებით; ამისათვის აუცილებელია:

ბ.ა) პაციენტზე ორიენტირებული კონსულტაციის მოდელის გამოყენება, რომლის მიზანია მოძიებული ინფორმაციის გასაგები ენით გადაცემა პაციენტისთვის, მისთვის დახმარების აღმოჩენა საკუთარი შეხედულებების, წუხილის და მოლოდინის განსჯაში, მათი შეჯერება ოჯახის ექიმის მიერ შეთავაზებულ გეგმასთან საერთო, შეთანხმებული გადაწყვეტილების და სამოქმედო გეგმის ჩამოყალიბება;

ბ.ბ) გადაწყვეტილების მიღებისას პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა;

ბ.გ) პაციენტთან ურთიერთობისას სუბიექტური ფაქტორების გათვალისწინება, სახელდობრ, როგორც პაციენტის გრძნობების, ფასეულობების, პრიორიტეტების, ისე საკუთარი ფასეულობების, გრძნობების და დამოკიდებულების გააზრება;

გ) პრიორიტეტების განსაზღვრა და პარტნიორული მოქმედება; ამისათვის აუცილებელია:

გ.ა) ჯანმრთელობის მრავლობითი პრობლემების არსებობისას მათი რანგირების უნარი;

გ.ბ) პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბების უნარი;

გ.გ) პაციენტთან ემოციურ სიახლოვესა და აუცილებელ დისტანციას შორის ბალანსის დაცვის უნარი;

დ) ხანგრძლივი, უწყვეტი და კოორდინირებული (სხვა სპეციალისტებთან ერთად) მომსახურების უზრუნველყოფა პაციენტის საჭიროებების შესაბამისად; ამისათვის აუცილებელია:

დ.ა) უწყვეტობის სამი ასპექტის გაგება და მათი გამოყენების უნარი: (1) უწყვეტობა პიროვნულ დონეზე (ერთ პირთან ხანგრძლივი ურთიერთობა), (2) ინფორმაციის უწყვეტობა (პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მუდმივი ხელმისაწვდომობა) და (3) სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა (24 საათი დღეში, 365 დღე წელიწადში);

დ.ბ) პაციენტის დახმარება შრომა-ცხოვრების ადეკვატური ბალანსის გააზრებასა და მიღწევაში;

დ.გ) სამედიცინო ჩანაწერების, დაავადებათა რეგისტრების და სხვა ინსტრუმენტების ეფექტური გამოყენება ქრონიკული დაავადებების ეფექტური მართვისათვის, სხვადასხვა

სამედიცინო პერსონალის მიერ პაციენტისათვის გაწეული მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფისათვის.

7. სპეციფიკური პრობლემის გადაჭრის უნარი: ოჯახის ექიმის საქმიანობაში უფრო მნიშვნელოვანია პრობლემაზე ორიენტირებული მიდგომა, ვიდრე დაავადებაზე ორიენტირებული მიდგომა. განსხვავება ოჯახის ექიმსა და საავადმყოფოში მომუშავე სპეციალისტებს შორის შედლება ასე აღიწეროს¹: ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს “გაურკვევლობის” პირობებში მუშაობა (იგულისხმება დაავადების ადრეული სტადია, როცა დიაგნოზი ნათელი არ არის), ალბათობის განსჯა (იგულისხმება ამა თუ იმ დაავადების არსებობის ალბათობა) და საფრთხის გამორიცხვა (იმ მდგომარეობების დროულად ამოცნობა, რომლებიც საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს); საავადმყოფოს ექიმმა უნდა შეამციროს გაურკვევლობა (იგულისხმება დიაგნოზის დაზუსტება), განსაჯოს ალბათობა და გამორიცხოს შეცდომა. აღნიშნული კომპეტენცია მოიცავს შემდეგ უნარებს:

ა) გადაწყვეტილების მიღებისას თემში დაავადების ინციდენტურობის და პრევალენტურობის გათვალისწინება; ამისათვის აუცილებელია:

ა.ა) დაავადების პრევალენტურობის და ინციდენტურობის ცოდნა;

ა.ბ) სამიზნე თემის კარგად ცოდნა (დემოგრაფიული და ქრონიკული დაავადებების სტატისტიკური მონაცემები);

ა.გ) გადაწყვეტილების მიღების ტექნიკის ფლობა;

ბ) ანამნეზის შეკრების, ფიზიკური გასინჯვის, გამოკვლევების ჩატარებისას ინფორმაციის სელექციური, მიზნობრივი შეგროვება და ინტერპრეტაცია, მისადაგება სამოქმედო გეგმასთან პაციენტთან თანამშრომლობის გზით; ამისათვის აუცილებელია:

ბ.ა) ანამნეზის შეკრების და ფიზიკური გასინჯვის უნარ-ჩვევები, მონაცემების ინტერპრეტაციის უნარი;

ბ.ბ) ჯანმრთელობის კონკრეტული პრობლემის შესაბამისი კითხვების დასმის (ანამნეზის შეგროვებისას), საჭირო ფიზიკური გასინჯვის მეთოდებისა და პარაკლინიკური მეთოდების შერჩევის, მიღებული მონაცემების ინტერპრეტაციის უნარი;

ბ.გ) პაციენტის თავისებურებების გათვალისწინება – ოჯახი, სოციალური და სამუშაოსთან დაკავშირებული ფაქტორები;

ბ.დ) არსებული სადიაგნოზო და სამკურნალო რესურსების ცოდნა;

ბ.ე) დაავადების მართვის გეგმაში პაციენტის ჩართვის სურვილი და უნარი.

გ) სპეციფიკური სამუშაო პრინციპების გათავისება, როგორიცაა, მაგალითად, გამოკვლევების ეტაპობრივი (მარტივიდან რთულისკენ) გამოყენება, დროის, როგორც იარაღის გამოყენება, ტოლერანტულობის გამომუშავება გაურკვევლობის მიმართ; ამისათვის აუცილებელია:

გ.ა) ინტერესის, გულმოდგინების და ყურადღების უნარის გამომუშავება;

გ.ბ) ეტაპობრივი მიდგომის გამოყენება გადაწყვეტილების მიღებისას, დროის, როგორც იარაღის გამოყენება დიაგნოზისა და მკურნალობის ოპტიმალური გზების შერჩევაში;

გ.გ) გააზრება და შეგუება იმ ფაქტთან, რომ პირველად ჯანდაცვაში პრობლემის გადაჭრისას მეტ-ნაკლები გაურკვევლობა გარდაუვალია; ოჯახის ექიმს უნდა ჰქონდეს აღნიშნული გაურკვევლობის პირობებში მუშაობისა და შესაბამისი სტრატეგიის გამომუშავების უნარი;

¹ Marinker M and Peckham P J (eds). *Clinical Futures* London: BMJ Books, 1998.

დ) გადაუდებელი ჩარევა საჭიროებისას; ამისათვის აუცილებელია:

დ.ა) გადაწყვეტილების მიღების სპეციფიკური უნარი გადაუდებელი მდგომარეობების არსებობისას;

დ.ბ) პირველად ჯანდაცვაში არსებული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვისთვის აუცილებელი მანიპულაციების ჩატარების უნარ-ჩვევები;

ე) დაავადებების მართვა მათი განვითარების ადრეულ, არადიფერენცირებულ სტადიაზე; ამისათვის აუცილებელია:

ე.ა) ცოდნა იმისა, თუ როდის შეიძლება მოცდა და დაკვირვება და როდის არის აუცილებელი დამატებითი სადიაგნოზო და სამკურნალო ღონისძიებების გამოყენება;

ვ) სადიაგნოზო და სამკურნალო ღონისძიებების ეფექტური და რაციონალური გამოყენება; ამისათვის აუცილებელია:

ვ.ა) ცოდნა და გააზრება იმისა, რომ სიმპტომების და ნიშნების, აგრეთვე დამატებითი გამოკვლევის მეთოდების პროგნოზული ღირებულება ფართო საზღვრებში მერყეობს;

ვ.ბ) სხვადასხვა სადიაგნოზო მეთოდის ხარჯეფექტურობის ცოდნა და გააზრება.

8. ყოვლისმომცველი მიდგომა: აღნიშნული კომპეტენცია მოიცავს შემდეგ უნარებს:

ა) ერთდოულად მრავლობითი ჩივილის და პათოლოგიური მდგომარეობის (როგორც ქრონიკული, ისე მწვავე პრობლემების) მართვა; ამისათვის აუცილებელია:

ა.ა) კომორბიდულობის კონცეფციის ცოდნა და გაგება;

ა.ბ) ერთდოულად არსებული სხვადასხვა ჯანმრთელობის პრობლემის მართვა მათი ამოცნობის და გაანალიზების, აგრეთვე პაციენტთან შეთანხმების და პრიორიტეტების განსაზღვრის გზით;

ა.გ) სამედიცინო ჩანაწერების და სხვა ინფორმაციის გამოყენების უნარი;

ა.დ) მოცემული დროისთვის არსებული საუკეთესო მტკიცებულებების მოძიების და გამოყენების უნარი;

ბ) ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობის და დაავადებათა პრევენციის სტრატეგიების გამოყენება; ამისათვის აუცილებელია:

ბ.ა) ჯანმრთელობის კონცეფციის გაგება;

ბ.ბ) ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა ინდივიდუალურად, ცალკეული კონსულტაციის ფარგლებში;

ბ.გ) ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობის და დაავადებათა პრევენციის პროგრამების პირველად ჯანდაცვაში განხორციელების გზით;

ბ.დ) ოჯახის ექიმის როლის გაგება თემში ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის;

ბ.ე) ინდივიდისა და თემის საჭიროებებს შორის შესაძლო დაპირისპირების გაგება და ამ დაპირისპირების მნიშვნელობის გააზრება;

გ) ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობის, პრევენციის, მკურნალობის, მოვლის, რეაბილიტაციის და პალიატიური მზრუნველობის კოორდინაცია და მართვა; ამისათვის აუცილებელია:

გ.ა) ზოგად პრაქტიკაში ჯანმრთელობის პრობლემების კომპლექსური ბუნების გაგება;

გ.ბ) მრავლობითი, განსხვავებული მიდგომების არსებობის შესაძლებლობის გაგება;

გ.გ) ცალკეული პაციენტისათვის განსხვავებული მიდგომის გამოყენება და მისი შეცვლა, საჭიროებისამებრ;

გ.დ) გუნდის მუშაობის კოორდინაცია პირველად ჯანდაცვაში.

9. თემზე ორიენტაცია: აღნიშნული კომპეტენცია მოიცავს შემდეგ უნარებს:

ა) ცალკეული პაციენტისა და თემის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეთავსება-შეჯერება და გათვალისწინება არსებული რესურსების განაწილებისას; ამისათვის აუცილებელია:

ა.ა) თემის ჯანმრთელობის საჭიროებების გაგება სამიზნე მოსახლეობის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების ცოდნის საფუძველზე;

ა.ბ) ჯანმრთელობასა და სოციალურ გარემოს შორის ურთიერთკავშირის გაგება;

ა.გ) სამიზნე თემის ჯანმრთელობაზე სიღარიბის, ეთნიკურობის და ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის გავლენის გაგება;

ა.დ) სამედიცინო მომსახურებაში არსებული უთანაბრობის აღქმა;

ა.ე) არსებული ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურისა და მისი რესურსების ფარგლების გაგება;

ა.ვ) თემის ჯანმრთელობის საკითხებში ჩართული სხვა პროფესიონალების როლის გაგება;

ა.ზ) გაგება იმისა, თუ როგორ შეუძლიათ პაციენტს და ექიმს გამოიყენონ ჯანდაცვის არსებული სისტემები;

ა.თ) ინდივიდის საჭიროებების შეჯერება თემის საჭიროებებთან;

ა.ი) ოჯახის ექიმის როლის გაგება პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებაში.

10. ჰოლისტიური მიდგომა: აღნიშნული კომპეტენცია მოიცავს შემდეგ უნარებს:

ა) ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის გამოყენება; ამისათვის აუცილებელია:

ა.ა) ჰოლისტიკის კონცეფციის ცოდნა და მისი მნიშვნელობის გააზრება პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისათვის;

ა.ბ) პაციენტის, როგორც ბიოფსიქოსოციალური “ერთობის”, აღქმა;

ა.გ) ჰოლისტიური გაგების პრაქტიკულ ღონისძიებებში განხორციელების უნარი;

ა.დ) პაციენტის კულტურული თავისებურებების გათვალისწინება, რასაც შეიძლება მნიშვნელობა ჰქონდეს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებისათვის;

ა.ე) პაციენტის გამოცდილების, განცდის, რწმენის, ფასეულობების და მოლოდინის გაგება და აღქმა, რასაც მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო მომსახურების გაწევისთვის.

11. ექიმ-სპეციალისტის ზოგადი უნარ-ჩვევები:

ა) ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს ნებისმიერი პაციენტის, ჯანმრთელობის ნებისმიერი პრობლემის პირველადი შეფასება და ადეკვატური გადაწყვეტილების მიღება, რაც, უპირველეს ყოვლისა, მოიცავს გადაუდებელი დახმარების საჭიროების ამოცნობას და შესაბამის მოქმედებას, კერძოდ:

ა.ა) გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენას ექიმის სამუშაო ადგილზე ან ბინაზე სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების დროს (იხ. ცხრილი 1) და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებას ან;

ა.ბ) გადაუდებელ რეფერალს (სხვა სპეციალისტთან მიმართვა ან ჰოსპიტალიზაცია);

ბ) ოჯახის ექიმი დაავადების პირველადი შეფასების შემდეგ აგრძელებს იმ დაავადებების მართვას, რომელიც მის კომპეტენციას შეესაბამება (იხ. თავი 4). აღნიშნული დაავადების მართვისას ის თანამშრომლობს, ფაქტობრივად, ყველა სპეციალობის ექიმთან, რომლებთანაც ოჯახის ექიმი საჭიროებისას პაციენტს პერიოდულად კონსულტაციისთვის აგზავნის;

გ) იმ დაავადებების და მდგომარეობების დროს, რომელებიც, ერთი მხრივ, არ საჭიროებენ გადაუდებელ დახმარებას, ხოლო, მეორე მხრივ, არ შედის ოჯახის ექიმის მიერ სამართავ ჩამონათვალში ექვემდებარება რეფერალს შესაბამისი სპეციალობის ექიმთან პირველადი ან მეორეული, ან მესამეული დონის დაწესებულებაში.

დ) ოჯახის ექიმის კომპეტენცია გადაუდებელი დახმარების გაწევისას:

მდგომარეობის შეფასება, სასწრაფო დახმარების გამოძახების საჭიროების დადგენა და საჭიროებისას მისი გამოძახების უზრუნველყოფა, პირველადი დახმარების დაწყება;
--

--

ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნება და კარდიოპულმონური რეანიმაცია, ჩვენებისას დეფიბრილაციის ჩატარების ჩათვლით;

--

- პერიფერიული ვენის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა წამლებისა და საინფუზიო ხსნარებისთვის (ივ. კანულირება); - ზოგადი სიმპტომური თერაპია;

– ჟანგბადის მიწოდება ჩვენების მიხედვით; – ინტრავენურად ხსნარების ინფუზიის დაწყება ჩვენების მიხედვით; – სხეულის ტემპერატურის ნორმალიზება და შენარჩუნება (გათბობა ან გაგრილება); – ტკივილის მართვის დაწყება ჩვენების მიხედვით;

- ჯანმრთელობის პრობლემის შესაბამისი (სპეციფიკური) დახმარების დაწყება სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე;

– შოკი (ჰიპოვოლემიური, ნეიროგენული, კარდიოგენური, ანაფილაქსიური, სეპტიკური); – ცნობიერების დარღვევა, კომა; – მწვავე ცერებროვასკულური დაავადებები; – ცნს-ის მწვავე ინფექციური და ანთებითი დაავადებები, მენინგიტის ჩათვლით; – გულყრა; – ეპილეფსიური სტატუსი; – მწვავე თავის ტკივილი; – ხერხემლის მალევის კომპრესია; – მხედველობის მწვავე დაკარგვა; – ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომი;

- მწვავე ცნობიერების აშლის მდგომარეობა;
- პანიკური შეტევა;
- ისტერია;
- თვითმკვლელობის მცდელობა;
- ფსიქიკური დაავადებით შეპყრობილთა გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება;
- ალკვეთის სინდრომი (ფსიქოპათიურ ნივთიერებათა მოხსნის სინდრომი);
- გულის გაჩერება (ცარდიაც არრესტ);
- სიცოცხლისთვის საშიში არითმია;
- მწვავე კორონარული სინდრომი;
- გულმკერდისა და მუცლის აორტის ანევრიზმის განშრევა და გასკდომა;
- მწვავე რესპირაციული დისტრესი;
- ფილტვის არტერიის ემბოლია;
- გამონაჟონი პლევრის ღრუში, ემპიემა, პნევმოთორაქსი;
- ასთმა, ასთმური სტატუსი;
- სისხლდენა შინაგანი ორგანოებიდან;
- ექტოპიური ორსულობა;
- მოსალოდნელი ან სპონტანური აბორტი;
- ნაადრევი მშობიარობა;
- პრეეკლამფსია და ეკლამფსია;
- სათესლე ბაგირაკის მწვავე შემოგრება;
- პარაფიმოზის და პრიაპიზმის გადაუდებელი მართვა;
- შარდის მწვავე შეკავება;
- თირკმლის კოლიკა;
- ანაფილაქსია;
- მწვავე ინფექციებით გამოწვეული მდგომარეობები, რომლებიც გადაუდებელ დახმარებას საჭიროებენ;
- მწვავე ინტოქსიკაცია, მიუხედავად გამოწვევისა (მათ შორის, მწვავე ინტოქსიკაცია – გამოწვეული ალკოჰოლით, ოპიოიდებით, კანაბინოიდებით და სხვა ფსიქოპათიური ნივთიერებებით);
- ტრავმა, მიუხედავად დაზიანების ადგილისა და მექანიზმისა;
- დამწვრობა (ქიმიური, თერმული, ელექტრული);
- სასიკვდილო ელექტროტრავმა, მეხის დაცემა;
- დახრჩობა და ჩადირვა წყალში;
- სითბური დაკვრა და მზის დაკვრა, სითბური სინკოპე, სითბური კრუნჩხვა;
- ჰიპოთერმია;
- მოყინვა;

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">– ნაკბენი, ადამიანისა და ცხოველის;– ძალადობის მსხვერპლი;– მასობრივი, გარემოსთან დაკავშირებული/ზუნებრივი კატასტროფების თანმხლები მდგომარეობები. |
|--|

12. სპეციალობა მოიცავს ქვემოჩამოთვლილი დაავადებების, პათოლოგიური მდგომარეობების კლინიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და პროფილაქტიკას:

ა) ოჯახის ექიმი მის კომპეტენციაში შემავალ ჯანმრთელობის პრობლემებს მართავს ან დამოუკიდებლად ან სხვა სპეციალობის ექიმებთან თანამშრომლობის გზით. ყველა შემთხვევაში ოჯახის ექიმი თანამშრომლობს პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრებთან;

ბ) ერთი და იგივე დაავადება, მისი მიმდინარეობის თავისებურებიდან (სტადია, გართულებები) გამომდინარე, ოჯახის ექიმმა შეიძლება მართოს თვითონ (ან დამოუკიდებლად, ან სხვა ექიმთან თანამშრომლობის საფუძველზე), ან მიმართოს სხვა სპეციალობის ექიმთან;

გ) რეფერალის საჭიროებების ზოგადი დახასიათება მოცემულია თავში 8 “იმ სპეციალობათა და შესაბამისი სუბსპეციალობების (სპეციალიზაციების) ჩამონათვალი, რომელთაგანაც კონკრეტულ დარგს შესაძლებელია ჰქონდეს საერთო/საზიარო კომპეტენციები და აღწერდეს მათ შორის კომპეტენციათა გამოჯვრის შესაძლებლობებს პირველადი ჯანდაცვის, ზოგადი პროფილის ჰოსპიტალური და მაღალტექნოლოგიური სერვისების სპეციფიკის გათვალისწინებით”;

დ) ქვემოთ მოცემულია ორი მაგალითი, რომლის დროსაც ოჯახის ექიმი დაავადებას მართავს დამოუკიდებლად ან მიმართავს სხვა სპეციალისტთან:

დ.ა) ესენციური არტერიული ჰიპერტენზია ოჯახის ექიმმა დამოუკიდებლად უნდა მართოს. ამასთან, რეზისტენტული ჰიპერტენზიის შემთხვევებში ოჯახის ექიმმა შეიძლება გამოიყენოს რეფერალი სხვა სპეციალობის ექიმთან;

დ.ბ) გასტროენტეროლოგიური რეფლუქს-დაავადების (გერდ) მართვა ოჯახის ექიმმა დამოუკიდებლად უნდა შეძლოს; თუმცა, წარუმატებელი მკურნალობის შემთხვევაში ოჯახის ექიმი პაციენტს მიმართავს სხვა სპეციალობის ექიმთან;

ე) დაავადებათა პრევენცია ოჯახის ექიმის საქმიანობის უმნიშვნელოვანესი შემადგენელია. ოჯახის ექიმი ეწევა, ფაქტობრივად, ყველა დაავადების პირველად პრევენციას (პროფილაქტიკას) და იმ დაავადებათა მეორეულ პრევენციას, რომელთა სკრინინგის რესურსი ოჯახის ექიმს აქვს (არტერიული ჰიპერტენზია, სიმსუქნე, დისლიპიდემია და ა.შ.). ოჯახის ექიმი იცნობს დაავადებათა მეორეული პრევენციის ყველა შესაძლებლობას. ამასთან, სკრინინგის იმ მეთოდებს, რომლებიც ქვეყანაში არ არის დანერგილი ან არ არის მისი გამოყენების შესაძლებლობა ქვეყნის მასშტაბით, ან სკრინინგის პროგრამებისათვის შექმნილია დამოუკიდებელი ქსელი (ე.წ. სკრინინგის ცენტრები), ოჯახის ექიმი ან არ იყენებს ან სკრინინგისთვის მიმართავს სპეციალიზებულ დაწესებულებაში. ოჯახის ექიმი ახორციელებს, ფაქტობრივად, ყველა ქრონიკული დაავადების მესამეულ პრევენციას ან დამოუკიდებლად ან შესაბამისი სპეციალობის ექიმთან თანამშრომლობის საფუძველზე;

ვ) ქვემოთ მოცემულია იმ დაავადებების და ჯანმრთელობის პრობლემების ჩამონათვალი, რომელთა მართვა ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს დამოუკიდებლად ან სხვა სპეციალობის ექიმებთან თანამშრომლობის საფუძველზე;

ზ) ჯანმრთელ პირთა მეთვალყურეობა: ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა და დაავადებათა პრევენცია;

ზ.ა) პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენციის პრინციპები;

ზ.ბ) პრევენციული ღონისძიებები ბავშვებსა და ხანდაზმულებისთვის იხ. შესაბამისი ჩამონათვალი (“ბავშვთა ჯანმრთელობა”, “ხანდაზმულ პირთა ჯანმრთელობა”);

ზ.გ) 15-დან 65 წლამდე ასაკის ჯანმრთელ პირთა მეთვალყურეობა: თამბაქოს წევა, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, სიმსუქნე, ადინამია/ჰიპოდინამია, დისლიპიდემია, სკრინინგი ჰიპერტენზიაზე, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება, შაქრიანი დიაბეტი, კიბოს პრევენცია (საშვილოსნოს ყელის კიბო, სარძევე ჯირკვლის კიბო, წინამდებარე ჯირკვლის კიბო, მსხვილი ნაწლავის კიბო);

თ) ქალთა ჯანმრთელობა:

თ.ა) სიმპტომების მართვა:

თ.ა.ა) მკერდის ტკივილი, სიმაგრე მკერდში, გამონადენი დვრილიდან;

თ.ა.ბ) ვულვის ქავილი, გამონადენი საშოდან;

თ.ა.გ) დისპარუნია, ტკივილი მენჯის არეში, ენდომეტრიოზი;

თ.ა.დ) ამენორეა, მენორაგია, დისმენორეა, ინტერმენსტრუალური სისხლდენა, არარეგულარული სისხლდენა, პოსტმენოპაუზური სისხლდენა, პრემენსტრუალური სინდრომი, მენოპაუზა და მასთან დაკავშირებული პრობლემები;

თ.ა.ე) უშვილობა – პირველადი და მეორეული;

თ.ა.ვ) დიზურია, შარდის შეუკავებლობა;

თ.ა.ზ) ფეკალური შეუკავებულობა;

თ.ა.თ) ემოციური პრობლემები, დეპრესიის სიმპტომების ჩათვლით;

თ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

თ.ბ.ა) საშოს ყელის ნაცხი – გადახრა ნორმიდან;

თ.ბ.ბ) საშოს და საშვილოსნოს პროლაფსი;

თ.ბ.გ) ფიბრომები;

თ.ბ.დ) გინეკოლოგიური ინფექციები, ბართოლინის აბსცესის და სქესობრივად გადამდები დაავადებების ჩათვლით;

თ.ბ.ე) გინეკოლოგიური სიმსივნეები;

თ.ბ.ვ) სპონტანური აბორტი;

თ.ბ.ზ) საშვილოსნოსგარე ორსულობა;

თ.ბ.თ) ტროფობლასტური დაავადება;

თ.ბ.ი) ნორმალური ორსულობა, ორსულობასთან დაკავშირებული პრობლემები – ჰიპერემეზისი, წელის ტკივილი, ბოქვენის სიმფიზის დისფუნქცია, ორსულობა მრავლობითი ნაყოფით, ზრდაში ჩამორჩენა, პრეეკლამფსია, მშობიარობის წინა ჰემორაგია, ნაადრევი მშობიარობა, პოლიჰიდრამნიოზი, პლაცენტის წინმდებარეობა, ღრმა ვენების თრომბოზი და პულმონური ემბოლია, დაგვიანებული მშობიარობა, ნაყოფის მოძრაობის დაქვეითება, ინტრაუტერული ინფექცია, ინტრაუტერული სიკვდილი, ნაყოფის ანომალია;

თ.ბ.კ) ორსულობის დროს წამლით მკურნალობის თავისებურებები;

თ.ბ.ლ)სექსუალური დარღვევები, ფსიქოსექსუალური მდგომარეობების ჩათვლით;

თ.ბ.მ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, შფოთვის, დეპრესიის, სუიციდის, კვების აშლილობის ჩათვლით, ამ აშლილობების კავშირი ორსულობასა და მენოპაუზასთან;

თ.ბ.ნ) მენოპაუზის მართვა, ჩანაცვლებითი ჰორმონული თერაპიის ჩათვლით;

თ.ბ.ო) ტკივილის და სხვა სიმპტომების მართვა, პალიატიური მზრუნველობა ქალებში;

თ.გ) პრევენცია:

თ.გ.ა) ორსულობისათვის მზადება: კონტრაცეპტივების შეწყვეტა, ფოლიუმის მჟავის გამოყენება, ოჯახური და გენეტიკური ანამნეზი, ცხოვრების წესი და ა.შ.;

თ.გ.ბ) პრევენცია ორსულობის დროს: ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა, სოციალური და კულტურული ფაქტორები, თამბაქოს წევა და ალკოჰოლის მიღება, ასაკთან დაკავშირებული საკითხები, წინა სამეანო ანამნეზი, დიაბეტი და სიმსუქნე, რეზუს-ფაქტორი, ანტიდეპრესანტების გამოყენება, ჰიპერტენზია და სხვა დაავადებები ორსულობის დროს, ანემია, გასტროენტეროგუტური რეფლუქსი, ფეხების ტკივილი და ქვემო კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერება, ჰემოროიდული ვენები, გამოკვლევა წითურაზე და იმუნიზაცია;

თ.გ.გ) ოსტეოპოროზის რისკის შეფასება, სკრინინგი და მართვა;

ი) ბავშვთა ჯანმრთელობა:

ი.ა) სიმპტომების მართვა;

ი.ბ) ღებინება, ცხელება, მილიანობა, განვითარების შეფერხება, ახალშობილთა კოლიკა, ზრდის დარღვევები, ქცევის პრობლემები;

ი.ბ.ა) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ი.ბ.ბ) ახალშობილთა პრობლემები: სამშობიარო ტრავმის შემდეგომი პერიოდი, კვების პრობლემები, გულის შუილები, გამონადენი თვალიდან, სიყვითლე;

ი.ბ.გ) შეკრულობა, მწვავე და განმეორებითი მუცლის ტკივილი;

ი.ბ.დ) ცხელება, ფებრილური გულყრები;

ი.ბ.ე) ხველა, ქოშინი, მსტვინავი ხიხინი, რესპირატორული ინფექციები, ბრონქიოლიტი;

ი.ბ.ვ) შუა ყურის ანთება;

ი.ბ.ზ) სენსორული დეფიციტი, სიყრუე;

ი.ბ.თ) გასტროენტერიტი;

ი.ბ.ი) ვირუსული ეგზანთემა;

ი.ბ.კ) საშარდე გზების ინფექცია;

ი.ბ.ლ) მენინგიტი;

ი.ბ.მ) ეპილეფსია;

ი.ბ.ნ) ქრონიკული დაავადებები: ასთმა, დიაბეტი, ართრიტი, სწავლის პრობლემები;

ი.ბ.ო) ძალადობა ბავშვზე;

ი.ბ.პ) ფსიქიკური პრობლემები – ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი, დეპრესია, კვების აშლილობა, მოკიდებულება, თვითდაზიანება, აუტიზმი და მასთან დაკავშირებული დარღვევები;

ი.ბ.ჟ) ფსიქოლოგიური პრობლემები: ენურეზი, ენკოპრეზი, “დაშინება”, პრობლემები სკოლაში, ქცევის პრობლემები “ტანტრუმის” ჩათვლით;

ი.გ) პრევენციული ღონისძიებები:

ი.გ.ა) პრენატალური დიაგნოზი;

ი.გ.ბ) ძუძუთი კვება, ჯანსაღი კვება და ფიზიკური აქტიურობა;

ი.გ.გ) სოციალური და ემოციური კეთილდღეობა;

ი.გ.დ) ბავშვთა უსაფრთხოება, ბავშვის დაცვა და ტრავმის პრევენცია;

ი.გ.ე) იმუნიზაცია;

ი.გ.ვ) თამბაქოს წევის, ალკოჰოლის მიღებისა და წამალდამოკიდებულების თავიდან აცილება;

ი.გ.ზ) მოზარდების დაცვა ნაადრევი სქესობრივი ცხოვრების დაწყებისგან და მასთან დაკავშირებული პრობლემებისგან;

კ) მამაკაცთა ჯანმრთელობა:

კ.ა) სიმპტომების მართვა:

კ.ა.ა) დიზურია;

კ.ა.ბ) ნიქტურია;

კ.ა.გ) ჰემატურია;

კ.ა.დ) პროსტატიზმი;

კ.ა.ე) შარდის შეკავება;

კ.ა.ვ) ტკივილი წელის და ჰიპოგასტრიუმის არეში;

კ.ა.ზ) სათესლე ჯირკვლის შესიება;

კ.ა.თ) ორქალგია;

კ.ა.ი) ასოს ტკივილი, დაწყლულება;

კ.ა.კ) ერექციის დარღვევა;

კ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

კ.ბ.ა) მამაკაცთათვის დამახასიათებელი ონკოლოგიური დაავადებები – სათესლის და პროსტატის კიბო;

კ.ბ.ბ) პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერტროფია/ჰიპერპლაზია და პროსტატიტი;

კ.ბ.გ.) სათესლეების სხვა დაავადებები: კრიპტორქიზმი, ვარიკოცელე, ჰემატოცელე, ჰიდროცელე, ეპიდიდიმოორქიტი და ეპიდიდმიტი;

კ.ბ.დ) სექსუალური დარღვევები, ფსიქოსექსუალური დარღვევების ჩათვლით;

კ.ბ.ე) მამაკაცის კონტრაცეფცია და უშვილობა;

კ.ბ.ვ) ცირკუმციზია;

კ.ბ.ზ) ფსიქიკური დარღვევები, დეპრესიის, სუიციდისა და ანდროპაუზის ჩათვლით;

კ.ბ.თ) სქესობრივად გადამდები დაავადებები;

კ.გ) პრევენცია:

კ.გ.ა) განათლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ: თამბაქო, ალკოჰოლი, წამალდამოკიდებულება, სექსუალური ჯანმრთელობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობა;

ლ) ხანდაზმულ პირთა ჯანმრთელობა;

