

დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი

სადოქტორო ნაშრომის ავტორეფერატი  
დამატებით და ალტერნატიული მედიცინა და საქართველოს  
ჯანდაცვის სისტემა

ილია ნადარეიშვილი

David Tvildiani University Press

თბილისი 2019

ნაშრომი შესრულდა დავით ტვილდიანის სამედიცინო  
უნივერსიტეტში

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

- **გიორგი ფხაკაძე**, პროფესორი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის ხელმძღვანელი, დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი
- **კარსტენ ლუნცე**, ასისტენტ პროფესორი, მედიცინის დეპარტამენტი, ბოსტონი უნივერსიტეტი, ბოსტონი, აშშ

ოფიციალური ექსპერტები/ოპონენტები:

- **თენგიზ ვერულავა**, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი
- **რამაზ შენგელია**, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
- **გიორგი ჩახავა**, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი, დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2019 წლის 7 მარტს, \_\_\_\_\_ საათზე დავით ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტში შექმნილი ერთჯერადი სადისერტაციო საბჭოს სხდომაზე, თბილისი, ლუბლიანას ქ. 2/6.

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება დავით ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში ავტორეფერატი დაიგზავნა \_\_\_\_\_

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი

მედიცინის დოქტორი

მარიკა ვაჩნაძე

## შესავალი

გლობალიზაცია, კლიმატური და გარემოს ცვლილებები, ადამიანური თუ მატერიალური რესურსების მზარდი დეფიციტი, მიგრაცია, არაგადამდები დაავადებების და ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტობის გავრცელების ზრდა - ეს იმ ფაქტორთა ნაწილია, რომელთა მიერ გამოწვეული ჯანდაცვის პრობლემების აქტუალობა მომავალში, დიდი ალბათობით, მხოლოდ გაიზრდება. ფაქტორივად ყველა ჯანდაცვითი მიმართულებით, მედიცინაზე ასეთი ზეწოლა ადამიანური და მატერიალური რესურსებისთვის, მეცნიერებისთვის და ნებისმიერი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისთვის.

ამ დროს, მსოფლიოში შეინიშნება დამატებითი და ალტერნატიული მედიცინით (დამ) სარგებლობის ზრდის მრავალწლიანი ტენდენცია, რაც ამ საკითხს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის ეპიდემიოლოგიურ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ მნიშვნელობას ანიჭებს. დამ ძირითადად გამოიყენება კლასიკური მედიცინის გარეთ, ჯანრთელობის შენარჩუნებისთვის, ასევე დაავადებების პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის. გარკვეულ ქვეყნებში ხდება ამ სამკურნალო მეთოდების კლასიკურ მედიცინაში ინტეგრირება და ადაპტირება. ცნობილია, რომ ევროკავშირის 100 მილიონზე მეტი მოქალაქე დამ-ის რეგულარული მომხმარებელია. აშშ-ში გამოყენების პრევალენტობა 33%-ს შეადგენს. საერთაშორისო სამეცნიერო საზოგადოება ატარებს კვლევებს გამოყენების მიზეზების, რეგულაციების, დაფინანსების სქემების, ეთიკური საკითხების, ინფორმაციის წყაროების და სხვა საკითხების შესასწავლად. ამავე დროს, სულ უფრო მეტად შეისწავლება სხვადასხვა დამ მეთოდების ეფექტურობა და უსაფრთხოება მტკიცებითი მედიცინის პოზიციიდან. ამ კვლევებიდან ბევრი დამ მკურნალობას ადარებს პლაცებოს ან არსებულ მიღებულ თერაპიებს. კვლევის კიდევ ერთ მიმართულებას წარმოადგენს დამ-ის ზეგავლენა ქცევაზე და მისი სარგებელი. ზოგ ქვეყანაში (მაგალითად აშშ-ში) დამ-ის კვლევასა და მასთან დაკავშირებული

პროცესების მართვაზე პასუხისმგებელია მსხვილი სახელმწიფო სტრუქტურები. ასეთი ქვეყნები, როგორცაა ჩინეთი ან ინდოეთი წარმოადგენენ ინტეგრაციის წარმატებულ მაგალითებს.

თავის დამ-თან დაკავშირებულ სტრატეგიაში (Traditional Medicine Strategy 2014-2023), მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია წევრ ქვეყნებს აძლევს შესაბამის მიმართულებას და მიუწოდებს მათ დამ კვლევის განხორციელებას, გაუმჯობესებას და განვითარებას, რათა შეიქმნას პოლიტიკის შემუშავების საფუძველი ეროვნულ და საერთაშორისო დონეებზე. კვლევის სტრატეგიები ასევე შეიქმნა სხვადასხვა რეგიონებში, მათ შორის ევროპაში.

ქართულ სამედიცინო ტრადიციებზე პირველი წერილი წყაროები თარიღდება შორეული მე-10-13-15-16 საუკუნეებით, რაც გვაძლევს ინფორმაციას სამედიცინო პრაქტიკის ათასწლოვან ისტორიაზე, ხალხურ სამკურნალო საშუალებებსა და სხვა თერაპიულ მიდგომებზე. მე-20 საუკუნეში, საბჭოთა კავშირის გავლენასთან ერთად, სამედიცინო ტრადიციები მეორეხარისხოვანი გახდა და სწრაფად განვითარდა კლასიკური მედიცინა. ამავე დროს, ძირითადად ლიტერატურის ან ჩამოსული პრაქტიკოსების მიერ, ქვეყანაში შემოვიდა ისეთი სამკურნალო სისტემები, როგორცაა ჰომეოპათია ან აკუპუნქტურა. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, დამ-ის მოხმარება უფრო გავრცელდა. მიუხედავად ამისა სამეცნიერო კვლევა ამ მიმართულებით მინიმალური მინიმალური, რამაც მოგვცა კვლევაზე დაფუძნებული მტკიცებულებების და ცოდნის დეფიციტი.

საერთაშორისო აკადემიური საზოგადოების მხრიდან დამ კვლევის სტიმულირების, ხშირი გამოყენების შესახებ არსებული ირიბი მონაცემების, უძველესი ტრადიციების და მდგრადი ბაზრის მიუხედავად, დამ-ის მიმართულებით კვლევა საქართველოში საკმაოდ შეზღუდულია. მოსახლეობისთვის შესაძლო რისკების ან დაკარგული შესაძლებლობების, ასევე საქართველოსა და ევროკავშირის შორის ასოცირების ხელშეკრულების ამოქმედებით გაჩენილი შემდგომი ევროპული პერსპექტივების

გათვალისწინებით, ჩვენ ჩავთვალეთ საჭიროდ ამ კვლევითი პროექტის განხორციელება, რომელიც ეხება დამ-ის არსებული პრაქტიკის პრობლემებს და ინტეგრირების საკითხებს, როგორც ეროვნული, ასევე საერთაშორისო (გლობალური ჯანდაცვის) თვალსაზრისით.

### **კვლევის მიზნები და ამოცანები**

კვლევის ზოგადი მიზანი იყო დამ-ის და კლასიკური მედიცინის მხრივ საქართველოში არსებული სერვისების და პრაქტიკების ინტეგრაციის პერსპექტივების შესწავლა.

კვლევის ამოცანები

- A) დამ-ის გამოყენების გავრცელების შეფასება.
- B) კლასიკური მედიცინის არსებული სერვისებისთვის ალტერნატივების და დამატებითი სამკურნალო მიდგომების საჭიროებების შექმნელი ფაქტორების ანალიზი. ტიპური დამ-ის მომხმარებლის დახასიათება.
- C) დამ-ის გარკვეული მიდგომების პრაქტიკის შესწავლა საქართველოს 5 რეგიონში.
- D) დამ-ის და კლასიკური სამედიცინო მომსახურების ინტეგრირების მხრივ პაციენტთა თვალსაზრისის და საჭიროებების შესწავლა.
- E) დამ-ის პრაქტიკოსების, კლასიკური მედიცინის მუშაკების და სამედიცინო განათლების წარმომადგენლების თვალსაზრისის შესწავლა დამ-ის არსებული პრაქტიკის, დამ-სა და კლასიკური მედიცინას შორის თანამშრომლობის მხრივ არსებული რეალობის, ოპტიმიზაციის / ინტეგრაციის პერსპექტივების და მომავლის ხედვის შესახებ.
- F) დამ პრაქტიკის და პროდუქტების საქართველოში არსებული ახლანდელი და წარსული რეგულაციების, მათი ძლიერი და სუსტი

მხარეების ანალიზი. ზოგადი შემოთავაზებების ფორმირება პოლიტიკის შემუშავებისთვის კვლევით გაკეთებული აღმოჩენების და საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკის საფუძველზე.

G) დამ-ის პრაქტიკასთან დაკავშირებული საგანმანათლებლო საკითხების შესწავლა საქართველოში.

H) კვლევაზე დაფუძნებული საფუძვლის შექმნა პაციენტების, ექიმების და სხვა ჩართული მხარეების მიერ ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღების და ასევე, შემდგომი კვლევებისთვის.

### **ნაშრომის მეცნიერული სიახლე**

ეს ნაშრომი წარმოადგენს საქართველოში განხორციელებულ დამ-ის პირველ მსხვილმაშტაბიან აკადემიურ კვლევას.

დამ-თან დაკავშირებული რეალობა განსხვავებულია ქვეყნების და რეგიონების მიხედვით - სხვა რამესთან ერთად, განსხვავდება პაციენტთა და პრაქტიკოსთა საჭიროებები და ინტერესები. მსგავსი კვლევის განხორციელება სხვადასხვა პოპულაციაში ქმნის არა მარტო ლოკალური მნიშვნელობის ცოდნას, არამედ ემსახურება დამ-ის გლობალურ კონტექსტში გააზრებას, ქმნის სამეცნიერო საფუძველს შემდგომი კვლევისა და ინფორმირებული გადაწყვეტილებებისთვის. სანდო რაოდენობრივი და თვისობრივი კვლევის აღმოჩენები (და მონაცემები) ხელს შეუწყობს მომდევნო კვლევითი პროცესის ხარისხის ზრდას. კვლევის დიზაინი მიმართული იყო პრობლემის სიღრმისეული, რეალური სურათის წარმოსაჩენად და გასაანალიზებლად, რაც მნიშვნელოვანია უსაფრთხო და ეფექტური სამედიცინო პრაქტიკის წარმოებისთვის. ჩვენი კვლევა პირველია, რომელიც ქმნის კვლევაზე დაფუძნებულ ცოდნას დამ-ის პრაქტიკის და გამოყენების, პაციენტთა საჭიროებების, პრაქტიკოს-პაციენტის ურთიერთობის შესახებ; სწავლობს და წარადგენს სარეგულაციო ჩარჩოების შექმნისთვის

საჭირო ნაბიჯებს, აანალიზებს სამედიცინო განათლების შესაბამის საკითხებს კლასიკურ მედიცინასთან ინტეგრირების კონტექსტში.

მოკლევადიან პერსპექტივაში ჩვენ მოველით შესაბამისი საგანმანათლებლო ჩარჩოების შემუშავებას, დაინტერესებულ პირთა მიერ საკითხის გაცნობიერების და ინფორმირებულობას ზრდას და შემდგომი კვლევითი პროცესის საკითხის დაგეგმვას. საშუალო პერსპექტივაში მოველით, რომ ჩვენს კვლევას ზეგავლენა ექნება ბაზრის სტანდარტიზირებაზე, მარკეტინგულ და ინდუსტრიულ დაგეგმარებაზე, ჩართულ მხარეებს შორის თანამშრომლობის დაწყების პროცესზე. გრძელვადიან პერსპექტივაში ჩვენ მოველით, რომ ჩვენი კვლევის შედეგად გაუმჯობესდება პაციენტთა უსაფრთხოება, სიცოცხლის ხარისხი, ჯანმრთელობა და სამედიცინო სერვისების ხარჯთეფექტურობა.

### **პუბლიკაციები და აპრობაცია**

ნაშრომის ძირითადი მასალები გამოქვეყნებულია 6 სამეცნიერო პუბლიკაციის სახით. დისერტაციის ძირითადი დებულებები მოხსენებულია: სოციალური და ქცევათმეცნიერების დეპარტამენტის და დამ-ის პროფესიული ორგანიზაციების წარმომადგენლების ერთობლივ სხდომაზე (04/02/2019); ასევე შემდეგ კონფერენციებზე: ა) 15th International Medical Postgraduate Conference, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Czech Republic – 2018, ბ) 28th European Students' Conference, Charite Universitat Medizin Berlin, Germany – 2017, გ) Second International Conference: Higher Education, New Technologies and Innovations, Akaki Tsereteli State University, Kutaisi, Georgia – 2017, დ) 6th Students and Young Scientist (SYSSA) Conference, Tbilisi Georgia 2018, at Georgian Association of Medical Specialties conference “Multidisciplinary Approach in Neurologic Practice”, Tbilisi, Georgia, 2017.

## **ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა**

სადისერტაციო ნაშრომი შედგება შემდეგი ნაწილებისგან: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, მასალები და მეთოდები, შედეგები, განხილვა, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები და გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა, რომელიც შეიცავს 144 წყაროს; ნაშრინუს ნიცულობა - 137 გვერდი; შეიცავს 6 ცხრილს, 8 დიაგრამას, 5 სქემას.