ლ.ა) შეფასება:

ლ.ა.ა) ხანდაზმული პაციენტის მდგომარეობის შეფასება, ჯანმრთელობის პრობლემების ამოცნობა, გერიატრიული სინდრომების ამოცნობა, სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტების განსაზღვრა – მწვავე და ქრონიკული დაავადებების მართვა და პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვა;

ლ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ლ.ბ.ა) ქრონიკული დაავადებების მართვა (მაგ., არტ. ჰიპერტენზია, გულის უკმარისობა, ცერებროვასკულური დაავადებები, ჰიპოთირეოზი, დიაბეტი, ნეიროდეგენერაციული დაავადებები და ა.შ.);

ლ.ბ.ბ) გერიატრიული სინდრომების მართვა;

ლ.ბ.გ) ტერმინალური მდგომარეობაში მყოფი ხანდაზმულისათვის შესაბამისი სამედიცინო დახმარების გაწევა (იხ. პალიატიური მზრუნველობა);

ლ.გ) პრევენციული ღონისძიებები:

ლ.გ.ა) პირველადი პრევენცია: რისკფაქტორების შეფასება; ფიზიკური აქტიურობის რჩევა და ხელშეწყობა; იმუნიზაციის საჭიროების განსაზღვრა და ორგანიზება (მაგ. გრიპის, პნევმონიის პრევენცია – ვაქცინაცია გრიპის ვირუსის და პნევმოკოკური ინფექციის წინააღმდეგ); დაცემის და მოტეხილობის პრევენცია; ოსტეოპოროზის პრევენცია;

ლ.გ.ბ) მეორეული პრევენცია: კიბოს სკრინინგის პროგრამების შერჩევა და განხორციელება ასაკის მიხედვით; სხვა სკრინინგული ღონისძიებები (ჰიპერტენზია, ჰიპერქოლესტერინემია, დიაბეტი, ოსტეოპოროზი, დელირიუმი, წონის დეფიციტი);

ლ.გ.გ) მესამეული პრევენცია: გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების მესამეული პრევენცია (დიაბეტი, ინსტულტი და სხვ.);

ლ.გ.დ) გერიატრიული სინდრომების პრევენცია: ცნობიერების დარღვევა-დაქვეითება; დაცემა; ფიზიკური აქტიურობის შეზღუდვა; სიარულის და ბალანსის დარღვევა; შარდის შეუკავებლობა; სარკოპენია და წონის დაკარგვა; სოციალური აქტიურობის დაქვეითება, დეპრესია;

ლ.გ.ე) იატროგენული დაავადებების (მაგ., მედიკამენტებით გამოწვეული, ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული) პრევენცია ხანდაზმულებში;

მ) გადაუდებელი მედიცინა და ტრავმა:

მ.ა) იხ. გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა: ცხრილი 1;

ნ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები:

ნ.ა) სიმპტომების მართვა:

ნ.ა.ა) ტკივილი გულმკერდის არეში: კარდიოვასკულური პათოლოგიით გამოწვეული მდგომარეობები (მაგ., გიდ, პერიკარდიტი, აორტის განშრევება) და მათი გამიჯნვა არაკარდიოვასკულური პათოლოგიისგან (მვალკუნთოვანი ტკივილი, რესპირატორული, გასტროინტესტინური და ფსიქოლოგიური პრობლემები);

ნ.ა.ბ) ქოშინი (გულის უკმარისობა, რესპირატორული პრობლემები, თრომბოემბოლია, ანემია, სიმსუქნე, ავთვისებიანი სიმსივნეები);

ნ.ა.გ) კოჭ-წვივის შეშუპება (გულის უკმარისობა, თრომბოემბოლია, ვენური შეგუბება, ვენების ვარიკოზი, ღრმა ვენების თრომბოზი, ფეხის წყლული, ლიმფედემა, ანემია, სიმსუქნე, ავთვისებიანი სიმსივნე, ჰიპოპორტიინემია);

ნ.ა.დ) პერიფერიული სისხლძარღვების (არტერიები და ვენები) დაზიანებით გამოწვეული სიმპტომები ან ნიშნები;

ნ.ა.ე) გულისფრიალი და ასიმპტომური არითმია;

ნ.ა.ვ) ცერებროვასკულური დაავადებების სიმპტომები და ნიშნები;

ნ.ა.ზ) კოლაფსი;

ნ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ნ.ბ.ა) არტერიული ჰიპერტენზია;

ნ.ბ.ბ) გულის იშემიური (კორონარული) დაავადება (სტენოკარდია, მწვავე კორონარული სინდრომი, გულის გაჩერება – “cardiac arrest”);

ნ.ბ.გ) გულის უკმარისობა;

ნ.ბ.დ) არითმია (ექსტრასისტოლია, წინაგულეების ციმციმი და თრთოლვა, ვიწრო და ფართოკომპლექსოვანი ტაქიკარდიები, ბრადიარითმიები);

ნ.ბ.ე) გულის სხვა დაავადებები (სარქვლოვანი პათოლოგია, მიოკარდიუმის და ენდოკარდიუმის დაავადებები, თანდაყოლილი ანომალიები);

ნ.ბ.ვ) პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები (არტერიების და ვენების);

ნ.ბ.ზ) ცერებროვასკულური დაავადებები (ინსულტი და გარდამავალი/ტრანზიტორული იშემიური შეტევა);

ნ.ბ.თ) თრომბოემბოლიური დაავადება;

ნ.გ) პრევენცია:

ნ.გ.ა) სისხლის არტერიული წნევა, ლიპიდები, თამბაქოს წევა, ფიზიკური აქტიურობა, სიმსუქნე, დიეტა, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება;

ნ.გ.ბ) კომორბიდობის მართვა (განსაკუთრებით დიაბეტი);

ნ.გ.გ) რისკის შეფასება;

ო) სუნთქვის სისტემის დაავადებები:

ო.ა) სიმპტომების მართვა:

ო.ა.ა) ჰაერის უკმარისობა;

ო.ა.ბ) ხველა;

ო.ა.გ) ნახველის გამოყოფა;

ო.ა.დ) სისხლიანი ხველა;

ო.ა.ე) ყელის ტკივილი;

ო.ა.ვ) ტკივილი გულმკერდის არეში;

ო.ა.ზ) ხმაურიანი სუნთქვა;

ო.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ო.ბ.ა) ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები: გაციება, ფარინგიტი, ტონზილიტი, პერიტონზილური აბსცესი, ეპიგლოტიტი, ლარინგიტი, ტრაქეიტი;

ო.ბ.ბ) ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციები: ბრონქიტი, პნევმონია;

ო.ბ.გ) მწვავე არაინფექციური რესპირატორული პრობლემები (მხოლოდ ამოცნობა და გადაუდებელი მართვა; იხ. ზემოთ): ალერგია-ანაფილაქსია, ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია, პნევმოთორაქსი, უცხო სხეულის ასპირაცია;

ო.ბ.დ) ქრონიკული არაინფექციური რესპირატორული პრობლემები: ქრონიკული ხველა, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ასთმა, ფილტვების ტუბერკულოზი, მუკოვისციდოზი, ფილტვების ქრონიკული ინტერსტიციული დაავადება;

ო.ბ.ე) ფილტვის კიბო;

ო.გ) პრევენცია:

ო.გ.ა) თამბაქოს მიტოვება;

ო.გ.ბ) იმუნიზაცია;

ო.გ.გ) სუნთქვის სისტემის ქრ. დაავადებების მესამეული პრევენცია;

პ) საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები:

პ.ა) სიმპტომების მართვა:

პ.ა.ა) დისპეფსია;

პ.ა.ბ) ტკივილი მუცლის არეში;

პ.ა.გ) გულისრევა-ღებინება;

პ.ა.დ) უმადობა და წონაში კლება;

პ.ა.ე) სისხლიანი ღებინება და მელენა;

პ.ა.ვ) რექტალური სისხლდენა და ტენეზმები;

პ.ა.ზ) სიყვითლე;

პ.ა.თ) დიარეა;

პ.ა.ი) ყაბზობა;

პ.ა.კ) დისფაგია;

პ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

პ.ბ.ა) გასტროეზოფაგური რეფლუქსდაავადება (გერდ);

პ.ბ.ბ) პეპტიური წყლული;

პ.ბ.გ) გასტრიტი;

პ.ბ.დ) არაწყლულოვანი დისპეფსია;

პ.ბ.ე) გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი;

პ.ბ.ვ) გასტროენტერიტი;

პ.ბ.ზ) ყაბზობა;

პ.ბ.თ) ცელიაკია;

პ.ბ.ი) ნაწლავის ანთებითი დაავადებები;

პ.ბ.კ) კუჭნაწლავის ტრაქტის კიბო – საყლაპავის, კუჭის, ღვიძლის, პანკრეასის, მსხვილი ნაწლავის;

პ.ბ.ლ) დივერტიკულოზი;

პ.ბ.მ) მწვავე მუცელი (მაგ., მწვავე აპენდიციტი, ქოლეცისტიტი, პანკრეატიტი);

პ.ბ.ნ) პერიანალური პათოლოგია (მაგ., ჰემოროიდული ვენების გაგანიერება, პერიანალური ჰემატომა);

პ.გ)პრევენცია:

პ.გ.ა) ჯანსაღი კვება, მათ შორის, ხილის სათანადო ულუფების მიღება;

პ.გ.ბ) თამბაქოს და ალკოჰოლის მიღების შემცირება კიბოს პრევენციისთვის;

ჟ) საშარდე ორგანოთა სისტემის დაავადებები:

ჟ.ა) სიმპტომების და ნიშნების ამოცნობა:

ჟ.ა.ა) დიზურია;

ჟ.ა.ბ) ოლიგურია და ანურია;

ჟ.ა.გ) პოლიურია, ნიქტურია;

ჟ.ა.დ) ჰემატურია;

ჟ.ა.ე) თირკმლის კოლიკა;

ჟ.ა.ვ) შარდის შეუკავებლობა;

ჟ.ა.ზ) ურეთრალური სინდრომი;

ჟ.ა.თ) ნეფროზული სინდრომი;

ჟ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ჟ.ბ.ა) ქვემო საშარდე გზების ინფექცია;

ჟ.ბ.ბ) პიელონეფრიტი;

ჟ.ბ.გ) პროსტატიტი;

ჟ.ბ.დ) შარდკენჭოვანი დაავადება;

ჟ.ბ.ე) გლომერულონეფრიტი;

ჟ.ბ.ვ) ფიმოზი, პარაფიმოზი;

ჟ.ბ.ზ) კრიპტორქიზმი;

ჟ.ბ.თ) თირკმლის ტოქსიკური დაზიანება;

ჟ.ბ.ი) თირკმლისა და საშარდე გზების თანდაყოლილი ანომალიები;

ჟ.ბ.კ) საშარდე ორგანოების ახალწარმონაქმნები, კიბო;

ჟ.ბ.ლ) შარდის შეუკავებლობა, ენურეზი;

ჟ.ბ.მ) თირკმლების ქრონიკული უკმარისობა;

ჟ.ბ.ნ) თირკმლისა და საშარდე გზების ტუბერკულოზი;

ჟ.ბ.ო) საშარდე სისტემის გადაუდებელი მდგომარეობების ამოცნობა, პირველი დახმარება და რეფერალი (თირკმლების მწვავე უკმარისობა, თირკმლის კოლიკა და სხვა);

რ) სქესობრივი ჯანმრთელობა:

რ.ა) სიმპტომების მართვა:

რ.ა.ა) გამონაყარი, დაწყლულება სასქესო ორგანოების მიდამოებში;

რ.ა.ბ) უჩვეულო სუნი სასქესო ორგანოებიდან;

რ.ა.გ) გამონადენი ასოდან ან უჩვეულო გამონადენი საშოდან;

რ.ა.დ) დიზურია;
 რ.ა.ე) მუცლის ქვედა არეში ტკივილი ქალებში;
 რ.ა.ვ) სათესლე ჯირკვლის ტკივილი და შესიება;
 რ.ა.ზ) მტკივნეული კოიტუსი;
 რ.ა.თ) ინტერმენსტრუალური სისხლდენა;
 რ.ა.ი) ვაგინალური სისხლდენა კოიტუსის შემდეგ;
 რ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:
 რ.ბ.ა) ქვემო საშარდე გზების ინფექცია ქალებში;
 რ.ბ.ბ) ბაქტერიული ვაგინოზი;
 რ.ბ.გ) კანდიდოზი;
 რ.ბ.დ) ქლამიდიური ინფექციები;
 რ.ბ.ე) გონორეა;
 რ.ბ.ვ) ტრიქომონიაზი;
 რ.ბ.ზ) ანოგენიტალური წყლულები: ჰერპესი, სიფილისი, აივ ინფექცია;
 რ.ბ.თ) ანოგენიტალური მეჭეჭები;
 რ.ბ.ი) იმუნოდეპრესიის არსებობაზე მიმანიშნებელი მდგომარეობები;
 რ.ბ.კ) სიფილისი;
 რ.ბ.ლ) რეიტერის სინდრომი;
 რ.ბ.მ) აივ/შიდსის ნიშნები და გართულებები;
 რ.ბ.ნ) სქესობრივი დარღვევები;
 რ.გ) პრევენცია:
 რ.გ.ა) სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პრევენცია;
 რ.გ.ბ) სკრინინგი: ქლამიდია, აივ, საშვილოსნოს ყელის დაზიანების;
 რ.გ.გ) იმუნიზაცია: ჰეპატიტი;
 ს) სისხლის და სისხლმზადი სისტემის დაავადებები:
 ს.ა) სიმპტომების და ნიშნების ამოცნობა:
 ს.ა.ა.) სისხლნაკლებობის ნიშნები;
 ს.ა.ბ) ჰემორაგიული დიათეზი;
 ს.ა.გ) ჰემატომა;
 ს.ა.დ) პეტექია;
 ს.ა.ე) პურპურა;
 ს.ა.ვ) ლიმფადენოპათია;
 ს.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:
 ს.ბ.ა) ანემიები;
 ს.ბ.ბ) ჰემორაგიული დიათეზები;

ს.ბ.გ) აგრანულოციტოზი;

ს.ბ.დ) მწვავე და ქრონიკული ლეიკოზი;

ს.ბ.ე) ერითრემია და ერითროციტოზი;

ს.ბ.ვ) ლიმფადენოპათია;

ს.ბ.ზ) ლიმფოგრანულომატოზი;

ს.ბ.თ) ლიმფომა;

ს.ბ.ი) მიელომური დაავადება;

ს.გ) პრევენცია:

ს.გ.ა) ანემიის პრევენცია სპეციფიკურ ჯგუფებში (ორსულებში ხანდაზმულები);

ს.გ.ბ) ტრავმის პრევენცია სისხლდენის თავიდან ასაცილებლად;

ტ) ენდოკრინული დაავადებები და მეტაბოლური დარღვევები:

ტ.ა) სიმპტომების მართვა:

ტ.ა.ა) სიმპტომების ამოცნობა, რომელიც შეიძლება მიუთითებდეს შემდეგი დაავადებების არსებობაზე: დიაბეტი, ჰიპოთირეოზი, ჰიპერთირეოზი, ჰიპერლიპიდემია, ჰიპერურიკემია;

ტ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ტ.ბ.ა) სიმსუქნე;

ტ.ბ.ბ) დიაბეტი;

ტ.ბ.გ) გლუკოზისადმი ტოლერანტულობის დარღვევა;

ტ.ბ.დ) ჰიპოთირეოზი;

ტ.ბ.ე) ჰიპერთირეოზი;

ტ.ბ.ვ) ჰიპერლიპიდემია;

ტ.ბ.ზ) ჰიპერურიკემია;

ტ.ბ.თ) ჰიპოფიზის, თირკმელზედა ჯირკვლის და ფარსებრახლო ჯირკვლის დაზიანებების დროული ამოცნობა და რეფერალი;

ტ.გ) პრევენცია:

ტ.გ.ა) ენდოკრინული და მეტაბოლური დარღვევების პრევენცია დიეტისა და ფიზიკური აქტიურობის გზით;

ტ.გ.ბ) ჰიპერურიკემიის პრევენციის საჭიროების დადგენა;

ტ.გ.გ) მესამეული პრევენცია ენდოკრინული და მეტაბოლური დარღვევების დროს: დიაბეტი, სიმსუქნე;

უ) შემაერთებელქსოვილოვანი და ძვალკუნთოვანი სისტემის დაავადებები;

უ.ა) სიმპტომების მართვა;

უ.ა.ა) სახსრების, ძვლებისა და კუნთების ანთების ნიშნები – ტკივილი, შესიება, სიწითლე, ტემპერატურის ადგილობრივი მატება;

უ.ა.ბ) ფუნქციის მოშლა – კუნთოვანი სისუსტე, მოძრაობის ფარგლების შეზღუდვა, დეფორმაცია;

უ.ა.გ) სახსრების, ძვლებისა და კუნთების ტრავმული დაზიანების ნიშნები;

უ.ა.დ) სისტემური გამოვლინებები: დაღლა, ნერვის კომპრესია, გამონაყარი;

უ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

უ.ბ.ა) კისრის მწვავე ტკივილი;

უ.ბ.ბ) წელის მწვავე ტკივილი;

უ.ბ.გ) კისრის ქრონიკული ტკივილი;

უ.ბ.დ) წელის ქრონიკული ტკივილი;

უ.ბ.ე) მხრის ტკივილი;

უ.ბ.ვ) მუხლის ტკივილი;

უ.ბ.ზ) რბილი ქსოვილების დაზიანება;

უ.ბ.თ) ოსტეოართრიტი;

უ.ბ.ი) ოსტეოპოროზი;

U უ.ბ.კ) სომატიზაცია, ფიბრომიალგია და მსგავსი სინდრომები;

უ.ბ.ლ) მწვავე ართროპათიები;

უ.ბ.მ) ქრონიკული ანთებითი ართროპათიები;

უ.ბ.ნ) რევმატული პოლიმიალგია;

უ.ბ.ო) ქრონიკული დადლილობა;

უ.ბ.პ) ტრავმული დაზიანება;

უ.გ) პრევენცია:

უ.გ.ა) ვარჯიში და მისი ფორმის და ინტენსიურობის დადგენა;

უ.გ.ბ) ტრავმის პრევენცია;

ფ) ალერგოლოგიური და იმუნოლოგიური პრობლემები:

ფ.ა) სიმპტომების მართვა:

ფ.ა.ა) ალერგიის სიმპტომების და ნიშნების დროული ამოცნობა – ქავილი, გამონაყარი, სურდო, ხველა, სუნთქვის გაძნელება.

ფ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ფ.ბ.ა) ურტიკარია, ანგიოდედემა;

ფ.ბ.ბ) ასთმა;

ფ.ბ.გ) ალერგიული რინიტი;

ფ.ბ.დ) წამლისმიერი ალერგია;

ფ.ბ.ე) საკვებისმიერი ალერგია;

ფ.ბ.ვ) ალერგიული დერმატიტი;

ფ.ბ.ზ) ანაფილაქსია;

ფ.გ) პრევენცია:

ფ.გ.ა) ალერგიული რეაქციების პირველადი პრევენცია (ალერგენთან შეხების თავიდან აცილება);

ქ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები:

ქ.ა) სიმპტომების მართვა:

ქ.ა.ა) ქრონიკული დაღლილობა;

ქ.ა.ბ) უძილობა;

ქ.ა.გ) შფოთვა;

ქ.ა.დ) დეპრესია;

ქ.ა.ე) მრავლობითი სომატური ჩივილები;

ქ.ა.ვ) თავბრუსხვევა;

ქ.ა.ზ) გულის ფრიალი;

ქ.ა.თ) პარესთეზია;

ქ.ა.ი) მუცლის ტკივილი ბავშვებში;

ქ.ა.კ) ფსიქოზის ადრეული ნიშნები;

ქ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ქ.ბ.ა) დეპრესია;

ქ.ბ.ბ) კვების დარღვევები;

ქ.ბ.გ) შფოთვითი აშლილობები;

ქ.ბ.დ) პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა;

ქ.ბ.ე) გადაუდებელი ფსიქიატრიული მდგომარეობების დროული ამოცნობა, პირველადი დახმარება და რეფერალი: სუიციდის მცდელობა, დელირიუმი, ფსიქოზი, პანიკა, აგრესია;

ქ.გ) პრევენცია:

ქ.გ.ა) ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;

ქ.გ.ბ) აუტიზმის სკრინინგი ბავშვებში, რომლებიც გვიან იწყებენ ლაპარაკს;

ქ.გ.გ) ფსიქოზის ადრეული ამოცნობა;

ღ) ნარკოლოგიური პრობლემები:

ღ.ა) სიმპტომები და ნიშნები:

ღ.ა.ა) ოპიატების მავნე მოხმარების ნიშნები;

ღ.ა.ბ) სტიმულატორების გამოყენების ნიშნები;

ღ.ა.გ) კანაბისოს გამოყენების ნიშნები;

ღ.ა.დ) ალკოჰოლის მავნე მოხმარებასთან ასოცირებული ნიშნები: ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური;

ღ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ღ.ბ.ა) ამა თუ იმ საშუალების მოხმარებასთან დაკავშირებული სპეციფიკური გართულებები (ჰეროინი, კოკაინი, ალკოჰოლი, კანაბისი);

ღ.ბ.ბ) ნარკოტიკული საშუალების მიღების გზებთან დაკავშირებული გართულებები (ინტრავენური, ინჰალაციური);

ღ.ბ.გ) ნარკოტიკული საშუალების გამოყენებასთან დაკავშირებული ცხოვრების წესთან დაკავშირებული გართულებები.

დ.ბ.დ) აივ ინფექციის, ვირუსული ჰეპატიტების ნიშნების ამოცნობა, მართვის პრინციპები;

დ.ბ.ე) ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა – კრუნჩხვა, დელირიუმი, ფსიქოზი.

დ.გ) პრევენცია:

დ.გ.ა) ამა თუ იმ ფსიქოტროპული საშუალების მოხმარებასთან

დ.გ.ბ) ზიანის პრევენციის სტრატეგიების ცოდნა და გამოყენება;

ყ) ნევროლოგიური დაავადებები:

ყ.ა) სიმპტომების მართვა:

ყ.ა.ა) თავის ტკვილი;

ყ.ა.ბ) თავბრუსხვევა;

ყ.ა.გ) ტრემორი;

ყ.ა.დ) ნეიროპათია;

ყ.ა.ე) კანკალი, ქორეა;

ყ.ა.ვ) გულყრა;

ყ.ა.ზ) ძილიანობა;

ყ.ა.თ) ცნობიერების დაკარგვა, კომა;

ყ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ყ.ბ.ა) ეპილეფსია;

ყ.ბ.ბ) თავის ტკივილი;

ყ.ბ.გ) ვერტიგო;

ყ.ბ.დ) ნეიროპათიული ტკივილი;

ყ.ბ.ე) მონონეიროპათია;

ყ.ბ.ვ) პარკინსონიზმი;

ყ.ბ.ზ) გადაუდებელი ნევროლოგიური მდგომარეობების ამოცნობა და დროული რეფერალი;

ყ.გ) პრევენცია:

ყ.გ.ა) ეპილეფსიის მქონე პირების განათლება და დაზიანებების პრევენცია;

ყ.გ.ბ) მენინგოკოკური ინფექციის პირველადი პრევენცია ვაქცინაციის გზით;

ყ.გ.გ) შაკიკის შეტევების პრევენცია;

ყ.გ.დ) ნევროლოგიური დაავადებების დროული ამოცნობა გენეტიკური წინასწარგანწყობის დროს;

შ) ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები:

შ.ა) სიმპტომების მართვა:

შ.ა.ა) სმენის დაქვეითება;

შ.ა.ბ) ყურის ტკივილი;

შ.ა.გ) გამონადენი ყურიდან;

შ.ა.დ) თავბრუხვევა;

შ.ა.ე) შუილი ყურებში;

შ.ა.ვ) სისხლდენა ცხვირიდან;

შ.ა.ზ) ყელის ტკივილი;

შ.ა.თ) ხმის ჩახლეჩა;

შ.ა.ი) ყლაპვის მოშლა;

შ.ა.კ) კრუპი;

შ.ა.ლ) სიმსივნე/შესიება კისრის არეში, მათ შორის, ჩიყვი, ლიმფური ჯირკვლების გადიდება და სხვა;

შ.ა.მ) მეტყველების შენელება;

შ.ა.ნ) უცხო სხეულები;

შ.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

შ.ბ.ა) გარე ყურის ანთება;

შ.ბ.ბ) შუა ყურის ანთება;

შ.ბ.გ) დაფის აპკის პერფორაცია;

შ.ბ.დ) ქოლესტეატომა;

შ.ბ.ე) თავბრუხვევა, მენიერის დაავადება;

შ.ბ.ვ) ტემპორომანდიბულური ტკივილი; ტრიგემინური ნევრალგია;

შ.ბ.ზ) ფარინგიტი, ტონზილიტი, ლარინგიტი;

შ.ბ.თ) პირის ღრუს სოკოვანი ინფექცია და ჰერპესი;

შ.ბ.ი) სანერწყვე ჯირკვლების/სადინარის ქვები;

შ.ბ.კ) ინფექციური და ალერგიული რინიტი;

შ.ბ.ლ) ცხვირის პოლიპები;

შ.ბ.მ) სინუსიტი;

შ.ბ.ნ) ცხვირის მოტეხილობა;

შ.ბ.ო) ხვრინვა და ძილის აპნოე (ობსტრუქციული);

შ.ბ.პ) ეჭვი თავკისრის კიბოს არსებობაზე;

შ.ბ.ჟ) სმენის ცალმხრივი დაქვეითება გარეთა ყურის აშკარა პათოლოგიის არსებობის გარეშე;

შ.გ) პრევენცია:

შ.გ.ა) სმენის დაქვეითების სკრინინგი;

შ.გ.ბ) წამლით გამოწვეული ოტოტოქსიკურობის პრევენცია;

ჩ) თვალის დაავადებები:

ჩ.ა) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ჩ.ა.ა) ქუთუთოსა და საცრემლე სისტემის დაავადებები;

ჩ.ა.ბ) სკლერის, რქოვანას და უვეალური ტრაქტის წინა ნაწილის დაავადებები;

ჩ.ა.გ) რეფრაქციის დარღვევები;

ჩ.ა.დ) გლაუკომა;

ჩ.ა.ე) მინისებრი სხეულის და ზადურას დაავადებები;

ჩ.ა.ვ) მხედველობის დვრილის დაავადებები;

ჩ.ა.ზ) თვალის მოძრაობის და ბინოკულარული მხედველობის დარღვევები;

ჩ.ა.თ) თვალის დაზიანების მწვავე დაზიანებები (რომლებიც სწრაფ ამოცნობას, პირველ დახმარებას და/ან რეფერალს საჭიროებს);

ჩ.ბ) პრევენცია:

ჩ.ბ.ა) თვალის დაზიანების პრევენცია დიაბეტისა და ჰიპერტენზიის დროს;

ჩ.ბ.ბ) თვალის დაზიანების გენეტიკური საფუძვლების დადგენა;

ც) კანის დაავადებები:

ც.ა) სიმპტომების მართვა:

ც.ა.ა) გამონაყარი;

ც.ა.ბ) თმის ცვენა;

ც.ა.გ) ფრჩხილების დაზიანება;

ც.ა.დ) ქავილი;

ც.ა.ე) კანის პიგმენტური ლაქები;

ც.ა.ვ) კანის ინფიცირების ნიშნები;

ც.ა.ზ) პურპურა;

ც.ა.თ) კანის და კანქვეშა სიმსივნური წარმონაქმნები;

ც.ა.ი) ფოტოსენსიტიურობა და წითელი სახე;

ც.ბ) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

ც.ბ.ა) ეგზემა;

ც.ბ.ბ) ფსორიაზი;

ც.ბ.გ) გენერალიზებული ქავილი;

ც.ბ.დ) ურტიკარია და ვასკულიტი;

ც.ბ.ე) აკნე;

ც.ბ.ვ) კანის ინფექციები;

ც.ბ.ზ) მუნი;

ც.ბ.თ) თმის და ფრჩხილის დაზიანება;

ც.ბ.ი) წამლით გამოწვეული გამონაყარი;

ც.გ) პრევენცია:

ც.გ.ა) კანის დაზიანების პრევენცია მზის დასხივების შემცირების გზით;

ც.გ.ბ) კანის დაზიანების პრევენცია გენეტიკური წინასწარგანწყობის დროს;

ც.გ.გ) კანის დაზიანების პრევენცია პროფესიული და სხვა გარემო ფაქტორების არსებობისას;

მ) ორთოპედიული, ტრავმატოლოგიური და ქირურგიული პათოლოგია:

მ.ა) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა:

მ.ა.ა) ტერფმრუდობა;

მ.ა.ბ) დისპლაზიური მენჯ-ბარძაყის სახსარი;

მ.ა.გ) როტაციული პრობლემები;

მ.ა.დ) სკოლიოზი: იდიოპათიური და შეძენილი;

მ.ა.ე) დაჭიმვა, ამოვარდნილობა და მოტეხილობა;

მ.ა.ვ) მცირე, ზედაპირული, არაინფიცირებული ჭრილობები;

მ.ა.ზ) ზედაპირული დამწვრობა;

მ.ა.თ) ჰემოროიდული კვანძები (ამოცნობა, კონსერვატიული მკურნალობა);

მ.ა.ი) თიაქარი (შეფასება, რეფერალი);

მ.ა.კ) პოსტოპერაციული მდგომარეობების მეთვალყურეობა;

მ.ა.ლ) ორთოპედიაში გადაუდებელი მდგომარეობების გამოვლენა, სტაბილიზაცია, რეფერალი;

მ.ა.მ) მწვავე ქირურგიული მდგომარეობების დროული ამოცნობა და რეფერალი; პრევენცია;

მ.ა.ნ) ტრავმული დაზიანებების პირველადი პრევენცია;

მ.ა.ო) ორთოპედიული პათოლოგიის ადრეული ამოცნობა (სკრინინგი);

მ.ა.პ) პოსტოპერაციული გართულებების პრევენცია;

წ) ონკოლოგიური დაავადებები:

წ.ა) გავრცელებული მდგომარეობების მართვა: კიბოს სიმპტომების და ნიშნების ადრეული ამოცნობა და რეფერალი (აგრეთვე სკრინინგული პროგრამები; იხ. ქვემოთ);

წ.ბ) პრევენცია:

წ.ბ.ა) ონკოლოგიური დაავადებების პირველადი პრევენცია;

წ.ბ.ბ) ონკოლოგიური დაავადებების სკრინინგის პროგრამები; სკრინინგის ეროვნული პროგრამები (საშვილოსნოს ყელის, მკერდის, მსხვილი ნაწლავის, წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს სკრინინგი);

წ.ბ.გ) ონკოლოგიური დაავადებების გართულებების პრევენცია;

ჭ) პალიატიური მზრუნველობა:

ჭ.ა) სიმპტომების მართვა:

ჭ.ა.ა) ტკივილი;

ჭ.ა.ბ) ანორექსია და კახექსია;

ჭ.ა.გ) ფსიქონევროლოგიური და ნევროლოგიური სიმპტომები: ასთენია, აგზნება-შფოთვა, დეპრესია, ცნობიერების დაბინდვა, ზურგის ტვინის დეპრესია;

ჭ.ა.დ) გულისრევა და ღებინება;

ჭ.ა.ე) ყაბზობა;

ჭ.ა.ვ) დიარეა;

ჭ.ა.ზ) დისფაგია;

ჭ.ა.თ) მეტეოროზმი;
ჭ.ა.ი) ბოყინი;
ჭ.ა.კ) ხველა;
ჭ.ა.ლ) სუნთქვის გაძნელება, ქოშინი;
ჭ.ა.მ) სლოკინი;
ჭ.ა.ნ) ნაწოლები (დეკუბიტური წყლულები);
ჭ.ა.ო) ქავილი;
ჭ.ა.პ) შარდის შეუკავებლობა;
ჭ.ა.ჟ) შარდის ბუშტის სპაზმი;
ჭ.ა.რ) შარდის შეკავება;
ჭ.ა.ს) ჰემატურია;
ჭ.ა.ტ) ჰიპერკალციემია (დროული ამოცნობა და რეფერალი).

ჭ.ბ) პრევენცია:

ჭ.ბ.ა) სხვადასხვა გართულებების პრევენცია: ნაწოლების, კახექსიის, დეპრესიის, ყაზოზის, ჰიპოვოლემიის და სხვა.

13. იმ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩამონათვალი, რომელთა შედეგების ინტერპრეტაცია და კლინიკური შეფასება უნდა შეეძლოს ექიმსპეციალისტს:

- ა) ინსტრუმენტული გამოკვლევები:
- ა.ა) ელექტროკარდიოგრაფია;
 - ა.ბ) 24-საათიანი ეკგ მონიტორირება;
 - ა.გ) არტერიული წნევის ამბულატორიული მონიტორირება;
 - ა.დ) მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია;
 - ა.ე) სპირომეტრია;
 - ა.ვ) რენტგენოკონტრასტული გამოკვლევები (სპეციალისტის დასკვნის ინტერპრეტაცია);
 - ა.ზ) ულტრასონოგრაფია (სპეციალისტის დასკვნის ინტერპრეტაცია);
 - ა.თ) დოპლეროგრაფია (სპეციალისტის დასკვნის ინტერპრეტაცია);
 - ა.ი) კომპიუტერული ტომოგრაფია (სპეციალისტის დასკვნის ინტერპრეტაცია);
 - ა.კ) მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (სპეციალისტის დასკვნის ინტერპრეტაცია);
 - ა.ლ) ენდოსკოპია (სპეციალისტის დასკვნის ინტერპრეტაცია);
 - ა.მ) კოლპოსკოპია (სპეციალისტის დასკვნის ინტერპრეტაცია);
- ბ) ლაბორატორიული გამოკვლევები:
- ბ.ა) სისხლის საერთო ანალიზი;
 - ბ.ბ) შარდის საერთო ანალიზი;
 - ბ.გ) განავლის საერთო ანალიზი;
 - ბ.დ) სისხლის ბიოქიმიური ანალიზები;
 - ბ.ე) ინფექციის დასადგენი ტესტები;

- ბ.ვ) ელექტროლიტები;
- ბ.ზ) სეროლოგიური გამოკვლევები;
- ბ.თ) ჰორმონული გამოკვლევები;
- ბ.ი) კოაგულოგრამა;
- ბ.კ) ონკომარკერები, პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენის (PSA) კვლევა;
- ბ.ლ) ბაქტერიოლოგიური და ვირუსოლოგიური გამოკვლევები;
- ბ.მ) ციტოლოგიური და ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევები,-ტესტი;
- ბ.ნ) სპერმის ანალიზი.

14. ექიმ-სპეციალისტის აუცილებელი პრაქტიკული უნარ-ჩვევები -(დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მანიპულაციები): ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს შემდეგ სადიაგნოზო და სამკურნალო მანიპულაციების დამოუკიდებლად ჩატარება, რისთვისაც აუცილებელია შესაბამისი აღჭურვილობითა და მასალებით უზრუნველყოფა და ანაზღაურების ადეკვატური სისტემის ჩამოყალიბება:

- ა) ფიზიკური გასინჯვის მეთოდები ყველა ორგანოთა სისტემის მიხედვით (დათვალიერება, პალპაცია, პერკუსია, აუსკულტაცია), მათ შორის, ზოგადი ნევროლოგიური გასინჯვა, რექტალური გასინჯვა, ვაგინალური გასინჯვა, ახალშობილის ფიზიკური გასინჯვა, სისხლმარღვების აუსკულტაცია და პალპაცია, დიაბეტური ფეხის გასინჯვა-შეფასება;
- ბ) ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნება და კარდიოპულმონური რეანიმაცია (მოზრდილებში, ბავშვებში, ჩვილებსა და ახალშობილებში); მათ შორის, ვენტილაცია ამბუს პარკით, სასუნთქი გზების გათავისუფლება, ჰაიმლიკის მანევრი, ნემსით თორაკოსტომია, კრიკოთირეოიდოტომია და დეფიბრილაცია;
- გ) ჟანგბადის მიწოდება (ნილბით, კანულით);
- დ) მასობრივი კატასტროფების დროს დაშავებულთა “ტრიაჟი”;
- ე) ეკგ-ის გადაღება;
- ვ) გლუკომეტრია (პორტატული აპარატის გამოყენებით);
- ზ) ორსულობის სწრაფი ტესტის ჩატარება (ე.წ. “სტრიპტესტი”);
- თ) შარდის აღება (“შუა ულუფის” აღება) და “სტრიტესტის” ჩატარება;
- ი) განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე (სწრაფი ტესტი);
- კ) კანის ტუმბერკულინის ალერგიული ტესტის ჩატარება;
- ლ) პიკფლოუმეტრიის გამოყენება და სწავლება პაციენტისათვის;
- მ) სხვადასხვა ტიპის ინჰალატორის და ნებულაიზერის გამოყენება და სწავლება პაციენტისათვის;
- ნ) ფატალური არითმიების მართვა დეფიბრილაციის ჩათვლით;
- ო) ახალშობილის პირველადი ჰიგიენური ღონისძიებების ჩატარება;
- პ) იმუნოზაცია;
- ჟ) მცირექირურგიული მანიპულაციები: ჭრილობის პირველადი დამუშავება, ჭრილობის სანაცია, ზედაპირულ ჭრილობაზე ქირურგიული ნაკერების დადება, ნაკერების მოხსნა, ინფილტრაციული ანესთეზია (გამტარებლობითი და ბუდობრივი), აბსცესების, პანარიციუმების, ფლეგმონების გაკვეთა და დრენირება, ჩაზრდილი ფრჩხილის მოცილება,

რბილი ქსოვილების ზედაპირულ სიმსივნეთა ინოკულაცია, ნახვევის დადება და მოხსნა, დრენაჟის ამოღება, კოლოსტომის მოვლა;

რ) სისხლდენის შეჩერება;

ს) დამწვრობისა და ინფიცირებული ჭრილობის დამუშავება;

ტ) ზედაპირული უცხო სხეულების მოცილება;

უ) ინიექციები: კანშიდა, კანქვეშა, ინტრამუსკულური;

ფ) ინტრავენური ინიექცია, ვენის კათეტერიზაცია და ინტრავენური ინფუზია;

ქ) მხედველობის ორგანოს გასინჯვა: მხედველობის სიმახვილის, მხედველობის ველის და თვალის მამოძრავებელი ფუნქციის გამოკვლევა;

ღ) ოფთალმოსკოპია/ფუნდოსკოპია,

ყ) თვალის ტონომეტრია;

შ) ოტოსკოპია, გოგირდის საცობის გამოძევება წყლის ჭავლით;

ჩ) სმენის გამოკვლევა, კამერტონის ტესტების გამოყენება;

ც) რინოსკოპია, ფარინგოსკოპია, არაპირდაპირი ლარინგოსკოპია;

ძ) ცხვირის მარტივი კაუტერიზაცია;

წ) ცხვირიდან სისხლდენის შეჩერება, ცხვირის წინა ტამპონადა;

ჭ) უცხო სხეულის ამოღება ცხვირიდან, ხახიდან და გარეთა სასმენი მილიდან;

ხ) ნაზოგასტრალური ზონდირება;

ჯ) კანის, ფრჩხილისა და თმის სინჯების აღება გამოკვლევისთვის;

3) სარძევე ჯირკვლების გასინჯვა;

3¹) მენჯის ორგანოების გასინჯვა, ბიმანუალური ვაგინალური და რექტოვაგინალური გამოკვლევა, გამოკვლევა სარკის დახმარებით; საშვილოსნოს ზომის, მდებარეობისა და მობილურობის შეფასება და მენჯის ღრუს ორგანოების მდგომარეობის ნორმიდან გადახრის ამოცნობა;

3²) გარეგანი სამეანო გასინჯვა, ნაყოფის გულისცემის შეფასება;

3³) პლაცენტის მდებარეობის შეფასება;

3⁴) ორსულის მდგომარეობის შეფასება;

3⁵) ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა;

3⁶) ვაგინალური და ცერვიკალური ნაცხის აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის;

3⁷) შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია;

3⁸) სწორი ნაწლავის გასინჯვა თითით;

3⁹) წინამდებარე ჯირკვლის გასინჯვა თითით;

3¹⁰) სათესლეების გასინჯვა;

3¹¹) ამოვარდნილობის კორექცია;

3¹²) სატრანსპორტო იმობილიზაცია კიდურების ძვლებისა და ხერხემლის დაზიანების შემთხვევაში;

3¹³) ნაცხის აღება ბაქტერიოლოგიური და ციტოლოგიური გამოკვლევებისათვის;

3¹⁴) პარაცენტეზი;

3¹⁵) პლევრის პუნქცია;

3¹⁶) დაჭიმული პნევმოთორაქსის გადაყვანა ღია პნევმოთორაქსში.

15. ექიმ-სპეციალისტის პაციენტთა მომსახურების პოპულაცია (ასაკობრივი ჯგუფი), რომელსაც ემსახურება კონკრეტული სპეციალობის ექიმი – ოჯახის ექიმის სამიზნე პოპულაცია არ შემოიფარგლება ასაკით, სქესით და ჯანმრთელობის პრობლემების თავისებურებებით. სპეციალობის განმარტებიდან გამომდინარე, ოჯახის ექიმი ზრუნავს ყოველ პირზე, რომელსაც ესაჭიროება სამედიცინო დახმარება, განურჩევლად მისი ასაკის, სქესისა და დაავადებისა.

16. სხვა სპეციალისტებთან თანამშრომლობა და რეფერალი:

ა) ოჯახის ექიმს, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციას და უწყვეტობას, შეხება აქვს ფაქტობრივად ნებისმიერი სპეციალობის ექიმთან, რომელიც ჩართულია პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის მოგვარებაში;

ბ) სპეციალობათა დიდ ნაწილთან საოჯახო მედიცინას საზიარო კომპეტენციები გააჩნია;

გ) ოჯახის ექიმს საზიარო კომპეტენციები გააჩნია ფაქტობრივად ყველა საექიმო სპეციალობასთან:

გ.ა) შინაგანი სნეულებები და მისი მომიჯნავე სპეციალობები, გარდა ჰომეოპათიისა;

გ.ბ) პედიატრია და მისი მომიჯნავე სპეციალობები;

გ.გ) მეანობა-გინეკოლოგია და მისი მომიჯნავე სპეციალობები;

გ.დ) ფსიქიატრია და მისი მომიჯნავე სპეციალობები;

გ.ე) ნევროლოგია და მისი მომიჯნავე სპეციალობები;

გ.ვ) ოფთალმოლოგია;

გ.ზ) ოტორინოლარინგოლოგია;

გ.თ) უროლოგია;

გ.ი) ზოგადი ქირურგია, ბავშვთა ქირურგია, პროქტოლოგია; საზიარო კომპეტენციებს განეკუთვნება მცირექირურგიული მანიპულაციები, კონსერვატიული მკურნალობა (მაგ., ჰემოროიდული კვანძების თრომბოზის კონსერვატიული მკურნალობა), პოსტოპერაციული პერიოდის ამბულატორიული მართვა;

გ.კ) ორთოპედია-ტრავმატოლოგია;

გ.ლ) ონკოლოგია;

გ.მ) გადაუდებელი მედიცინა;

გ.ნ) ფიზიკური მედიცინა, რეაბილიტაცია და კურორტოლოგია;

გ.ო) სპორტის მედიცინა;

გ.პ) პროფესიული სნეულებები;

დ) ოჯახის ექიმმა უნდა შეძლოს ნებისმიერი პაციენტის ჯანმრთელობის ნებისმიერი პრობლემის პირველადი შეფასება, რის შემდეგაც ოჯახის ექიმმა შეიძლება პრობლემა მთლიანად ან საწყის ეტაპზე მართოს თვითონ (მათ შორის, გაუწიოს პაციენტს გადაუდებელი დახმარება), ან გააგზავნოს სხვა სპეციალისტთან, ან მეორეული დონის სამედიცინო დაწესებულებაში. საოჯახო მედიცინასა და ზემოთ ჩამოთვლილი

სპეციალობებისა და სუბსპეციალობების სპეციფიკაციაში ჩართული დაავადებების/მდგომარეობების მართვისას კომპეტენციების “გადაფარვა/დამთხვევა” პირველადი ჯანდაცვის გარდუვალი თანამდევია. ასეთ შემთხვევებში აუცილებელია ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის მართვაში სხვა სპეციალისტის ჩართვის დროულობის და ხარისხის შესახებ ადეკვატური გადაწყვეტილების მიღება;

ე) ზოგადად სხვა სპეციალისტთან რეფერალი და/ ან მეორეულ თუ მესამეულ დაწესებულებაში პაციენტის გაგზავნის საფუძველი შემდეგია:

ე.ა) პაციენტისათვის გადაუდებელი დახმარების გაწევის საჭიროება, როდესაც:

ე.ა.ა) ოჯახის ექიმს არ შეუძლია პირველადი გადაუდებელი დახმარების გაწევა (შესაბამისი პირობების არარსებობის გამო ან შესაბამისი კომპეტენციის არქონის გამო) ან;

ე.ა.ბ) ოჯახის ექიმმა უკვე გაუწია პაციენტს პირველადი გადაუდებელი დახმარება (იხ. ქვეთავი 3 “ექიმ-სპეციალისტის ზოგადი უნარ-ჩვევები”) და პაციენტი საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას (მაგ., ოჯახის ექიმმა პაციენტს მწვავე კორონარული სინდრომით, რომელმაც ოფისში მიმართა მას, გადაუღო ეკგ, მისცა ასპირინი ანტითრომბოციტული დოზით, ნიტროგლიცერინი, ბეტა-ბლოკერი და გამოიძახა სასწრაფო დახმარების სამსახური ან მძღოლიანი მანქანით გააგზავნა პაციენტი საავადმყოფოში);

ვ) რთული სადიაგნოზო შემთხვევა (დაავადების ატიპიური მიმდინარეობა, ეჭვი იშვიათი დაავადების არსებობაზე);

ზ) წარუმატებელი მკურნალობა (მკურნალობისადმი რეზისტენტული შემთხვევები, მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტები მკურნალობისას);

თ) ჯანმრთელობის პრობლემა, რომელიც საჭიროებს ისეთ სადიაგნოზო და სამკურნალო მანიპულაციას, რომელსაც ოჯახის ექიმი არ ფლობს; მაგ., ქირურგიული მკურნალობა (გარდა მცირექირურგიული მანიპულაციებისა), ენდოსკოპია, ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა, აუდიომეტრია, სხივური თერაპია და ა.შ.;

ი) ჯანმრთელობის პრობლემა, რომლის მართვისთვისაც ქვეყანაში შექმნილია ადვილადხელმისაწვდომი სპეციალური ქსელი; მაგ., ტუბერკულოზი, ფსიქიატრიული დაავადებები; ამასთან, დაავადების პირველადი შეფასება და რეფერალის საჭიროების განსაზღვრა მაინც ოჯახის ექიმის კომპეტენციაში შედის.

მუხლი 3. პროფესიული მზადების სტრუქტურა

1. დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამა დაყოფილია 3 ეტაპად (ნაწილად):

ეტაპი	დასახელება	ხანგრძლივობა: თვე
I	საოჯახო მედიცინის შესავალი კურსი	6 თვე
II	როტაციები კლინიკებში	15 თვე
III	საოჯახო მედიცინის სპეციალიზებული კურსი	12 თვე
შვებულებები		თვე

2. რეზიდენტურის I ეტაპის მიზანია გააცნოს რეზიდენტს საოჯახო მედიცინის პრინციპები და სტრატეგიები, რაც სასარგებლო იქნება მისთვის მზადების მთელ პერიოდში.

3. მზადების II ეტაპის მიზანია რეზიდენტისათვის იმ ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შეძენა-გამომუშავება, რაც აუცილებელია პირველად ჯანდაცვაში არსებული სპეციფიკური პრობლემების მართვისათვის, მათ შორის განსაკუთრებით იმ პრობლემებისა, რომლებიც უმნიშვნელოვანესია საქართველოსათვის.

4. მზადების III ეტაპზე რეზიდენტმა უნდა შეიძინოს სპეციფიკური ცოდნა, უნარ-ჩვევები და მიდგომები, რომლებიც მას შესაძლებლობას მისცემენ ეფექტურად მართოს გავრცელებული ქრონიკული და მწვავე მდგომარეობები, რომლებიც ტიპურია საოჯახო მედიცინისათვის. დასაშვებია, რომ ამ პერიოდის განმავლობაში რეზიდენტს ექნება შესაძლებლობა განახორციელოს გარკვეული კონტინგენტისათვის უწყვეტი სამედიცინო დახმარება, ექნება დამოუკიდებელი საქმიანობის ნებართვა, როგორც საოჯახო მედიცინის სპეციალისტს.

მუხლი 4. სარეზიდენტო პროგრამის მოდულებად დაყოფა და მოდულების განხორციელების ორგანიზაცია, სარეზიდენტო პროგრამის ეტაპების მოდულებად დაყოფა

1. სარეზიდენტო პროგრამის I ეტაპი: სარეზიდენტო პროგრამის I ეტაპი მოიცავს 4 მოდულს და გრძელდება 6 თვეს. 6 თვის განმავლობაში მაძიებელი მზადებას გადის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში:

1	მოდულის დასახელება	ხანგრძლივობა (თვე)
I.1	სპეციალობისა და პროფესიონალიზმის საფუძვლები	2
I.2	ჯანდაცვის სისტემა და პრაქტიკული საქმიანობის ორგანიზაცია	1.5
I.3	მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა და ბიოსამედიცინო კვლევის საფუძვლები	1.5
I.4	პრაქტიკული უნარ-ჩვევები და ტკივილის მართვის საფუძვლები	1

2. სარეზიდენტო პროგრამის II ეტაპი: სარეზიდენტო პროგრამის II ეტაპი მოიცავს შესაბამისი პროფილის საავადმყოფოებში ან კლინიკებში როტაციების 9 ძირითად (13 თვე) და 2 ელექტიურ მოდულს (2 თვე), სულ 11 მოდულს საერთო ხანგრძლივობით 15 თვე:

1	მოდულის დასახელება	ხანგრძლივობა
ძირითადი მოდულები – 13 თვე		
II.1	კარდიოლოგია	1 თვე
II.2	ფილტვების დაავადებები და ტუბერკულოზი	1 თვე
II.3	ენდოკრინოლოგია	1 თვე
II.4	ინფექციური სნეულებები	1 თვე
II.5	გადაუდებელი მედიცინა და ტრავმა	2 თვე
II.6	ბავშვთა ჯანმრთელობა	3 თვე
II.7	ქალთა ჯანმრთელობა	2 თვე
II.8	ფსიქიკური ჯანმრთელობა	1 თვე
II.9	ნარკოლოგია	1 თვე

ელექტიური მოდულები – 2 თვე		
II.11	ელექტიური მოდული 1	1 თვე
II.12	ელექტიური მოდული 2	1 თვე

3. სარეზიდენტო პროგრამის III ეტაპი: სარეზიდენტო პროგრამის III ეტაპი მოიცავს 3 მოდულს, რომელსაც მაძიებელი გადის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში:

მოდულის დასახელება		ხანგრძლივობა
მოდული III.1. “დაავადებათა პრევენცია და მართვა პირველადი ჯანდაცვაში” – 7 თვე		
საკითხი 1.	ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა და პრევენციული პროგრამები პირველადი ჯანდაცვაში	1 თვე
საკითხი 2.	ქრონიკული დაავადებების მართვა	3 თვე
საკითხი 3.	ხანდაზმულების სამედიცინო მომსახურება	1 თვე
საკითხი 4.	პალიატიური მზრუნველობა	1 თვე
საკითხი 5.	წამლის რაციონალური გამოწერა	1 თვე
მოდული III.2. “ოჯახი და თემი ოჯახის ექიმის საქმიანობაში” – 2 თვე		
საკითხი 1.	ოჯახი, როგორც ზრუნვის/დახმარების ერთეული	1 თვე
საკითხი 2.	თემზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა	1 თვე
მოდული III.3. “ხარისხის უზრუნველყოფა და სამეცნიერო კვლევა” – 3 თვე		
საკითხი 1.	ხარისხის უზრუნველყოფა	1 თვე
საკითხი 2.	პაციენტის კმაყოფილება და აუდიტი	1 თვე
საკითხი 3.	სამეცნიერო კვლევა	1 თვე

4. სარეზიდენტო პროგრამის საერთო სტრუქტურა მოდულების რაოდენობის მითითებით:

ეტაპი და დასახელება	მოდულების რაოდენობა	ხანგრძლივობა (თვე)
ეტაპი I. საოჯახო მედიცინის შესავალი კურსი	4	6
ეტაპი II. როტაციები კლინიკებში	11	15
ეტაპი III. საოჯახო მედიცინის სპეციალიზებული კურსი	3	12
სულ	20	33

მუხლი 5. სარეზიდენტო პროგრამის ეტაპების ზოგადი დახასიათება და განხორციელების ორგანიზაცია

1. ზოგადი პრინციპები:

ა) სარეზიდენტო პროგრამის გავლისას აუცილებელია მზადების ეტაპების თანმიმდევრობის დაცვა (ჯერ I, შემდეგ II, დასასრულს III);

ბ) დასაშვებია ერთი ან რამდენიმე გამოტოვებული მოდულის მოგვიანებით გავლა (“აღდგენა”) პროგრამის ხელმძღვანელის რეკომენდაციის საფუძველზე.

2. მოდულების თანმიმდევრობა: ერთი ეტაპის ფარგლებში შესაძლებელია მოდულების გავლა განსხვავებული თანმიმდევრობით. თანმიმდევრობას ადგენენ პროგრამის ხელმძღვანელი და კოორდინატორი ტუტორებთან ერთად.

მუხლი 6. სარეზიდენტო პროგრამის I ეტაპის მიზანი და ამოცანები

1. რეზიდენტურის I ეტაპის (პირველი 6 თვე) ბოლოს რეზიდენტი უკვე იცნობს საოჯახო მედიცინის პრინციპებსა და სტრატეგიებს. მას შეუძლია მსჯელობა ოჯახის ექიმის ძირითად კომპეტენციებსა და სპეციალობის მახასიათებლებზე. ფლობს საექიმო კონსულტაციის ჩატარების მეთოდოლოგიას და კომუნიკაციის ჩვევებს. შეუძლია მსჯელობა ოჯახის ექიმის პრაქტიკის ორგანიზაციულ ასპექტებზე. იცნობს მტკიცებულებითი მედიცინის საფუძვლებსა და მეთოდებს. შეუძლია გაანალიზოს ამა თუ იმ სადიაგნოზო მეთოდის ვალიდურობა და სამკურნალო მეთოდის ეფექტურობა არსებული ლიტერატურის შეფასების საფუძველზე. იცნობს საქართველოს კანონმდებლობას ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის სამართლებრივ და ეთიკურ ასპექტებს. შეუძლია კვლევის მეთოდებზე მსჯელობა პირველადი ჯანდაცვის კონტექსტში.

2. მზადების ეს ნაწილი ტარდება ოჯახის ექიმის ოფისში (მოდულზე პასუხისმგებელი პირის – “ოჯახის ექიმი-მასწავლებლის” მეთვალყურეობით) და გარემოში, სადაც მაძიებელს ხვდება ტუტორი.

3. ერთი მოდულის ფარგლებში რეზიდენტი/მაძიებელი მუშაობს ერთი ოჯახის ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ.

4. ტუტორი მუშაობს 6-8 რეზიდენტთან/მაძიებელთან, რაც მოიცავს საწყის და დასკვნით შეხვედრებს ცალკეული მოდულის ფარგლებში.

5. მოცემული ეტაპის სპეციფიკური ამოცანები მოიცავს შემდეგს:

ა) პირველადი ჯანდაცვის მართვა:

ა.ა) პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების (მათ შორის, ჩივილების) ეპიდემიოლოგიის ცოდნა;

ა.ბ) პირველადი ჯანდაცვისათვის ტიპური სიმპტომებისა და ჩივილების ცოდნა, განსაკუთრებით დაავადებათა ადრეულ სტადიებზე; მათი მნიშვნელობის ცოდნა დიაგნოზისა და მკურნალობისათვის (ბაზისური პროცედურები საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში);

ა.გ) ორგანიზაციული მიდგომების ცოდნა ქრონიკული მდგომარეობების მართვისათვის (პრაქტიკის ორგანიზაცია და ადმინისტრირება);

ა.დ) ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურისა და მისი კომპონენტების ფუნქციის ცოდნა პირველად ჯანდაცვასთან კავშირში;

ა.ე) ძირითადი სკომუნიკაციო უნარ-ჩვევები პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების კონსულტირებისა და სწავლებისათვის, მათთან ურთიერთობისათვის;

ა.ვ) ძირითადი საორგანიზაციო უნარ-ჩვევები ჩანაწერების შენახვის, საინფორმაციო მართვის, გუნდური მუშაობის, პრაქტიკის წარმართვისა და საქმიანობის ხარისხის აუდიტისათვის;

ბ) პიროვნებაზე კონცენტრირებული დახმარება:

ბ.ა) ბაზისური მეცნიერული ცოდნა პიროვნების, მისი განვითარების, მიზნებისა და ცხოვრებისეული მოლოდინების გაგებისათვის;

ბ.ბ) მოძიებული მონაცემების პაციენტისათვის მისთვის მისაღები და გასაგები ფორმით შეტყობინების უნარი, რაც, აგრეთვე, გულისხმობს პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდებას მისი მოსაზრებების თაობაზე და ერთიანი საფუძვლის ჩამოყალიბებას შემდგომი გადაწყვეტილების მისაღებად;

ბ.გ) გადაწყვეტილების მიღება პაციენტის ავტონომიის გათვალისწინებით;

გ) სპეციფიკური პრობლემების მოგვარების უნარ-ჩვევები:

გ.ა) ბაზისური ცოდნა დაავადებებისა და პათოლოგიური მდგომარეობების შესახებ პირველად ჯანდაცვასა და ზოგადად, საქართველოში ზემოხსენებულთა სიხშირისა და გავრცელების სპეციფიკურობის გათვალისწინებით;

გ.ბ) ანამნეზის შეგროვებისა და ფიზიკური გასინჯვის, აგრეთვე მოძიებული შედეგების შეფასების უნარ-ჩვევა;

დ) ყოვლისმომცველი მიდგომა:

დ.ა) ოჯახის ექიმის როლის გაცნობიერება თემში ჯანმრთელობის ხელშეწყობისათვის;

დ.ბ) ინდივიდისა და თემის მოთხოვნებს შორის არსებული ეთიკური წინააღმდეგობების მნიშვნელობის გათვალისწინება და შესაბამისად მოქმედება;

დ.გ) გუნდის წევრების განსხვავებული შესაძლებლობებისა და განსხვავებული წვლილის შეტანის უნარის გაცნობიერება;

ე) თემზე ორიენტაცია:

ე.ა) ჯანმრთელობის დაცვასა და სოციალურ დაცვას შორის ურთიერთკავშირის გაცნობიერება;

ე.ბ) სიღარიბის, ეთნიკური თავისებურებებისა და ლოკალური ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის გაცნობიერება;

ე.გ) ჯანდაცვის სფეროში არსებული უთანაბრობის გაცნობიერება;

ე.დ) ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურისა და მისი ეკონომიკური შესაძლებლობების შეზღუდულობის გაცნობიერება;

ე.ე) გაცნობიერება იმისა, როგორ შეიძლება იქნეს გამოყენებული ჯანდაცვის სისტემა პაციენტისა და ექიმის მიერ (რეფერალური პროცედურები, თანაგადახდა, საავადმყოფო ფურცელი, საკანონმდებლო საკითხები და ა.შ.) მათი პრობლემების კონტექსტში;

ვ) ჰოლისტური მიდგომა:

ვ.ა) ჰოლიზმის კონცეფციის ცოდნა და მისი გამოყენება პაციენტისათვის დახმარების აღმოჩენისას; მზადების ამ ნაწილის არსებითი მახასიათებლები შეიძლება გახდეს:

ვ.ა.ა) კონტექსტუალური: ადგილობრივი თემის, ეკონომიკური ფაქტორების, გეოგრაფიული და კულტურული ფაქტორების გავლენა სამუშაო ადგილზე და პაციენტისათვის დახმარების აღმოჩენის პროცესზე; რა სახის ფინანსურ და საკანონმდებლო გარემოში ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვა პრაქტიკულ დონეზე;

ვ.ა.ბ) დამოკიდებულებითი: პერსონალური ეთიკის საკითხების გაცნობიერება;

ვ.ა.გ) მეცნიერული: სამეცნიერო კვლევის ზოგადი პრინციპების, მეთოდებისა და კონცეფციის, აგრეთვე სტატისტიკის საფუძვლების (სიხშირე, გავრცელება, პროგნოზირება, მნიშვნელობა და სხვ.) ცოდნა; სამედიცინო ლიტერატურის მოძიების, კითხვისა და კრიტიკული შეფასების უნარი.

6. ჩატარების ადგილი:

ა) მზადების ეს ნაწილი უნდა ჩატარდეს ოჯახის ექიმის ოფისში, სასურველია, რეზიდენტის პერსონალური ხელმძღვანელის მეთვალყურეობით. მზადების გარკვეული ნაწილი შეიძლება განხორციელდეს საოჯახო მედიცინის ცენტრში ან სხვა ადგილზე (მაგ., სასწავლო ცენტრებში);

ბ) დროის განრიგი: მზადების საერთო ხანგრძლივობაა 6 თვე. ეს პერიოდი დაყოფილია მოდულებად (იხ. ზემოთ “სარეზიდენტო პროგრამის ეტაპების მოდულებად დაყოფა”).

7. ცალკეული მოდულის განხორციელების მეთოდი:

ა) მოდულები განხორციელდება სტრუქტურირებული სასწავლო სესიების სახით ყოველი მოდულის დასაწყისში და დასასრულს. სესიებს შორის დროის მონაკვეთი გამოყენებული იქნება ამოცანის შესრულებისათვის და, თუ შესაძლებელია, რეზიდენტებთან რეგულარული ყოველკვირეული შეხვედრებისთვის, სასწავლო პროგრამის მიზნების მიღწევის უზრუნველსაყოფად;

ბ) ყოველი მოდული იწყება ერთი ან რამდენიმე დღიანი შესავალი ნაწილით და მისი დანიშნულებაა სასწავლო კურსის ჩატარებასთან დაკავშირებული საორგანიზაციო საკითხების განხილვა და კურსის მიზნის განმარტება;

გ) ყოველი მოდულის დამთავრებისას მოეწყობა დასკვნითი სასწავლო სესია, რომლის მიზანია განვლილი სამუშაო შეფასება და შეჯამება.

8. სწავლების მეთოდები: გამოყენებული იქნება სწავლების სხვადასხვა მეთოდები. ძირითადი მეთოდია საქმიანობა ხელმძღვანელთან და პრაქტიკის წარმოება მეთვალყურეობით, რასაც თან მოჰყვება რეზიდენტის დამოუკიდებელი კონსულტაციები. აუდიტორიაში სწავლება მიმდინარეობს სხვადასხვა ფორმით: L ლექცია, დისკუსია მცირე ჯგუფებში, დავალებების შესრულება და სხვ.

9. შეფასება: ყოველი მოდულის შემდეგ ტარდება შეფასება, რომელიც განსაზღვრავს დასახული მიზნის მიღწევის ხარისხს. შეფასება ტარდება დასკვნითი სესიების დროს.

მუხლი 7. სარეზიდენტო პროგრამის II ეტაპის მიზანი და ამოცანები

1. პროფესიული მზადების II ეტაპის მიზანია:

ა) მზადების II ეტაპის ბოლოსთვის რეზიდენტს გამომუშავებული აქვს ცოდნა და უნარ-ჩვევები, რაც აუცილებელია პირველად ჯანდაცვაში არსებული სპეციფიკური პრობლემების მართვისათვის, მათ შორის, განსაკუთრებით იმ პრობლემებისა, რომლებიც უმნიშვნელოვანესია საქართველოსათვის;

ბ) შეუძლია გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების დიაგნოსტიკა და მართვა; იცნობს გადაუდებელი მედიცინისა და ტრავმის მართვის პრინციპებს, შეუძლია გავრცელებული

სამედიცინო პრობლემების მართვა ბავშვებში, იცნობს ქალთა ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად პრინციპებს და შეუძლია სპეციფიკური პრობლემების მართვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ჩათვლით; შეუძლია პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ძირითადი მახასიათებლების შეფასება და გავრცელებული აშლილობების ამოცნობა ან მათ არსებობაზე ეჭვის მიტანა; შეუძლია გარცელებული დაავადებების ამოცნობა და პირველადი მართვა შემდეგი სფეროებიდან: ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები, დერმატოლოგია, ოფთალმოლოგია, ნევროლოგია, ორთოპედია, ონკოლოგია, ქირურგია.