## **კვლევის შინაარსი**

### **კვლევის მეთოდები**

მოცემული კვლევის შესრულებისას გამოყენებული იყო რაოდენობრივი და თვისობრივი კვლევის სხვადასხვა მეთოდოლოგია. კვლევის პროექტის სრული ხანგრძლივობა იყო 48 თვე.

კვლევა თავიდან ფოკუსირებული იყო ქვეყანაში პოლიტიკის ანალიზზე და დამ-ის არსებული პრაქტიკის და დაკავშირებული პირების აღწერაზე. მოხდა შემდგომი კვლევის ეტაპებისთვის სამიზნე მოსახლეობის განსაზღვრა. ჩატარდა დამ-ის სახელმწიფო მონაცემთა ბაზებში და არქივებში მოპოვებული სპეციალობების, დაკავშირებული კანონდებლობის, საარქივო დოკუმენტაციის და სხვა საბუთების შესწავლა. ასევე, არსებული რეგულაციების და სტრატეგიების გასაცნობად, მივმართეთ დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს. საჯარო რეესტრის მონაცემების ბაზის გამოყენებით ჩატარდა იურიდიულ პირთა იდენტიფიცირების პროცესი. კვლევა გაგრძელდა სამედიცინო განათლების დაწესებულებების (World Directory of Medical Schools-ის მიხედვით - 16) და მათი საგანმანათლებლო პროგრამების ანალიზით დიპლომამდელ, დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების დონეებზე.

კვლევა გაგრძელდა რაოდენობრივი კომპონენტით. ჩატარდა მოსახლეობის ჯვარედინ-სექციური გამოკითხვა „accidental selection“



შერჩევის მიდგომით და მოკლე კითხვარის გამოყენებით. კვლევაში დაპატიჯებული იყო სულ 700 კაცი, მოსალოდნელი 60%-სგან თანხმობის მიღების, 95 სარწმუნოების ინტერვალის და 20% პრევალენტობის გათვალისწინებით.

დამ-ის მომხმარებელ პაციენტთა გამოკითხვა ატარებდა ჯვარედინ-სექციურ დიზაინს და ითვალისწინებდა კვლევაში 18-დან 75 წლამდე ასაკის 300 პაციენტის მოწვევას დამ-ის მომსახურების მიმწოდებელ 20 სხვადასხვა წერტილზე. კვლევის ეს ეტაპი განხორციელდა საქართველოს 5 ქალაქში (თბილისი, რუსთავი, თელავი, ქუთაისი და ბათუმი) წინასწრად პილოტირებული კითხვარის გამოყენებით. ყველა ობიექტზე უზრუნველყოფილი იყო გასაუბრებისთვის სათანადო გარემო. ამ კვლევაში იყო ჩართული იყვნენ პაციენტები, რომლებიც იყენებდნენ დამ-ის შემდეგ მიმართულებებს: ჰომეოპათიას, ფიტოთერაპიას, ხალხურ მედიცინას, ბიოლოგიურად აქტიურ დანამატებს, აკუპუნქტურას ანთროპოსოფულ მედიცინას და მანუალურ თერაპიას/ქიროპრაქტიკას.

მედიკოს სტუდენტთა საჭიროებების შესწავლა მოხდა საქართველოს მედიკოს სტუდენტთა ასოციაციის ქსელის გამოყენებით. ამ მიზნისთვის შექმნილი კითხვარი გაეგზავნა საქართველოში მოსწავლე 100 ადგილობრივ და უცხოელ სტუდენტს.

კვლევაში გამოყენებული იყო როგორც აღწერითი, ასევე ანალიტიკული სტატისტიკა. მოსახლეობის გამოკითხვისას დამოკიდებულ ცვლადად მიჩნეული იყო „დამ-ის მომხმარებელი“, ანუ ის ვისაც დამ ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ჰქონდა გამოყენებული. დამოუკიდებელ ცვლადად მიჩნეული იყო დემოგრაფიული მონაცემები, ჯანმრთელობის და სოციო-ეკონომიკური სტატუსი. დამ-ის მომხმარებელ პაციენტთა გამოკითხვის ანალიზში გამოყენებული იყო რამდენიმე დამოკიდებული და დამოუკიდებელი ცვლადი. ცვლადების შედარება ხდებოდა ძირითადად Chi-square ტესტით.

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი გასხვავებების იდენტიფიცირებისთვის განსაზღვრული იყო  $p\text{-value} < 0.05$ . სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა IBM SPSS 22 პროგრამაში.

თვისობრივი კვლევა (შემდგომი კომპონენტი) შეიძლება იყოს დანახული როგორც კვლევის საფუძველი დამ-ის ამჟამინდელ პრაქტიკაზე ზოგადი სურათის შემქმნის და ასევე იდეების და ჰიპოთეზების შემუშავების მხრივ. თვისობრივი და რაოდენობრივი კვლევის კომბინაცია გვაძლევს უფრო ფართო თვალსაწიერს პრობლემისა და კვლევითი სტრატეგიების (მათ შორის კლინიკური კვლევების დაგეგმარების, ხარისხის უზრუნველყოფის და ა.შ.) შესახებ. გამოყენებული იყო grounded theory ანალიზის მიდგომა: მონაცემები შეგროვდა ინდივიდუალური, ნახევრად სტრუქტურირებული, პირისპირ ჩატარებული გასაუბრებების დროს ადგილობრივი გამოცდილებისა და პრაქტიკის სიღრმისეული ანალიზისთვის. თვისობრივი კვლევის კომპონენტში ჩართულები იყვნენ purposive sampling მეთოდით შერჩეული დამ-ის მომხმარებელი პაციენტები (20), პრაქტიკოსები (12, 6 მიმართულების), სმმ-ის და სამედიცინო განათლების წარმომადგენლები (7).

ნახევრად სტრუქტურირებული გასაუბრებები ჩატარდა წინასწარ პილოტირებული პროტოკოლების მიხედვით, უმეტესად ღია კითხვების გამოყენებით. გასაუბრებები შეჩერდა მონაცემების განმეორებისას და გაჯერებისას. მონაწილეებს ჰქონდათ სრული თავისუფლება თავიანთი მოსაზრებების და გამოცდილების სრულყოფილად გამოსახატად. გასაუბრებების განხორციელების პარალელურად (მე-5 გასაუბრებიდან) დავიწყეთ ტრანსკრიპტირების და თემატური ანალიზის პროცესი, line by line primary open coding და axial coding მეთოდების გამოყენებით. პირველად ეს პროცესი შესრულდა 2 მკვლევარის მიერ, რომლებმაც მიაკუთვნეს კოდები და კონცეფციები ტრანსკრიპტირებული ტექსტების მიხედვით. შემდეგ განხორციელდა კოდების ანალიზი, სელექციური კოდირება და თემების შეჯერება. ავტორებმა ანალიზი

გაუკეთეს კოდებს და თემებს შორის აღმოჩენილ კავშირებს და შექმნეს თემასთან დაკავშირებული კონცეფციები. თემების მიხედვით გადანაწილდა ციტატები, რესპონდენტთა დამ-ის და კლასიკური მედიცინის ინტეგრაციაზე და გამოცდილებაზე ზუსტი სურათის შესაქმნელათ. (ეს ბოლო წინადადება ორიგინალში დაწერე, რა - ვერ ვხვდები რისი თქმა გინდა)

ეთიკის საკითხები: კვლევა დამტკიცებული იყო დტსუ-ს ბიოსამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ და მიმდინარეობდა იმავე კომისიის სტანდარტის მიხედვით. ყველა მონაცილემ მიიღო ინფორმაცია კვლევის მიზნებზე, შემსრულებლებზე, დაფინანსებასა და სხვა ასპექტებზე. საჭიროების მიხედვით წერილობით მიღებული იყო რესპონდენტთა ინფორმირებული თანხმობები. უზრუნველყოფილია მონაწილეთა კონფიდენციალობა, მაქსიმალურად არიდებული იყო ზეგავლენა პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ მისაღებ გადაწყვეტილებებზე.

## **შედეგები**

დამ-ის პრაქტიკა და სარეგულაციო გარემო საქართველოში.

საქართველოში ხელმისაწვდომია დამ-ის ყველა ძირითადი მიმართულება. მცენარეული პრეპარატების და საკვები დანამატების მიწოდება ხდება არა მარტო დამ-ის სპეციალიზირებულ ცენტრებში, არამედ მსხვილ სააფთიაქო ქსელებსა და მცირე ზომის აფთიაქებში (ძირითადად იყიდება როგორც ვიტამინები ან დანამატები). ისინი გამოიწერება როგორც დამ-ის სპეციალისტების, ასევე კლასიკური მედიცინის ექიმების მიერ. ტრადიციული მედიცინის მკურნალების და საკვები დანამატების გარდა, დამ-ის შემდეგი მიმართულებებია უფრო მეტად გავრცელებული: ჰომეოპათია, ზებგერითი თერაპია, ხელოვნებით თერაპია (როგორც დამ), აკუპუნქტურა, ქიროპრატიკური და კრანოსაკრალური მანიპულაციები, რეფლექსოლოგია. ნაკლებად გავრცელებულია მაგრამ ხელმისაწვდომია: ნათუროპათია, ანთროპოსოფური მედიცინა, ჰირუდოთერაპია, მაგნიტური ველებით თერაპია (როგორც დამ),

არომათერაპია, მედიტაცია (როგორც დამ), ოსთეოპათიური მანიპულაციები, ოზონური თერაპია (როგორც დამ) და იოგა (როგორც დამ). საქართველოს კონტექსტში გამოყენებადი ასეთი სამკურნალო მიმართულებები, როგორცაა ბალნეოთერაპია, ჯანრთელობისთვის ლოცვა, მასაჟი, მეფუტკრეობის პროდუქტები, დიეტით მკურნალობა და დისტანციური მკურნალობა არ იყო ჩართული დამ-ის სამკურნალო დისციპლინების რიგებში.

ჩვენ დავადგინეთ დამ-ის 20-ზე მეტი პროფესიული ორგანიზაციის ვინაობა. მათი აქტივობების უმეტესობა წარმოადგენს შიდა განხილვებსა და გამოცდილების გაზიარებს, იშვიათად კი კონფერენციებს. ზოგი ადგილობრივი ორგანიზაცია ასევე არის შესაბამისი მიმართულებებით არსებული საერთაშორისო ფედერაციებისა და ქსელების წევრი. დამ-ის პრაქტიკოსები აღიარებენ კომუნიკაციის (შიდა და გარე) ნაკლებობას და ასევე კავშირების კონკრეტული მიზნების დეფიციტს.

არსებული დამ-ის რეგულაციების მიმოხილვა

ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სპეციალობათა ნუსხის მიხედვით ამჟამად არც ერთი დამ მიმართულება არ რეგულირდება როგორც სამედიცინო სპეციალობა.

ჩვენს მიერ გაცემული ინფორმაციის/სტრატეგიის შესახებ მოთხოვნაზე, ჯანდაცვის სამინისტროს პასუხი იყო შემდეგი: *“...კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინის მეთოდების/მიდგომების გამოყენება მოქმედი კანონმდებლობით არ რეგულირდება. ამასთან, შესაძლებელია, კომპლემენტარული მედიცინის კონკრეტული მეთოდის ცოდნა განსაზღვრული იყოს ექიმი-სპეციალისტის პროფესიული კომპეტენციით (მაგალითად, „აკუპუნქტურის“ მეთოდებისა და ჩვენება-უკუჩვენებების ცოდნა წარმოადგენს ფიზიკური მედიცინის, რეაბილიტაციის და კურორტოლოგიის დარგის ექიმის ცოდნის ზოგად ნაწილს), თუმცა, აღნიშნული არ ნიშნავს, რომ მოქმედი კანონმდებლობა არეგულირებს მის მიერ ამ მეთოდის გამოყენების საკითხს.*

*რაც შეეხება ხედვას კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინის რეგულირებასთან დაკავშირებით, გაცნობებთ, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ამ ეტაპზე, არ მუშაობს აღნიშნული მიმართულებით.“*

მოიძებნა რამდენიმე რეგულირების საარქივო საბუთი. 2013 წლამდე სპეციალობათა ნუსხაში, თერაპიის და პედიატრიის ქვესპეციალობის რანგში შედიოდა ჰომეოპათია, ხდებოდა ექიმ-ჰომეოპათთა სერიფიცირება. ნუსხიდან ამოღების შემდეგ, სერტიფიცირებულ ჰომეოპათებს აქვთ თერაპევტად მუშაობის უფლება. რეალურად, სპეციალობა არარეგულირებადი გახდა, ისევ როგორც ყველა სხვა დამ-ის სპეციალობა. ჯანდაცვის სამინისტროს მიხედვით ამის საფუძველშია მტკიცებულებების ნაკლებობა შესაბამის დარგებში. ეკონომიკის სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტის სპეციალობათა ნუსხაში იძებნება ჰომეოპათია და „ხალხური და არა ტრადიციული სამედიცინო სპეციალობები“, ასევე „არა ტრადიციული მედიცინის პრაქტიკოსი“; მოცემულია შესაბამისი განმარტებები და სპეციალისტთა მოვალეობები. ჯგუფში შედიან: მკურნალები ვინც არ გამოიყენებს მედიკამენტებს, მკურნალები რომლებიც გამოიყენებენ მცენარეებს, სოფლის მკურნალები, ნატუროპათები. საქართველოს მთავრობის საზოგადოებრივი ესთეტიკური და კოსმეტიკური დაწესებულებებისთვის პროცედურების ტექნიკურ რეგლამენტში ნახსენებია (უადგილოთ) აკუპუნქტურა. მოცემულია შესაბამისი პრაქტიკის უსაფრთხოების წესები, აკუპუნქტურის განმარტებ. ბიოფიდბეკი ნახსენებია 2 გაიდლაინში (თავის და ზურგის ტკივილის მართვის).