2. პროფესიული მზადების II ეტაპის ამოცანები: მოცემული ეტაპის სპეციფიკური ამოცანები მოიცავს შემდეგს:

ა) პირველადი ჯანდაცვის მართვა:

ა.ა) პირველადი ჯანდაცვის სფეროში ტიპური (უბშირესი) სიმპტომებისა და ჩივილების ცოდნა, განსაკუთრებით დაავადებათა ადრეულ სტადიებზე; ამ უკანასკნელთა ნიშნებისა და სიმპტომების მნიშვნელობის ცოდნა სადიაგნოზო და სამკურნალო ღონისძიებების შერჩევისათვის;

ა.ბ) უნარ-ჩვევები მწვავე, ქრონიკული, პრევენციული, პალიატიური და გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენისათვის;

ა.გ) ანამნეზის შეგროვების, ფიზიკური გამოკვლევისა და დამატებითი ტესტების გამოყენების უნარ-ჩვევები იმ მდგომარეობათა სადიაგნოზოდ, რომლებიც აღენიშნებათ პაციენტებს პირველად ჯანდაცვაში;

ა.დ) მკურნალობის უნარ-ჩვევები, მათ შორის, როგორც მედიკამენტური, ისე არამედიკამენტური მიდგომების გამოყენებით იმ მდგომარეობების დროს, რომლებიც ხშირია პირველად ჯანდაცვაში (მაგ., კარდიოვასკულური დაავადებები, ცერებროვასკულური დაავადებები, დიაბეტი, ფილტვის დაავადებები და ა.შ.);

ა.ე) სხვა სპეციალისტებთან ეფექტური თანამშრომლობის უნარი;

ბ) პიროვნებაზე კონცენტრირებული დახმარება: ბაზისური საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევები (გაგრძელება იქნება);

გ) სპეციფიკური პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევები:

გ.ა) სპეციფიკური გადაწყვეტილებების მიღების უნარ-ჩვევა, მათ შორის, ისეთი ბერკეტების გამოყენების უნარი, როგორიცაა კლინიკური მსჯელობა და გადაწყვეტილების მიღების ზოგადი წესები;

გ.ბ) ანამნეზური მონაცემების მოძიებისათვის საჭირო კითხვებისა და მნიშვნელოვანი ფიზიკური ნიშნების ცოდნა და მათი მისადაგება არსებულ პრობლემასთან, ყურადღების გამახვილებით გადაუდებელი დახმარების საჭიროებაზე და პირიქით;

გ.გ) პაციენტთან დაკავშირებული გარემოებების, მათ შორის ოჯახისა და სოციალური ფაქტორების, მოძიების ცოდნა;

გ.დ) წარმოდგენილი პრობლემების გადაჭრისათვის საჭირო სადიაგნოზო და სამკურნალო რესურსების შესახებ ინფორმაციის ფლობა;

გ.ე) ანამნეზის შეგროვებისა და ფიზიკური გამოკვლევის უნარ-ჩვევები, მოძიებული მონაცემების შეფასების ცოდნა;

გ.ვ) საქმიანობისადმი მიდგომის ისეთი მახასიათებლების გათავისება, როგორიცაა ცოდნის წყურვილი, მონდომება და ყურადღებთანობა;

გ.ზ) სპეციფიკური გადაწყვეტილებების მიღების უნარ-ჩვევა ურგენტულ სიტუაციებში;

გ.თ) სპეციფიკური უნარ-ჩვევების ქონა გადაუდებელი დახმარებისათვის საჭირო პროცედურების განხორციელებისათვის პირველადი ჯანდაცვისათვის დამახასიათებელ სიტუაციებში;

გ.ი) ცოდნა იმისა, როდის შეიძლება მოცდა/დაყოვნება და როდის არის საჭირო დამატებითი სადიაგნოზო ღონისძიებები;

გ.კ) სიმპტომებისა და ნიშნების, დამატებითი გამოკვლევების მონაცემების პოზიტიური და ნეგატიური პრედიკტული მნიშვნელობისა და “სამიზნე” დაავადებების დროს მათი სიხშირის ცოდნა;

გ.ლ) სადიაგნოზო და სამკურნალო ღონისძიებების ხარჯეფექტურობისა და ხარჯსარგებლიანობის გაცნობიერება.

დ) ყოვლისმომცველი მიდგომა:

დ.ა) პოლიმორბიდულობის (პოლინოზოლოგიურობის) კონცეფციისა და შედეგების გაცნობიერება;

დ.ბ) პაციენტის ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემების ერთდროულად მართვის უნარ-ჩვევა მათი ამოცნობის, შესწავლის, განმარტების მიცემის, საუბრის წარმართვისა და პრიორიტეტების გამოყოფის გზით;

ე) თემზე ორიენტაცია: ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ სათემო პოლიტიკაში ჩართულ სხვა პროფესიონალებთან მუშაობა და მათი როლის გაცნობიერება;

ვ) მეცნიერული გამოყენების მახასიათებლები იქნება: სრულყოფილი ცოდნა პათოლოგიის, სიმპტომებისა და დიაგნოზის, მკურნალობისა და პროგნოზის, ეპიდემიოლოგიის, აგრეთვე, გადაწყვეტილების მიღების, ჰიპოთეზის ჩამოყალიბებისა და პრობლემის გადაჭრის თეორიების ფორმირებისა და პრევენციული სამედიცინო დახმარების მეცნიერული საფუძვლების შესახებ.

3. II ეტაპის ელექტიური მოდულების შესახებ:

ა) მთლიანად მზადება II ეტაპზე მზადების 2 თვე გამოყოფილია ელექტიური მოდულებისთვის. მაძიებელს/რეზიდენტს შეუძლია შეარჩიოს ერთ თვიანი ხანგრძლივობის 2 ელექტიური მოდული ქვემოთ მოცემული ნუსხიდან:

აა.ა) ნევროლოგია (1 თვე);

ბა.ბ) ონკოლოგია (1 თვე);

ა.გ) ოფთალმოლოგია (1 თვე);

ა.დ) ქირურგია (1 თვე);

ა.ე) ორთოპედია (1 თვე);

ა.ვ) ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები (1 თვე);

ა.ზ) დერმატოლოგია (1 თვე);

ბ) ყოველი როტაციის ნაწილს (სასურველია 50%) რეზიდენტი გაატარებს ამბულატორიულ კლინიკაში. სპეციალური/ვიწრო საკითხებისათვის ორგანიზებული იქნება მოკლევადიანი სასწავლო კურსები.

4. მზადების II ეტაპის დანიშნულება და მნიშვნელობა:

ა) იმისათვის, რომ II ეტაპის როტაციებისას გაუმჯობესდეს მზადების ხარისხი და შესაბამისობა, საოჯახო მედიცინის მასწავლებლებმა (“ოჯახის ექიმი-მასწავლებელი”) ყურადღება უნდა გაამახვილონ იმაზე, თუ რას ელიან მსმენელები/რეზიდენტები მზადების

პროცესის ამ კომპონენტისაგან და რა საშუალებები არსებობს ამ მოლოდინის გასამართლებლად. საგანმანათლებლო პროგრამის მზარდი ხარისხის მოლოდინის გამართლება დამოკიდებულია სპეციალისტი მასწავლებლების მომზადების დონესა და მათთვის მზარდაჭერის უზრუნველყოფაზე. კონსულტანტ მასწავლებლებს უნდა ჰქონდეთ საკმარისი დრო არა მარტო სწავლებისთვის, არამედ იმისთვისაც, რომ შეიძინონ და სრულყონ სწავლების უნარ-ჩვევები. იქ, სადაც მზადება მიმდინარეობს პირველადი ჯანდაცვის კლინიკის გარეთ, მათ შორის, საავადმყოფოში, უნდა არსებობდეს სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სწავლებაზე პასუხისმგებელი დაწესებულებისათვის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდებას და საოჯახო მედიცინის მასწავლებლების მიერ ხელმძღვანელობის შესაძლებლობას;

ბ) საოჯახო მედიცინის რეზიდენტების პირველადი ჯანდაცვის სისტემის აგრეთ, მათ შორის საავადმყოფოებში, მზადების პერიოდში „ჩავარდნების“ თავიდან ასაცილებლად და საგანმანათლებლო მიზნების განსახორციელებლად უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს ბალანსი მზადების საგანმანათლებლო და სამომსახურეო კომპონენტებს შორის. ყველა კლინიკასა და საავადმყოფოში უნდა იყოს ფორმალური და არაფორმალური სწავლებისთვის დროის გამოყოფის შესაძლებლობა. უნდა არსებობდეს კონკრეტული პირი, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება მიმდინარე შეფასებაზე, ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შეფასებაზე და მეთვალყურეობაზე; A

გ) კლინიკური აუდიტი – სამედიცინო დახმარების ხარისხის სისტემატური მიმოხილვა, თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. იდეალურია, თუ ის საგანმანათლებლო პროგრამის ნაწილია ყველა კლინიკასა და საავადმყოფოში, რომლებიც შერჩეულია საოჯახო მედიცინის სწავლებისთვის;

დ) სწავლება ორიენტირებული უნდა იყოს მომავალი ოჯახის ექიმის საჭიროებებზე, საავადმყოფოებში მზადების პერიოდში უნდა შენარჩუნდეს მუდმივი კონტაქტი საოჯახო მედიცინის დაწესებულებასთან. საოჯახო მედიცინის რეზიდენტების მზადების პროგრამა საავადმყოფოსა და კლინიკებში ისეთივე მნიშვნელობის მქონეა, როგორც სხვა სპეციალობის რეზიდენტებისთვის სპეციალურ განყოფილებებში მზადება.

5. სწავლების/შეფასების მეთოდები მზადების II ეტაპზე: მზადების მოცემულ ეტაპზე სწავლების და შეფასების მეთოდები ანალოგიურია და თითქმის არაფრით განსხვავდება ერთმანეთისაგან და ეფუძნება კლინიკური საგნების სწავლებას ცალკეულ სპეციალობებში:

ა) სწავლება კლინიკური პრაქტიკის გარეთ: სწავლება მცირე ჯგუფებში, რომლის მიზანია ძირითადი ინფორმაციის მიწოდება რეზიდენტებისათვის ამა თუ იმ კლინიკური საკითხის შესახებ;

ბ) პრაქტიკული საქმიანობა კლინიკასა და საავადმყოფოში:

ბ.ა) დაკვირვება სამედიცინო პერსონალის საქმიანობაზე, დასწრება სამედიცინო კონსულტაციებზე;

ბ.ბ) პრაქტიკული კლინიკური საქმიანობა მოცემულ სპეციალობაში მოდულზე პასუხისმგებელი პირის (ე.წ. „მასწავლებელი სპიცალისტი“) ზედამხედველობით;

ბ.გ) მასწავლებლის ანგარიშები და სწავლების პროცესის გაუმჯობესების საკითხებზე მსჯელობა;

გ) პრაქტიკული საქმიანობა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში (ეს კომპონენტი ეტაპობრივ დანერგვას საჭიროებს და შესაძლებელია დასაწყისში, ბაზების უკმარისობის გამო არ დაინერგოს);

გ.ა) დაკვირვება სამედიცინო პერსონალის საქმიანობაზე, დასწრება სამედიცინო კონსულტაციებზე ოჯახის ექიმის ოფისში;

გ.ბ) პრაქტიკული კლინიკური საქმიანობა ოჯახის ექიმის ოფისში: მოცემული სპეციალობის ფარგლებში არსებული ჯანმრთელობის პრობლემების მართვა მოდულზე პასუხისმგებელი პირის (ოჯახის ექიმის) ზედამხედველობით;

გ.გ) მოდულზე პასუხისმგებელი პირის ანგარიში პროგრამის ხელმძღვანელისადმი და სწავლების პროცესის გაუმჯობესების საკითხებზე მსჯელობა;

დ) სწავლების მეთოდების ჩამონათვალი:

დ.ა) პირდაპირი დაკვირვება (ვიწრო სპეციალისტისა და ოჯახის ექიმის საქმიანობაზე);

დ.ბ) სამედიცინო კონსულტაცია სიმულირებული პაციენტის დახმარებით;

დ.გ) ჩვენების შესწავლა მულაჟის გამოყენებით;

დ.დ) სწავლება მცირე ჯგუფებში;

დ.ე) ინტერაქტიური დისკუსია;

დ.ვ) ინტერაქტიური პრეზენტაცია, ლექცია თანდართული სახელმძღვანელო მასალებით;

დ.ზ) უკუკავშირი/ანგარიშები პრაქტიკის მასწავლებლებისგან და სხვა პერსონალისაგან;

ე) შეფასების მეთოდების ჩამონათვალი:

ე.ა) რეზიდენტის მიერ წარმოებული კლინიკური საქმიანობის შეფასება რეზიდენტის ჩანაწერების საფუძველზე;

ე.ბ) პირდაპირი დაკვირვება რეზიდენტის მიერ წარმოებულ საქმიანობაზე და დაკვირვების შედეგების განხილვა რეზიდენტთან;

ე.გ) რეზიდენტის მიერ წარმოებული პროფესიული საქმიანობის გადაღება და მისი განხილვა რეზიდენტთან;

ე.დ) სამედიცინო კონსულტაცია სიმულირებული პაციენტის დახმარებით;

ე.ე) კლინიკური ჩვენების დემონსტირება მულაჟზე/მანეკენზე/სიმულატორზე;

ე.ვ) როლების თამაში;

ე.ზ) კლინიკური შემთხვევების ანალიზი (წერილობითი და ზეპირი);

ე.თ) პაციენტის მოსაზრებები და ჩანაწერები;

ვ) მზადების II ეტაპზე აუცილებელია რეგულარული (ყოველთვიური) “უკუკავშირის” სესიები, რომელსაც ატარებს ტუტორი.

მუხლი 8. სარეზიდენტო პროგრამის III ეტაპის მიზანი და ამოცანები

1. პროფესიული მზადების III ეტაპის მიზანი: სპეციალობაში “ოჯახის ექიმი” რეზიდენტების მზადების III ეტაპის დასასრულისთვის რეზიდენტს აქვს სპეციფიკური ცოდნა, ფლობს უნარ-ჩვევებსა და მიდგომებს, რომლებიც მას შესაძლებლობას მისცემენ ეფექტურად მართოს გავრცელებული ქრონიკული და მწვავე მდგომარეობები, რომლებიც ტიპურია საოჯახო მედიცინისათვის. მოცემული დროისთვის რეზიდენტს შესწევს უნარი განახორციელოს დამოუკიდებელი უწყვეტი სამედიცინო დახმარება გარკვეული კონტინგენტისთვის.

2. პროფესიული მზადების III ეტაპის ამოცანები: მოცემული ეტაპის სპეციფიკური ამოცანები მოიცავს შემდეგს:

ა) პირველადი ჯანდაცვის მართვა:

ა.ა) იმ მიდგომების ცოდნა, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტისათვის არასელექციური პრობლემების მქონე პაციენტისათვის მომსახურების ადვილად ხელმისაწვდომობას;

ა.ბ) ქრონიკული მდგომარეობების მართვის ორგანიზაციული მიდგომების ცოდნა;

ა.გ) იმ პრევენციული ღონისძიებების ცოდნა, რაც მოეთხოვება პრაქტიკას პირველად ჯანდაცვაში;

ა.დ) პრობლემების პრიორიტეტულობის განსაზღვრის უნარი;

ა.ე) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების (კლინიკის) ორგანიზაციის ცოდნა;

ა.ვ) გუნდის სხვა წევრებთან ეფექტური კომუნიკაციის დამყარება;

ა.ზ) გუნდური მუშაობის ჩვევა;

ა.თ) სხვა სპეციალისტებთან ეფექტური თანამშრომლობის უნარი;

ა.ი) კონსულტაციის, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლებისათვის საჭირო საკომუნიკაციო ჩვევები;

ა.კ) ჩანაწერების შენახვის, საინფორმაციო მენეჯმენტის, გუნდური მუშაობის, პრაქტიკის წარმართვისა და მომსახურების ხარისხის აუდიტირებისათვის საჭირო საორგანიზაციო ჩვევები;

ა.ლ) პაციენტთან პარტნიორული კავშირის დამყარებისათვის საჭირო ურთიერთობისა და კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების განვითარება და შენარჩუნება;

ა.მ) ეფექტური ლიდერობის, მოლაპარაკებისა და კომპრომისების ჩვევები.

ბ) პიროვნებაზე კონცენტრირებული დახმარება:

ბ.ა) კონცეფციური მიდგომა ოჯახის და თემის ფაქტორებისადმი; პიროვნების დამოკიდებულების, ფასეულობებისა და რწმენის სოციალური და კულტურული კონტექსტის გაგება;

ბ.ბ) ავადმყოფი პაციენტისა და ზოგადად დაავადების კონცეფციის ჩამოყალიბება;

ბ.გ) პაციენტზე ორიენტირებული საკონსულტაციო მოდელის განხორციელების უნარი, პაციენტის თავისებურებების/დამოკიდებულების გააზრებისა (მაგალითად, ყინულის გაღებვა, იდეები, ინტერესი და მოლოდინები) და მასთან მასწავლებლის დამოკიდებულების ინტეგრირებით, საერთო საფუძვლების ჩამოყალიბებისა და ერთიანი სამომავლო გეგმის ფორმირებისათვის;

ბ.დ) ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის სუბიექტური კომპონენტის ცოდნა, როგორც პაციენტის (მისი შეგრძნებები, ღირებულებები და წარმოდგენები), ასევე რეზიდენტის თვალსაწიერიდან (ფასეულობების, მიდგომებისა და შეგრძნებების თვითანალიზი);

ბ.ე) პაციენტთან პარტნიორული ურთიერთობების დამყარებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევები და მიდგომები;

ბ.ვ) უნარ-ჩვევები და მიდგომები პაციენტთან დისტანცირებისა და ახლო ურთიერთობების დასაბალანსებლად;

ბ.ზ) უწყვეტობის სამი ასპექტის გაგება/შეთვისება: პიროვნული ურთიერთობის უწყვეტობა მთელი ცხოვრების განმავლობაში (მიდგომა ხანგრძლივი ურთიერთობის ჩამოსაყალიბებლად ერთ პიროვნებასთან), ინფორმაციის მიწოდების უწყვეტობა – კონკრეტული პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყოველ საჭირო მომენტში (ინფორმაციის მიწოდება პერსონალურად და

ელექტრონული სისტემის საშუალებით), მოვლის უწყვეტობა მთელი დღე-ღამის განმავლობაში (სამუშაო და არასამუშაო საათებში).

3. სპეციფიკური პრობლემების გადაწყვეტის უნარ-ჩვევები:

ა) მართვის გეგმაში პაციენტის ჩართვის სურვილი;

ბ) სამედიცინო გადაწყვეტილების ნაბიჯ-ნაბიჯ მიღების უნარი, დროის, როგორც სადიაგნოზო და სამკურნალო ბერკეტის გამოყენებით;

გ) პირველად ჯანდაცვაში პრობლემების გადაწყვეტის პროცესში გაურკვეველი, საექვო სიტუაციების აღმოცენების გარდუვალობის გაგება და მის მიმართ ტოლერანტობის გამომუშავება.

4. ყოვლისმომცველი მიდგომა:

ა) პოლინოზოლოგიურობის კონცეფციისა და შედეგების მისადაგება ყოველი ცალკეული პაციენტისათვის;

ბ) პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ყველა პრობლემის ერთდროულად მართვის უნარ-ჩვევა მათი იდენტიფიცირების, შესწავლის, ცნობის, პრიორიტეტულობის განსაზღვრის გზით;

გ) სამედიცინო ჩანაწერებისა და სხვა ინფორმაციის სათანადოდ გამოყენების უნარ-ჩვევა;

დ) საუკეთესო მტკიცებულებების მოძიებისა და მათი პრაქტიკაში გამოყენების უნარი;

ე) ჯანმრთელობის კონცეფციის გაგება მთლიანობაში, მისი მრავალსახოვნების გათვალისწინებით;

ვ) ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა ყოველი ინდივიდის დონეზე, როგორც ყოველდღიური საქმიანობის ნაწილი;

ზ) ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობისა და პრევენციის განხორციელება სათანადო პროგრამების მეშვეობით;

თ) სხვადასხვა მიდგომების გამოყენების უნარი ცალკეული პაციენტის მიმართ;

ი) პრაქტიკის გუნდის საქმიანობის კოორდინაციის უნარი;

კ) თემის ჯანმრთელობის საჭიროებების გაგება პოპულაციის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების მიხედვით.

5. თემზე ორიენტაცია:

ა) თემის ჯანდაცვის პოლიტიკასთან დაკავშირებულ სხვა პროფესიონალებთან ერთობლივი საქმიანობა და მათი როლის გაცნობიერება;

ბ) პრაქტიკაზე და თემზე დაფუძნებული ინფორმაციის მნიშვნელობის გაცნობიერება პრაქტიკის ხარისხის უზრუნველყოფისათვის;

გ) ინდივიდებისა და თემის საჭიროებების შესაბამისობაში მოყვანა.

6. ჰოლისტური მიდგომა:

ა) პაციენტის, როგორც ბიოფსიქოსოციალური მთლიანობის გაგება;

ბ) ჰოლისტური გაგების პრაქტიკულ განხორციელებაში ტრანსფორმაციის უნარ-ჩვევა;

გ) სამედიცინო დახმარებასთან მიმართებაში პაციენტის კულტურული და ეთნოსტენციური საფუძვლების ცოდნა;

დ) ტოლერანტობა და პაციენტის გამოცდილების, რწმენის, ფასეულობებისა და მოლოდინების გაგება, რასაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს მომსახურების მიწოდებაზე.

7. ტრენინგის ამ ნაწილის მახასიათებლები შეიძლება იქნეს:

ა) კონტექსტუალური:

ა.ა) ცოდნა იმისა, თუ რა გავლენას ახდენს მთლიანად სამუშაოს მოცულობა მის მიერ კონკრეტული პაციენტისთვის გაწეულ სამედიცინო დახმარების ხარისხზე;

ა.ბ) გაგება იმისა, თუ რა გავლენას ახდენს ექიმის საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები მის მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე;

ბ) მიდგომითი:

ბ.ა) ცოდნა იმისა, რა შესაძლებლობები და ფასეულობები გააჩნია ექიმს – ეთიკური ასპექტების იდენტიფიცირება კლინიკურ პრაქტიკაში (პრევენცია/დიაგნოზი/თერაპია/ცხოვრების სტილზე გავლენის მომხდენი ფაქტორები);

ბ.ბ) საკუთარი თავის შეცნობა: იმისი გაცნობიერება, რომ საკუთარი მიდგომები და შეგრძნებები პრაქტიკის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორებია;

ბ.გ) პირადი ცხოვრებასა და პროფესიულ საქმიანობას შორის კავშირის არსებობის გაცნობიერება, მათ შორის სათანადო ბალანსის დამყარება.

8. სწავლების/შეფასების მეთოდები მზადების III ეტაპზე

ა) ჩატარების ადგილი – პროგრამის ეს ნაწილი აგრეთვე განხორციელდება საოჯახო პრაქტიკაში. თითოეული რეზიდენტისთვის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ორი ან სამი საოჯახო მედიცინის დაწესებულება არაერთგვაროვან პირობებში სამედიცინო მომსახურების განსხვავებულობის საილუსტრაციოდ (მაგალითად, სოფლად, შედარებით ქალაქთან ან დედაქალაქთან ახლოს). პროგრამის ამ ნაწილის მიმდინარეობისას შეიძლება დაიგეგმოს ვიზიტები სხვა სამედიცინო დაწესებულებებშიც (მაგალითად, ტუბდისპანსერი, ონკოლოგიური დისპანსერი, ტკივილის კლინიკა) ან ესა თუ ის ხანმოკლე კურსები;

ბ) დროის განრიგი – ეტაპის საერთო ხანგრძლივობაა 10 თვე, რაც მოიცავს 10 1-თვიან მოდულს (იხ. ზემოთ “სარეზიდენტო პროგრამის ეტაპების მოდულებად დაყოფა”).

გ) სწავლების მეთოდები – სწავლების ძირითადი მეთოდია რეზიდენტის მიერ ჩატარებულ კონსულტაციაზე ზედამხედველობა. სწავლება აუდიტორიაში სასურველია მოიცავდეს სხვადასხვა მეთოდებს: ლექციებს, მცირე ჯგუფებში დისკუსიას, დავალებების შესრულებას და სხვა მეთოდებს. ვიზიტები კლინიკებში და სხვა ინსტიტუციონალურ დაწესებულებებში ორგანიზებული უნდა იქნეს რეზიდენტების საჭიროებების გათვალისწინებით, მას შემდეგ, რაც განისაზღვრება ეს საჭიროებები;

დ) შეფასება – საბოლოო შეფასება უნდა განხორციელდეს გამოცდის ფორმით, პროფესიული მზადების დამთავრების შემდეგ. რეგულარული უკუკავშირი განხორციელდება ხელმძღვანელის მიერ რეზიდენტის წარმოებული საქმიანობის შესაბამისად.

მუხლი 9. აკადემიური პერსონალი, კვალიფიკაცია და საგანმანათლებლო რესურსები

1. რეზიდენტების მზადების ადეკვატური ხარისხით უზრუნველყოფისათვის აუცილებელია შემდეგი პერსონალის შერჩევა, მოწვევა და უწყვეტ პროფესიულ განათლებაში ჩართვა:

ა) მასწავლებელი – ე.წ. “ტუტორი”, რომელიც ზედამხედველობს რამდენიმე რეზიდენტის მზადებას;

ბ) ოჯახის ექიმი-მასწავლებელი – მოდულზე პასუხისმგებელი პირი პჯდ ცენტრში;

გ) შესაბამის სპეციალობაში სერტიფიცირებული ექიმი-მასწავლებელი – მოდულზე პასუხისმგებელი პირი შესაბამისი პროფილის სტაციონარსა და კლინიკაში;

2. საოჯახო მედიცინაში მზდების უდიდესი ნაწილი, კერძოდ, მზადების I და III ეტაპი ხორციელდება ოჯახის ექიმი-მასწავლებლის მონაწილეობით და/ან მათი მეთვალყურეობით.

3. მზადების II ეტაპზე ჩართული არიან შესაბამისი სპეციალობის ექიმები. მზადება საჭიროების მიხედვით მიმდინარეობს როგორც ამბულატორიულად ისე სტაციონარში.

4. ტუტორები უზრუნველყოფენ I ეტაპის შესავალი და დასკვნითი სესიების ჩატარებას, აგრეთვე II და III ეტაპის “უკუკავშირის” სესიების ორგანიზებას.

5. ოჯახის ექიმი-მასწავლებელი არის სერტიფიცირებული ექიმი სპეციალობაში “საოჯახო მედიცინა”, რომელიც დაუფლებულია მოზრდილთა სწავლების მეთოდებს. სასურველია, რომ მას გავლილი ჰქონდეს ოჯახის ექიმთა მასწავლებელთა ფორმალიზებული კურსი, რომელიც ორიენტირებულია მოზრდილთა სწავლების მეთოდებზე.

6. მასწავლებლების შერჩევის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს:

ა) მასწავლებლის პროფესიული ბიოგრაფია;

ბ) მისი, როგორც ექიმის შესაფერისობის შეფასება – პროფესიული საქმიანობის წარმოების ხარისხის თვალთახედვით და როგორც მასწავლებლის, სხვის განათლებაზე პასუხისმგებელი პირის თვალთახედვით;

გ) გასაუბრების შედეგები;

დ) სასწავლო დაწესებულების შეფასება. დასაწყისისთვის იგი უნდა მოიცავდეს პრაქტიკის დაწესებულების ვიზიტს დათვალიერების მიზნით. ვიზიტის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს კლინიკურ საქმიანობას, ამ უკანასკნელის კულტურას და სწავლებისათვის საჭირო გარემოს არსებობას.

7. სასურველია, რომ ყველა მაძიებელს ჰყავდეს ერთი (ან ორი) კონკრეტული “მასწავლებელი”/ზედამხედველი მზადების I და III ეტაპზე, რომელიც პასუხისმგებელია საგანმანათლებლო პროგრამის განხორციელებისათვის. ზედამხედველი უნდა იყოს ოჯახის ექიმი-მასწავლებელი.

ა) მასწავლებელი II ეტაპზე არის შესაბამისი სპეციალობაში სერტიფიცირებული ექიმი, რომელიც დაუფლებულია მოზრდილთა სწავლების მეთოდებს, აქვს სათანადო პრაქტიკა (პაციენტების რაოდენობა, დაავადებათა სპექტრი) საავადმყოფოში და/ან ამბულატორიულ კლინიკაში და აქვს ოჯახის ექიმთა დიპლომის შემდეგომი მზადების პროგრამაში მონაწილეობის სურვილი და მოტივაცია. მოდულზე პასუხისმგებელი პირი პასუხისმგებელია მოდულის გავლაზე იმ კლინიკასა თუ ჰოსპიტალში, სადაც ის ეწევა პრაქტიკულ საქმიანობას;

ბ) მასწავლებელი – “ტუტორი”: ტუტორი არის აკადემიური პერსონალი (როგორც არჩეული აკადემიური პერსონალი, ისე მოწვეული პედაგოგი) სპეციალობაში “საოჯახო მედიცინა”, რომელიც უზრუნველყოფენ ზედამხედველობას მაძიებელთა ერთ ჯგუფზე, რომელიც შეიძლება წარმოდგენილი იყოს 6-8 მაძიებლით. ტუტორი უზრუნველყოფს:

ბ.ა) მზადების I ეტაპზე შესავალი და დასკვნითი სესიების ჩატარებას;

ბ.ბ) მზადების II ეტაპზე “უკუკავშირის” სესიების უზრუნველყოფას;

ბ.გ) მზადების III ეტაპზე “უკუკავშირის” სესიების უზრუნველყოფას.

მუხლი 10. პროგრამის მართვა და ადმინისტრირება

1. პროგრამას უნდა ჰყავდეს: მმართველი ორგანო და საკონსულტაციო საბჭო.
2. მმართველი ორგანო უშუალოდ პროგრამის განხორციელებაში ჩართული და პასუხისმგებელია პროგრამის განხორციელებასა და მის ხარისხზე.
3. მმართველი ორგანო მოიცავს პროგრამის ხელმძღვანელს და პროგრამის კოორდინატორს ან კოორდინატორებს. რეზიდენტის რაოდენობის მიხედვით პროგრამას შეიძლება ჰყავდეს ერთი ან რამდენიმე კოორდინატორი.
4. ამასთან, ე.წ. “ტუტორებიც”, ფაქტობრივად, ჩართული არიან პროგრამის განხორციელებაში და მისი ხარისხის უზრუნველყოფაში, რადგან მათ აქვთ რეგულარული შეხვედრა მათთან მიმაგრებულ 6-8 რეზიდენტთან/მაძიებელთან.
5. საკონსულტაციო საბჭო აუცილებელია პროგრამის სტრუქტურის, მისი მიზნების და ამოცანების, განხორციელების მეთოდების, ხარისხის, მზადებაში ჩართული პირების კომპეტენციის საკითხებზე მუდმივი მსჯელობისთვის და პროგრამის მუდმივი გაუმჯობესებისთვის. საბჭოში მუშაობა არ არის ანაზღაურებადი.

მუხლი 11. პროგრამის ხანგრძლივობა

1. პროგრამის ხანგრძლივობა საშუალებას უნდა იძლეოდეს კომპეტენტური ოჯახის ექიმის მზადებისთვის. დღეს ევროპის ქვეყნებში მზადების ხანგრძლივობის მინიმალური სტანდარტი სპეციალობაში “ოჯახის ექიმი”/“ზოგადი პრაქტიკის ექიმი” 3 წელია.

2. მზადების 3 წელი – 36 თვე შედგება შემდეგი კომპონენტებისაგან:

- ა) 6 თვე – მზადების I ეტაპი;
- ბ) 15 თვე – მზადების II ეტაპი;
- გ) 12 თვე – მზადების III ეტაპი;
- დ) 3 თვე – შვებულება.

ე) სულ 36 თვე.

3. შვებულების თვის შერჩევა დამოკიდებულია მზადების დაწყების თარიღზე და დაწესებულებაზე, სადაც რეზიდენტი/მაძიებელი გადის მზადებას. უხშირესად ეს არის აგვისტო. შვებულების თვე შეიძლება შეიცვალოს მზადების კლინიკური ბაზის საჭიროებების მიხედვით. არ არის აუცილებელი შვებულებებს შორის ფიქსირებული ინტერვალების (მაგ., ზუსტად 11 თვის დაცვა).

მუხლი 12. პროგრამის განახლების პერიოდულობა

1. სასურველია პროგრამის პერიოდული განახლება. ამასთანავე, პროგრამა სტაბილურიც უნდა იყოს, რათა შესაძლებელი გახდეს მისი დანერგვა, პროგრამის განხორციელებაში ჩართულ პირთა გათვითცნობიერება და კოორდინირებული მუშაობის უზრუნველყოფა და პროგრამის ეფექტურობის შეფასება.

2. ზემოხსენებულიდან გამომდინარე, აგრეთვე პროგრამის ხანგრძლივობის გათვალისწინებით (3 წელი), სასურველია პროგრამის პირველი ძირეული განახლების საკითხი განხილული იქნეს არაუადრეს 5 წლისა მისი აღიარებიდან. პირველი ძირეული განახლების შემთხვევაში დადგინდება შემდგომი განახლების ვადები.

3. განახლების შესახებ საკითხის დასმის შემდეგ უნდა შეფასდეს, არის თუ არა ძირეული ცვლილების საჭიროება. აღნიშნულის შემდეგ მიღებული იქნება გადაწყვეტილება პროგრამის ძირეული განახლების შესახებ.

4. ამასთან, შესაძლებელია მისი ცალკეული ნაწილის შინაარსობრივი ცვლილება, რაც არ ეხება პროგრამის საერთო სტრუქტურას და პრინციპებს.

5. პროგრამის განახლების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია მაძიებელთა გამოცდილებისა და შეხედულებების გაზიარება, მათი მოლოდინისა და მიღებული შედეგების ანალიზი, რადგან საბოლოო მიზანი მაინც მაძიებლის საჭიროებებისადმი მაქსიმალურად მისადაგებული პროგრამის ჩამოყალიბებაა.

მუხლი 13. პროგრამის შესაბამისობა საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებთან

1. პროგრამას საფუძვლად უდევს შემდეგი რეკომენდაციები და პროგრამები:

ა) ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპული ორგანიზაციის (WONCA) ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპული განმარტება (WONCA Europe [The European Society of General Practice/Family Medicine]: The European Definition of General Practice/Family Medicine; Barcelona: WONCA, 2002);

ბ) ოჯახის ექიმთა მასწავლებლების ევროპული აკადემიის (EURACT – European Academy of Teachers in General Practice) საგანმანათლებლო პროგრამა (Education Agenda; EURACT, Leuven 2005);

გ) ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემიის “რეზიდენტურის პროგრამის განმარტებები: წარმატების კრიტერიუმები”, მე-8 გამოცემა, 2011 წელი;

დ) ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემიის კურიკულუმის მასალები ოჯახის ექიმთა რეზიდენტურაში მზადებისათვის (www.aafp.org), 2011 წელი;

ე) კანადის ოჯახის ექიმთა კოლეგიის (CFPC) “კომპეტენციებზე დაფუძნებული კურიკულუმი” (Triple C Competency-based Curriculum (Triple C)), 2011 წელი (მარტი);

ვ) კანადის ოჯახის ექიმთა კოლეგიის (CFPC) “კომპეტენციების განსაზღვრა სასერტიფიკაციო გამოცდისთვის კანადის ოჯახის ექიმთა კოლეგიის მიერ”, 2010 წელი;

ზ) კანადის ოჯახის ექიმთა კოლეგიის (CFPC) “CanMEDS – საოჯახო მედიცინა” (CanMEDS-Family Medicine) – კურიკულუმის შეფასების სამუშაო ჯგუფის ანგარიში, 2009 წელი;

თ) დიდი ბრიტანეთის ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა სამეფო კოლეგიის (RCGP) “სწავლებისა და სწავლის სახელმძღვანელო”, რომელიც ასახავს RCGP ძირითადი კურიკულუმის დებულებაში (RCGP core curriculum statement Being a General Practitioner) და RCGP მზადების კურიკულუმი (Part One: a statement on the eight PMETB standards for curricula, a submission to the Postgraduate Medical Education and Training Board; PMETB) ასახულ პრინციპებს. 2007 წელი.

თავი II. პროგრამის I ეტაპი

მუხლი 14

1. სარეზიდენტო პროგრამის I ეტაპი მოიცავს 4 მოდულს (6 თვე):

1	მოდულის დასახელება	ხანგრძლივობა
---	--------------------	--------------

		(თვე)
I.1	სპეციალობისა და პროფესიონალიზმის საფუძვლები	2
I.2	ჯანდაცვის სისტემა და პრაქტიკული საქმიანობის ორგანიზაცია	1.5
I.3	მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა და ბიოსამედიცინო კვლევის საფუძვლები	1.5
I.4	პრაქტიკული უნარ-ჩვევები და ტკივილის მართვის საფუძვლები	1

2. თითოეული მოდული მოიცავს ქვესაკითხებს, რომელსაც ითვალისწინებს ტუტორი სამუშაოს დაგეგმვისა და წარმართვისას:

1	მოდულის დასახელება	საკითხები
1	სპეციალობისა და პროფესიონალიზმის საფუძვლები	საოჯახო მედიცინის შესავალი კურსი
		კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები
		სამედიცინო ეთიკა ოჯახის ექიმის საქმიანობაში
2	ჯანდაცვის სისტემა და პრაქტიკული საქმიანობის ორგანიზაცია	საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა
		ოჯახის ექიმის პრაქტიკული საქმიანობის ორგანიზაცია
3	მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა და ბიოსამედიცინო კვლევის საფუძვლები	მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა
		ბიოსამედიცინო კვლევის წარმოება საოჯახო მედიცინის სფეროში – შესავალი კურსი
4	პრაქტიკული უნარ-ჩვევები და ტკივილის მართვის საფუძვლები	პრაქტიკული უნარ-ჩვევები ოჯახის ექიმის საქმიანობაში
		ტკივილის მართვის საფუძვლები

3. პირველი ეტაპის პირველი სამი მოდულის საკითხების შესწავლის სტრუქტურა ანალოგიურია – პირველი და ბოლო დღე ტუტორთან მუშაობა და დანარჩენი დღეები ოჯახის ექიმთან მუშაობა საოჯახო მედიცინის კლინიკაში.

4. თითოეული საკითხის პირველ დღეს რეზიდენტი/მადიებელი ხვდება თავის ტუტორს დანარჩენ რეზიდენტებთან/მადიებლებთან ერთად და ტუტორი მათ აცნობს საკითხის მიზნებს და ამოცანებს, აძლევს დავალებას.

5. შემდეგ რეზიდენტი/მადიებელი მთელს დროს (გარდა ბოლო დღისა) ატარებს საოჯახო მედიცინის კლინიკაში.

6. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ეტაპზე მოდულების დასახელება და საკითხების შინაარსი განსხვავდება, პრაქტიკული მუშაობის კომპონენტი ანალოგიურია და მოიცავს:

- ა) დასწრებას კონსულტაციებზე;
- ბ) ანამნეზის შეკრებაში მონაწილეობას;
- გ) სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაში მონაწილეობის მიღებას;
- დ) რეფერალის ორგანიზებაში მონაწილეობას;
- ე) სხვადასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას;
- ვ) პაციენტის განათლებაში მონაწილეობას;
- ზ) ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებაში მონაწილეობას;
- თ) კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებზე დასწრებას;

ი) მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე, რაც, უპირველეს ყოვლისა, მოიცავს მოხსენებას კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინზე და გაიდლაინის დამტკიცების შემდეგ დაგროვილ ფაქტებსა და ახალ მიდგომებზე; ამასთან, მოხსენება შეიძლება ეხებოდეს ოჯახის ექიმის საქმიანობის ნებისმიერ ასპექტს;

კ) ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტებში ჩართულობას.

7. თითოეული მოდულის მიზნებიდან გამომდინარე, რეზიდენტი/მადიებელი აგროვებს ინფორმაციას ტუტორის მიერ მიცემული დავალების შესახებ, რასაც ის ახორციელებს ოჯახის ექიმთან ერთად პრაქტიკული მუშაობის პროცესში.

მუხლი 15

1. მოდული I.1. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “სპეციალობისა და პროფესიონალიზმის საფუძვლები”, 2 თვე.

2. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია (ა) რეზიდენტი გაეცნოს სპეციალობის საფუძვლებს (საოჯახო მედიცინა, როგორც დისციპლინა და სპეციალობა), (ბ) გამოიმუშაოს პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო კონსულტაციის ჩატარების უნარ-ჩვევები და (გ) გამოიმუშაოს საქართველოს კანონმდებლობაში გაცხადებული ნორმებისა და ბიოსამედიცინო ეთიკის პრინციპების პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენების უნარი.

3. სპეციფიკური ამოცანები პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო კონსულტაციის ჩატარების უნარ-ჩვევების გამომუშავებისას:

- ა) პირველადი ჯანდაცვის მართვა:
 - ა.ა) შეეძლოს კლინიკურ პრაქტიკაში პროფესიული კომუნიკაციის ჩვევების გამოყენება (როგორც ორალური, ისე წერიტი) დროისა და სხვა რესურსების ეფექტური ხარჯვის ფონზე;
 - ა.ბ) შეეძლოს ეფექტური/ადეკვატური ურთიერთობის დამყარება ჯანდაცვის პროფესიონალებთან ორგანიზაციის შიგნით და მის გარეთ;
 - ა.გ) გამოიმუშაოს კომუნიკაციის ჩვევები საექიმო კონსულტაციის ჩასატარებლად, სწავლებისათვის, პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის დასამყარებლად;
 - ა.დ) გამოიმუშაოს პარტნიორობაზე, თანამშრომლობაზე დაფუძნებული ურთიერთობის სტილი პაციენტებთან მუშაობისას;

ბ) პიროვნებაზე კონცენტრირებული დახმარება:

ბ.ა) შეეძლოს პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის მიმოხილვა და ვიზიტის მიზეზების განსაზღვრა;

ბ.ბ) შეეძლოს შეაფასოს და მიმოხილოს პაციენტის გათვითცნობიერებულობა და დამოკიდებულება საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემისადმი და მისი მართვის საკითხებისადმი;

ბ.გ) შეეძლოს შეაფასოს და ადეკვატურად უპასუხოს პაციენტის წუხილს, დარდს მისი ჯანმრთელობის პრობლემებისა და ამ პრობლემების მართვის საკითხებთან დაკავშირებით;

ბ.დ) შეეძლოს მიაწოდოს პაციენტს შესაფერისი განმარტებები მისი ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული მოსაზრებებისა და კითხვების შესახებ;

ბ.ე) შეეძლოს განსაზღვრა იმისა, თუ რამდენად გაიგო და სწორად აღიქვა ექიმის მიერ მიწოდებული განმარტებები და რამდენად მოახერხა ექიმმა პაციენტის წუხილსა და დარდზე ადეკვატურად რეაგირება.

გ) სპეციფიკური პრობლემების მოგვარების უნარ-ჩვევები:

გ.ა) გამოიმუშაოს ეფექტური კომუნიკაციის უნარი განსაკუთრებულ სიტუაციებში; კერძოდ, რეზიდენტს უნდა შეეძლოს: “ცუდი ამბების” (პაციენტისათვის არასასიამოვნო ამბის) შეტყობინება; რეაგირება უკმაყოფილებზე, გაღიზიანებასა და აგრესიაზე; “რთული” პაციენტის მართვა;

გ.ბ) შეეძლოს პაციენტის ჩართვა მისი ჯანმრთელობის პრობლემების მართვასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში;

გ.გ) შეეძლოს, წარმართოს კონსულტაცია იმ სახითა და თანმიმდევრობით, რაც შეესაბამება პაციენტის საჭიროებებს; ამასთან, ერთი მხრივ, ჩართოს პაციენტი კონსულტაციის პროცესში, ხოლო მეორე მხრივ, ეფექტურად გამოიყენოს დრო;

დ) ყოვლისმომცველი მიდგომა:

დ.ა) გამოიმუშაოს უნარი, დაარწმუნოს ცალკეული პაციენტი ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობის აუცილებლობაში თითოეული სამედიცინო პრობლემის მართვისას;

დ.ბ) შეეძლოს კომუნიკაციის სხვადასხვა მეთოდისა და მიდგომის საჭიროებისდა მიხედვით გამოყენება, ზოგჯერ ერთსა და იმავე პაციენტთან ურთიერთობისას;

ე) თემზე ორიენტაცია:

ე.ა) შეეძლოს, ხელი შეუწყოს პაციენტისა და სამედიცინო პერსონალის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული რესურსების გამოყენებას (პაციენტის გაგზავნა კონსულტაციაზე – “რეფერალი”, თანაგახდის სისტემები, ავადმყოფობის ფურცელი, სხვადასხვა სამართლებრივი საკითხები და სხვ.);

ე.ბ) ახსნას, თუ როგორ არის ცალკეული ინდივიდის საჭიროება გადაჯაჭვული თემის საჭიროებებთან, სადაც ისინი ცხოვრობენ;

ვ) ჰოლისტური მიდგომა:

ვ.ა) შეეძლოს პაციენტთან კარგი ურთიერთობის დამყარება და მის მიმართ, როგორც პიროვნებისადმი, პატივისცემის გამოხატვა;

ვ.ბ) იქონიოს პაციენტთან ადეკვატური ურთიერთობა პაციენტის ფასეულობების, კულტურული თავისებურებების, ტრადიციების, გამოცდილების, რწმენისა და მოლოდინის გათვალისწინებით, რამაც შეიძლება გავლენა იქონიოს სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე.

4. ზემოთ მოხსენიებულთან ერთად რეზიდენტურის კურსდამთავრებულს უნდა შეეძლოს გამოიმუშაოს უნარ-ჩვევები შემდეგი მახასიათებლების მიხედვით:

ა) კონტექსტუალური: გაითვალისწინოს პიროვნების, ოჯახის, თემის თავისებურებები და დაამყაროს ეფექტური ურთიერთობა პაციენტებთან განსხვავებული პიროვნული და კულტურული მახასიათებლებით;

ბ) დამოკიდებულებითი: საკუთარი შესაძლებლობების, ფასეულობებისა და ეთიკური პრინციპების გათვალისწინებით შეაფასოს და გაიაზროს, თუ როგორია მისი შეგრძნებები და დამოკიდებულება განსხვავებულ სიტუაციებში; გამოიმუშაოს საჭირო ინფორმაციისა და მხარდაჭერის მოძიების უნარი; აგრეთვე, გამოიმუშაოს ჩვევები, რომელიც მას დაეხმარება ისეთი სიტუაციებში, სადაც ექიმი განიცდის ძლიერ ემოციურ და ფსიქოლოგიურ ზეწოლას (მაგ., “რთული პაციენტი”, სამედიცინო შეცდომები);

გ) მეცნიერული: გამოიმუშაოს კრიტიკული და მეცნიერებაზე დაფუძნებული მიდგომა პროფესიულ საქმიანობაში.

5. სპეციფიკური ამოცანები სამართლებრივი და ეთიკური ნორმებისა და პრინციპების პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენების უნარის გამომუშავებისას: მოდულის გავლის შემდეგ მაძიებელს უნდა ჰქონდეს:

ა) პროფესიული საქმიანობისას კონკრეტული შემთხვევის სამართლებრივი და ეთიკური მხარეების წარმოჩენის უნარი;

ბ) ყოველდღიური პროფესიული საქმიანობის თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის პრინციპებისა და არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად წარმართვის უნარი, მათ შორის, პროფესიული საქმიანობის პროცესში სამართლებრივი კოლიზიებისა და ეთიკური დილემების გადაწყვეტის უნარი.

6. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) სპეციალობის შესახებ:

ა.ა) The European Definition of General Practice/Family Medicine; Barcelona: WONCA, 2002;

ა.ბ) The EURACT Educational Agenda of General Practice/Family Medicine; EURACT Leuven, 2005;

ა.გ) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007;

ა.დ) Havelock P., Hasler J., Flew R., McIntyre D., Schofield T., Toby J. (1995) Professional Education for General Practice. Oxford General Practice Series 31. Oxford University Press, Oxford, New York, Toronto;

ა.ე) Jones R (Ed). Oxford Textbook of Primary Medical Care Oxford: Oxford University Press, 2004;

ა.ვ) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004;

ა.ზ) Rakel RE. Textbook of Family Practice 6th edition London: W.B. Saunders, 2001;

ა.თ) Bordage G and Zacks R. The Structure of Medical Knowledge in the Memories of Medical Students and General Practitioners: Categories and Prototypes. Medical Education 1984; 18: 406–16;

ა.ი) Bordage G. Elaborated Knowledge: A Key to Successful Diagnostic Thinking Acad Med 1994; 69:883–5;

ა.კ) Little M., Midtling J.E. (1989) Becoming a Family Physician. Springer – Verlag New York;

ბ) კომუნიკაციის შესახებ და კონსულტაციის მეთოდების თაობაზე:

ბ.ა) Mead N, Bower P. „Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.” Social Science & Medicine 2000; 51: 1087–1110;

ბ.ბ) Stewart M, Brown, JB, Freeman, TR. Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method (2nd edn). Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003;

ბ.გ) Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients (2nd edition). Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004;

ბ.დ) Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine (2nd edition). Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004;

ბ.ე) Maguire, Pitceathly C. „Key communication skills and how to acquire them.” BMJ 2002; 325: 697–700;

ბ.ვ) BMA. Communication skills and continuing professional development London, BMA, 1998;

ბ.ზ) Midland Faculty of the Royal College of General Practitioners Consulting: Communication skills for general practitioners Birmingham: Midland Faculty of the Royal College of General Practitioners 2005;

ბ.თ) Kjeldmand D Balint training makes GPs thrive better in their job. Patient Education and Counselling 2004; 55: 2: 230-235;

ბ.ი) Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG, Shebroe V, Lyles JS, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Mettler J, Maduschke K, Stanley JM, Gardiner JC. Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. Patient Educ Couns. 2000 Jan; 39(1):27-36;

ბ.კ) Pendleton D, Hasler J. Doctor Patient Communication, 1983 London;

ბ.ლ) Buckman R. How to Break Bad News, Macmillan Press, 1992;

ბ.მ) Ungar L, Alperin M, Amiel GE, Beharier Z, Reis S. Breaking bad news: structured training for family medicine residents. Patient Educ Couns. 2002 Sep; 48(1): 63-8;

ბ.ნ) Smith R.C. The patient's story: Integrated patient–doctor interviewing. Little, Brown and Company (now Lippincott, Williams and Wilkins), Boston (1996);

ბ.ო) Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on collection of data. Ann Intern Med, 1984; 101:692-6;

ბ.პ) Baile, W.F.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Glober, G.; Beale, E.A.; Kudelka, A.P. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-311;

ბ.ჟ) Newman, M.C. The emotional impact of mistakes on family physicians. Archives of Family Medicine, 1996; 5(2): 71-76;

ბ.რ) Rubin S.B, Zoloth L. Margin of error. The ethics and mistakes in the practice of medicine. University Publishing group, Hagerstown, Maryland;

ბ.ს) Rowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction. A study of doctor-patient interviews. Eval Health Prof., 1990; 13(2):168-185;

გ) ექიმის საქმიანობის სამართლებრივი და ეთიკური საკითხების შესახებ:

გ.ა) “საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში (მოკლე ქრონოლოგიური მიმოხილვა, ძირითადი ეტაპები)”; კიკნაძე, ჯავაშვილი, ბარკალაია; ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტომი I, 1998, 15-20;

გ.ბ) პაციენტის უფლებები და მათი განხორციელების მექანიზმები: კიკნაძე, ჯავაშვილი თბილისი, 1999;

გ.გ) “პაციენტის ომბუდსმენი: იდეიდან რეალიზაციამდე”; ჯავაშვილი, კიკნაძე საქართველოს ზიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, თბილისი, 2001. ISBN 99928-908-1-9;

გ.დ) “ადამიანის უფლებები ბიომედიცინის სფეროში”; ჯავაშვილი, კიკნაძე, ბარკალაია; საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, თბილისი, 2001. ISBN 99928-908-0-0;

გ.ე) “ექიმის პროფესიული საქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები”; კიკნაძე, ჯავაშვილი საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, თბილისი, 2002. ISBN 99928-908-5-1;

გ.ვ) “ჯანდაცვის ომბუდსმენი: პირველი ნაბიჯები”; ჯავაშვილი, კიკნაძე საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, თბილისი, 2002. ISBN 99928-908-8-6;

გ.ზ) “პაციენტის მკურნალობა და მოვლა დაავადების ტერმინალურ სტადიაზე: საქართველოს კანონმდებლობის მიმოხილვა”; ჯავაშვილი, კიკნაძე; “თანამედროვე მედიცინა”, ტომი 1, 13;

გ.თ) “იელოვას მოწმეთათვის მკურნალობის მიზნით სისხლის გადასხმის ეთიკური და სამართლებრივი საკითხები”; კიკნაძე, ჯავაშვილი, ბარკალაია; “თანამედროვე მედიცინა”, ტომი 1, 11, გვ. 37-44;

გ.ი) „Encyclopedia of Bioethics”, Warren Thomas Reich (Ed.), Simon & Schuster Macmillan, New York, 1995 (5 Volumes);

გ.კ) „Principles of Biomedical Ethics” (4th Ed.), T.L. Beauchamp, J.F. Childress, Oxford University Press, 1994;

გ.ლ) „Ethical Issues in Modern Medicine” (5th Ed.), John D. Arras, Mayfield Publishing Company, 1999;

გ.მ) „Principles of modern medical ethics and Health care professionals; Relation between health and education: from declaration to implementation (Georgian Experience)” Kiknadze, Javashvili;

გ.ნ) „Patients' rights legislation in Georgia” Kiknadze, Javashvili, Barkalaia; „Journal of Health Sciences and Public Health”, Volume 1, Number 1, 2000, 17-26;

გ.ო) „Ethics committees in Georgia”; Javashvili, Kiknadze „Ethics Committees in Central and Eastern Europe”, 2000, Charis – IMEB Fdn. Bratislava, Slovakia 179-185 ISBN 80-88743-40-0;

გ.პ) „Georgian Legislation on Human Rights in the sphere of health care and biomedicine: Current trends and harmonisation with international developments”; Javashvili, Kiknadze; in „Europe and its impact on National Healthcare systems Yearbook 2001”, 2002, Erasmus University Press, Rotterdam, The Netherlands, 60-72, ISBN 90 807503 I X;

გ.ჟ) „Treatment and care at the end-of-life: Review of Georgian Legislation” Javashvili, Kiknadze; in „Ethical Eye”, 2003, Council of Europe Publishing, Strasbourg, France, In Press;

გ.რ) „A Clinician’s Commentary from a Post-Soviet Society on Organizational Issues of Care for Alzheimer’s Disease”; Javashvili; in „Book on Alzheimers's Disease”, 2003, Johns Hopkins University Press. in press.

7. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის არსი და მნიშვნელობა, მისი მიზნები; - საოჯახო	- მსჯელობა პირველადი ჯანდაცვის როლსა და მნიშვნელობაზე; - მსჯელობა	- კლინიკის გაცნობა – 1; - დასწრება	- შესრულებულ სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები;

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
მედიცინის განმარტება, საოჯახო მედიცინა, როგორც დისციპლინა და სპეციალობის ძირითადი მახასიათებლები და კომპეტენციები; ▪ საოჯახო მედიცინის ჩამოყალიბება და განვითარება ევროპასა და მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში; საოჯახო მედიცინა საქართველოში.	საოჯახო მედიცინაზე როგორც დისციპლინაზე და სპეციალობაზე; ▪ ოჯახის ექიმის კომპეტენციების და მახასიათებლების ანალიზი, მაგალითების მოყვანა და თითოეულის მნიშვნელობის დასაბუთება; ▪ კონსულტაციის ჩატარება; ▪ ანამნეზის შეკრება; ▪ რეფერალის ორგანიზება.	კონსულტაციებზე – 50; ▪ ანამნეზის შეკრებაში მონაწილეობა – 10; ▪ ვიტალური ნიშნების შეფასება (P, TA, R) – 10; ▪ სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაში მონაწილეობა – 50; ▪ რეფერალის ორგანიზებაში მონაწილეობა – 10; ▪ სხვადასხვა სპეციალისტებთან კოორდინაცია-კომუნიკაცია – 5; ▪ პაციენტის განათლებაში მონაწილეობა – 10; ▪ ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებაში მონაწილეობა – 5; ▪ კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებზე დასწრება – 3-6; ▪ მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1. ▪ სხვადასხვა.	▪ ესე; ▪ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ▪ ტუტორის შეფასება დასკვნითი სესიის დროს.

ცხრილი 12

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
▪ პაციენტზე ორიენტირებული კონსულტაცია, კონსულტაციის მიზნები და ამოცანები, კონსულტაციის ეტაპები; ▪ არავერბალური კომუნიკაცია სამედიცინო კონსულტაციის დროს	▪ პაციენტზე ორიენტირებული კონსულტაციის ჩატარება; ▪ პაციენტისათვის კომფორტის შექმნა, პირადული გარემოს უზრუნველყოფა; ▪ არავერბალური კომუნიკაციის უნარ ჩვევები (პაციენტის მიღება, მოთავსება,	▪ დასწრება კონსულტაციებზე – 100; ▪ ანამნეზის შეკრებაში მონაწილეობა – 30; ▪ ფიზიკური გასინჯვა – 20; ▪ სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაში მონაწილეობა – 100; ▪ რეფერალის	▪ შესრულებული სამუშაო დღეები; ▪ ჩატარებული კონსულტაციები; ▪ ესე; ▪ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ▪ ტუტორის შეფასება დასკვნითი

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- კითხვების ფორმულირება და პაციენტის მოსმენა; - პაციენტის მოსაზრებები, შეხედულებები და მოლოდინი სამედიცინო კონსულტაციასთან დაკავშირებით; - ახსნა-განმარტებების მიწოდება, ინფორმირებული თანხმობის მიღება და ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხების განხილვა; - კონსულტაციის დრო და ურთიერთობა ექიმსა და პაციენტს შორის; “ცუდი ამბების” (პაციენტისათვის არასასიამოვნო ამბის) შეტყობინება; - რეაგირება უკმაყოფილებზე, გაღიზიანებასა და აგრესიაზე; “რთული” პაციენტის მართვა; - ექიმის დამოკიდებულება სამედიცინო შეცდომებისადმი.	დისტანცია, ექიმის პოზა, თვალით კონტაქტი და ა.შ.); - ღია და დახურული კითხვების გამოყენება და აქტიური მოსმენის უნარი; - პაციენტის ვიზიტის მიზეზის გამოვლენა; - პაციენტის მოლოდინის, შეხედულებების გამოვლენა; - კონსულტაციების ეტაპების თანმიმდევრული გავლა; - კონსულტაციის შეჯამება; - პაციენტისათვის მკაფიო განმარტებების და რჩევების მიწოდება; - კარგი ურთიერთობის შენარჩუნება კონსულტაციის განმავლობაში დამის შემდეგ.	ორგანიზებაში მონაწილეობა – 20; - სხვადასხვა სპეციალისტებთან კოორდინაცია-კომუნიკაცია – 5; - პაციენტის განათლებაში მონაწილეობა – 20; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებაში მონაწილეობა – 5; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებზე დასწრება – 4-8; - მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1; - სხვადასხვა.	სესიის დროს;

ცხრილი 13

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
კანონისა და ეთიკის როლი სამედიცინო მომსახურების	კონკრეტული შემთხვევის სამართლებრივი და ეთიკური	- დასწრება კონსულტაციებზე – 75; - ანამნეზის	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
გაწვევას. ▪ სამედიცინო ეთიკის პრინციპები; ▪ პაციენტის ინდივიდუალური უფლებები, საქართველოს კანონმდებლობა; ▪ ინფორმირებული თანხმობა, პაციენტის ქმედუნარიანობა და მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი; ▪ სიკვდილისა და ევთანაზიის, მკურნალობაზე უარის თქმის სამართლებრივი და ეთიკური საკითხები; ▪ სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის შეწყვეტის სამართლებრივი და ეთიკური საკითხები; ▪ უსარგებლო სამედიცინო ჩარევა/პაციენტის გაუმართლებელი მოთხოვნა; ▪ პედიატრიული პრაქტიკის სამართლებრივი და ეთიკური საკითხები; ▪ პალიატიური მზრუნველობის და ტკივილის მართვის ეთიკური საკითხები; ▪ რთული პაციენტი; ▪ არასაკმარისი რესურსები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში,	მხარეების წარმოჩენის უნარი; ▪ პრობლემის ანალიზის უნარი თანამედროვე ეთიკის პრინციპების და კანონმდებლობის მოთხოვნის საფუძველზე; ▪ სამართლებრივი კოლიზიებისა და ეთიკური დილემების გადაწყვეტის უნარი; ▪ ეთიკური და სამართლებრივი პრობლემის გადაჭრაში ორგანიზაციული რესურსების გამოყენების უნარი; ▪ პაციენტის სრულყოფილად ინფორმირების უნარი; ▪ სარწმუნო (არა ფიქტიური) ინფორმირებული თანხმობის მიღების უნარი; ▪ კონფიდენციალურობის დაცვის უნარი, პირადი პასუხისმგებლობის და გარემო პირობების უზრუნველყოფის ხარჯზე; ▪ პაციენტის პირადი ცხოვრების (პირადულობის) დაცვის უნარი; ▪ საქმიანობის	შეკრებაში მონაწილეობა – 20; ▪ ფიზიკური გასინჯვა – 15; ▪ სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაში მონაწილეობა – 75; ▪ რეფერალის ორგანიზებაში მონაწილეობა – 15; ▪ სხვადასხვა სპეციალისტებთან კოორდინაცია-კომუნიკაცია – 5; ▪ პაციენტის განათლებაში მონაწილეობა – 10; ▪ ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებაში მონაწილეობა – 5; ▪ კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებზე დასწრება – 3-6; ▪ მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1; ▪ სხვადასხვა.	კონსულტაციები; ▪ ესე; ▪ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ▪ ტუტორის შეფასება დასკვნითი სესიის დროს;

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
ორგანიზაციული ეთიკა და მართვადი ჯანდაცვის სისტემა; - პაციენტის უფლებების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებაში; - ექიმის ფიცი, ექიმის ქცევის კოდექსი, ექიმის ქცევის წესები; - ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობა; - სპეციფიკური გარემოებები (პაციენტები, მეთოდები სხვა გარემოებანი)	წარმართვა თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის პრინციპებისა და არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად		

მუხლი 16

1. მოდული I.2. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ჯანდაცვის სისტემა და პრაქტიკული საქმიანობის ორგანიზაცია”, 1.5 თვე.

2. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია (ა) საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის, მისი ფუნქციონირების, დაგეგმვისა და მართვის თავისებურებების, საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრობლემების სპეციფიკურობისა და მათი გადაჭრის შესაძლო გზების გაცნობა რეზიდენტისათვის., (ბ) გამოუმუშაოს რეზიდენტს ოჯახის ექიმის პრაქტიკის მართვის ჩვევები (მათ შორის, განსხვავებულ გარემოში; სახელმწიფო და კერძო სექტორში, ქალაქად, ურბანიზებულ რაიონებში და სოფლად, ჯანდაცვის განვითარებული ინფრასტრუქტურის მქონე რეგიონებში და მწირი რესურსების პირობებში).

3. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულება და შემდეგი დოკუმენტები:

ა.ა) ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიული განვითარების შესახებ;

ა.ბ) პირველადი ჯანდაცვის და ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების შესახებ;

ა.გ) სპეციალობათა ნუსხის შესახებ;

ა.დ) ხარისხის მართვის, ლიცენზირებისა და სერტიფიცირების, უწყვეტი პროფესიული განვითარების შესახებ;

ა.ე) სტატისტიკის, ეპიდზედამხედველობის და ანგარიშგების შესახებ;

ბ) “საქართველოს ჯანდაცვა” – ყოველწლიური ანგარიშები;

გ) “საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში (მოკლე ქრონოლოგიური მიმოხილვა, ძირითადი ეტაპები)”; კიკნაძე, ჯავაშვილი, ბარკალაია; ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტომი I, 1998, 15-20;

დ) პაციენტის უფლებები და მათი განხორციელების მექანიზმები – კიკნაძე, ჯავაშვილი თბილისი, 1999.