სხვა დამ-ის პრაქტიკის სახელმწიფო მარეგულირებელი (ან ირიბად მარეგულირებელი) ჩარჩოები იდენტიფიცირებული ვერ იქნა, რაც ყველა დამ-ის სპეციალობას არადარეგულირებულათ ტოვებს. ასევე ვერ მოხერხდა თვით-რეგულირების დადგენა. ამკარა პროფესიული ორგანიზაციებში რესურსების

(პროფესიული/ადამიანური და მატერიალური) არასაკმარისობა თვით-რეგულირების შექმნის და იმპლემენტაციისთვის.

დამ-ის პრაქტიკოსების და ექიმების რეგულირებაზე პერსპექტივები.

დამ-ის სამუშაო ძალის შეფასება რთულდება პრაქტიკოსების ცეტრანლიზირებული რეესტრის არსებობით. შესაძლოა რომ ბევრი მუშაობს არარეგულარულად ან ხანდახან. პრაქტიკოსები თანხმდებიან იმაზე რომ საჭიროა გარკვეული ფორმით რეგულირება, სავარაუდოთ თვით-რეგულირების ფორმატში, ასევე იმაზე რომ დამ-ის პრაქტიკოსის მიმართ უნდა იყოს გარკვეული მოთხოვნები, მაგალითად უნდა ფლობდეს სამედიცინო განათლებას (იყოს დიპლომირებული მედიკოსი). ბევრი პრაქტიკოსი არის სერტიფიცირებული ექიმი, თუმცა არ აქვთ რაიმე სერტიფიცირება თავის დამ-ის სპეციალობებში. საინტერესოა ის ფაქტი, რომ სამედიცინო საქმიანობის მარეგულირებელი სააგენტოს მიხედვით სამედიცინო ეთიკა და პასუხისგებლობა არ არის დამ-თან რელევანტური, რადგან ვერ იქნება არა ლიცენზირებულ პირებისთვის რელევანტური.

არ არის რეგულარულად მიწოდებული საგანმანათლებლო კურსი, განათლების მიღების ან მიწოდების მოტივაცია არის დაბალი, ძირითადად ლეგალური მოთხოვნის არ არსებობის გამო.

პრაქტიკოსების ცოდნა არსებული სარეგულაციო გარემოზე იყო არა ერთგვაროვანი. ზოგი (მათ შორის პროფესიული კავშირების წევრები) არ იყვნენ დარწმუნებულები ან აძლევდნენ არასწორ ინფორმაციას, მაგალითად იმაზე რომ ხდება პრაქტიკოსების რეგულარული სერტიფიცირება. პრაქტიკოსები აღიარებენ პრობლემის არსებობას (მათ შორის ეთიკური პრინციპების დაცვას, მაგრამ არ ქონდათ აქტიური ქმედების მოტივაცია (ძირითადად წარსულში მუშაობის გამო, როდესაც ვერ მოიძიეს კონსტრუქტიული თანამშრომლობის ნება სამთავრობო სტრუქტურებიდან).

მოცემულ პრობლემაზე საუბრობენ ასევე კლასიკური მედიცინის სპეციალისტები. ასევე დგინდება ექიმების და პრაქტიკოსებს შორის ერთმანეთისთვის პაციენტების გადამისამართების პრაქტიკის არსებობა. გამოსავლათ მიაჩნიათ დამოუკიდებელი სამუშაო ჯგუფის შექმნაში, რომელიც იმუშავებდა არასამთავრობო და სამთავრობო სტრუქტურებთან, შესაბამისი საგანმანათლებლო ფორმატების და პროგრამების შემუშავების (სათანადო შეფასების და სერტიფიცირების სისტემით) მიზნით.

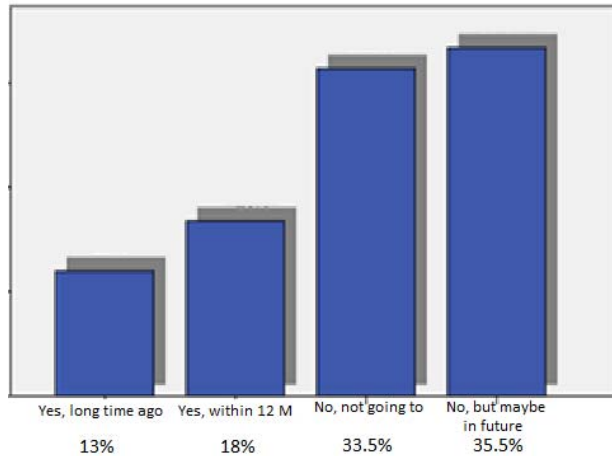
დამ-ის პროდუქტების რეგულაციები საქართველოში

საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ შეიცავს კომპლემენტარული და პარასამედიცინო სამკურნალო საშუალებების და ბიოლოგიურად აქტიური დანამატების რეგულაციებს, რომლების დარეგისტრირება შესაძლებელია ჩვეულებრივ რეჟიმში ნაბაყოფლობითად. კანონი დეტალურად განმარტავს ამ სამკურნალო საშუალებების ჯგუფებს. კანონის მიხედვით, დაუშვებელია ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული რეჟიმით ნებაყოფლობით დაურეგისტრირებელი კომპლემენტარული სამკურნალო საშუალების, ბიოლოგიურად აქტიური დანამატისა და პარასამკურნალო საშუალების სარეკლამო ტექსტში დაავადებების მითითება და მათი ფარმაცევტულ პროდუქტებად წარმოჩენა. ნებაყოფლობითი რეგისტრაციის მთავარი მოტივაცია არის მარკეტინგული ინტერესი და ასევე ნდობის გაზრდა პრეპარატების მიმართ. არსებობს სამთავრობო ბრძანება რომლის მიხედვით რეგულირდება დამ-ის პრეპარატების შეფუთვაზე წარწერების შინაარსი. ასევე რეკლამის შესახებ კანონი კრძალავს კონკრეტული დაავადებების მკურნალობის დამიზნულობის გამოხატვას დამ-ის პრეპარატების შეფუთვაზე.

არ არსებობს მონაცემები იმაზე თუ რამდენი პრეპარატი არის ბაზარზე და არ არის რეგისტრირებული, რაც უსაფრთხოების, შემადგენლობის, ეფექტურობის და სხვა საკითხებს ეჭვის ქვეშ აყენებს. ნაკლები პროცედურული მოთხოვნების მიზეზებია

იმპორტის გამარტივება და პრეპარატების შედარებით უსაფრთხოება. საინტერესოა ის რომ მიუხედავად დამ-თან მიმართებით სახელმწიფოს მხრიდან არაერთგვაროვანი დამოკიდებულებისა, არსებობს მთავრობის მიერ გაცემული რეგულაციები სოფლის მეურნეობისთვის, მათ შორის ვეტერინარიისთვის, სადაც სხვადასხვა პრობლემების მართვაში უპირატესობა ენიჭება დამ-ის პრეპარატებს .

საზოგადოების და დამ-ის მომხმარებელ პაციენტთა გამოკითხვები



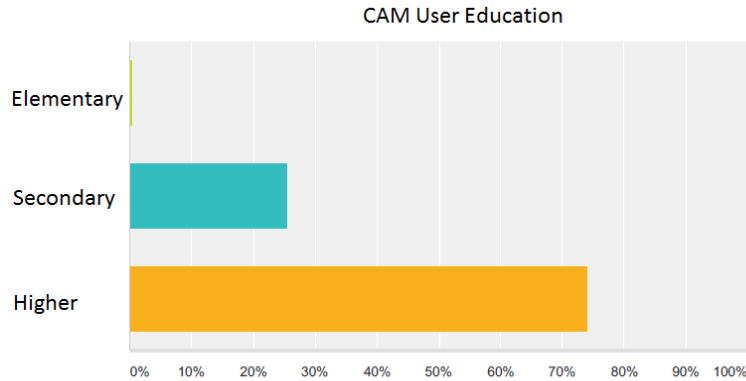
გისარგებლიათ თუ არა დამ-ით (მათ შორის ბოლო 12 თვის განმავლობაში)?

დამ-ის გამოყენება ჩვენს მიერ გამოკითხულთა შორის (n=468, RR-68%) იყო შემდეგი: ბოლო 12 თვის მანძილზე - 18%, ცხოვრებაში ერთხელ მაინც - 31%. ასევე გამოკითხულების 35% არ ქონდა ასეთი გამოცდილება მაგრამ არ გამორიცხავდა გამოყენებას მომავალში, და დანარჩენებს არ ქონდათ გამოცდილება და გამორიცხვან ამას. დამ-ის გამოყენება არ იყო სტატისტიკურად სანდოთ დაკავშირებული არც ერთ დამოუკიდებელ ცვლადთან გარდა სქესის (p=0.036) და განათლებისა (p=0.033) (სხვა ცვლადები: ასაკი, დაბადების ადგილი, ექიმებთან ვიზიტების სიხშირე, დაზღვევის სტატუსი და ა.შ.)

დამ-ით მოსარგებლე პაციენტთა საშუალო ასაკი იყო 45 წელი. დაახლოებით ნახევარი თბილისში ან სხვა დიდ ქალაქში იყო



დაბადებული მეორე ნახევარი პატარა ქალაქებში ან სოფლებში. გამოკითხულთა უმეტესობა ქალი იყო (76%), რაც თანხმობამ მოდიოდა დამ-ის მომსახურების ცენტრებში არსებულ პაციენტთა სიებითან და ისტორიებთან. გამოკითხულთა უმრავლესობას ქონდა მიღებული უმაღლესი განათლება (74.04%), 25.48%-ს ქონდა საშუალო განათლება. უმრავლესობა დასაქმებული იყო (47.89%), 26.29% - უმუშევარი, 12.21% - პენსიონერი, 10.80% - სწავლობდა.

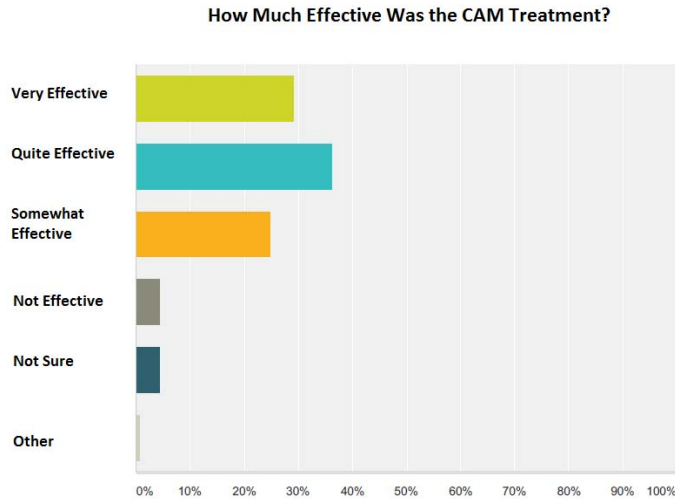


უმრავლესობას ქონდა ექიმის მიერ დასმული დიაგნოზი, (80.48%) 15.24%-ს დამ-ის სპეციალისტის მიერ, დანარჩენებს არ ქონდათ დასმული რაიმე დიაგნოზი. ნახევარს ქონდა ქრონიკული მდგომარეობა; 40%-ს ქონდა 1ზე მეტი ჯანმრთელობის პრობლემა. დამ-ისთვის მიმართების ყველაზე ხშირი მიზეზები: გასტროინტესტინალური (მათ შორის ღვიძლის) დაავადებები, ენდოკრინოლოგიური დაავადებები, პსიქიატრიული აშლილობები, გულსისხლძაღვრთა, რევმატოლოგიური, იმუნური სისტემის დაავადებები, ნევროლოგიური მდგომარეობები, მათ შორის ქრონიკული ტკივილი, რეპროდუქციური პრობლემები და სხვა.

პაციენტების სარგებლობის ძირითადი მოტივაცია იყო ქრონიკული დაავადებისგან განკურნება (36%), ჯანრთელობის გაუმჯობესობა (33%), მწვავე დაავადებების მკურნალობა 20%. ნახევარზე მეტი მოელოდებოდა სრულ განკურნებას (55%); 30% ორგანიზმის გაძლიერებას; 23% სიმპტომურ მართვას; 18% სურდა ორგანიზმის

„გასუფთავება“; 15% უნდოდა „გამოჯანმრთელობისთვის ყველაფრის ცდა“ და 12% - ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის გაუმჯობესება.

ერთი თვის შემდგომი გამოკითხვის მიხედვით (n=113) მკურნალობით ეფექტის სუბიექტური შეფასება იყო შემდეგი: 29% - „ძალიან ეფექტური“; 36% - საკმაოდ ეფექტური; 25% - ნაწილობრივ ეფექტური, 5% - არა ეფექტური და 5% - არ ქონდა ზუსტი პასუხი. პირველი გაუმჯობესების ნიშნები იგრძნებოდა რამოდენიმე დღიდან, რამოდენიმე კვირის შემდეგ.