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
▪ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები და პრიორიტეტები; ▪ პირველადი ჯანადაცვა; ▪ ჰოსპიტალური სექტორი; ▪ ჯანდაცვის დაფინანსება; ▪ სამედიცინო დაზღვევის სისტემა; ▪ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი; ▪ ჯანდაცვის სფეროს რეგულირება; ▪ სისტემის შეფასება; ▪ კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინები; ▪ კლასიფიკატორები; ▪ წამლის პოლიტიკა; ▪ საზოგადოებრივი ჯანდაცვა; ▪ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ფუნქციები, სტრუქტურები, მართვის მეთოდები	▪ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ძირითად მახასიათებლებზე მსჯელობის უნარი; ▪ ინფორმაციის მოძიების უნარი ჯანდაცვის სისტემის რეგულაციის სფეროში, მათ შორის, შესაბამისი ნორმატიული აქტების მოძიების უნარი; ▪ ქვეყანაში ავადობისა და სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზების შესახებ მსჯელობა და შესაბამისი ინფორმაციის მოძიების უნარი; ▪ კლასიფიკატორების მოძიების და გამოყენების უნარი.	▪ დასწრება კონსულტაციებზე – 100; ▪ ანამნეზის შეკრებაში მონაწილეობა – 30; ▪ ფიზიკური გასინჯვა – 20; ▪ სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაში მონაწილეობა – 100; ▪ რეფერალის ორგანიზებაში მონაწილეობა – 20; ▪ სხვადასხვა სპეციალისტებთან კოორდინაცია-კომუნიკაცია – 5; ▪ პაციენტის განათლებაში მონაწილეობა – 20; ▪ ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებაში მონაწილეობა – 5; ▪ კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებზე დასწრება – 4-8; ▪ მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1; ▪ სხვადასხვა	▪ შესრულებული სამუშაო დღეები; ▪ ჩატარებული კონსულტაციები; ▪ ესე; ▪ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ▪ ტუტორის შეფასება დასკვნითი სესიის დროს;

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- პროფესიული საქმიანობის სახის, ადგილის, გარემოს შეფასება; - დაწესებულებების ტიპები, თავისებურებები; - ოფისის ორგანიზაცია (შიდა კომუნიკაციის ჯაჭვი, განრიგი, დამხმარე პერსონალის რაოდენობა და ტიპი, კომპიუტერული სისტემები, მომარაგება და ინვენტარის მოვლა) - დაწესებულებების საქმიანობა: პაციენტები, მომწოდებლები, დაზღვევა და ა.შ. - სამედიცინო ჩანაწერების ორგანიზაცია - კონსულტაციების ორგანიზება, პაციენტების განათლების ორგანიზება - დაავადებების გამოვლენის სისტემები და პრევენციული მომსახურება - მიმღები რგოლის ფუნქციები - რისკის მართვა და საკანონმდებლო საკითხები - კომპიუტერული რესურსების გამოყენება; - ურთიერთობები პერსონალს შორის - დაფინანსების	- პირადი და პროფესიული ინტერესების ბალანსირება; - პრაქტიკის ტიპის შერჩევა; - მოლაპარაკების წარმოება ეთიკური პრინციპების გამოყენებით; - კონსულტანტებისა და მომწოდებლების წინდახედული შერჩევა და გამოყენება; - კომპიუტერული პროგრამების პრაქტიკის მართვისთვის გამოყენება; - დროის მართვა; - კომუნიკაციის წარმოება ინდივიდებთან და ორგანიზაციებთან (სიტყვიერი, წერილობითი) - რესურსების მართვა.	- დასწრება კონსულტაციებზე – 100; - ანამნეზის შეკრებაში მონაწილეობა – 30; - ფიზიკური გასინჯვა – 20; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაში მონაწილეობა – 100; - რეფერალის ორგანიზებაში მონაწილეობა – 20; - სხვადასხვა სპეციალისტებთან კოორდინაცია-კომუნიკაცია – 5; - პაციენტის განათლებაში მონაწილეობა – 20; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებაში მონაწილეობა – 5; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებზე დასწრება – 4-8; - მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1; - სხვადასხვა	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - ესე; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება დასკვნითი სესიის დროს.

მოდულები; ▪ გადახდის სისტემები			
--------------------------------------	--	--	--

M

მუხლი 17

1. მოდული I.3. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა და ბიოსამედიცინო კვლევის საფუძვლები”, 1.5 თვე.

2. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია (ა) გააცნოს რეზიდენტს მტკიცებულებითი მედიცინის საფუძვლები, გამოუმუშაოს მას უნარი გამოიყენოს მტკიცებულებითი მედიცინის მეთოდები და რესურსები კონკრეტული სამედიცინო პრობლემის გადასაჭრელად და (ბ) მიაწოდოს ინფორმაცია რეზიდენტს პირველადი ჯანდაცვის სფეროში ბიოსამედიცინო კვლევების წარმოების თავისებურებების შესახებ, კვლევის შესაძლო მიმართულებების, თემებისა და მიდგომების თაობაზე; გამოუმუშაოს უნარი რეზიდენტს შეარჩიოს კვლევის საგანი არსებული პრობლემების ანალიზის საფუძველზე და მიუსადაგოს მის მიერ დასახულ მიზანს კვლევის თანამედროვე და ადეკვატური მეთოდები.

3. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საკითხები:

ა.ა) Haynes RB, Sackett RB, Gray JMA, Cook DC, Guyatt GH. Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. ACP Journal Club. 1996 Nov-Dec;125:A-14-15;

ა.ბ) Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ for the Evidence-based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. II – How to use an article about therapy or prevention. Part B. What were the results and will they help me in caring for my patients. JAMA 1994;271:59-63;

ა.გ) Introduction to Research: Understanding and Applying Multiple Strategies, Elizabeth Depoy, Laura N. Gitlin, 2005, Elsevier Health Sciences;

ა.დ) Foundations of Clinical Research: Applications to Practice, Leslie Gross Portney, Mary P. Watkins, 1999, Pearson Education;

ა.ე) Interpreting the Medical Literature, Stephen H. Gehlbach 2002 McGraw-Hill Companies, The Studying a Study and Testing a Test: How to Read the Medical Evidence 5e, Richard K. Riegelman, 2004 Lippincott Williams & Wilkins;

ა.ვ) Data Monitoring and Case Studies in Clinical Trials, David L. Demets (Editor), Lawrence Friedman (Editor), Curt D. Furberg (Editor), 2005, Springer-Verlag New York, LLC;

ა.ზ) Basic and Clinical Biostatistics, Beth Dawson, Robert G. Trapp 2004, McGraw-Hill Companies;

ა.თ) Primer of Biostatistics Stanton A. Glantz 2005, McGraw-Hill Medical Publishing;

ა.ი) Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences, Wayne W. Daniel, Noel A. C. Cressie (Editor), David J. Balding (Editor), Ian M. Johnstone (Editor) 2004, Wiley, John & Sons, Incorporated;

ა.კ) Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM Sharon E. Straus, R. Brian Haynes, W. Scott Richardson, Paul Glasziou 2005, Elsevier Health Sciences;

ა.ლ) Users' Guides to the Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice, Evidence-Based Medicine Working Group, Drummond Rennie, Preface by Gordon H. Guyatt 2002 American Medical Association;

ა.ბ) Evidence-Based Medicine Guidelines, Staff of Duodecim Medical Publications, Duodecim Medical Publications Staff, Ilkka Kunnamo, 2005, Wiley, John & Sons, Incorporated;

ა.ვ) mtkicebulebebeze dafuZnebuli medicinis sferoSi gamoyenebul terminTa ganmartebani (Semdg. givi javaSvili): <http://www.afdg.ge/index.php?act=page&id=6>;

ბ) პმდ-ში ბიოსამედიცინო კვლევის წარმოების საკითხები:

ბ.ა) Introduction to Research: Understanding and Applying Multiple Strategies, Elizabeth Depoy, Laura N. Gitlin, 2005, Elsevier Health Sciences;

ბ.ბ) Foundations of Clinical Research: Applications to Practice, Leslie Gross Portney, Mary P. Watkins, 1999, Pearson Education;

ბ.გ) Interpreting the Medical Literature, Stephen H. Gehlbach 2002 McGraw-Hill Companies, The Studying a Study and Testing a Test: How to Read the Medical Evidence 5e, Richard K. Riegelman, 2004 Lippincott Williams & Wilkins;

ბ.დ) Data Monitoring and Case Studies in Clinical Trials, David L. Demets (Editor), Lawrence Friedman (Editor), Curt D. Furberg (Editor), 2005, Springer-Verlag New York, LLC;

ბ.ე) Basic and Clinical Biostatistics, Beth Dawson, Robert G. Trapp 2004, McGraw-Hill Companies;

ბ.ვ) Primer of Biostatistics Stanton A. Glantz 2005, McGraw-Hill Medical Publishing;

ბ.ზ) Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences, Wayne, W. Daniel, Noel A. C. Cressie (Editor), David J. Balding (Editor), Ian M. Johnstone (Editor) 2004, Wiley, John & Sons, Incorporated;

ბ.თ) Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM Sharon E. Straus, R. Brian Haynes, W. Scott Richardson, Paul Glasziou 2005, Elsevier Health Sciences;

ბ.ი) Users' Guides to the Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice, Evidence-Based Medicine Working Group, Drummond Rennie, Preface by Gordon H. Guyatt 2002 American Medical Association.

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძვლები; - კლინიკურ პრაქტიკაში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის პრინციპების გამოყენება: (ა) პრობლე-მის განსაზღვრა და კლ. კითხვის ფორმულირება; (ბ) მტკიცებულების	- ძველი და მიმდინარე კლინიკური პრაქტიკის ანალიზის უნარი და მიღებული გამოცდილებით მომავალი სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება; - სათანადო კითხვის დასმის უნარი; - ლიტერატურის ძიების უნარი ნაბეჭდი და ელექტრონული რესურსების	- დასწრება კონსულტაციებზე – 100; - ანამნეზის შეკრებაში მონაწილეობა – 30; - ფიზიკური გასინჯვა – 20; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაში მონაწილეობა – 100; - რეფერალის ორგანიზებაში მონაწილეობა – 20; - სხვდასხვა	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - ესე; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება დასკვნითი სესიის დროს

მომიება; (გ) მტკიცებუ-ლებების შეფასება; (დ) გადაწყვეტილების მიღება; (ე) მოქმედების შედეგის შეფასება; - კლინიკური პრაქტიკის “გაიდლაინების” და “პროტოკოლების” არსი, მნიშვნელობა, შემუშავებისა და გამოყენების გზები და სფეროები; - კლინიკური ლიტერატურის კრიტიკული შეფასება	გამოყენებით ლიტერატურის გამოყენების უნარი კონკრეტული პაციენტის კლინიკურ პრობლემასთან დაკავშირებით.	სპეციალისტებთან კოორდინაცია-კომუნიკაცია – 5; - პაციენტის განათლებაში მონაწილეობა – 20; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებაში მონაწილეობა – 5; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებზე დასწრება – 4-8; - მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1; - სხვადასხვა	
--	---	---	--

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ბიოსამედიცინო კვლევის არსი; კვლევა და აუდიტი; - კვლევის ელემენტები; - კვლევის დიზაინი და მისი ფორმები; - საკვლევის მასალა; - შედეგების დამუშავების და ანალიზის მეთოდები; - კვლევის საკითხის შერჩევა	- კვლევის მნიშვნელობაზე მსჯელობა პირველად ჯანდაცვაში; - კვლევის პრიორიტეტები პირველად ჯანდაცვაში; - კვლევის საკითხის შერჩევა; - ლიტერატურის მოძიება და ანალიზი; - მსჯელობა კვლევის დიზაინზე	- დასწრება კონსულტაციებზე – 50; - ანამნეზის შეკრებაში მონაწილეობა – 15; - ფიზიკური გასინჯვა – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებაში მონაწილეობა – 50; - რეფერალის ორგანიზებაში მონაწილეობა – 10; - სხვადასხვა სპეციალისტებთან კოორდინაცია-კომუნიკაცია – 5; - პაციენტის განათლებაში მონაწილეობა – 10; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებაში მონაწილეობა – 5;	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - ესე; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება დასკვნითი სესიის დროს

		- კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებზე დასწრება – 2-4; - მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1; - სხვადასხვა	
--	--	--	--

მუხლი 18

1. მოდული I.4. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “პრაქტიკული უნარ-ჩვევები და ტკივილის მართვის საფუძვლები”, 1 თვე.

2. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია (ა) ოჯახის ექიმის საქმიანობისათვის აუცილებელი პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გამომუშავება და (ბ) ტკივილის მედიცინის, როგორც საექიმო საქმიანობის შემადგენელის, ტკივილის დიაგნოზისა და მკურნალობის საფუძვლების გაცნობა.

3. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) პრაქტიკული უნარ-ჩვევები:

ა.ა) სამედიცინო მანიპულაციები; სახელმძღვ. სტუდ., რეზიდენტ. და ექიმებისათვის/პ. ჩენი, ჯ. სოლა, ქ. ლილემო; თარგმანის რედ.: გივი ჯავაშვილი. – თბ.: მთაწმინდელი, 2004;

ა.ბ) Oxford Textbook of Primary Medical Care Oxford: Oxford University Press, 2004 Jones R, Britten N, Culppepper L, Gass DA, Grol R, Mant D, Silagy C (eds);

ა.გ) Procedures for Primary Care, 3rd Ed, Pfenninger and Fowler, 2011.

ბ) ტკივილის მედიცინა:

ბ.ა) AMDA Clinical Practice Guideline (CPG) for Pain Management (2007, For detailed information go to: www.amda.com;

ბ.ბ) Practical Pain Management 2009 (Michael H. Moskovith, Md, MPH);

ბ.გ) Алгоритм терапии острого вертеброгенного болевого синдрома (кафедра неврологии и нейрохирургии Российского государственного медицинского университета, Москва 2009 г.).

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნება და კარდიოპულმონური რეანიმაცია; - სპეციალიზებული კარდ. დახმარების ელემენტები;	- კარდიოპულმონური რეანიმაციის ტექნიკის ცოდნა; - ოტოსკოპიის ტექნიკის ჩატარების ჩვენებები და უკუჩვენებების ცოდნა, ჩატარება, დაფის აპკისა და გარეთა სასმენი მილის შეფასების უნარი; 1ოფთალმოსკოპიის	თითო მანიპულაციას რეზიდენტი ატარებს მანამ, სანამ არ გამოირიცხება შეცდომები, საშუალოდ საჭიროა თითოეული	- უნარ-ჩვევის დემონსტრირება რეზიდენტის მიერ მულაჟზე; - შეფასება კითხვარის საშუალებით (chek-list)

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
ელექტრო-კარდიოგრაფია, დეფიბრილაცია. ▪ ოტოსკოპია და გარეთა სასმენი მილის “გამორეცხვა”; ▪ თვალის გამოკვლევა და ოთალმოსკოპია; ▪ შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია; ▪ ინტრავენური, ინტრამუსკულური და კანქვეშა ინიექციები; ▪ პერიფერიული ვენების კათეტერიზაცია; ▪ ჭრილობის პირველადი შეფასება, დამუშავება, ნაკერების დადება და მოხსნა; ▪ ნაზოგასტრალური ზონდის ჩადგმა; ▪ გინეკოლოგიური საშოსმხრივი გასიჯნვა: სარკის ჩადგმა, პაპ-ტესტის აღება; ▪ ბარძაყის დისპლაციის გამოვლენა; ▪ პიკფლოუმეტრია და გლუკომეტრია; ▪ სარქვლოვანი პნევმოთორაქსის გადაყვანა ღია პნევმოთორაქსში	ტექნიკის ჩატარების ჩვენებებისა და უკუჩვენებების ცოდნა; „წითელი რეფლექსის“ დანახვა; მხედველობის ნერვის დვრილისა და სისხლძარღვების მდგომარეობის შეფასება. ▪ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ჩატარების ჩვენებებისა და უკუჩვენებების ცოდნა, პროცედურისათვის საჭირო აღჭურვილობის სწორად გამოყენება და სეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების დაცვა, პროცედურის ჩატარების დროს სირთულეებისა და მათი თვიდან აცილების გზების ცოდნა, პროცედურის შესაძლო გართულებების ცოდნა. ▪ ვენის კათეტერიზაციის ჩვენებებისა და უკუჩვენებების ცოდნა, საინიექციო ვენის შერჩევა, მანიპულაციის ეტაპების თანმიმდევრობის დაცვა. ▪ ხალშობილის ბარძაყის ამოვარდნილობის გამოვლენის მეთოდების ცოდნა, დისპლაზიის სირთულის შეფასება და გამოკვლევების თანმიმდევრობის დასახვა, რეფერალის ჩვენებების ცოდნა. ▪ ნაზოგასტრალური ზონდის ჩადგმის ჩვენებები და უკუჩვენებების ცოდნა, გამოსაყენებელი ზონდის მომზადება, მისი სიგრძის განსაზღვრა, პროცედურის შესაძლო გართულებების ცოდნა. ▪ ინიექციების ჩატარების ტექნიკა; ▪ ჭრილობის მოცულობისა და სირთულის შეფასება, ნაკერების დადებისა და მოხსნის უნარ-ჩვევები, ჭრილობის დახურვისას შესაძლო გართულების და	მანიპულაციის, სულ მცირე, 5-ჯერ ჩატარება.	

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
	მათი თავიდან აცილების უნარი		

თეორიული კურსის შინაარსი, მოცულობა	შეფასების მეთოდები
ტკივილის მართვა – Pain Management – ტკივილის მართვის ტაქტიკის შემუშავების ძირითადი პრინციპების განსაზღვრა. მენეჯმენტის რისკფაქტორები – Risk Management – სამედიცინო საბჭოების ფედერაციის (Fედერატიონ ოფ შტატე მედიცალ ბოარდს) გაიდლაინების ძირითადი დებულებების გაცნობა კონტროლირებადი სუბსტანციების გამოყენების შესახებ. საერთაშორისო კვლევები ტკივილის შესახებ – Pain Research – 2000 – 2010 წლები გამოცხადებული ტკივილის კვლევის დეკადის ფარგლებში შესრულებული კვლევების ანალიზი. ტკივილის საზოგადოებები – Pain Societies – ამერიკის ტკივილის მედიცინის საბჭოს (ამერიკან ბოარდ ოფ პაინ მედიცინე), ევროპის ტკივილის საბჭოების საქმიანობების მიმოხილვა. უწყვეტი სამედიცინო განათლება – Continuing Medical Education – ამერიკის ტკივილის მართვის აკადემიის (American Academy of Pain Management) მიერ მოწოდებული სპეციალიზირებული სასწავლო კურსების მიმოხილვა.	ზეპირი შეფასება
ტკივილი, როგორც დაავადება – The Disease of Pain. ტკივილის მედიცინა – Pain Medicine. ტკივილი როგორც სოციალური დაავადება – Pain as a Social Disease – ტკივილის პროგრამების და ფუნქციონალური აღდგენის პროგრამების მულტიდისციპლინური მიდგომის საფუძვლები. ბიოფსიქოსოციალური მედიცინა – Biopsychosocial Model ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტების განხილვა ქრონიკული ტკივილის ჩამოყალიბებაში.	ზეპირი შეფასება
პალიატიური მზრუნველობა – End of Life Care – ძირითადი ასპექტების განხილვა – ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, ტკივილის შემსუბუქება, მოვლაში ფსიქოსოციალური და სულიერი ასპექტების ჩართვა. უნარშეზღუდულობა – Disability – სოციალური დაზღვევა უნარშეზღუდულობის გამო, სოციალური დაზღვევის ინდექსი, მუშაკთა დროებითი და მუდმივი კომპენსაცია და კერძო დაზღვევა. სპეციალისტებთან მიმართვა – Specialty Referrals ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტების შეფასება – Evaluation of Chronic Pain Patients – პაციენტის სტრუქტურული დაზიანებების მოლეკულური ასპექტების ანალიზის საშუალებით მკურნალობის გეგმის შემუშავება	ზეპირი შეფასება
ტკივილის (პერიფერიული, ცენტრალური) მოლეკულური საფუძვლები – Molecular Pain Processes – ნეიროტრანსმიტერების სტიმულაციასა და გამოყოფის პრინციპები – სუბსტანცია, გლუტამატი, დოფამინი, ნორეპინეფრინი, სეროტონინი, ჰისტამინი, აცეტილქოლინი და ნერვის ზრდის ფაქტორი (Nerve Growth Factor).	პრეზენტაცია
არამედიკამენტოზური მეთოდები – Non Medication Modalities – ფუნქციონალური აღდგენის პროგრამების (Functional Restoration Programs) მიმოხილვა. დამხმარე მკურნალობა – Complementary Treatment – მასაჟი, აკუპუნქტურა,	ზეპირი შეფასება

თეორიული კურსის შინაარსი, მოცულობა	შეფასების მეთოდები
ჰომეოპათია, ნატუროპათია და მოძრაობითი თერაპია – გამოყენების ასპექტები. ფსიქოსოციალური მეთოდები – Psychosocial Modalities -ფსიქოლოგიური შეფასების, კოგნიტიური ფუნქციის და სოციალური კავშირების შესწავლის ასპექტები.	
რაციონალური ფარმაკოთერაპია – Rational Polypharmacology – ქრონიკული ტკივილის მკურნალობისას გამოყენებული რაციონალური ფარმაკოთერაპიის პრინციპები – მედიკამენტების შერჩევა, გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებით. მედიკამენტების მოქმედების პრინციპები – Medications -ოპიოიდები, ნეირომოდულატორები, ანტიდეპრესანტები, კოქსიბები, ალფა-2 აგონისტები, NMDA რეცეპტორების ანტაგონისტები. ინვაზიური მეთოდები – Invasive Modalities – დიაგნოსტიკური და თერაპიული ბლოკადების, ნერვების აბლაციის, იმპლანტაციის და ქირურგიულ ჩარევების ჩვენებების განხილვა.	პრეზენტაცია
<u>ტკივილის სახეები:</u> მწვავე ტკივილის – Acute Pain – სამკურნალოდ გამოყენებული საფეხურებრივი მიდგომის განხილვა. ქრონიკული ტკივილის – Chronic Intratable Pain -კლასიფიკაციის სხვადასხვა მოდელების გაცნობა/განხილვა, მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენების გზები. ნოციცეპტიური ტკივილის – Nociceptive Pain -ცენტრალური მექანიზმების მოდელირებაში მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური ჩარევები. ნეიროპათიური ტკივილი – Neuropathic Pain – სიმპტომი, დაავადება, გამომწვევი მიზეზები, ექტოპია, ცენტრალური სენსიტიზაცია. კომპლექსური მკურნალობის მექანიზმების განსაზღვრის მეთოდოლოგია. ცენტრალური ტკივილი – Central Pain – წარმოქმნის მექანიზმები, მელზეკის (Mელზაკ) თეორია (ნეირომატრიცის შესახებ). მკურნალობის ტაქტიკა. ნერვული დაძაბულობით გამოწვეული ტკივილი – Wind-up Pain – დაავადება თუ სიმპტომი. NMDA რეცეპტორების აქტივაციის როლი.	ზეპირი შეფასება
<u>ტკივილის სახეები:</u> არეკლილი ტკივილი – Referred Pain კონცეფცია, ლოკალიზაციის წყაროები. განახლებადი ტკივილი – Rebound Pain – წარმოქმნის მექანიზმები. ინფორმაცია სამკურნალო პრეპარატების თერაპიული ეფექტისა და დოზის შესახებ. კომპლექსური რეგიონალური ტკივილის სინდრომი – Complex Regional Pain Syndrome – ტიპები 1 და 2, დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმები. დისკის დეგენერაციული დაავადება – Degenerative Disc Disease – მწვავე და ქრონიკული ფორმები, თანმხლები პროცესები, მკურნალობის შერჩევის დიფერენცირებული მიდგომები. შიდა დისკის ნახეთქი – Internal Disc Disruption – მედიკამენტოზური და ინვაზიური პროცედურები- მკურნალობის პრინციპები.	ზეპირი შეფასება
<u>ტკივილის სახეები:</u> პულპოზური ბირთვის თიაქარი – Herniated Nucleus Pulposis – ინტერვერტებრალური დისკების თიაქარის კონსერვატიულ ღონისძიებების გაცნობა. მცირეინვაზიური ჩარევები. სახსრის ართროპათია – Facet Arthropathy – ფაცეტური ართროპათიით გამოწვეული	ზეპირი შეფასება

თეორიული კურსის შინაარსი, მოცულობა	შეფასების მეთოდები
მიოფასციური ტკივილის სინდრომი. სპონდილოლისტეზი – Spondylolisthesis – ეტიოლოგია, თანდაყოლილი, ყელის (isthmic, isthmian), დეგენერაციული, ტრავმული, პათოლოგიური და პოსტტრავმული ფორმები. არაქნოიდიტი – Arachnoiditis – აღწერა, წარმოქმნის მიზეზები, მკურნალობის ტაქტიკა. პოსტჰერპესული ნევრალგია – Post Herpetic Neuralgia – პერიფერიული და ცენტრალური გავრცელების მექანიზმები. ანტივირუსული პრეპარატებით, გაბაპენტინით და ოპიოიდური პრეპარატებით მკურნალობის მექანიზმები.	
ტკივილის სახეები: დიაბეტური ნეიროპათია – Diabetic Neuropathy – ქვეტიპების – შერეული, სიმეტრიული პოლინეიროპათია, ფოკალური/ მულტიფოკალური ნეიროპათიების წარმოქმნის მექანიზმები. სიმპტომური მკურნალობის ტაქტიკა. ტკივილი აივ ინფექციის დროს – HIV Pain – აივ ინფექციის დროს წარმოქმნილი ნოციცეპტური, ვისცერალური და ნეიროპათიური ტკივილის სახეების განხილვა. კანცეროგენული ტკივილი – Cancer Related Pain – ინტერვენციებთან დაკავშირებულ მწვავე და ქრონიკულ ტკივილის ფორმები. ტკივილის კონტროლის მექანიზმები.	ზეპირი შეფასება
ტკივილის სახეები: ტრიგემინული ნევრალგია – Trigeminal Neuralgia – სამწვერა ნერვის ნევრალგიის (Tic Douloureux) და ატიპური სახის ტკივილისაგან (Atypical Facial Pain) განმასხვავებელი ნიშნები. მკურნალობის სქემები. შაკიკი – მიგრენოზული ტკივილი – Migraine Headaches -ინტრაკრანიალური ან ექსტრაკრანიალური მიზეზით წარმოქმნილი შაკიკის ფორმები. ანალგეზიური მკურნალობის ტაქტიკა. კისრის ან თავის უეცარი მოძრაობით გამოწვეული ტრავმა – Whiplash – პათოფიზიოლოგია, პერიფერიული ნოციცეპტური და ნეიროპათიური პროცესების განხილვა ცენტრალურ სენსიტიზაციასთან კომბინაციაში. მკურნალობის ტაქტიკა.	ზეპირი შეფასება
ტკივილის სახეები: ართრიტი – Arthritis – ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით და ოპიოიდებით მკურნალობის ტაქტიკა. ფიბრომიალგია – Fibromyalgia – თანამედროვე კვლევების ჰიპოტეზების მიმოხილვა. მიოფასციალური ტკივილი – Myofascial Pain – ბოტულინის ტოქსინის ინიექციების გამოყენების შესაძლობები.	საბოლოო ზეპირი შეფასება

თავი III. პროგრამის II ეტაპი

მუხლი 19

1. სარეზიდენტო პროგრამის II ეტაპი მოიცავს კლინიკაში როტაციების 9 ძირითად და 2 ელექტიურ მოდულს, სულ 11 მოდულს საერთო ხანგრძლივობით 15 თვე:

1	მოდულის დასახელება	ხანგრძლივობა
ძირითადი მოდულები – 15 თვე		
1	კარდიოლოგია	1 თვე
2	ფილტვების დაავადებები და ტუბერკულოზი	1 თვე
3	ენდოკრინოლოგია	1 თვე
4	ინფექციური სნეულებები	1 თვე
5	გადაუდებელი მედიცინა და ტრავმა	2 თვე
6	ბავშვთა ჯანმრთელობა	3 თვე
7	ქალთა ჯანმრთელობა	2 თვე
8	ფსიქიკური ჯანმრთელობა	1 თვე
9	ნარკოლოგია	1 თვე
ელექტიური მოდულები – 2 თვე		
10	ელექტიური მოდული 1	1 თვე
11	ელექტიური მოდული 2	1 თვე

2. მზადების II ეტაპის ძირითად ნაწილს რეზიდენტები/მაძიებლები შესაბამისი პროფილის საავადმყოფოში ან კლინიკაში ატარებენ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის – შესაბამის სპეციალობაში სერტიფიცირებული ექიმი-მასწავლებლის ზედამხედველობით. პერიოდულად, სულ მცირე, თვეში ერთხელ, რეზიდენტი/მაძიებელი ხვდება ტუტორს.

მუხლი 20.

1. მოდული II.1. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – „კარდიოლოგია“, 1 თვე.

2. მოდულის მიზანი – კარდიოლოგიური დაავადებების მართვის უნარ-ჩვევების გამომუშავება პირველად ჯანდაცვაში.

3. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინები შინაგანი მედიცინის სფეროში (ტკივილი გულმკერდის არეში, სტაბილური სტენოკარდია, შთ სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე ინფარქტი, არასტაბილური სტენოკარდია, გულის უკმარისობა, სუპრავენტრიკულური არითმიების მართვა, არტერიული ჰიპერტენზია;

ბ) დიაგნოსტიკური ძიება შინაგან სნეულებათა კლინიკაში, გიორგი ქავთარაძე, 2009, “ცოდნა”, თბილისი, საქართველო;

გ) ლიპიდური ცვლის დარღვევები შინაგან სნეულებათა კლინიკაში, დავით კეზელი, მაია სულაქველიძე, 2010, თბილისი;

დ) HARRISON'S Manual of Medicine, 16th edition, 2005, The McGraw-Hill Companies, Inc. Medical Publishing Division;

ე) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ვ) Handbook of Signs & Symptoms, 4th Edition; 1010, Lippincott Williams & Wilkins;

ზ) Washington Manual(TM) of Medical Therapeutics, The, 32nd Edition, Editors: Cooper, Daniel H.; Krainik, Andrew J.; Lubner, Sam J.; Reno, Hilary E. L.; 2007, Department of Medicine, Washington University School of Medicine. Published by Lippincott Williams & Wilkins;

თ) Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology, David G. Gardner et al. 8th edition, (Lange Endocrinology), 2007; The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ი) Williams Hematology. 7th edition, Marshall A. Lichtman et al. 2007; The McGraw-Hill Companies, Inc.;

კ) Current Rheumatology, 2nd edition, John B. Imboden et al. 2007; The McGraw-Hill Companies, Inc.

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- არტერიული ჰიპერტენზია; - გულის იშემიური (კორონარული) დაავადება (სტენოკარდია, მწვავე კორონარული სინდრომი, გულის გაჩერება – “ცარდიაც არრესტ”); - გულის უკმარისობა; - არითმია (ექსტრასისტოლია, წინაგულეების ციმციმი და თრთოლვა, ვიწრო და ფართოკომპლექსოვანი ტაქიკარდიები, ბრადიარითმიები); - გულის სხვა დაავადებები (სარქლოვანი პათოლოგია, მიოკარდიუმის და ენდოკარდიუმის დაავადებები, თანდაყოლილი ანომალიები); - პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები (არტერიების და ვენების); - ცერებროვასკულური დაავადებები (ინსულტი და	- დეტალური ანამნეზის შეგროვების უნარ-ჩვევა გულისსხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიის დროს; - დეტალური ფიზიკური გასინჯვის უნარ-ჩვევა გულისსხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიის დროს; - ინსტრ. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია: ეკგ, 24-საათიანი ეკგ; არტერიული წნევის ამბულატორიული მონიტორირება; - მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია; და სხვ. - ლაბ. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია	- გატარებული პაციენტები რაოდენობა – 10; - მორიგეობა – 4; - სამედიცინო ჩანაწერები – 30; - ეკგ გადაღება და ინტერპრეტაცია – 30; - ივ პუნქცია და/ან კათეტერიზაცია – 20; - ივ ინფუზია – 10	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - მორიგეობები; - გატარებული პაციენტები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

გარდამავალი/ტრანზიტორული იშემიური შეტევა);			
▪ თრომბოემბოლიური დაავადება			

მუხლი 21

1. მოდული II.2. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ფილტვების დაავადებები და ტუბერკულოზი”, 1 თვე.

2. მოდულის მიზანი – ფილტვების გავრცელებული დაავადებებისა და ტუბერკულოზის მართვის უნარ-ჩვევებს გამომუშავება.

3. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) Treatment of Tuberculosis: Guidelines, 4th edition; 2009; WHO;

ბ) Guidelines for Programmatic Management of drug-resistant Tuberculosis; 2008; WHO

გ) rezistentuli tuberkulozis gaidlaini; 2007; saqarTvelo;

დ) International Standarts for Tuberculosis Care; 2006; WHO;

ე) „tuberkulozis marTvis saerTaSoriso standartebi”; 2008; Targmani;

ვ) „Management of Tuberculosis; A Guide to the Essentials of Good Practice" Sixth edition; 2010; UNION;

ზ) „tomanis tuberkulozi – SemTxvevaTa gamovlena, mkurnaloba, monitoringi; 2005; Targmani;

თ) „tuberkulozi – saxelmZRvanelo pirveladi jandacvis muSakebisaTvis”, 2003;

ი) „tuberkulozi – saxelmZRvanelo samedicino institutis studentebisaTvis”;

კ) diagnostikuri Zieba Sinagan sneulebaTa klinikaSi, giorgi qavTaraZe, 2009, “ცოდნა”, Tbilisi, saqarTvelo;

ლ) HARRISON’S Manual of Medicine, 16th edition, 2005, The McGraw-Hill Companies, Inc. Medical Publishing Division;

მ) Current Medical Diagnosis & Treatment 2013, Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ნ) Handbook of Signs & Symptoms, 4th Edition; 1010, Lippincott Williams & Wilkins;

ო) Washington Manual(TM) of Medical Therapeutics, The, 32nd Edition, Editors: Cooper, Daniel H.; Krainik, Andrew J.; Lubner, Sam J.; Reno, Hilary E. L.; 2007, Department of Medicine, Washington University School of Medicine. Published by Lippincott Williams & Wilkins.

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ზედა და ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციები, - მწვავე	სუნთქვის სისტემის ფიზიკური ფიზიკური გამოკვლევა;	სუნთქვის სისტემის ფიზიკური გასინჯვა – 30; მათ შორის,	- შესრულებულ სამუშაო დღეები; - მორიგეობები;

არაინფექციური რესპირატორული პრობლემები, - ქრონიკული არაინფექციური რესპირატორული პრობლემები, - ფილტვის კიბო. - ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია ტუბერკულოზთან ბროლის თანამედროვე სტრატეგიის პრინციპები; - ტუბერკულოზის გადაცემის გზები, დაავადების რისკ-ფაქტორები; - ტუბერკულოზზე ექვმიტანილი პაციენტის ამოცნობა და დროული მიმართვა ტუბსაწინააღმდეგო ქსელში; - დიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდები; - კონსულტაციაზე მოსულ პაციენტებში ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნების ამოცნობა; - ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის მეთოდები; - ტუბერკულოზის სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობის მეთოდები.	- პიკფლოუმეტრია; - ინჰალატორის გამოყენება და სწავლება სხვებისთვის; - სპირომეტრის გამოყენება და მისი შედეგების ინტერპრეტაცია. - ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტის ფიზიკური გამოკვლევა; - ნახველის შეგროვების პროცედურები; - დროული რეფერალი ტუბსაწინააღმდეგო ქსელში; - თანამშრომლობა ზემოაღნიშნულ ქსელთან	ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნების არსებობისას – 15; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 30; - ნახველის შეგროვება – 10	- გატარებული პაციენტები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს
---	--	--	--

მუხლი 22

1. მოდული II.3. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ენდოკრინოლოგია”, 1 თვე.
2. მოდულის მიზანი – ენდოკრინოლოგიური დაავადებების მართვის უნარ-ჩვევებს გამომუშავება პირველად ჯანდაცვაში;

3. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინები ენდოკრინული პათოლოგიის საკითხებზე: შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპოთირეოზი, მეტაბოლური სინდრომი, ოსტეოპოროზი, სიმსუქნე ბავშვებში, სიმსუქნე მოზრდილებში, დისლიპიდემია;

ბ) დიაგნოსტიკური ძიება შინაგან სნეულებათა კლინიკაში, გიორგი ქავთარაძე, 2009, “ცოდნა”, თბილისი, საქართველო;

გ) ლიპიდური ცვლის დარღვევები შინაგან სნეულებათა კლინიკაში, დავით კეხელი, მაია სულაქველიძე, 2010, თბილისი;

დ) Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology, David G. Gardner et al. 8th edition, (Lange Endocrinology), 2007; The McGraw-Hill Companies, Inc;

ე) HARRISON'S Manual of Medicine, 16th edition, 2005, The McGraw-Hill Companies, Inc. Medical Publishing Division;

ვ) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc;

ზ) Handbook of Signs & Symptoms, 4th Edition; 1010, Lippincott Williams & Wilkins;

თ) Washington Manual(TM) of Medical Therapeutics, The, 32nd Edition, Editors: Cooper, Daniel H.; Krainik, Andrew J.; Lubner, Sam J.; Reno, Hilary E. L.; 2007, Department of Medicine, Washington University School of Medicine. Published by Lippincott Williams & Wilkins.

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
■ სიმსუქნე; ■ დიაბეტი; ■ გლუკოზისადმი ტოლერანტულობის დარღვევა; ■ ჰიპოთირეოზი; ■ ჰიპერთირეოზი; ■ ჰიპერლიპიდემია; ■ ჰიპერურიკემია; ■ ჰიპოფიზის, თირკმელზედა ჯირკვლის და ფარისებრძოლ ჯირკვლის დაზიანებების დროული ამოცნობა და რეფერალი	■ დეტალური ანამნეზის შეგროვების უნარ-ჩვევა ენდოკრინული პათოლოგიის დროს; ■ დეტალური ფიზიკური გასინჯვის უნარ-ჩვევა ენდოკრინული პათოლოგიის დროს; ■ ინსტრ. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია; ■ ლაბ. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია	■ გატარებული პაციენტები რაოდენობა – 10; ■ სამედიცინო ჩანაწერები – 30; ■ გლუკოზის ექსპრეს-ტესტი – 20	■ შესრულებული სამუშაო დღეები; ■ მორიგეობები; ■ გატარებული პაციენტები; ■ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ■ ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

მუხლი 23

1. მოდული II.4 მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ინფექციური სნეულებები”, 1 თვე.
2. მოდულის მიზანი – ინფექციური დაავადებების მართვის უნარ-ჩვევების გამომუშავება პირველად ჯანდაცვაში.
3. ლიტერატურის ნუსხა:
 - ა) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინები ინფექციური სნეულებების საკითხებზე;
 - ბ) დიაგნოსტიკური ძიება შინაგან სნეულებათა კლინიკაში, გიორგი ქავთარაძე, 2009, “ცოდნა”, თბილისი, საქართველო;
 - გ) HARRISON’S Manual of Medicine, 16th edition, 2005, The McGraw-Hill Companies, Inc. Medical Publishing Division;
 - დ) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc.;
 - ე) Handbook of Signs & Symptoms, 4th Edition; 1010, Lippincott Williams & Wilkins;
 - ვ) Washington Manual(TM) of Medical Therapeutics, The, 32nd Edition, Editors: Cooper, Daniel H.; Krainik, Andrew J.; Lubner, Sam J.; Reno, Hilary E. L.; 2007, Department of Medicine, Washington University School of Medicine. Published by Lippincott Williams & Wilkins.
4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
▪ გასტროენტერიტი; ▪ ვირუსული ჰეპატიტები; ▪ აივ ინფექცია/შიდსი; ▪ ცნს-ის ინფექციური და ანთებითი დაავადებები, მენინგიტის ჩათვლით; ▪ მწვავე ინფექციებით გამოწვეული მდგომარეობები, რომლებიც გადაუდებლ დახმარებას საჭიროებენ	▪ დეტალური ანამნეზის შეგროვების უნარ-ჩვევა ინფექციური დაავადებების დროს; ▪ დეტალური ფიზიკური გასინჯვის უნარ-ჩვევა ინფექციური დაავადებების დროს; ▪ ინსტრ. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია: ლაბ. კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია	▪ გატარებული პაციენტები რაოდენობა – 10; ▪ მორიგეობა – 4; ▪ სამედიცინო ჩანაწერები – 30; ▪ ივ პუნქცია და/ან კათეტერიზაცია – 20; ▪ ივ ინფუზია – 15	▪ შესრულებული სამუშაო დღეები; ▪ მორიგეობები; ▪ გატარებული პაციენტები; ▪ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ▪ ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

M

მუხლი 24

1. მოდული II.5. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “გადაუდებელი მედიცინა”, 2 თვე.
2. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია რეზიდენტმა/მაძიებელმა გამოიმუშაოს გადაუდებელი მდგომარეობების, მათ შორის ტრავმის, ამოცნობის, შეფასებისა და მართვის

ჩვევები პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე; აგრეთვე, აითვისოს გადაუდებელი მდგომარეობების პრევენციის ეფექტური მეთოდები.

3. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინები: გულმკერდში ტკივილის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში, გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში, მიოკარდიუმის ინფარქტი ST ელევაციით, მიოკარდიუმის ინფარქტი შთ-სეგმენტის ელევაციის გარეშე /არასტაბილური სტენოკარდია; ახალშობილთა პირველადი რენიმაცია, გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში და სხვა კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინები, რომლებიც მოიცავენ გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას;

ბ) Oxford Textbook of Primary Medical Care Oxford: Oxford University Press, 2004 Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Grol R, Mant D, Silagy C (eds);

გ) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc;

დ) Washington Manual(TM) of Medical Therapeutics, The, 32nd Edition, Editors: Cooper, Daniel H.; Krainik, Andrew J.; Lubner, Sam J.; Reno, Hilary E. L.; 2007, Department of Medicine, Washington University School of Medicine. Published by Lippincott Williams & Wilkins.

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობები; - კარდიოპულმონური რენიმაციის პრინციპები; - ტრავმის მართვა პრინციპები; - ნევროლოგიური გადაუდებელი დახმარება - ფსიქიატრიული გადაუდებელი დახმარება - გარემოს ფაქტორებთან დაკავშირებული დარღვევები - ტოქსიკოლოგიური გადაუდებელი დახმარება - სამეანო-გინეკოლოგიური გადაუდებელი დახმარება - ძალადობის მსხვერპლი - მწვავე	- სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების ამოცნობა; - ძირითადი სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნების და კარდიოპულმონური რენიმაციის ტექნიკა (1 და 2 პირის მიერ); - დეფიბრილაცია; - ტრავმის მქონე პაციენტის შეფასება: პირველადი და მეორეული შეფასება, დაზიანების მექანიზმის განსაზღვრა; - სადიაგნოზო გამოკვლევები: ეკგ, რადიოლოგიური კვლევა; - ადგილობრივი ანესთეზია;	- გატარებული პაციენტები – 50; - კარდიოპულმონური რენიმაცია – 1-5; - დეფიბრილაცია – 1-5; - ტრავმის მქონე პაციენტის შეფასება – 5; - ეკგ – 15; - ადგილობრივი ანესთეზია – 5; - პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია – 20; - ცხვირიდან სისხლდენის შეჩერება – 1-5; - ნაზოგასტრალური ზონდირება და ლავაჟი – 5; - შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია – 5-10;	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - მორიგეობები; - გატარებული პაციენტები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობის იდენტიფიცირება და მენეჯმენტი: მწვავე რესპირატორული დაავადებები, გულ-სისხლძარღვთა მწვავე დაავადებები, სასწრაფო ტოქსიკოლოგიური დახმარება, მასობრივი კატასტროფა, მეტაბოლური დაავადებები/ მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა, შოკი (ჰიპოვოლემიური, ნეიროგენული, კარდიოგენური, სეპტიკური), გადაუდებელი დახმარება მწვავე ინფექციების დროს ▪ სადიაგნოზო გამოკვლევები გადაუდებელი მდგომარეობების დროს; ▪ სამრთლებრივი საკითხები; ▪ ურგენტული მდგომარეობების პრევენცია	▪ პერიფერიული ვენების კათეტერიზაცია; ▪ ცენტრალური ვენების კათეტერიზაცია და ვენასექცია ▪ ცხვირიდან სისხლდენის შეჩერება (წინა და უკანა ტამპონადა) ▪ ნაზოგასტრალური ზონდირება და ლავაჟი ▪ შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია ▪ ხერხემლის პირველადი იმობილიზაცია მოტეხილობის ან ამოვარდნილობის პირველადი იმობილიზაცია; ▪ ინფუზიური თერაპია; ▪ მასობრივი კატასტროფების დროს დაშვე-ბულთა “ტრიაჟი”; ერთდორულად რამდენიმე პაციენტის მართვა; ▪ გარდაცვლილი პაციენტის ახლობელთან ურთიერთობა კრიტიკულ ინციდენტთან დაკავშირებული სტრესის მართვა	▪ ხერხემლის და ძვლების პირველადი იმობილიზაცია – 5-10	
--	--	--	--

მუხლი 25

1. მოდული II.6. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ბავშვთა ჯანმრთელობა”, 3 თვე.
2. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია რეზიდენტმა გამოიმუშაოს ბავშვთა ჯანმრთელობის პრობლემების მართვის უნარი (განვითარების შეფასება, დაავადებათა პრევენცია, ჯანმრთელობის მწვავე და ქრონიკული პრობლემების მართვა), ბავშვის განვითარების ყველა ეტაპზე;

3. ლიტერატურის ნუსხა: კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციები (გაიდლაინები):

ა) ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

ბ) სიმუქნის მართვა ბავშვთა ასაკში პირველად ჯანდაცვაში, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

გ) ენურეზის მართვა პირველად ჯანდაცვაში, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

დ) ადრეული ასაკის ბავშვთა ფიზიკური განვითარება, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

ე) მშობლის კონსულტირება ბავშვის მოვლის საკითხებზე, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

ვ) 2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვება, კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია;

ზ) ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზედამხედველობის ძირითადი პრინციპები, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

თ) რაქიტის დიაგნოსტიკა, მართვა და პრევენცია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

ი) საშარდე გზების ინფექცია ბავშვებში, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

კ) ახალშობილთა რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

ლ) ახალშობილთა ჰიპოთერმია, ახალშობილთა ჰიპერბილირუბინემია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

მ) ჰიპოკალცემიის დიაგნოსტიკა, მართვა და პრევენცია, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია;

ნ) Bannon M, Carter Y (Eds). Protecting Children from Abuse and Neglect in Primary Care Oxford: Oxford;

ო) University Press, 2003;

პ) British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Royal College of Paediatrics;

ჟ) and Child Health, The Neonatal and Paediatric Pharmacists Group BNF for Children London: BMA, 2005;

რ) Chambers R Licence K, Looking after children in primary care Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004;

ს) Cohen BA Paediatric Dermatology London: Elsevier Mosby, 2005;

ტ) Donovan C, Suckling H Difficult Consultations with Adolescents Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004;

უ) Harndon A Sheikh A (Eds) Promoting Child Health in Primary Care London: RCGP, 2002;

ფ) Hall D, Elliman D. Health for All Children (4th Ed) Oxford: Oxford University Press, 2003;

ქ) Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Grol R, Mant D, Silagy C (eds). Oxford Textbook of Primary;

ღ) Medical Care Oxford: Oxford University Press, 2004;

- ყ) Keeley D Cot Death London: RCGP, 1995;
- შ) Lissauer T, Clayden G Illustrated Textbook of Paediatrics (2nd Ed) London: Mosby, 2001;
- ჩ) McPherson A, Donovan C, McFarlane A Healthcare of Young People: Promotion in Primary Care Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002;
- ც) Valman HB ABC of the first year London: BMJ Books, 2001;
- ძ) Valman HB ABC of One to Seven London: BMJ Books, 2002;
- წ) Viner R (Ed) ABC of Adolescence London: BMJ Books, 2002.

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ჯანმრთელი ბავშვის განვითარების ძირითადი ასპექტები; - იმუნიზაციის ნაციონალური კალენდარი; - ბავშვთა ასაკის გავრცელებული დაავადებების და პრობლემების მართვის სტრატეგია და საშიშროების ნიშნები	- ბავშვის გლობალური განვითარების შეფასება; - ბავშვის ჯანსაღი კვლების შესახებ მშობლების კონკულტირება; - ძუძუთი კვლების სირთულეების შემთხვევაში მშობლისთვის დახმარების აღმოჩენა; - საშიშროების ნიშნების შეფასება, მშობლებისათვის განვითარების ხელშეწყობი რჩევების მიცემა; - ბავშვთა ასაკის გავრცელებული დაავადებების მართვა, საშიშროების ნიშნების ამოცნობა; - იმუნიზაციის ნაციონალური კალენდრის მიხედვით ვაქცინაციის ჩატარება	- იმუნიზაცია; - კონსულტაციის ჩვევები; - ბავშვის განვითარების შეფასება-განვითარების ტესტების გამოყენება	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - მორიგეობები; - გატარებული პაციენტები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

მუხლი 26

- მოდული II.7. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ქალთა ჯანმრთელობა”, 2 თვე.
 - მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია რეზიდენტმა/მაძიებელმა გამოიმუშაოს ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემების მართვის უნარი, ნორმალური ორსულობის წარმართვის და სქესობრივად გადამდები დაავადებების ამოცნობისა და მართვის ჩათვლით.
 - ლიტერატურის ნუსხა: კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციები (გაიდლაინები):
- ა) ანტენატალური მეთვალყურეობა ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს;

- ბ) ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა;
- გ) ანტენატალური მეთვალყურეობა;
- დ) პრეკლამფსია/ეკლამფსიის მართვა;
- ე) ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია და მართვა;
- ვ) საშვილოსნოსგარე ორსულობა;
- ზ) ოჯახის დაგეგმვა;
- თ) საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიათა ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა პაპანიკოლაუს მეთოდით;
- ი) PAP-ტესტის საფუძველზე დაფუძნებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი და დიაგნოსტიკა;
- კ) ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში ადრეულნეონატალურ პერიოდში;
- ლ) ვენური თრომბოემბოლიის პრევენცია და მკურნალობა;
- მ) თრომბოემბოლიზმის პრევენცია ანტენატალურად და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში;
- ნ) მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვა;
- ო) სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში;
- პ) Chlamydia Trachomatis-ით გამოწვეული გინეკოლოგიური ინფექციების მართვა პირველად ჯანდაცვაში.

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
▪ ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის ძირითადი ასპექტები; ▪ ნაყოფის და დედის ჯანმრთელობის შეფასების მეთოდები; ▪ ორსულობის, მშობიარობისა და პოსტნატალური პერიოდის გავრცელებული პრობლემების მართვის გზები; ▪ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები;	▪ ორსულობის რისკის შეფასება, ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს; ▪ ანტენატალური მეთვალყურეობის განხორციელება; ▪ ორსული ქალის კონსულტირება ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ; ▪ ინფორმაციის მიწოდება ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდზე; ▪ ორსულობის დროს რუტინული სკრინინგ ტესტების ჩატარება და ინტერპრეტაცია;	▪ გინეკოლოგიური გასინჯვა: სარკის ჩადგმა, ნაცხის აღება – 30; ▪ მცირე მენჯის ბიმანუალური პალპაცია – 50; ▪ კონსულტაციის ჩვევები – 100; ▪ სარძევე ჯირკვლების გასინჯვა – 50; ▪ პაპ-ნაცხის აღება – 30	▪ შესრულებული სამუშაო დღეები; ▪ მორიგეობები; ▪ გატარებული პაციენტები; ▪ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ▪ ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

- კლიმაქტერული პერიოდის მართვა; - სარძევე ჯირკვლის გავრცელებული პრობლემების შეფასებისა და მართვის მეთოდები; - პრევენციის მეთოდები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების დიაგნოსტიკა და მართვა; - გინეკოლოგთა, ონკოლოგთა და ქირურგთა რეფერალის კრიტერიუმები. - ორსულობისა და გინეკოლოგიური პრობლემების დროს საგანგაშო ნიშნების ცოდნა და დროული რეაგირების გზები	- ქალის კონსულტირება ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე; - პაციენტისათვის მისაღები კონტრაცეპტივის შერჩევა, გავრცელებული გინეკოლოგიური პრობლემების მართვა და დროული რეფერალი საჭიროების შემთხვევაში; - სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების დიაგნოსტიკა და ანალიზების ინტერპრეტაცია, ინფექციის მართვა და, საჭიროებისას, დროული რეფერალი განხორციელება; - ორსულობისა და გინეკოლოგიური პრობლემების დროს საგანგაშო ნიშნების იდენტიფიცირება და დროული რეაგირების განხორციელება. - ასაკის მიხედვით ინდივიდუალური სკრინინგ გეგმის მიწოდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს და სარძევე ჯირკვლის კიბოს ადრეულ ეტაპზე გამოსავლენად; - მამოგრაფიისა და პაპ-ნაცხის შედეგების ინტერპრეტაცია		
--	--	--	--

მუხლი 27

1. მოდული 2.8. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ფსიქიკური ჯანმრთელობა”, 1 თვე.

2. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია რეზიდენტმა გამოიმუშაოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში აღმოცენებული პრობლემების დროულად ამოცნობის და პირველადი შეფასების, დროული და ადეკვატური მიმართვის და ფსიქიკური დაავადებების ხანგრძლივი მართვის ჩვევები ფსიქიატრთან მჭიდრო თანამშრომლობის გზით.

3. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინი ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა;

ბ) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინი პანიკური აშლილობა;

გ) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინი გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა;

დ) “ფსიქიკურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა”, თ. სილაგაძე, ლ. მენტეშაშვილი, 2010წ.;

ე) “ფსიქიატრიის მოკლე კურსი”, გ.ნანეიშვილი, 2006;

ვ) The treatment of common mental health problems in general practice, Family Practice 2006; 23: 53–59;

ზ) Journal: Mental Health in Family Medicine (WONCA).

4. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ნორმული ფსიქოსოციალური განვითარება ცხოვრების ციკლის განმავლობაში, მისი ვარიანტები და გადახრები; - ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების ურთიერთკავშირი; - მწვავე და ქრონიკული დაავადებების გავლენა პაციენტზე და მის ოჯახზე; - ფაქტორები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის გეგმის შესრულებაზე; - ოჯახის ფუნქციები და ზოგადი ინტერაქტიული მოდელი სტრესთან გამკლავებისას; - პირადი დამოკიდებულებებისა და ფასეულობების შეცნობა, რაც ზეგავლენას ახდენს ექიმის მოქმედების ეფექტურობაზე და ექიმით კმაყოფილებაზე; - ექიმზე ზემოქმედი სტრესული ფაქტორები და მათი ეფექტის თავიდან აცილების გზები; - ეთიკური საკითხები სამედიცინო პრაქტიკაში, ინფორმირებული თანხმობის, პაციენტის ავტონომიის, კონფიდენციალურობისა და სიცოცხლის ხარისხთან დაკავშირებული საკითხების ჩათვლით. - პირველად გამოვლინებული ფსიქიკური აშლილობა ჩვილებს,	- არაფსიქიატრიული აშლილობის ემოციური ასპექტების მართვა; - ფსიქიატრიული გადაუდებელი დახმარების პირველადი ორგანიზება (სუიციდური პაციენტი, მწვავე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტი); - ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობის მონიტორინგი, გვერდითი ეფექტები, წამალთა ურთიერთქმედება; - ოჯახთან თანამშრომლობა, ოჯახის თანადგომის უზრუნველყოფა; - საზოგადოებრივი რესურსების გამოყენება; - რჩევის მიცემა კრიზისის შემთხვევაში; - რეფერალის საჭიროების განსაზღვრა და რეფერალის ორგანიზება - ფსიქიატრთან, თანამშრომლობა	- სტაციონარში მყოფი პაციენტები – 20; - ამბულატორიული პაციენტები – 40.	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - მორიგეობები; - გატარებული პაციენტები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

ბავშვებსა და მოზარდებს შორის; ■ აშლილობები, რომელთა არსებობაზე ეჭვის მიტანა, პირველადი შეფასება, რეფერალის ორგანიზება და ფსიქიატრთან ერთად მართვა უნდა შეეძლოს ოჯახის ექიმს: დელირიუმი, დემენცია, ამნეზია და ცნობიერების სხვა დარღვევები, შიზოფრენია და სხვა ფსიქიკური აშლილობები, გუნება-განწყობის აშლა, შფოთვა, სომატოფორმული აშლილობები, დისოციაციური აშლილობა, სექსუალური და სქესობრივი იდენტურობის აშლილობა, იმპულსის კონტროლის დარღვევა, გარემოსთან შეგუების აშლილობა, პერსონალურობის დარღვევა, ძალადობასა და გულგრილობასთან დაკავშირებული პრობლემები, კვებასთან დაკავშირებული აშლილობები, ძილის დარღვევა	ფსიქიატრთან პაციენტის ქრ. პრობლემების მართვაში		
--	---	--	--

მუხლი 28

1. მოდული II.9. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ნარკოლოგია”, 1 თვე.

2. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია გააცნოს პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ექიმებს (ოჯახის ექიმებსა და თერაპევტებს) ნარკოლოგიის ძირითადი ასპექტები, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მავნედ მოხმარებისა და დამოკიდებულების დიაგნოსტიკის მეთოდები (სკრინინგი), წამალდამოკიდებულების პრევენციული ღონისძიებები, მკურნალობისა და მენეჯმენტის მთავარი პრინციპები. მოდული ემსახურება აგრეთვე, თანამშრომლობის გზების დასახვას პირველადი ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებსა და ნარკოლოგიურ სამსახურებს შორის.

3. მოდულის გავლის შედეგად ოჯახის ექიმმა უნდა იცოდეს:

ა) ნარკოლოგიაში ხმარებული ძირითადი ტერმინოლოგიის განმარტებები;

ბ) წამალდამოკიდებულების სკრინინგის მეთოდები, რომლებიც გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის სფეროში;

გ) ნარკოლოგიური დაავადებების ძირითადი თავისებურებები;

დ) ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე (ალკოჰოლი, თამბაქო, ოპიოიდები, სტიმულატორები და სხვ.) დამოკიდებულების ფორმირება და კლინიკური მიმდინარეობა;

ე) წამალდამოკიდებულების მენეჯმენტის ძირითადი ასპექტები და კერძოდ, დაავადებათა მართვის თავისებურებები ოჯახის ექიმის დონეზე.

4. მოდულის გავლის შედეგად ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს:

ა) ფსიქოაქტიური ნივთიერებების არასწორად მოხმარებისა (სახიფათო მოხმარება, მავნედ მოხმარება) და ნივთიერებებზე დამოკიდებულების დიაგნოსტიკა;

ბ) წამალდამოკიდებულების პროფილაქტიკა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;

გ) ალკოჰოლიზმისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების მენეჯმენტი პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

5. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) “ალკოჰოლური დამოკიდებულების მართვა პირველად ჯანდაცვაში”. დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2009 წლის 30 დეკემბერს;

ბ) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) “თამბაქოს წვეის მიტოვება და პრევენცია”. დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2009 წლის 30 დეკემბერს;

გ) “ოპიოიდური დამოკიდებულების ფსიქოსოციალურ დახმარებასთან კომბინირებული ფარმაკოლოგიური მკურნალობის სახელმძღვანელო”. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. საქართველოს ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი. გამომცემლობა „ნეკერი“. 2009 წელი;

დ) national clinical guideline; Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care.; first published 2003; Update to printed guideline 7Dec 2004; <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf>;

ე) Denise Ernst, William R. Miller, Stephen Rollnick. Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. International Journal of Integrated Care – Vol. 7, 10 October 2007 – ISSN 1568-4156 – [http://www.ijic.org/ Projects and Development](http://www.ijic.org/Projects%20and%20Development);

ვ) Berks J, McCormick R Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. Int Psychogeriatr 2008 Dec;20(6):1090-103. Epub 2008 Jun 9

ზ) Data collection and analysis. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review) 1 Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration;

თ) Database of Abstracts of Reviews of Effects-DARE Produced by the Centre for Reviews and Dissemination-CRD. Anders Beich, Thorkil Thorsen, Stephen Rollnick Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. Database entry date 9 August 2008. Copyright©2008 University of York;

ი) Screening, diagnosis and referral for substance use disorders. © 1998-2008 National Guideline Clearinghouse Date Modified: 11/3/2008. BIBLIOGRAPHIC SOURCE(S): Michigan Quality Improvement Consortium. Screening, diagnosis and referral for substance use disorders. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2007 Aug. 1 p;

კ) Adam O. Goldstein, Robert E. Gwyther, Carol E. Ripley-Moffit. 2007- Essentials of Family Medicine. Fifth Edition Psychiatric Problems and Substance Abuse Chapter 46. Addictions http://thepointedition.lww.com/pt/re/9780781781886/bookContentPane_frame.01273257...

ლ) A View From the Front Lines. Motivating Patients (and Providers) – What Makes a Difference? Ken Saffier, MD Contra Costa Regional Medical Center. California Academy of Family Physicians. Primary Care and the Chemically Dependent Patient. April 14, 2005. PowerPoint Presentation;

მ) Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Evelyn P. Whitlock, MD, MPH; Michael R. Polen, MA; Carla A. Green, PhD, MPH; C. Tracy Orleans, PhD; Jonathan Klein, MD, MPH; Ann Intern Med. 2004;140:558–569;

ნ) Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar). <http://images2.clinicaltools.com/images/pdf/ciwa-ar.pdf>;

ო) Current Medical Diagnosi&Treatment 2007-12-08 is the 46th annual volume. substance Use Disorders. From-SMTD-2007;

- 3) EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS task force; European Journal of Neurology 2005, 12: 575-581; (<http://www.efns.org>);
- 4) Family Practice Exam&Board Review. Chapter 26. Substance Abuse. pp 833-854. www.samhsa.gov;
- 5) Guideline for Physicians Working in California Opioid Treatment Programs. Editor: Deborah K. Stephenson, MD, MPH for the CSAM Committee on Treatment of Opioid Dependence. © 2005 CSAM. Adopted April 4, 2005 by the Executive Council of the California Society of Addiction Medicine www.csam-asam.org;
- 6) Introduction to Addiction. Sean Koon, MD. California Academy of Family Physicians And California Society of Addiction Medicine. April 14, 2005. PowerPoint Presentation;
- 7) Kosten TR et al: Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl J Med 2003;348:1786. [PMID:12724485];
- 8) Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Mayo-Smith MF- Arch Intern Med- 12-Jul-2004; 164(13):1405-12. The information was verified by the guideline developer on May 20, 2005;
- 9) PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. This practice guideline was approved in December 2005 and published in August 2006. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION STEERING COMMITTEE ON PRACTICE GUIDELINES. pp 276. http://www.psych.org/psych_pract/pg/reviewform.cfm;
- 10) Rigotti NA: Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 2002;346:506 [PMID:12088292];
- 11) Substance Use Disorders. From Screening to Brief Intervention. Maureen Strohm, M.D. Director, USC/California Hospital Family Medicine Residency; PowerPoint Presentation;
- 12) The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, September 2003; (www.sign.ac.uk);
- 13) TREATING SUBSTANCE USE DISORDERS. A Quick Reference Guide. American Psychiatric Association. Steering Committee on Practice Guidelines. Based on Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition, originally published in August 2006. pp.48. www.psych.org;
- 14) Thomas F. Babor; John C. Higgins-Biddle; John B. Saunders; Maristela G. Monteiro. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. pp. 41. © World Health Organization 2001. www.health.org;
- 15) 10. The Role of Biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders. Substance Abuse Treatment ADVISORY. News for the Treatment Field. September 2006. Volume 5. Issue 4. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. www.samhsa.gov;
- 16) Treatment of Alcoholism and Addiction. Steven R. Ey, M.D. Medical Director Genesis Chemical Dependency Unit. South Coast Medical Center. Laguna Beach, CA. April 14, 2005. PowerPoint Presentation.
- 17) US Preventive Services task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce alcohol misuse: recommendation statement. Ann Intern Med 2004; 140:554-7. www.ahrq.gov;
- 18) Guideline title: Treating tobacco use and dependence: 2008 update. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12520 Status: current release;
- 19) Guideline title: Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 May. 257p

ჯ) Guideline title: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. Status: current release. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12286;

3) Guideline title: Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Status: current release. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9740

6. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- წამალდამოკიდებულების არსი, ძირითადი ტერმინების განმარტებები, ნარკოტიკების კლასიფიკაცია. - ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მავნედ მოხმარებისა და დამოკიდებულების დიაგნოსტიკა. - ნარკოლოგიური დაავადებების ძირითადი თავისებურებები. - წამალდამოკიდებულების ეტიოპათოგენეზი. - სტანდარტული დალევა, სახიფათო მოხმარება, მწვავე ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია, ალკოჰოლიზმი. - ოპიოიდური ნარკომანია. - ჩანაცვებითი თერაპიის ძირითადი ასპექტები, ჩანაცვლებითი თერაპია საქართველოში. - სედატიური და ჰიპნოზური საშუალებები. - სტიმულატორები და ჰალუცინოგენები. - ნიკოტინური დამოკიდებულება და მისი მენეჯმენტი. - აქროლადი გამხსნელები. - კანაბინოიდები (ანაშა). - წამალდამოკიდებულების მკურნალობისა და მენეჯმენტის ძირითადი პრინციპები. - ხანმოკლე ინტერვენციები	- სკრინინგის და დიაგნოსტიკის მეთოდები; - ხანმოკლე ინტერვენციების ჩატარება; - ალკოჰოლიზმის მენეჯმენტი; - თამბაქოზე დამოკიდებულების მენეჯმენტი	- დისკუსია წინასწარ შერჩეულ საკითხებზე - კონკრეტული შემთხვევების გარჩევა - როლური თამაშები; - პირველადი ანამნეზის შეგროვება; - მეორადი ანამნეზის შეგროვება; - მკურნალობის მეთვალყურეობა; - მედიკამენტები ს ადმინისტრირების მეთვალყურეობა	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - შემინარებში მონაწილეობა; - პაციენტებთან მუშაობა; - კოლოქვიუმში მონაწილეობა; - საბოლოო ტესტური შეფასება

მუხლი 29

1. მოდულები II.10 და II.11. ელექტიური მოდულები 2 1-თვიანი მოდული.
2. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – დამოკიდებულია მსმენელის მიერ შერჩეულ მოდულზე (იხ. ქვეთავი “II ეტაპის ელექტიური მოდულების შესახებ”) 1 თვე.
3. მოდულის მიზანი – დამოკიდებულია მსმენელის მიერ შერჩეულ მოდულზე.