პაციენტები ყველაზე ხშირად დამ-ის სპეციალისტთან მიმართავენ ახლობლის რჩევის მიხედვით (40%), 14%-მა წარმატებული ისტორიის გაგების შემდეგ, და 7% - „არ ქონდა სხვა არჩევანი“. გამოკითხულთა ნაწილი არ ენდობა და ერიდება კლასიკურ მედიცინას. ზოგისთვის დამ პრევენციის მექანიზმია, ან ახლო თავისი ჯანმრთელობაზე და დაავადებაზე შეხედულებებთან.

აბსოლუტური უმრავლესობა (85%) თვლის რომ დროის და ფინანსური რესურსების ხარჯვა უღირს, 5% თვლის რომ არ უღირს, დანარჩენები არ იყვნენ დარწმუნებულები. სუბიექტური

ქმაყოფილებას არ ქონდა სტატისტიკურად სანდო კორელაცია არც ერთ დამოუკიდებელ ცვლადთან, მათ შორის მათ შორის ვინც ექსკლუზიურად დამ-ით მკურნალობს და ვინც სხვა მეთოდებთან ერთად. მომხმარებლები თვლიან რომ სარგებლობა აუმჯობესებს ჯანსაღი ცხოვრებს წესების ასრულებას რადგან დამ-ით ახერხებენ ქრონიკული ტკივილის მართვას და გრძნობენ მეტ ძალას რაც ეხმარება ფიზიკურად აქტიურად ყოფნაში, ასევე ხედავენ კვების ჩვევებში სასარგებლო ცვლილებებს.

რესპონდენტთა ნახევარმა შეწყვიტა კლასიკური მედიცინის ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის მიღება მას მერე, რაც იგრძნო შევება დამ-ისგან. დანარჩენებმა გააგრძელეს ორივე მიმართულებით ერთდროული მკურნალობა (უმეტესობამ სამედიცინო პრეპარატების მიღებით). რესპონდენტების 35%-მა დამ-ით სარგებლობის შესახებ აცნობეს თავიანთ მკურნალ ექიმებს, დაახლოებით ნახევარმა კი არ აცნობა; დანარჩენ 15%-ს მკურნალი ექიმი არ ჰყოლია. ექიმის არინფორმირების მიზეზებს შორის იყო: „არ ვთვლი საჭიროდ“, „მათი მკურნალობა მაინც არ არის ეფექტური“, „აღარ მივედი ექიმთან“, „არ აინტერესებთ“ და სხვა. ინფორმირებულ ექიმებს შორის რეაქცია იყო როგორც უარყოფითი, ასევე დადებითი. ზოგ შემთხვევაში ექიმებმა პაციენტებს ურჩიეს, მორიდებოდნენ დამ-ით სარგებლობას, მაგრამ იყო მკვეთრად დადებითი დამოკიდებულების მაგალითებიც.

მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა სწორად ასრულებდა ექიმის დანიშნულებას, საყურადღებოა, რომ 35% არ ასრულებდა ექიმის ინსტრუქციებს რეგულარულად, ძირითადად იმიტომ, რომ არ უნდოდა „ქიმიური წამლის“, ჰქონდა გვერდითი ეფექტების შიში ან ვერ ყიდულობდა წამალს ფინანსურ მიზეზთა გამო. ბევრს ჰქონდა თვითმკურნალობის გამოცდილებაც.

დამ-ზე ინფორმაციას უმეტესად ღებულობენ ახლობლებისგან (76.6%), წიგნები, ბეჭდვითი პრესა და მედია ინფორმაციის წყაროს წარმოადგენს ჯამში მომხმარებელთა 43.5%-სთვის. მხოლოდ 11%

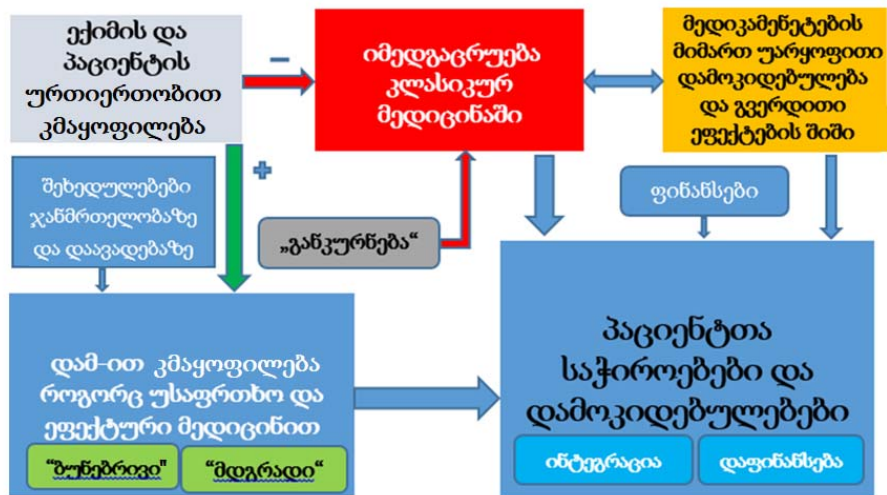
იღებს ინფორმაციას ექიმისგან ან სხვა სამედიცინო დარგის წარმომადგენლისგან. ბევრი ურჩევს/ურჩევდა სხვებს გამოყენებას.

პაციენტთა საჭიროებები და დამოკიდებულება დამ-ის მიმართ

თვისობრივი კვლევის მიხედვით აღმოჩენილი ძირითადი თემები და დამ-ით სარგებლობისკენ მამოძრავებელი ფაქტორები:

იმედგაცრუება კლასიკურ მედიცინაში, როგორც ალტერნატივების ძებნი დამ-ში ინტერესის საფუძველი:

- პაციენტებს სჭირდებათ განკურნება და არა სიმპტომური შველა
- პაციენტები ვერ გრძნობენ თავს ჯანმრთელად და უსაფრთხოდ და გამოხატავენ კლასიკური მედიცინით ზოგად უკმაყოფილებას.
- კლასიკური მედიცინით არაეფექტური მკურნალობის გამოცდილება
- კლასიკური მედიცინის ზედმეტი სიძვირე



პაციენტთა მხრიდან დამ-თან დაკავშირებული საჭიროებების და დამოკიდებულებების შექმნის ფაქტორები.

პაციენტთა უმეტესობისთვის მთავარი მიზანი იყო ჯანმრთელობის აღდგენა და ჩივილების მიზეზებთან ბრძოლა. ამისთვის კლასიკური მედიცინა იყო მიჩნეული, როგორც ზედმეტად ზედაპირული, მხოლოდ ჩივილების შემამსუბუქებელი და არა დაავადების მიზეზებთან მებრძოლი. პაციენტების მოსაზრებით, კლასიკური მედიცინა ვერ თანხმდება მათ ჰოლისტიკურ შეხედულებებთან ორგანიზმისა და ჯანმრთელობის შესახებ.

მედიკამენტების მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება და გვერდითი ეფექტების შიში: პაციენტებს უნდათ ბუნებრივი, მდგრადი ეფექტის მქონე მიდგომები. გვერდითი ეფექტების შიში ალტერნატივების ძებნის ერთ ერთი ძირითადი მიზეზია. ხშირია გამოთქმა „ქიმიური წამალი“, რაც შეიძლება ნიშნავდეს შეხედულებას, რომ „ბუნებრივ“ პრეპარატებს ჯანმრთელობაზე უფრო მდგრადი ეფექტი აქვს.

დამ-ით, როგორც უსაფრთხო და ეფექტური მკურნალობით კმაყოფილება: აღინიშნება დამ-ით კმაყოფილების მაღალი ხარისხი. ზოგის აზრით, დამ-ით სარგებლობამ შეცვალა მათი ცხოვრება, ზოგი თავს ახასიათებს როგორც „დამ-ში მორწმუნეს“, ზოგისთვის კი დამ ასოცირდება არა ალტერნატივასთან, არამედ ერთადერთ ეფექტურ სამედიცინო სერვისთან.

ექიმების და პაციენტების ურთიერთობა: პაციენტები აფასებენ კარგ (ხშირად მეგობრულ) ურთიერთობას დამ-ის პრაქტიკოსებთან - მათ სჭირდებათ ემპათიური თერაპიული და პრევენციული გარემო. ისინი ითხოვენ თანადგომას ექიმებისგან, ვინაიდან ნდობა და კარგი დამოკიდებულება მკურნალობის უმნიშვნელოვანეს ნაწილად მიაჩნიათ. პაციენტები ამ მხრივ ეჭვის ქვეშ აყენებენ ექიმთა პროფესიონალიზმს.

დამ-ის კლასიკური მედიცინის მომსახურებასთან ინტეგრირება: იმის მიუხედავად, რომ დამ-ის მომხმარებლების შორის შეინიშნება კლასიკურ მედიცინაში იმედგაცრუება, პაციენტთა უმრავლესობა

აღიარებს მის უმნიშვნელოვანეს როლს და თვლის, რომ ეს ორი სისტემა შესაძლოა ურთიერთსასარგებლო იყოს. ამრიგად, ისინი მხარს უჭერენ თანამშრომლობის პერსპექტივას. აღინიშნება ამ პროცესის რეგულირებაში სამთავრობო და სხვა სტრუქტურების ჩართულობის საჭიროება. ექიმების მოსაზრებები დამ-ზე ერთმანეთისგან მკვეთრად განსხვავებულია და პაციენტების მოსაზრებით, ექიმებს დამ-ზე მინიმალური ცოდნა მაინც სჭირდებათ.

დამ-ის მომსახურების და პრეპარატების ანაზღაურება: პაციენტები მხარს უჭერენ დამ-ზე ხარჯების სადაზღვევო ანაზღაურებას. მათი მოსაზრებით, ასე ხდება ევროკავშირის ქვეყნებში. ამავე დროს გამოხატულია სადაზღვევო ფორმატებით კლასიკური მედიცინის ხარჯების დაფარვით მკვეთრი უკმაყოფილება.

სამედიცინო განათლება და დამატებითი / ალტერნატიული მედიცინა

როგორც მოსალოდნელი იყო, მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამების ანალიზის შედეგად დამ-ზე ფოკუსირებული კურსები ვერ მოიძებნა. გარკვეული შინაარსის მიწოდება ხდება მედიცინის ისტორიის კურსში. ასევე გარკვეული სწავლება ხდება რეაბილიტაციის, სხეულის მანიპულაციების და ზოგიერთი სხვა საგნის ფორმატში. სამედიცინო განათლებაში არ იძებნება სტრუქტურული მოდულები. აღსანიშნავია, რომ მრავალი წლის მანძილზე ქვეყანაში ფუნქციონირებდა „კლასიკური და ტრადიციული (ჩინური) მედიცინის ინსტიტუტი“, როგორც უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულება სპეციალიზებული სამედიცინო განათლების პროგრამით.

სამედიცინო განათლების ექსპერტთა დამოკიდებულება დამ-ის გარკვეულ მიმართულებათა მიმართ იყო საკმაოდ დადებითი. ამავე დროს, სხვა მიმართულებებს ისინი უარყოფითად ეკიდებოდნენ. არსებული ტენდენციებისა და მაღალი მოთხოვნის გამო,

ექსპერტებს უწევთ თავიანთი სკეპტიკური თვალსაზრისის გადახედვა. ეს ეხებათ ექიმებსაც: ისინი ამბობენ, რომ ხშირად ურჩევენ დამ-ის პრაქტიკოსებთან მისვლას და შიგადაშიგ თვითონაც ნიშნავენ დამ-ის პროდუქტებს. ასევე ხშირად ხდება დამ-ის პრაქტიკოსების მხრიდან პაციენტების ექიმებთან გადამისამართება.

დამ-ის ზოგი წარმომადგენელი გამოხატავს მზაობას, სათანადო მოთხოვნისა და ფორმატის არსებობის შემთხვევაში, მომზადდეს სპეციალიზირებული კურსები. ზოგი მიიჩნევს, რომ ზოგადი თეორიული სწავლება არ იქნება საკმარისი და საჭიროა დამ-ის კონკრეტული მიმართულებების შესწავლა. ამ დროს, დამ-ის ზოგი წარმომადგენლის აზრით, შესაძლებელია საკმაოდ დიდი საჭირო ცოდნის ძალიან მოკლე დროში მიწოდება, დანარჩენი კი ექიმთა თვითგანათლების საკითხია.

მხარეები თანხმდებიან, რომ არსებულ რეალობაში (მაღალი გავრცელება, ღია ბაზარი, ექიმების მიერ დამ-ის პრეპარატების დანიშვნის სიხშირე და სხვა) აუცილებელია გარკვეული კურსების მიწოდება მომავალი და მოქმედი ექიმებისათვის. პირველ ეტაპზე, დამ-ის კომპონენტის ჩართვა შესაძლებელია არჩევით საგნად ან სხვადასხვა საგნის შინაარსში დამატებით. ასევე პროცესს ეხმარება პრობლემაზე დაფუძნებული სწავლების ფორმატის არსებობა. დამ-ის კომპონენტის ინტეგრირებას აფერხებს რამდენიმე ფაქტორი: კურიკულუმების გადათვირთულობა, დროის დეფიციტი და ექიმების მიმართ დამ-თან დაკავშირებული კომპეტენციების მოთხოვნის არარსებობა. გაურკვეველია, ვის უნდა ჰქონდეს სწავლების უფლება. სწავლება უნდა იყოს ობიექტური, პრობლემების მოგვარებაზე გამიზნული და არ უნდა შეუქმნას ექიმებს ახალი პრობლემები. ასევე დაფიქსირდა მოსაზრებები სარეზიდენტო პროგრამებში დამ-ის კომპონენტის ჩართვაზე. დამ-ის სამედიცინო განათლებაში (მათ შორის უწყვეტი პროფესიული განვითარების ფორმატებში) ინტეგრირება უნდა მოხდეს

თანდათან, საერთაშორისო ფორმატების გათვალისწინებით თანამშრომლობის პირობებში.