თავი IV. პროგრამის III ეტაპი

მუხლი 30

1. სარეზიდენტო პროგრამის III ეტაპი მოიცავს 3 მოდულს, რომელსაც მამიებელი გადის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში:

მოდულის დასახელება		ხანგრძლივობა
მოდული III.1. “დაავადებათა პრევენცია და მართვა პირველად ჯანდაცვაში” – 7 თვე		
საკითხი 1.	ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა და პრევენციული პროგრამები პირველად ჯანდაცვაში	1 თვე
საკითხი 2.	ქრონიკული დაავადებების მართვა	3 თვე
საკითხი 3.	ხანდაზმულების სამედიცინო მომსახურება	1 თვე
საკითხი 4.	პალიატიური მზრუნველობა	1 თვე
საკითხი 5.	წამლის რაციონალური გამოყენება	1 თვე
მოდული III.2. “ოჯახი და თემი ოჯახის ექიმის საქმიანობაში” – 2 თვე		
საკითხი 1.	ოჯახი, როგორც ზრუნვის/დახმარების ერთეული	1 თვე
საკითხი 2.	თემზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა	1 თვე
მოდული III.3. “ხარისხის უზრუნველყოფა და სამეცნიერო კვლევა” – 3 თვე		
საკითხი 1.	ხარისხის უზრუნველყოფა	1 თვე
საკითხი 2.	პაციენტის კმაყოფილება და აუდიტი	1 თვე
საკითხი 3.	სამეცნიერო კვლევა	1 თვე

2. მესამე დასკვნითი ეტაპის სტრუქტურა საერთოა: მუშაობა ოჯახის ექიმთან საოჯახო მედიცინის კლინიკაში და რეგულარული უკუკავშირის სესიები.

3. რეზიდენტი/მამიებელი ყოველდღე მუშაობს ოჯახის ექიმის ოფისში “ოჯახის ექიმ-მასწავლებლის” ზედამხედველობით (მოდულზე პასუხისმგებელი პირი საოჯახო მედიცინის კლინიკაში).

4. თვეში ერთხელ რეზიდენტი/მამიებელი ხვდება ტუტორს.

5. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ეტაპზე მოდულების დასახელება განსხვავდება, პრაქტიკული მუშაობის კომპონენტი ანალოგიურია და მოიცავს ოჯახის ექიმთან ერთად მუშაობას თავისუფლების გაცილებით მეტი ხარისხით, ვიდრე ეს მზადების I ეტაპზე იყო.

6. რეზიდენტი/მამიებელი, ფაქტობრივად, ექიმის სამუშაოს ასრულებს, მაგრამ ყველა გადაწყვეტილებას ათანხმებს მოდულზე პასუხისმგებელი პირთან – “ოჯახის ექიმ – მასწავლებელთან”.

7. ამასთან, თითოეული მოდულის შინაარსის მიხედვით, რეზიდენტი/ მამიებელი მუშაობს ლიტერატურაზე, იღებს რჩევებს მოდულზე პასუხისმგებელი პირისგან და თვეში ერთხელ ხვდება ტუტორს.

8. ოჯახის ექიმის ყოველდღიური საქმიანობა მოიცავს:

ა) კონსულტაციების ჩატარებას;

ბ) ვიზიტებს ბინაზე;

- გ) გადაუდებელი მიღების კონსულტაციებს;
- დ) სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებას, რასაც ამოწმებს მოდულოზე პასუხისმგებელი პირი;
- ე) რეფერალის ორგანიზებას;
- ვ) სხვადასხვა სპეციალისტებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას;
- ზ) პაციენტის განათლებას;
- თ) ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადებას;
- ი) კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობას;
- კ) მოხსენების გაკეთებას ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე, რაც, უპირველეს ყოვლისა, მოიცავს უახლეს ინფორმაციას ოჯახის ექიმისათვის მნიშვნელოვან თემებზე;
- ლ) ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულებას.

მუხლი 31

1. მოდული III.1. მოდულის დასახელება ხანგრძლივობა – “დაავადებათა პრევენცია და მართვა პირველად ჯანდაცვაში”, 5 თვე.

2. მოდული მოიცავს 5 ძირითად თემას, რომლის ათვისებაც რეზიდენტი ანდომებს თითო თვეს:

- ა) ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა და პრევენციული პროგრამები პირველად ჯანდაცვაში;
- ბ) ქრონიკული დაავადებების მართვა;
- გ) ხანდაზმულების სამედიცინო მომსახურება;
- დ) პალიატიური მზრუნველობა;
- ე) წამლის რაციონალური გამოწერა.

3. მოდულის მიზანი – მოდულის მიზანია:

- ა) გამოუმუშაოს რეზიდენტს/მადიებელს უნარი, ჩართოს მის ყოველდღიურ საქმიანობაში ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობისა და პრევენციის ღონისძიებები, როგორც ინდივიდების, ისე თემის დონეზე;
- ბ) გამოუმუშაოს რეზიდენტს/მადიებელს ქრონიკული დაავადებების მართვის უნარი;
- გ) გამოუმუშაოს რეზიდენტს/მადიებელს ხანდაზმული პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის შეფასების და მართვის, აგრეთვე, მართვაში სხვა რესურსების (ოჯახი, თემი, ინსტიტუტები) ჩართვის უნარი;
- დ) გამოუმუშაოს რეზიდენტს/მადიებელს მის სამიზნე კონტინგენტში არსებული პაციენტებისთვის პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზების უნარი;
- ე) გამოუმუშაოს რეზიდენტს/მადიებელს რაციონალური ფარმაცოთერაპიის უნარი.

4. ლიტერატურის ნუსხა:

- ა) ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა და პრევენციული პროგრამები პირველად ჯანდაცვაში:

ა.ა) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინები: ჯანმრთელ პირთა (15-65) და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება თამბაქოს წევის მიტოვება და პრევენცია, სიმსუქნის მართვა პირველად ჯანდაცვაში, სიმსუქნის მართვა ბავშვთა ასაკში

პირველად ჯანდაცვაში, ჰიპეროქლოესტერინემიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში, კვების ქცევითი დარღვევების მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში, მეტაბოლური სინდრომის გამოვლენა და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში, ოსტეოპოროზის პრევენცია ზოგად საექიმო პრაქტიკაში;

ა.ბ) პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

ა.გ) არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის მექანიზმების შეფასება პირველად ჯანდაცვაში, ბეჟან წინამძღვრიშვილი, და თანაავტ. 2009, თბ.: შპს "ჯისიაი";

ა.დ) S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. 2nd ed. Vol. I: understanding and improving health objectives for improving health (part A); vol. II: objectives for improving health (part B); and appendices. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000;

ა.ე) Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, et al. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health 2003;93:635;

ა.ვ) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011);

ა.ზ) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel and L. Peter Schwiebert; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);

ა.თ) Case Files: Family Medicine, (second edition) by Eugene C. Toy, Donald Briscoe, Bruce Britton, Bal Reddy; 2010, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ა.ი) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;

ა.კ) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins;

ა.ლ) Oxford Textbook of Primary Medical Care, Jones R (Ed). Oxford: Oxford University Press, 2004;

ა.მ) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004;

ა.ნ) Rakel RE. Textbook of Family Practice 6th edition London: W.B. Saunders, 2001;

ბ) ქრონიკული დაავადებების მართვა:

ბ.ა) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინები: ქრონიკული დაავადებების მართვის შესახებ;

ბ.ბ) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011);

ბ.გ) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel and L. Peter Schwiebert; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);

ბ.დ) Case Files: Family Medicine, (second edition) by Eugene C. Toy, Donald Briscoe, Bruce Britton, Bal Reddy; 2010, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ბ.ე) Handbook of Signs & Symptoms, 4th Edition; 1010, Lippincott Williams & Wilkins;

ბ.ვ) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ბ.ზ) Ferri's Clinical Advisor 2009, 1st ed; 2009, Mosby, An Imprint of Elsevier;

ბ.თ) Current Practice Guidelines in Primary Care, 2009; Ralph Gonzales, Jean S. Kutner; 2008, The McGraw-Hill Companies, Inc;

ბ.ი) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;

- ბ.კ) Blueprints: Family Medicine, second edition, 2006; Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins;
- ბ.ლ) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins;
- ბ.მ) Jones R (Ed). Oxford Textbook of Primary Medical Care Oxford: Oxford University Press, 2004;
- ბ.ნ) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004;
- გ) ხანდაზმულების სამედიცინო მომსახურება:
- გ.ა) Essentials of Clinical Geriatrics: Sixth Edition; Robert Kane et al. 2008, The McGraw-Hill Companies, Inc;
- გ.ბ) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011);
- გ.გ) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel and L. Peter Schieberrt; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);
- გ.დ) Case Files: Family Medicine, (second edition) by Eugene C. Toy, Donald Briscoe, Bruce Britton, Bal Reddy; 2010, The McGraw-Hill Companies, Inc.;
- გ.ე) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc.;
- გ.ვ) Ferri's Clinical Advisor 2009, 1st ed; 2009, Mosby, An Imprint of Elsevier;
- გ.ზ) Current Practice Guidelines in Primary Care, 2009; Ralph Gonzales, Jean S. Kutner; 2008, The McGraw-Hill Companies, Inc;
- გ.თ) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;
- გ.ი) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins;
- გ.კ) Jones R (Ed). Oxford Textbook of Primary Medical Care Oxford: Oxford University Press, 2004;
- გ.ლ) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004.
- დ) პალიატიური მზრუნველობა:
- დ.ა) პალიატიური მზრუნველობა – სამედიცინო და ორგანიზაციული ასპექტები; თბილისი, 2003წ 138გვ. რ. ღვამიჩავას რედაქციით;
- დ.ბ) პალიატიური მზრუნველობა; თბილისი, 2005; დ. კორძაიას რედაქციით;
- დ.გ) რ. ღვამიჩავა, მ. შავდია „ონკოლოგია“; თბილისი, 2010წ, 674გვ. (თსუ ბიბლიოთეკა);
- დ.დ) ბრძანება N 157/ნ – ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე (10.07.2008);
- დ.ე) EPEC-O (Education in Palliative and End-of Life Care) – <http://www.epec.net.>;
- დ.ვ) Essentials of Clinical Geriatrics: Sixth Edition; Robert Kane et al. 2008, The McGraw-Hill Companies, Inc.;
- დ.ზ) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011);
- დ.თ) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel and L. Peter Schieberrt; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);
- დ.ი) Case Files: Family Medicine, (second edition) by Eugene C. Toy, Donald Briscoe, Bruce Britton, Bal Reddy; 2010, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

დ.კ) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

დ.ლ) Ferri's Clinical Advisor 2009, 1st ed; 2009, Mosby, An Imprint of Elsevier;

დ.მ) Current Practice Guidelines in Primary Care, 2009; Ralph Gonzales, Jean S. Kutner; 2008, The McGraw-Hill Companies, Inc;

დ.ნ) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;

დ.ო) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins

დ.პ) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004;

ე) წამლის რაციონალური გამოწერა:

ე.ა) Desk Reference of Clinical Pharmacology, 2nd Ed. Manuchair Ebadi, 2008; Taylor & Francis Group, LLC;

ე.ბ) Basic & Clinical Pharmacology, 11th Edition, Bertram G. Katzung, Susan B. Masters, Anthony J. Trevor; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ე.გ) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011)

ე.დ) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel and L. Peter Schwiebert; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);

ე.ე) Case Files: Family Medicine, (second edition) by Eugene C. Toy, Donald Briscoe, Bruce Britton, Bal Reddy; 2010, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ე.ზ) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc.;

ე.თ) Ferri's Clinical Advisor 2009, 1st ed; 2009, Mosby, An Imprint of Elsevier;

ე.ი) Current Practice Guidelines in Primary Care, 2009; Ralph Gonzales, Jean S. Kutner; 2008, The McGraw-Hill Companies, Inc;

ე.კ) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;

ე.ლ) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins;

ე.მ) Jones R (Ed). Oxford Textbook of Primary Medical Care Oxford: Oxford University Press, 2004;

ე.ნ) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004.

5. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ცხოვრების წესის და გარემოს როლი დაავადებათა განვითარებაში; - დაავადებათა რისკ-ფაქტორები;	პრევენციული ღონისძიებების ჩართვა ნებისმიერი ტიპის კონსულტაციაში (გადაუდებელი მდგომარეობების გამოკლებით);	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10; - გადაუდებელი	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის

- პრევენციის სახეები; - პირველადი პრევენცია, იმუნიზაცია, რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაცია და მართვა; - მეორეული პრევენცია, ასიმპტომური დაავადებების სკრინინგი; - მესამეული პრევენცია; - პრევენციის ეროვნული პროგრამები; - პრევენცია ოჯახის ექიმის ყოველდღიურ საქმიანობაში	- მავნე ჩვევების და რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაციის უნარი; - პაციენტის კონსულტირება ცხოვრების ჯანსაღი წესის და ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობის საკითხებზე; - მავნე ჩვევების მიტოვებაზე ორიენტირებული კონსულტაციის ჩატარება; - ხანგრძლივი დაკვირვა ცხოვრების წესის მოდიფიკაციასთან დაკავშირებით	მიღება (პაციენტი) – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; - რეფერალის ორგანიზება – 75; - სხვდასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; - პაციენტის განათლება – 50; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; - მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	შეფასება; ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს
---	--	---	---

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ქრონიკული დაავადებების წილი საერთო ავადობასა და სიკვდილობაში; - გავრცელებული ქრონიკული დაავადებები; ეპიდემიოლოგიური მონაცემები საქართველოში; - ასაკობრივი ჯგუფები; - ქრონიკული დაავადებების მართვის პრინციპები; - გუნდური მუშაობის მნიშვნელობა ქრ. დაავადებების	- კონსულტაციის ჩატარება ქრ. დაავადების მართვის შესახებ; - ხანგრძლივი დაკვირვება და შეფასება; - მკურნალობის კოორდინაცია პჯდ გუნდის წევრებთან; - ოჯახის ჩართვა; - ანამნეზი და ფიზიკური გასინჯვა; - ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების რაციონალური გამოყენება;	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10; - გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; - რეფერალის ორგანიზება – 75; - სხვდასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; - პაციენტის განათლება – 50; - კლინიკაში	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

მართვაში;	მედიკამენტურ მკურნალობაზე და წამლის გვერდით ეფექტებზე დაკვირვება	ორგანიზმულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; - მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	
-----------	--	---	--

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ხანდაზმული პაციენტის ჯანმრთელობის თავისებურებები; - დაბერების ფიზიოლოგია; - ჯანმრთელობის პრობლემათა სპექტრი ხანდაზმულ ასაკში; - ფარმაკოლოგიური მკურნალობის თავისებურება ხანდაზმულ ასაკში; - მკურნალობის მიზნები ხანდაზმულ ასაკში; - გუნდური მუშაობის და ოჯახის როლი ხანდაზმულთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში; - მოვლა ბინაზე და დაწესებულებაში	- ხანდაზმულის ჯანმრთელობის და ფუნქციონირების შეფასება: ფიზიკური ფუნქციონირების დაქვეითების, კოგნიტიური ფუნქციის შეფასება; - დავარდნის და მოტეხილობის პრევენცია; - რეკომენდაციები კვების და ფიზიკური აქტიურობის შესახებ	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10; - გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; - რეფერალის ორგანიზება – 75; - სხვდასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; - პაციენტის განათლება – 50; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; - მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის	შეფასების მეთოდები
----------------	-------------------------	----------------------------	--------------------

		რაოდენობა	
- ოჯახის ექიმის როლი პალიატიურ მზრუნველობაში; - სიმპტომთა მართვა ქრონიკულ ინკურაბელურ პაციენტებში; - ტკივილის შეფასება; - ქრონიკული ტკივილის მართვა; - გუნდური მიდგომა; - მოვლა სიცოცხლის ბოლო დღეებში	- ეფექტური კომუნიკაცია პაციენტებთან, ოჯახის წევრებთან და გუნდის წევრებთან; - ქრონიკული ტკივილის შეფასება და მართვა; - სხვა მტანჯველი სიმპტომების შეფასება; - ცუდი ამბების მიწოდება; - ჟანგბადის მიწოდება (ნილბით, კანულით); - ინტრავენური ინიექცა, ვენის კათეტერიზაცია და ინტრავენური ინფუზია; - ნაზოგასტრალური ზონდირება; - შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია; - ჭრილობების, ნაწოლების მოვლა	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10; - გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; - რეფერალის ორგანიზება – 75; - სხვდასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; - პაციენტის განათლება – 50; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; - მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ფარმაკოლოგიური მკურნალობის პრინციპები; - ინდივიდუალური ორიენტირებული მკურნალობა, წამლის, მისი ფორმის, დოზის შერჩევა და მკურნალობის ხანგრძლივობა; - ფარმაკოთერაპიის ეფექტზე დაკვირვება;	- ინდივიდუალური ფარმაკოლოგიური მკურნალობა; - წარმლების არსენალის განსაზღვრა, რომელთა გამოყენების უნარი აქვს მაძიებელს/რეზიდენტს; - სარწმუნო	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10; - გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება –	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება;

▪ გვერდით მოვლენებზე დაკვირვება; ▪ პაციენტის ჩართვა ფარმაცოთერაპიაზე დაკვირვებაში; ▪ წამლების ურთიერთქმედება; ▪ პოლიპრაგმაზიის თავიდან აცილება; ▪ ფარმაცოთერაპიაზე მოქმედი ფაქტორები; ▪ ფარმაცოთერაპიის ხარჯეფექტურობა; ▪ ფარმაცოთერაპია და კანონმდებლობა, წამლის გამოწერა, წამლის ხელმისაწვდომობა, სპეციალურ ცონტროლს დაქვემდებარებული წამლები	ინფორმაციის მოძიება წამალზე, მისი შეფასება და გამოყენება; ▪ წამლის გვერდით ეფექტებზე დაკვირვება; ▪ მიმდინარე მკურნალობის კორექცია (წამალი, დოზა, ფორმა); ▪ ადეკვატური ჩანაწერების წარმოება მიმდინარე ფარმაცოთერაპიის შესახებ	100; ▪ რეფერალის ორგანიზება – 75; ▪ სხვადასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; ▪ პაციენტის განათლება – 50; ▪ კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; ▪ მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; ▪ ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; ▪ ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	▪ ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს
---	---	---	--

მუხლი 32.

1. მოდული III.2. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ოჯახი და თემი ოჯახის ექიმის საქმიანობაში”, 2 თვე.

2. მოდული მოიცავს 2 ძირითად თემას, რომლის ათვისებაც რეზიდენტი ანდომებს თითო თვეს:

ა) ოჯახი, როგორც ზრუნვის/დახმარების ერთეული;

ბ) თემზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა.

3. მოდულის მიზანი:

ა) გამოუმუშავოს რეზიდენტს/მადიებელს ოჯახის როლის შეფასებისა და პაციენტზე ზრუნვაში მისი ჩართვის უნარი; აგრეთვე, ოჯახის დახმარების უნარი ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მართვაში;

ბ) გამოუმუშავოს რეზიდენტს/მადიებელს პირველად ჯანდაცვაში თემთან მუშაობის უნარ-ჩვევები.

4. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) ოჯახი, როგორც ზრუნვის/დახმარების ერთეული:

ა.ა) Family-Oriented Primary Care, Second Edition; Susan H. McDaniel et al. 2005, Springer Science+Business Media, Inc;

- ა.ბ) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011);
- ა.გ) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel and L. Peter Schwiebert; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);
- ა.დ) Case Files: Family Medicine, (second edition) by Eugene C. Toy, Donald Briscoe, Bruce Britton, Bal Reddy; 2010, The McGraw-Hill Companies, Inc;
- ა.ე) Handbook of Signs & Symptoms, 4th Edition; 1010, Lippincott Williams & Wilkins;
- ა.ვ) Current Medical Diagnosis & Treatment 2010, Forty-Ninth Edition; Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, The McGraw-Hill Companies, Inc;
- ა.ზ) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;
- ა.თ) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins;
- ა.ო) Jones R (Ed). Oxford Textbook of Primary Medical Care Oxford: Oxford University Press, 2004;
- ა.კ) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004;
- ბ) თემზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა:
- ბ.ა) ეროვნული მოხსენებები და ეროვნული ანგარიშები, შჯსდ სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი (მიმდინარე);
- ბ.ბ) Community-Based Health Interventions by Sally Guttmacher, Patricia J. Kelly and Yumary Ruiz-Janecko (Feb 2, 2010) – Kindle eBook;
- ბ.გ) Evaluating Public and Community Health Programs by Muriel J. Harris (Jan 28, 2010) – Kindle eBook;
- ბ.დ) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011);
- ბ.ე) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel and L. Peter Schwiebert; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);
- ბ.ვ) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;
- ბ.ზ) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins;
- ბ.თ) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004.

5. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები:

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ოჯახის კონტექსტის როლი პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემის შეფასებაში; - ოჯახი	- კონსულტაციის ჩატარება ოჯახის კონტექსტის ანალიზისთვის; - ოჯახში არსებული	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10;	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
როგორც რესურსი პაციენტის პრობლემის მართვაში; - ოჯახი როგორც ზრუნვის საგანი; - ოჯახის ტიპები და განვითარების ციკლები; - ოჯახის პრობლემების მართვა	რესურსების გამოვლენა და მისი გამოყენება პაციენტის პრობლემების მართვაში; - ოჯახის ანალიზი; - ოჯახის კონსულტაციის ჩატარება	- გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; - რეფერალის ორგანიზება – 75; - სხვდასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; - პაციენტის განათლება – 50; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; - მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- თემი: განსაზღვრება, მახასიათებლები, თავისებურება (ქვეყანა, რეგიონი, გეოგრაფია), - თემის ჯანმრთელობა, დეტერმინანტები,	- თემის იდენტიფიკაციის და შეფასების უნარი; - თემთან მუშაობის მეთოდების ფლობა; - თემის	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10; - გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10;	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება;

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
შეფასება, მართვა; თემის როლი თემის ჯანმრთელობის მართვაში	რესურსების გამოყენების უნარი	- სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; - რეფერალის ორგანიზება – 75; - სხვდასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; - პაციენტის განათლება – 50; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; - მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

მუხლი 33.

1. მოდული III.3. მოდულის დასახელება, ხანგრძლივობა – “ხარისხის უზრუნველყოფა და სამეცნიერო კვლევა”, 3 თვე.

2. მოდული მოიცავს 3 ძირითად თემას, რომლის ათვისებაც რეზიდენტი/მაძიებელი ანდომებს თითო თვეს:

- ა) ხარისხის უზრუნველყოფა;
- ბ) პაციენტის კმაყოფილება და აუდიტი;
- გ) სამეცნიერო კვლევა.

3. მოდულის მიზანი:

- ა) გამოუმუშავოს რეზიდენტს/მაძიებელს პირველად ჯანდაცვაში ოჯახის ექიმის მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისათვის აუცილებელი უნარ-ჩვევები;

ბ) გამოუმუშაოს რეზიდენტ/მამიებელს პაციენტის კმაყოფილების შეფასების იარაღების გამოყენების, მისი შედეგების ინტერპრეტაციისა და პრაქტიკასთან მისადაგების, აუდიტის დაგეგმვის, ჩატარების და მისი შედეგების საფუძველზე ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებების დაგეგმვის უნარს;

გ) გამოუმუშაოს რეზიდენტ/მამიებელს კვლევის ძირითადი კითხვის შესაბამისი კვლევის დიზაინის განსაზღვრის, კვლევის გეგმის ჩამოყალიბებისა და მისი განხორციელების უნარი.

4. ლიტერატურის ნუსხა:

ა) ხარისხის უზრუნველყოფა;

ბ) პაციენტის კმაყოფილება და აუდიტი;

ბ.ა) დაავადებათა მართვის ეროვნული სახელმძღვანელოს (გაიდლაინის) შემუშავების სახელმძღვანელო, 2010 წ.;

ბ.ბ) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინები: 2006 – 2011;

ბ.გ) “კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების იმპლემენტაცია: საერთაშორისო და ნაციონალური გამოცდილების მიმოხილვა”, გ.ჯავაშვილი, გ. კიკნაძე, 2008, ჩოლეფორმ;

ბ.დ) “რეკომენდაციები საქართველოში კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინების იმპლემენტაციისათვის”, გ.ჯავაშვილი, გ. კიკნაძე, 2008, CoReform;

ბ.ე) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011);

ბ.ვ) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel; and L. Peter Schwiebert; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);

ბ.ზ) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;

ბ.თ) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins;

ბ.ი) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004

გ) სამეცნიერო კვლევა:

გ.ა) Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe, EGPRN (European General Practice Research Network), 2009, WONCA;

გ.ბ) Epidemiology, biostatistics and preventive medicine, third edition, 2007, Saunders, Elsevier;

გ.გ) Introduction to Research: Understanding and Applying Multiple Strategies, Elizabeth Depoy, Laura N. Gitlin, 2005, Elsevier Health Sciences;

გ.დ) Foundations of Clinical Research: Applications to Practice, Leslie Gross Portney, Mary P. Watkins, 1999, Pearson Education;

გ.ე) Essentials of Family Medicine, (fifth edition) by Philip Sloan, 2007 (six edition, 2011);

გ.ვ) Family Medicine Ambulatory Care & Prevention, (fifth edition) Eds: Mark B. Mengel and L. Peter Schwiebert; 2009, The McGraw-Hill Companies, Inc (A LANGE Clinical Manual);

გ.ზ) Current Clinical Strategies: Family Medicine, 2008 Edition; Paul D. Chan, Christopher R. Winkle, Peter J. Winkle;

გ.თ) Principles of Ambulatory Medicine, 7th Edition; Eds: Fiebach, Nicholas H.; Kern, David E.; Thomas, Patricia A.; Ziegelstein, Roy C; 2007, Lippincott Williams & Wilkins;

გ.ი) McWhinney IR A Textbook of Family Medicine Oxford: Oxford University Press, 2004.

5. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, ჩასატარებელი მანიპულაციების რაოდენობა და მოდულის შეფასების მეთოდები;

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- პირველად ჯანდაცვაში ოჯახის ექიმის მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხის კომპონენტები; - ხარისხის შეფასების მეთოდები; - პაციენტის უსაფრთხოება; - პაციენტის კმაყოფილება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის აუდიტი; - კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინები; - ლიცენზირება და სერტიფიცირება; - ჰიგიენური ნორმები და სტანდარტები	- ოჯახის ექიმის მიერ გაწეული მომსახურების აუდიტის დაგეგმვის, ჩატარების და რეკომენდაციების მომზადების უნარი; - პაციენტის კმაყოფილების შესწავლის ინსტრუმენტების გამოყენების უნარი; - კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების მოძიების და გამოყენების უნარი; - მტკიცებულ ბეზის მოძიების და გამოყენების უნარი; - საკუთარ პროფესიულ კომპეტენციაზე ზრუნვის უნარი, უპე პროგრამების შერჩევისა და მათში მონაწილეობის ჩათვლით; - პრაქტიკაში არსებული პრობლემების წარმოჩენის, ანალიზის და შესაბამისი ღონისძიებების დაგეგმვის უნარი	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10; - გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; - რეფერალის ორგანიზება – 75; - სხვდასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; - პაციენტის განათლება – 50; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; - მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
- ოჯახის ექიმის საქმიანობის აუდიტი; - აუდიტის მნიშვნელობა ხარისხის უზრუნველყოფისთვის; - აუდიტის ციკლი; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის აუდიტისათვის საჭირო რესურსები	- აუდიტის საქმიანობის განსაზღვრა ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში; - აუდიტის თემის შერჩევა; - აუდიტის კრიტერიუმების განსაზღვრა; - აუდიტის კრიტერიუმის შესაბამისის სტანდარტის განსაზღვრა; - ინფორმაციის შეგროვება აუდიტისთვის; - აუდიტის შედეგების შეფასება და ინტერპრეტაცია; - ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებების დაგეგმვა	- კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; - ვიზიტებს ბინაზე – 10; - გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10; - სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; - რეფერალის ორგანიზება – 75; - სხვადასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; - პაციენტის განათლება – 50; - კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; - მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; - ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; - ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	- შესრულებული სამუშაო დღეები; - ჩატარებული კონსულტაციები; - მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; - ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს

თეორიული კურსი	პროფესიული უნარ-ჩვევები	შესასრულებელი მანიპულაციის რაოდენობა	შეფასების მეთოდები
▪ სამეცნიერო კვლევა პირველად ჯანდაცვაში; ▪ პრიორიტეტები ოჯახის ექიმის კომპეტენციების გათვალისწინებით; ▪ კვლევის მეთოდები პირველად ჯანდაცვაში; ▪ საკითხის შერჩევა, ლიტერატურის მოძიება, კვლევის დიზაინის შერჩევა; ▪ კვლევის პროტოკოლი	▪ კვლევის საჭიროების შეფასების უნარი; ▪ კვლევის სფეროს და საკითხის ფორმულირების უნარი; ▪ შესაბამისი სამიზნე კონტინგენტის განსაზღვრის უნარი; ▪ კვლევის დიზაინის შერჩევი უნარი; ▪ კვლევის პროტოკოლის სქემის შედგენის უნარი; ▪ მასალის მოძიების უნარ-ჩვევები	▪ კონსულტაციები ოფისში (ასისტირება, დამოუკიდებელი) – 150; ▪ ვიზიტებს ბინაზე – 10; ▪ გადაუდებელი მიღება (პაციენტი) – 10; ▪ სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება – 100; ▪ რეფერალის ორგანიზება – 75; ▪ სხვადასხვა სპეციალისებთან კოორდინაცია-კომუნიკაციას – 50; ▪ პაციენტის განათლება – 50; ▪ კლინიკაში ორგანიზებულ კლინიკურ გარჩევებში მონაწილეობა – 4-8; ▪ მოხსენების გაკეთება ხელმძღვანელის მიერ შერჩეულ თემაზე – 1-2; ▪ ოჯახის ექიმის ანგარიშების მომზადება; ▪ ოჯახის ექიმის საქმიანობის სხვა კომპონენტების შესრულება	▪ შესრულებული სამუშაო დღეები; ▪ ჩატარებული კონსულტაციები; ▪ მოდულზე პასუხისმგებელი პირის შეფასება; ▪ ტუტორის შეფასება უკუკავშირის სესიის დროს