მიუხედავად სკეპტიციზმისა, მედიკოს სტუდენტთა გამოკითხვამ ზოგადად დადებითი დამოკიდებულება და ინტერესი აჩვენა.

### **განხილვა**

კვლევის შედეგები დამ-ის და კლასიკური მედიცინის ინტეგრირების დაწყების სასარგებლოდ ძლიერ არგუმენტად გამოდგება. ის თანხვედრაშია ამ მხრივ საერთაშორისო მდგომარეობის ანალიზის შედეგებთან. ეს არგუმენტი ასევე ეთანხმება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ტრადიციული მედიცინის სტრატეგიას, რომელიც წევრ ქვეყნებს მოუწოდებს, თავიანთ ჯანდაცვის სისტემებში დამ-ის ინტეგრირებას, რაც დიდწილად შეუსრულებელი რჩება.

დამ-ით სარგებლობის გავრცელების სიხშირე ახლოსაა ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში არსებულ რეალობასთან. ასევე, დასავლური ქვეყნების მსგავსად, დამ უფრო პოპულარულია ქალებსა და უმაღლესი განათლების მქონე მოსახლეობას შორის. საქართველოში პაციენტებს სჭირდებათ განკურნება და არამხოლოდ სიმპტომური შველა; ამიტომ ისინი იმედგაცრუებულები არიან კლასიკური მედიცინით, ერიდებიან „ქიმიურ“ (ტერმინს იყენებენ არამხოლოდ პაციენტები, არამედ ექიმებიც) წამლებს პოტენციური გვერდითი ეფექტების გამო. ჩანს ინტერესი ინტეგრაციული სერვისის მიმართ, რაც სწრაფი განვითარების სფეროა დასავლურ საზოგადოებებში. ემპათიურ თერაპიულ და პრევენციულ გარემოში საჭიროა ექიმსა და პაციენტს შორის დადებითი დამოკიდებულება. ჩვენი და სხვა კვლევების თანახმად, ჯანმრთელობისა და დაავადების კონცეფცია პაციენტებისთვის ნელ-ნელა იცვლება. ასევე იცვლება ჰოლისტიკურ მიდგომებზე და განკურნებაზე მოთხოვნა, რაც გვამლევს საშუალებას ვივარაუდოთ, რომ მომავალში დამ-ით სარგებლობა მოიმატებს.



მოქალაქეების უმრავლესობა არ ფლობს სანდო ინფორმაციას და შესაბამისად არ არის დაცული დამ-ის შესაძლო ზიანისგან. მათ ასევე არ აქვთ დამ-ის მომსახურებასთან სათანადო წვდომა. კლასიკური მედიცინის ექიმებს შორის ცოდნის ნაკლებობა და მათი ხშირად ღიად უარყოფითი დამოკიდებულება იწვევს დამ-ით სარგებლობის შესახებ ინფორმაციის არგაზიარებას, აფერხებს პაციენტთა პარალელური მკურნალობების შესახებ მედიკოსების ინფორმირებულობას და ექიმების მიერ პაციენტთათვის დამ-ზე (თუნდაც უარყოფითი) ინფორმაციის გაზიარებას. ჩანს ექიმებს შორის დამ-ის შესახებ განათლების გაუმჯობესების (მითუმეტეს მაშინ, როდესაც თვითონ ექიმები ნიშნავენ დამ-ის მკურნალობას ან აგზავნიან პაციენტს დამ-ის სპეციალისტთან) მოთხოვნილება. ასევე იგრძნობა, რომ საჭიროა პაციენტების მოტივირება, უფრო აქტიურად მოითხოვონ ინფორმაცია დამ-ის შესახებ. სანდო ინფორმაციის დეფიციტი და საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღების შეუძლებლობა არღვევს პაციენტის ზოგად უფლებებს, ეწინააღმდეგება ეთიკის პრინციპებს და ხელს უშლის ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზნების შესრულებას.

არსებობს ანგარიშები, რომელთა თანახმად საქართველოში მცხოვრებთა ნახევარი მხოლოდ ნაწილობრივ ან საერთოდ არ ენდობა ექიმებს. ექიმსა და პაციენტს შორის ზედაპირული კომუნიკაცია პაციენტების მიერ სამედიცინო სერვისებისგან თავის არიდების მნიშვნელოვანი ფაქტორია. კვლევები პაციენტების მიერ სამედიცინო სერვისების არმგამოყენებაზე, განსაკუთრებით თვისობრივი, იშვიათია. ასევე კვლევის საგანია პაციენტებს შორის ექიმთან თანამშრომლობის სურვილის არარსებობა.

პაციენტების მიერ დამ-გამოცდილების მიმართ დადებითი შეფასება შესაძლებელია, საგულისხმო იყოს სხვა ჯანდაცვის სფეროების სპეციალისტებისთვის, ძირითადი აქცენტით დამ-ის მომხმარებლებსა და მიმწოდებლებს შორის ურთიერთობის ჰარმონიულობაზე. არსებობს საჭიროება, სამედიცინო განათლება

ფოკუსირდეს პაციენტთან კომუნიკაციისა და ურთიერთობის კომპეტენციებზე. შესაძლებელია, სამედიცინო განათლებაში პროორიტიკების გადახედვამ და უწყვეტი სამედიცინო განათლების ან პროფესიული განვითარების სავალდებულო მოთხოვნამ დადებითი გავლენა იქონიოს პაციენტთა მხრიდან ექიმის დანიშნულების შესრულებაზე, ნდობასა და კმაყოფილებაზე. საჭიროა ამ პროცესის შესწავლა და შესაბამისი ქმედებები, რამაც შეიძლება გაზარდოს სამედიცინო მომსახურების რეპუტაცია და პირველადი რგოლის ექიმთან მისვლის ტენდენცია, რაც გააუმჯობესებს პრევენციისა და მკურნალობის ხარისხს / გამოსავლებს.

ექიმებს შორის (მათ შორის საქართველოში) არ არის შეთანხმება დამ-ის სარგებლის ან რისკის შესახებ. ჩვენ ვეთანხმებით სხვა კვლევების დასკვნებს იმაზე, რომ არ იქნებოდა სწორი ექიმების მხრიდან მოველოდეთ დამ-ის სიღრმისეულ ცოდნას. ამავე დროს მათ უნდა ჰქონდეთ ამ თემის შესახებ ზოგადი ცოდნა მაინც და უნდა შეეძლოთ ამ საკითხზე პაციენტთან კომუნიკაცია. უცხოური წყაროების მიხედვით, ექიმები გამოხატავენ ნებას, გააუმჯობესონ საკუთარი ცოდნა ამ მიმართულებით და თვლიან, რომ ეს დაეხმარება მათ პრაქტიკას. ამჟამად ეს ნება უპასუხოდ რჩება. ასევე შესაძლოა, ექიმების ინფორმირებულობამ დამ-ის გარკვეული ასპექტების შესახებ მოიტანოს სხვა სარგებელიც, რადგან კვლევები აჩვენებს, რომ ინტეგრაციულ მედიცინაში განათლებულ ექიმებს (ან იმ ექიმებს, ვინც თანამშრომლობს დამ-ის მიმწოდებლებთან) შორის პაციენტის მართვა უფრო ეფექტურია, განსაკუთრებით ქრონიკული მდგომარეობებისას. სამედიცინო განათლების ექსპერტები და ასევე მედიკოსი სტუდენტები მიესალმებიან დამ-ის კომპონენტის პროგრამებში ინტეგრაციას. სამედიცინო პროგრამების კურიკულუმები, როგორც წესი, გადათვირთულია და არ ტოვებს (ან ტოვებს შეზღუდულად) დროს სადაც შესაძლებელი იქნებოდა დამ-ის კომპონენტის ჩანერგვა. იმ შეთხვევაში, თუ საკვალიფიკაციო მოთხოვნები მომავალი ექიმების მიმართ არ შეიცვალა, არ იქნება კურიკულუმების ცვლილებაზე საკმარისი მზაობა. ერთ-ერთ

ფორმატად, რომლის მეშვეობით შესაძლებელია შესაბამისი ცოდნის მიწოდება პრობლემაზე დაფუძნებული სწავლების ფორმატი განიხილება.

საქართველოში დამ-ის პრაქტიკული მხარე ფაქტობრივად არ რეგულირდება. ამჟამად ნაკლებაქტიურ პროფესიულ ორგანიზაციებს შეუძლიათ პოტენციურად ითამაშონ უფრო მნიშვნელოვანი როლი ისე, როგორც ხდება რამოდენიმე ევროპულ ქვეყანაში. ამისთვის საჭირო იქნებოდა თანამშრომლობა, უკეთესი მართვა და ლიდერობის გამჭვირვალობა, ასევე დროის და მატერიალური რესურსების ინვესტირების ნება და ა.შ. პროფესიული ორგანიზაციების სისუსტე შეიძლება ახსნილი იყოს წლების მანძილზე პრობლემის იგნორირებითა და მათთვის თავის არიდებით. სტრუქტურები არ არიან მხარდაჭერილები წევრთა ძლიერი აკადემიური წარსულით. სხვადასხვა მხარეები არ აღიარებენ საგანმანათლებლო და სასერტიფიკაციო პროცესის დაწყებისთვის ერთმანეთის ძალაულებას. არც ერთი იდენტიფიცირებული დამ-ის პროფესიული კავშირი არ არის ასახული ჯანდაცვის სამინისტროს პორტალზე არსებულ სამედიცინო ასოციაციების რეესტრში. მეორის მხრივ, სახელმწიფო სტრუქტურებში არ არსებობს მოცემულ პრობლემაზე სამუშაოდ საჭირო მზაობა. პრაქტიკოსები არ არიან სათანადოდ ინფორმირებულები შესაბამისი მარეგულირებელი გარემოს შესახებ. ასევე შეუთანხმებლობაა სახელმწიფო სტრუქტურებშიც - არარეგულირებადი სპეციალობის პერსონალი შესაძლოა მუშაობდეს საავადმყოფოებში, სამინისტრო ითხოვს ამ სპეციალისტების ანგარიშში ასახვას, მაშინ როდესაც ქვეყანაში ოფიციალურად ამ სპეციალობების განმარტებაც კი არ არსებობს. საერთაშორისო კვლევა გვიჩვენებს, რომ გამოსავალთან ყველაზე ახლოს არის ე.წ. თვითრეგულირების მიდგომა.

ფინანსური საკითხები: კვლევის მონაწილეთათვის მნიშვნელოვანია დამ-თან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურების საკითხი. ბევრი თვლის, რომ გარკვეულ ევროპულ ქვეყნებში დამ-ის სერვისები და

წამლები იფარება სახელმწიფო დაზღვევის მიერ, მაგრამ ეს ასე არ არის. დამ-ის (კონკრეტული მიმართულებების) დაფინანსების სქემები განსხვავდება ქვეყნებსა და რეგიონებს შორის. ეს სქემები დროდადრო იცვლება ამ რეგიონებში და ამას აქვს მნიშვნელოვანი ზეგავლენა პაციენტთა მკურნალობის არჩევანზე. ჯანდაცვის დაფინანსების კვლევა გვიჩვენებს, რომ კლასიკური მედიცინის სერვისების მიწოდების და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის მხრივ ამჟამად არის მთელი რიგი პრობლემებისა და იმის ალბათობა, რომ დამ-ს ამ მიმართულებით საკმარისი ყურადღება მიექცევა, არის ძალიან დაბალი.

სამედიცინო პროდუქტები: დამ-ის სამკურნალო პროდუქტების წარმოების და რეგულირების მხრივ საქართველოს სარეგულაციო გარემო მსგავსია აშშ-ის ან ზოგი ევროპულ ქვეყნის სიტუაციასთან. უნდა ითქვას, რომ ევროკავშირს აქვს გარკვეული პოლიტიკა და სარეგისტრაციო წესები, რომელთა ადგილობრივად დანერვა არ იქნებოდა რთული. დამ-ის და განსაკუთრებით ქართული ტრადიციული მედიცინის მიმართულებით (უსაფრთხოების, ხარისხის, ეფექტურობის და სხვა კუთხით) განხორციელებულმა შემდგომმა კვლევამ შესაძლოა საქართველოში მოღვაწე მწარმოებლებს მისცეს პრეპარატის დარეგისტრირების, ზოგ შემთხვევაში შემადგენლობაზე პატენტის მიღების და პოტენციურად პროდუქციის ექსპორტზე გატანის საშუალება. ეს ხელს შეუწყობს მოსახლეობის დასაქმებას და ზოგადად ქვეყნის ეკონომიკას (როგორც აღწერილი უცხოურ ლიტერატურაში).

შეჯამება: ის, რასაც ვხედავთ, მსგავსია ევროპის ქვეყნებში არსებულ სიტუაციასთან, სადაც დამ-ის თერაპიების და „აგენტების“ ბაზარზე გასვლამდე რეგულირებისა და დაფინანსების მხრივ ერთიანი „ფილტრირება“ არ არსებობს. ეს იმას ნიშნავს, რომ მკურნალობის მეთოდი შეიძლება იყოს ფართოდ გავრცელებული, მაგრამ მკვლევარებმა, პედაგოგებმა და პოლიტიკის განმსაზღვრელებმა არც იცოდნენ ამის შესახებ. დასავლური ქვეყნების შემთხვევაში შემოთავაზებული იყო ხუთსაფეხურიანი კვლევის სტრატეგია:

1. შინაარსის, ცნების და ფილოსოფიური კონტექსტის ანალიზი და უტილიზაცია,
2. უსაფრთხოების სტატუსი,
3. შედარებითი ეფექტურობა,
4. კომპონენტების ეფექტიანობა,
5. ბიოლოგიური მექანიზმები.

ჩვენი კვლევა პასუხობს აქედან პირველ საფეხურს და შესაბამისად ეძებს პასუხს კითხვებზე „რა ხდება?“ და „რატომ ხდება?“. ეს კვლევა აგრეთვე პასუხობს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და ევროკავშირის მიერ დამ-სთან დაკავშირებული კვლევის სტიმულირების კონტექსტში საერთაშორისო საზოგადოების მიმართ გამოთქმულ მოწოდებებს.

### კვლევის შეზღუდვები

ჩვენს რაოდენობრივ კვლევას აქვს გარკვეული შეზღუდვები, პირველ რიგში selection bias-ის, recall bias-ისა და ინფორმაციის არასრული გამჟღავნების რისკების მხრივ. გარკვეული საბუთების ელექტრონულ მონაცემთა ბაზებში შესაძლო არარსებობა ჰქმნის საბუთების კვლევის პოტენციურ შეზღუდვას.

### დასკვნები

- დამ-ის პრაქტიკა აღიქმება საქართველოს ჯანდაცვისთვის პოტენციურ ახალ შესაძლებლობად, მაგრამ დიალოგის, მაკოორდინირებელი ორგანოს და რესურსების დეფიციტი აფერხებს ამ პროცესის მიმდინარეობას. კლასიკური მედიცინისა და დამ-ის სპეციალისტებს შორის კომუნიკაცია და თანამშრომლობა არაეფექტურია.
- საქართველოში არ არსებობს დამ-ის პრაქტიკის მოქმედი, პირდაპირი რეგულაციები და ქვეყანა ზოგადად არ ასრულებს მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეის WHA67.18 და WHA9.24 რეზოლუციებს. ასევე იგნორირდება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ ამ მხრივ გამოთქმული სტრატეგიული დირექტივები და რეკომენდაციები. ნებაყოფლობითობის

საფუძველზე მოქმედებს დამ-ის პროდუქტების წარმოების და მარკეტინგული რეგულაციები.

- გამოკითხულ რესპონდენტთა შორის დამ-ით სარგებლობის გავრცელების სიხშირე მაღალი იყო (>30%), რაც გვამლევს საფუძველს ვივარაუდოთ რომ ის ასევე მაღალი იქნება ზოგად მოსახლეობაში. დამ-ით სარგებლობენ პირველ რიგში საშუალო ასაკის, უმაღლესი განათლების მქონე, დასაქმებული პირები. მოხმარება ბევრად უფრო ხშირია ქალთა, ვიდრე მამაკაცთა შორის. მოხმარებლები კმაყოფილები არიან მიღებული მომსახურებით / შედეგებით. ინფორმაციის გავრცელება ხდება ძირითადად ვერბალურად, მოხმარებლებს შორის. ამ დროს, კვლევაზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიმართ წვდომა რჩება დაბალი და ექიმებიც ხშირად ვერ ეხმარებიან პაციენტებს დამ-თან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში.

- საქართველოს მოსახლეობა აფასებს პრაქტიკოსთა და პაციენტთა შორის არსებული ურთიერთობების დადებით ხასიათს, რაც კონტრასტში მოდის ზოგად იმედგაცრუებასა და დაბალ ნდობასთან კლასიკური მედიცინის მკურნალობის მიმართ.

- ჯანდაცვის სპეციალისტებს არ აქვთ დამ-ის საკითხების შესახებ საკმარისი კვლევაზე დაფუძნებული ცოდნა და გააზრება. განიხილება დამ-ის საგანმანათლებლო კომპონენტის დიპლომამდელ და დიპლომისშემდგომ კურიკულუმებში ჩართვა, რაც შეიძლება დამ-ის და კლასიკური მედიცინის ინტეგრაციის პირველ ნაბიჯად დავინახოთ.

- მაშინ, როდესაც პაციენტთა მიერ მიღებული სამედიცინო გადაწყვეტილებების ინფორმირებულობის სიხშირე საგრძნობლად დაბალია და აფერხებს დამ-ის უსაფრთხოების ან ეფექტურობის შესახებ დასკვნების გამოტანას, ჩნდება გადაუდებელი საჭიროება, დაწყებულ იქნას დისციპლინათშორისი კვლევები, სარეგულაციო განხილვა და საგანმანათლებლო სამუშაოები.

- ბიოსამედიცინო ეთიკის ისეთი ძირითადი პრინციპები, როგორცაა ავტონომია, გულმოდგინება ან სამართლიანობა, ექვევად დამ-ის რეგულირების, დაფინანსების და მიწოდების ფორმატების, ასევე პაციენტებისთვის ინფორმაციის გავრცელების მექანიზმების ზეგავლენის ქვეშ.

### **რეკომენდაციები**

- საჭიროა სამუშაო პროცესის დაწყება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ წევრი ქვეყნების მიმართ გამოთქმული მოწოდებების, სტრატეგიული მიზნების და რეკომენდაციების, ასევე მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეის რეზოლუციების მიხედვით.
- რეკომენდებულია შესაბამის სამთავრობო და არამსამთავრობო სტრუქტურების, ასევე აკადემიური დაწესებულებების, სამედიცინო ფაკულტეტების და პროფესიული ორგანიზაციების რესურსების ანალიზი და განვითარების ხელშეწყობა, ამ სტრუქტურების ეფექტური და ოპტიმალური რეგულატორული ჩარჩოს განვითარების პროცესში აქტიური ჩართულობისთვის.
- პირველ ეტაპზე რეკომენდებულია დამ-ის კურსის შექმნა და მიწოდება მედიკოსი სტუდენტებისთვის არჩევითი კურსის, ხოლო მოქმედ ექიმთათვის უწყვეტი პროფესიული განვითარების / უწყვეტი სამედიცინო განათლების ფორმატში. ასევე, რეკომენდებულია ამ კურსების ფოკუსირება ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობასა და კომუნიკაციაზე.
- რეკომენდებულია აკადემიური საზოგადოების, ექიმების, პრაქტიკოსებისა და სხვა დაინტერესებული პირების ჩართვით სამუშაო ჯგუფის შექმნა, რომელიც იმუშავებს პრაქტიკების იდენტიფიცირებასა და განმარტებაზე, კლასიფიკაციის შექმნაზე, პრაქტიკოსთა / მომსახურების მიმწოდებელთა მონაცემთა ბაზის შექმნაზე; ასევე შეიმუშავებს რეგულაციის და საქართველოში პრაქტიკის აკრედიტირების ჩარჩოს პროექტს.

• რეკომენდებულია თანამშრომლობა დისციპლინათმორის და საერთაშორისო ფორმატებში ნორმატიული საბუთების (როგორც მინიმუმ უსაფრთხოებაზე და ხარისხზე მომართული წესების) და დამ-თან დაკავშირებული პოლიტიკის / სტრატეგიის ეფექტური შემუშავებისთვის. ასევე კარგი იქნება, თუ აკადემიური საგანმანათლებლო დაწესებულებები ჩაერთვებიან დამ-ს არამედიკოსი პრაქტიკოსებისთვის პირველადი საგანმანათლებლო და სასერტიფიკაციო ჩარჩოების შემოღებაში.

#### **პუბლიკაციები:**

- Nadareishvili I, Lunze K, Tabagari N, Beraia A, Pkhakadze G, Complementary and Alternative Medicine Use in Georgia, Georgian Med News. 2017 Nov; (272):157-164.
- Nadareishvili I, Lunze K, Pkhakadze G, Japiashvili N, Tabagari N., Complementary and Alternative Medicine and Medical Education in Georgia: State of the Art and Further Perspectives, Georgian Med News. 2017 Dec; (273):118-122.
- ი. ნადარეიშვილი კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინა და მის რეგულირებაში არსებული საერთაშორისო გამოცდილება, Tvildiani Medical University Press, 2017
- Complementary and Alternative Medicine Practice and Healthcare Integration in Georgia, 15th International Medical Postgraduate Conference, abstract published, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Czech Republic – 2018
- Ilia Nadareishvili, Ani Beraia, Nino Mchedlishvili, Complementary and Alternative Medicine Consumers: Practice and Attitudes in Georgia, 28th European Students' Conference, Charite Universitat Medizin Berlin, Abstract published, Germany – 2017
- Nadareishvili Ilia, Tabagari Nino, MD Curriculum New Topics: Evidence Formation for Definition and Implementation HENTI 2017 – The Second International Conference: Higher Education, New Technologies and Innovations, Abstract Published, Akaki Tsereteli State University, Kutaisi, Georgia – 2017



**David Tvildiani Medical University**

**Report on the PhD Thesis**

**COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE AND THE  
HEALTHCARE SYSTEM OF GEORGIA**

**Dr. Ilia Nadareishvili MD,**

**PhD Candidate**

**David Tvildiani University Press**

**Tbilisi 2018**

The work was performed at the David Tvildiani Medical University

**Scientific supervisors:**

- **Dr. Giorgi Pkhakadze**, MD, PhD  
Professor, Head of School of Public Health,  
David Tvildiani Medical University, Tbilisi, Georgia
- **Dr. Karsten Lunze**, MD, DrPH  
Assistant professor, Department of Medicine  
Boston University, Boston, the United States

**Official Experts/Opponents –**

- **Dr. Tengiz Verulava**, MD, PhD  
Professor, Ilia State University
- **Dr. Ramaz Shengelia**, MD, PhD, Sc.D  
Professor, Tbilisi State Medical University
- **Dr. George Chakhava**, MD, PhD  
Associate Professor, David Tvildiani Medical University

The defense is performed on March 7, 2019 at \_\_\_\_\_ PM at the David Tvildiani Medical University, 2/6 Ljubljana Str. Tbilisi, Georgia 0159

The PhD thesis manuscript can be obtained from the David Tvildiani Medical University Library.

The report will be distributed on February \_\_\_\_, 2019.

Scientific secretary of the Dissertation Council

Marika Vachnadze, MD, PhD

## **Background**

The increasing globalization, climate and environmental changes, human and material resource deficits, poverty, migration, prevalence of non-communicable disease and challenges such as antibiotic resistance are some of the health issues expected to become even more relevant in the future. This increase in the global burden on in fact all the healthcare directions challenges the scientific, human and material resource capacities of healthcare systems, and prompts scientific quest for problem solutions.

At the same time a tendency of increase of Complementary Alternative Medicine use has been observed over the last 20 years, forming a problem of epidemiological, economical and politically importance for public health. CAM has been mainly used to maintain and improve health, as well as to prevent, diagnose, relieve or treat illnesses outside the conventional healthcare, but in some countries certain treatments are being adapted by conventional healthcare. More than 100 million EU citizens are 'regular' users of CAM (predominantly for the treatment of chronic conditions), while prevalence of use in USA is reported to be at 33%. At this time international scientific community conducts studies on reasons of CAM use, regulations, financing, ethics, sources of information for public. Besides this, at this time, more and more studies are published scrutinizing efficacy and safety of various CAM modalities from Evidence-Based Medicine point of view. Many of these studies compare CAM to placebo, while others also compare to established "conventional" treatment methods. Behavioral benefits of CAM is also a research subject. Some countries, such as for example the United States, have big, governmental bodies dedicated to CAM research and related activity management. Such countries as China and India can demonstrate examples of successful medical system integration (particularly in service delivery in China workforce in India).

The World Health Organization (WHO) sets out the course for Traditional and Complementary Medicine for the next decade in the Traditional

Medicine Strategy 2014-2023, which mandates all the member states to introduce, improve and develop CAM research projects, as the base for policy development in member states and internationally. Research strategies were developed in various regions, including Europe.

The first written medical records on medical traditions in Georgia, documented as long ago as in the 10th century (followed by more manuscripts from 13<sup>th</sup>, 15<sup>th</sup>, 16<sup>th</sup> centuries), relate a millennium-old reference to contemporary CAM practice in Georgia and provided knowledge on folk remedies, herbs and other health related approaches. The 20th century and the rise of Soviet Union saw many medical traditions going to background, with fast development of conventional medicine. At the same time, other complementary and alternative medical methods such as homeopathy or acupuncture reached the Georgian population through literature and new-coming practitioners. Following the end of the Soviet Union, the use of CAM became more and more common in the country. Few scientific evidence on contemporary CAM practice in Georgia is currently available, and the reasons of this gap are not clear.

As the international community stimulates research into CAM, anecdotal reports and observations demonstrate high prevalence of use, long lasting traditions and a steady market of services and products, research on CAM in Georgia is extremely limited. Considering the possible risks to people, miss of opportunities, Association Agreement between Georgian and the European Union ( in force from 2016), more and more liberal trade relations and Georgia's aspirations of EU membership, we considered it timely to initiate a research project addressing the issues of CAM practice, regulations and conventional care integration in the country, both in the national (interests, safety and benefits of our citizens/patients), as well as international (Global Health, European perspective) contexts.

## **Aims and Objectives**

The general objective was to explore the perspectives of Complementary and Alternative Medicine and Conventional Medicine practice and service delivery integration in Georgia

### **Specific Objectives**

- A) To obtain comparable data and estimate CAM use prevalence in Georgia.
- B) To analyze the factors forming a patients' need of alternatives or complement existing conventional medicine already available. Describe a typical CAM user.
- C) To explore specific CAM modality delivery and use in 5 Georgian regions.
- D) To explore patient needs and perspectives on CAM and conventional care integration
- E) To explore CAM practitioners, Conventional Medicine leaders and Medical Educators perspectives on existing reality of CAM practice, collaboration with conventional care providers and obstacles, perspectives and ways to achieve integration/optimize the existing situation
- F) To identify active and previous CAM practice and product marketing regulations in Georgia, analyze their strengths and weaknesses, and propose general framework for policy makers, based on the own findings and best international experience
- G) To explore CAM practice related education issues in Georgia
- H) To form a research based ground for informed decision making among patients, their physicians and other stakeholders, provide basis for further academic research

### **Scientific Novelty of the Study**

This is a first large-scale academic study on CAM in the republic of Georgia. CAM realities vary across the countries and regions, including people's needs and attitudes vary, as do the interests of providers or other

stakeholders. In this light, conducting a study like ours in various populations and countries contributes to not only local but also global understanding of the Complementary and Alternative Medicine, and gives base for further research and informed decision making among the stakeholders. Bringing reliable quantitative and qualitative findings (and also data), should enhance quality and increase productivity of those studies.

The research design was specifically aimed to bring out real life picture and understand the problem from its depth, which is important to develop certain procedures and standards to ensure safe and effective medical practice. Our study formed first research-based knowledge on CAM practice and utilization in Georgia, patient needs, and practitioner-physician relationships, explored and proposed steps to develop regulatory frameworks and perspectives of integration with conventional medicine practice, medical education issues and other aspects of study problem.

In short term we expect related educational frameworks development, increase in stakeholder awareness and development of follow-up interdisciplinary research processes. In medium term we expect the study to contribute to market standardization, marketing and industry planning, collaboration among the stakeholders and other processes. And in long-term we expect our research to improve patient safety, quality of life and health as well as improvement of cost-effectiveness of care.

### **Publications and Approbation**

The main results of the thesis and the individual applications were discussed and presented: at the approbation, held as a joined meeting of the department of Social and Behavioral Sciences, David Tvildiani Medical University and CAM professional organizations' representatives (04/02/2019); at 15th International Medical Postgraduate Conference, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Czech Republic – 2018, at the 28th European Students' Conference, Charite Universitat Medizin Berlin, Germany – 2017, at the Second International

Conference: Higher Education, New Technologies and Innovations, Akaki Tsereteli State University, Kutaisi, Georgia – 2017, at 6th Students and Young Scientist (SYSSA) Conference, Tbilisi Georgia 2018, at Georgian Association of Medical Specialties conference “Multidisciplinary Approach in Neurologic Practice”, Tbilisi, Georgia, 2017.

### **Structure and volume of dissertation**

The dissertation consists of: Introduction, Literature Review, Materials and Methods, Results, Discussions, Conclusions, Practical Recommendations and References. The latter contains 144 sources; main text is presented on 137 pages; including 6 tables, 5 figures, and 8 charts/diagrams.

### **Content of the Study**

#### **Study Methods**

The methodology of the present research involved a variety of qualitative and quantitative techniques. The total duration of the study was 48 months.

The first phase focused on policy analysis and mapping the main CAM stakeholders in the country. The targeted populations were selected for the second phase of the project. We searched for any CAM specialty, related legislation, archive data and other documents through governmental databases and archives. We then submitted a request for information on current regulatory frameworks on CAM to the Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia State Regulation Agency for Medical Activities. We conducted identification of various legal bodies related to CAM through the National Public Registry databases. The study then moved to the medical education institutions (16 identified using the World Directory of Medical Schools) for the analysis of related educational issues in MD, postgraduate or Continuous Professional

Development levels, as well as CAM practitioner education. Each medical school's websites were thoroughly reviewed, primary to analyze the existing programme curricula.

The study continued with quantitative surveys. We conducted a population based cross-sectional survey using accidental selection approach and a short questionnaire, engaging a total of 700 persons in the survey with expected response rate of 60%, confidence interval 95 and expected CAM prevalence of 20% .

In the survey among CAM user patients, we conducted a cross-sectional study recruiting respondents at 20 CAM service offices. We systematically selected 300 CAM user patients (aged 18-75 years). The 63 item previously piloted questionnaire based survey took place in five Georgian cities (Tbilisi, Rustavi, Telavi, Kutaisi and Batumi). We arranged for an appropriate environment at the CAM service provision offices to conduct the survey. The following CAM modalities were included into the study: homeopathy, phytotherapy, folk medicine, biologically active supplements, acupuncture, anthroposophic medicine and chiropractic/manual therapy.

Medical students' needs and attitudes were assessed using the Georgian Medical Students' Association network. A specially designed questionnaire was distributed to systematically selected 100 local medical students.

We used both descriptive and analytic statistics in our study. In the general population survey, dependent variable was set as "CAM user", or those who answered YES to the question if they had ever used any form of CAM, and if they did so over the last 12 months. Independent variables were demographic, health status and socio-economic status indicators. In the CAM user survey dependent/independent variables varied. Frequencies and percentages were used to assess the prevalence. Chi-square test was used to chart comparisons of the variables between users and non-users of CAM. A p-value < 0.05 was used to determine statistical significance. Statistical analysis was performed using IBM SPSS 22 software.



In the third stage of the study qualitative methodology was used. The qualitative study can be seen as a base for further research, giving the impression on what is the current reality about CAM practice in Georgia; generating ideas and hypotheses for future studies. Qualitative and quantitative research combination gives broader perspective on the problem and research strategies including clinical trial planning, quality monitoring and treatment assessment, as quantitative results are supported by qualitative findings. We used a grounded theory analysis approach, collecting data in individual, face-to-face, semi structured contextual interviews as an in-depth explorations of local experiences and practice. Participants were selected using purposive sampling method: 20 regular CAM users, 12 CAM practitioners/representatives (6 different modalities), 7 medical education experts and/or conventional medicine representatives.

The semi-structured interviews were conducted using previously piloted protocols. We stopped interviewing the patients as the data started repeating and was saturated. The conversation was conducted in a “semi-structured” way using open-ended questions, and the respondents were given freedom to express their ideas and talk about their experience with CAM, ensuring ability to speak reflexively about related experiences.

As the interviews were collected we started creating transcripts. Holding the transcripts we conducted a thematic analysis with line by line primary open coding, and then axial coding. Two researchers started the first round of data analysis after the transcription of first 5 interviews and continued until the last interview was analyzed, applying codes and concepts to the following interviews. The remaining authors then analyzed the codes and selective coding was performed resulting in a number themes. The authors built links between the codes and themes, developing a concept on the studied topic. We distributed related quotes to relative themes, to build a clear picture on respondents’ perspectives on CAM experiences and potential integration with conventional medicine.

Ethical Considerations: We obtained Approval to conduct the study from David Tvildiani Medical University Biomedical Ethical Committee. Research followed ethical guidelines of the DTMU biomedical ethical committee. All participants received written and/or verbal details on study background, aims, funding sources, etc. We obtained informed consents from patients participating in qualitative study and assured each participant of the confidentiality. All the recorded data will be destroyed after two years all the project findings are published. The team of researchers did maximum effort not to influence patient decisions against or in favor of CAM.

## **Results**

### 1) CAM Practices, Market, and Regulatory Environment in Georgia

#### Identification of CAM practices/ CAM Key Actors

All of the main CAM modalities are available in Georgia. Herbal and other dietary supplement are not only provided/prescribed by CAM practitioners or conventional medicine physicians, but also marketed online and even available in some of the biggest pharmacy networks (mostly marketed in Vitamin and dietary supplements subheading), as well as smaller pharmacy companies, including a few specialized ones. Excluding traditional healers and dietary supplements, some of the most prevalent CAM services were: homeopathy, ultrasonic therapy, arts therapy, (additionally many conventional medicine specialists use it in their practice not as CAM); acupuncture; chiropractic spinal manipulation; craniosacral manipulation; reflexology. Less prevalent but available are: Anthroposophical medicine, electric stimulation therapy, hydrotherapy, magnetic field therapy (as CAM), aromatherapy, Meditation (as CAM), Naturopathy, Osteopathic manipulation, Ozone therapy (as CAM), Qi gong (as CAM) and Yoga (as CAM). Balneotherapy, “Prayer for health”, “Distant healing”, “Massage”, “Bee products” or “Diet Therapy” are hardly applicable as CAM in Georgia.

We identified professional unions in various CAM modalities. Their activities are mostly limited to internal information and experience exchange and case discussions, rarely organizing conferences. Some of the local organizations were members of their specialty international federations respectively. CAM practitioners themselves acknowledged lack of communication (internal and external) and specific aims of such unions.

#### Existing CAM Regulations review

According to the list of medical specialties recognized by the Ministry of Health of Georgia, no CAM specialty is currently regulated as medical specialty.

The Ministry of Health official reply to our inquiry regarding CAM regulations is as follows: *“... Complementary and Alternative Medicine methods/approaches use is not regulated by the acting legislation. Certain Complementary Medicine concrete method knowledge can be defined by physician-specialist professional competency (for example, “acupuncture” method and application/contraindications are included in competencies of physical medicine, rehabilitation and spa treatment physician general knowledge), but this doesn’t mean that the acting legislation regulates use of this method by physicians. Regarding our vision on Complementary and Alternative Medicine regulations, we inform you that the [Ministry] currently doesn’t work in this direction.”*

Through the documentation and archive search we could identify a few historical regulatory documents. Homeopathy was officially regulated until 2013, as a sub-specialty of Internal Medicine and Pediatrics, but it was removed from the list since Jan.1, 2013. Those who had received certificates of Homeopathy practice (or we might say “license”) before that date (claimed to be at least 67), are mentioned to have rights to continue practice as specialists of Internal Medicine. But in fact, the specialty became unregulated. According to the medical practice regulatory agency at the Ministry, the decision to take homeopathy out of the regulatory

frameworks was made due to the fact that it is not an evidence-based medical system.

According to the ministry of Economy, Department of Statistic, the following specialties can be found in the classification: Homeopathy and “Folk and Non-traditional Medical Specialties” and “non-traditional medicine practitioners” with related definitions and specialist responsibilities. The group includes: healers not using medications, healers using herbs, rural healers, naturopathists. Acupuncture practice is mentioned in the regulatory document titled “Technical rule – on the approval of infection prevention and control sanitary norms for the public esthetic and cosmetic procedures”, issued by the government of Georgia and signed by Prime Minister. The document defines acupuncture and gives a detailed instruction on acupuncture practice safety and other procedures. We also identified mentioning of biofeedback in 2 separate guidelines approved by the Ministry of Health (for head and back pain management).

We were unable to identify any other state regulatory (or more or less regulatory) frameworks for CAM practices, leaving all the other related specialties in fact not regulated. Self-regulation could not be identified either, while professional organizations obviously lack resources (both professional and material) to establish and implement self-regulation.

#### CAM Practitioners’ and Physicians’ Perspective on CAM regulations

There is no central registry of CAM practitioners, or in many cases same persons can practice different CAM modalities as well as work from time to time or part-time. This makes CAM workforce estimation difficult. The practitioners agree that there should be some regulations, probably in a form of self-regulation, and that a CAM practitioner should hold an MD degree. Though many of CAM practitioners in the country are MD degree holders and hold state certificate of physician, there is no specific certification in CAM specialties. According to the representative of regulatory agency on medical activities, medical ethics and malpractice

responsibility cannot be applied to those who are not certified as physicians in the country.

There are no educational courses regularly provided, motivation to obtain or provide formal education is low, as there are no legal requirements.

Not all practitioners had right knowledge on current regulatory environment, and some (including members of professional unions) were confused or even gave accounts on regulations and claimed that certain procedures are met. The practitioners recognized the problem (including the ethical value protection, such as that of non-maleficence or justice) but stated lack of motivation and disappointment in work of this direction, as they met no constructive cooperation readiness from state agencies.

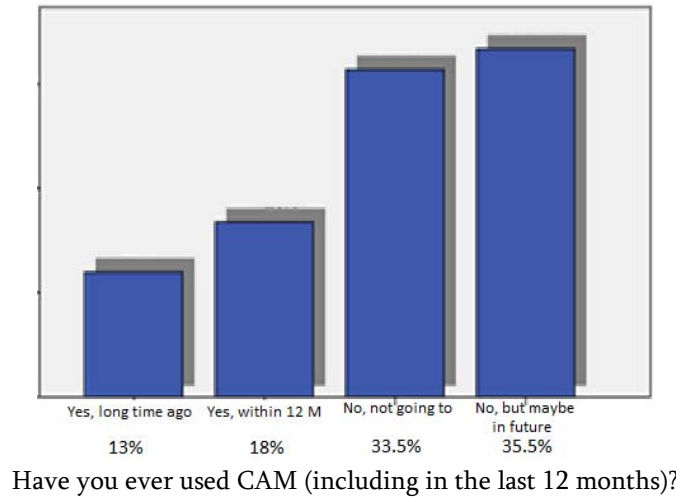
Conventional medicine specialists talk about same problems. A solution is seen in an independent board which would cooperate with governmental and non-governmental organizations, with primary focus to develop relative educational formats and programmes, with appropriate evaluation and certification system. Patients are often forwarded from conventional medicine physicians to CAM and vice versa.

#### CAM Product Regulations in Georgia

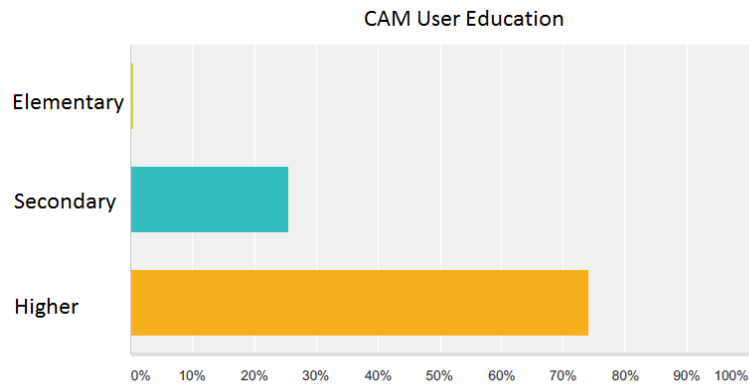
According to the law on drugs and pharmaceutic activities of Georgia, the regulations in the law are including complementary medical means, biologically active supplements, and “paramedical” means, which can be registered in case an interested body initiates registration process voluntarily. The registration then goes in accordance to the national standard. Complementary medical means, biologically active supplement and Paramedical means have detailed definitions. Not registered CAM preparations can’t be labeled as a treatment for a specified disease treatment or marketed as a pharmaceutical product. Voluntary registration is requested for marketing purposes and to increase trust to the medical product. A governmental order gives regulations on labeling. Additionally the law on Advertising states that stating a disease to be treated by a CAM product is prohibited.

There is no data on how many medical products are marketed and are not registered. This puts quality, composition and effectiveness in doubt. Making preparation importing process easier, and relative safety of the products is stated to be the reason of limited regulatory demands. Interesting observation is that despite no clearance in attitude to CAM, there are governmental orders for veterinary requiring CAM product use as first line for a number of veterinary problems.

#### Population based and CAM user surveys



Lifetime prevalence of CAM use among the surveyed was 31%, while 12 month period prevalence of use was 18%. Furthermore about 35% of respondents didn't exclude using CAM in the future, while about a third excluded such a possibility. The use of CAM was not significantly correlated with any of the independent variable except of sex ( $p=0.036$ ) and education ( $p=0.033$ ) as found using the Pearson Chi-Square test (the rest were: age, place of origin, frequency of visits to physicians, insurance status, etc).



The median respondents age in the CAM user survey was 45 years. About half were born in Tbilisi or other large cities while another half we from small towns and rural areas of Georgia. Females predominated with 76% against 24% of males, which was representative of the gender breakdown of all visitors to CAM service centers taken from the patient registry records. Most CAM patients held a higher education degree: 74.04%; while 25.48% had secondary education. Most of the patients were employed (47.89%), 26.29% were unemployed, 12.21% were on pension, 10.80% studied.

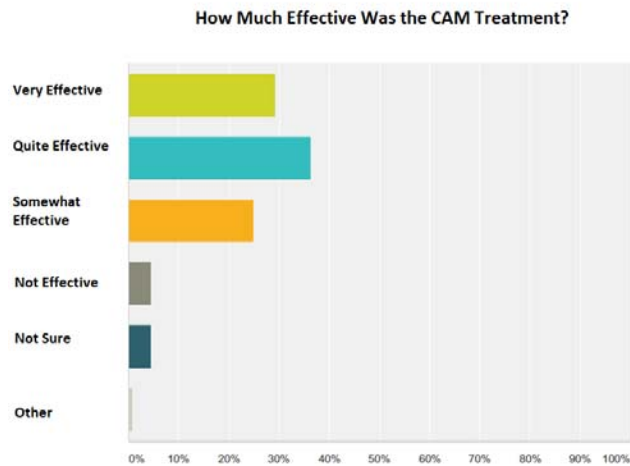
Most of the patients had their diagnoses done by conventional medicine physicians (80.48%) while 15.24% were diagnosed by CAM specialists while the rest of the patients did not have specified diagnosis. About half had a chronic condition. Over 40% of the interviewed patients (94) had more than 1 health condition currently altering with their wellbeing. Distribution of top 10 health condition types due to which the surveyed patients seek CAM: Gastrointestinal (including liver) diseases, Endocrine Conditions, Psychiatric Disorders, Cardiovascular, Rheumatologic, Immune System Diseases, Neurologic Conditions including chronic pain, Genitourinary diseases, Gynecologic, Reproductive Health, and Respiratory Conditions.

Most of the patients were using CAM to either treat their chronic medical condition (36%) or improve general health (33%), while 20% of those

answering the question for main reason of use stated acute disease treatment. Over half of them expected complete cure of the disease (55%); 30% expected strengthening of their organism; 23% used CAM to manage their symptoms; 18% wanted to get their organism “clear”; 15% were using CAM as they wished to “try everything to fight the condition” and 12% wanted to improve their emotional/psychological condition.

Close person’s advice was the most common reason of application of CAM (40%), while 14% decided to visit CAM center after hearing a patient treatment success story and 7% said they had no other option. Some of patients said that their either don’t trust, avoid or are unsatisfied with conventional medicine or don’t take chemical drugs. Some used CAM for prevention or due to their philosophical insight on health and illness.

The one month later follow-up (n=113) showed that the subjective satisfaction with the treatment: 29% - the treatment was “very effective”; 36% - quite effective; 25% - partially effective, 5% - not effective and 5% - not sure. First benefits of treatment were felt in several days to weeks.



Absolute majority (85%) considered treatment to be worth the time and money spent, 5% said it was not worth it, while the rest weren’t sure. There was no statistically significantly difference between subjective satisfaction with CAM treatment and such factors as gender, age or



education and CAM exclusive use vs. CAM in combination with conventional medicine use groups. CAM users consider visits and utilization to be beneficial for their ability to follow healthy lifestyle. Most of the patient associate this perception of benefit with feeling stronger for physical activity, improving eating habits, and feeling less or no pain from their medical condition which was restricting them from following healthier lifestyle before treatment.

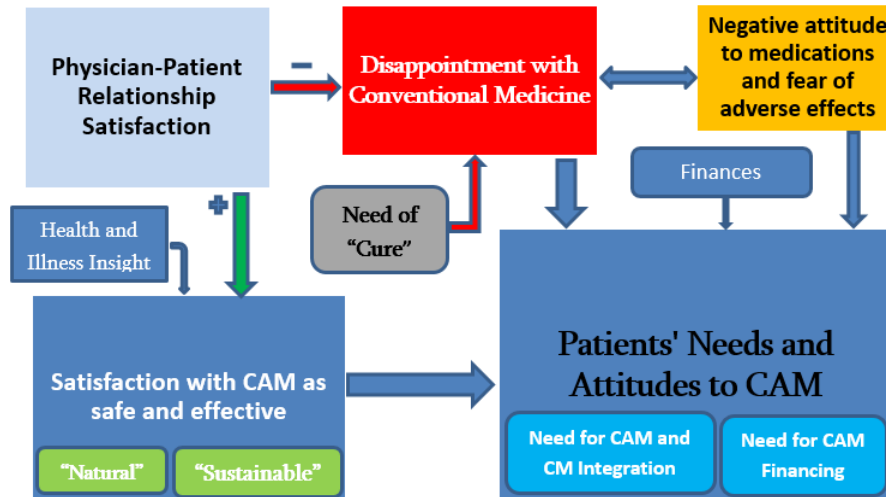
About half of those responding to the question said that they had stopped conventional treatment since the CAM one brought benefits. The other half decided to continue with both (many of them taking medicinal products). About 35% of respondents informed their physicians regarding CAM use while about half did not, and 15% did not have a managing physician. Such reasons as: “considered not necessary” (the most frequent reason), “their treatment was not effective”, “I didn’t visit my physician any more”, “they are not interested” were stated among others of not informing physicians. News on CAM use was met both positively and negatively by the physicians. In a few cases physicians recommended avoiding CAM, but there were also examples of very positive attitude.

Most of the patients followed the prescriptions correctly, though a troubling 35% did not always follow the doctors’ instructions on medication application for the following reasons: don’t want to take “chemical drugs” or any kind of medication, afraid of side effects, can’t afford buying prescribed drugs. Many had experience of self-treatment.

Most of the knowledge about CAM is received from families, friends or other known persons (76.56%), while books, printed press or media is contributing knowledge to a total of 43.54% of users. Only 11% of patients had received information from certified medicinal specialists/physicians. A large portion of them would also suggest using CAM to those around them in need for health services.

## Patients' Needs and Attitudes to CAM

The key themes defining the factors driving CAM use in Georgia and needs for integration, as defined by qualitative research are given below.



*Factors forming patients' needs and attitudes to CAM as per qualitative study results*

**Disappointment with Conventional Medicine:** Patients seek cure, not symptom relief; Patients feel uncertain about their health and expressed a general dissatisfaction with conventional medicine treatment. All respondents had tried conventional medicine before and had found it not efficient or too costly, spurring their interest in CAM as an alternative option. The core need of the patients was to address the cause of their complaints and re-establish their health. Conventional medicine was perceived as too superficial, providing relief for disease-related complaints, addressing symptoms but not disease causes. Patients found that their holistic point of view on organism and health, e.g. related to the integrity of body and mind, was not accommodated in conventional health facilities.

**Negative attitude to medications and fear of adverse effects:** patients want natural approaches as a sustained approach to their health. Conventional

treatment side-effects fear was one of main reasons to seek CAM as an alternative. Patients referred to medications as “chemical drugs”, reflecting a preference for “natural” compounds as a more sustained approach.

Satisfaction with CAM as safe and effective: We found high satisfaction with CAM, which was perceived as a safe option. Indeed some patients credited CAM to be life-changing, framing themselves as “believers” in CAM. Interestingly some patients didn’t perceive CAM as “alternative” treatment. Instead they saw this as their primary and sole source of medical care.

Physician-Patient Relationship: Patients seek empathetic therapeutic and preventive settings, valued the good practitioner-patient relationship (often friendly and warm) found in CAM. They seek empathetic relationships with physicians; good patient attitude and trust was considered an essential part of treatment. Physicians’ professionalism was put into doubt in this context.

Integration with conventional health services through government support and regulation: Although CAM users tend to be disappointed from and lack trust in conventional medicine, patients still acknowledge the role of conventional medicine as potentially mutually beneficial. Need of stronger support, endorsement and involvement of governmental structures in CAM regulations and practice was demonstrated. Participants repeatedly made suggestions as to the connection of conventional medicine with CAM. Some of the respondents would prefer physicians having basic insight on CAM. For some patients, conventional physicians supported their CAM use, while others faced negative attitudes from physicians.

Coverage of payments for CAM visits and treatments: All patients expressed that it was important for health insurances to cover CAM. Several participants cited that CAM is covered by insurance in several European Union countries. Patients were however dissatisfied with what insurance could provide to them even for conventional medicine services.

## CAM and Medical Education

The programme search did not identify any CAM dedicated courses in MD curricula. Some content is delivered through history of medicine classes (with such keywords as “homeopathy”; “folk medicine” and others identifiable in the syllabi). Some teaching is delivered through rehabilitation and/or wellness medicine, body manipulations teaching, etc. Structured modules in medical education are not available. We should note that a Classical -Traditional (Chinese) Medicine Institute was founded in 1992 and delivered specialized educational programme, but has since been closed.

The attitude of medical education experts was partly positive related to some CAM modalities, while skeptical to others. The high rate of success stories they have heard and the demand from patients make the experts reconsider their skeptical attitude towards CAM. The same can be attributed to physicians, who reported that many patients are referred to CAM specialists by conventional health specialists and vice versa.

Some CAM representatives express readiness to prepare specialized courses if there is demand and frameworks available. Others suggest that theoretical teaching would not be enough and teaching of modalities is preferred, while others suggest that a lot could be taught regarding CAM system in a little time. The rest is a matter of self-education for those who get interested.

A general consensus observed among the participating stakeholders was that future doctors should have at least some basic knowledge on CAM, for such reasons as high and ignored patient use rate, open market, as well as frequent prescription of CAM by physicians not knowing what they are prescribing. Formation of a team uniting the sides and sharing the experience was suggested to bring potential benefits to patients.

Some medical programme leaders welcome introduction of certain amount of CAM content into the programmes, e.g. as an elective subject or as separate topics. Among the obstacles to introduce CAM modules in the

curricula medical curricula tend to be built according to the qualification requirements for MDs, which doesn't consider CAM skills or knowledge. It was also recognized that medical curricula are often overloaded, and time restrictions are crucial in this case. There was no clarity on who should be teaching and what should be taught. It was agreed that teaching must be objective, guaranteeing that physicians don't obtain more problems than benefit out of the content. Interactive formats such as PBL could be used. Introduction into general courses and different subjects such as epidemiology, medical ethics and others could be possible. It suggested that it would be good to introduce the subject to medical residents. Deeper integration of CAM into MD and CME curricula should be a step by step process based on an international collaboration.

The survey of medical students showed that despite of skepticism, there is a generally positive attitude to prospects of obtaining additional knowledge.

## **Discussion**

Our findings make a strong argument for conventional care and CAM integration in Georgia. This endorsement is consistent with international studies/situation analysis as well as with the World Health Organization Traditional Medicine Strategy, which calls the members state to integrate CAM into healthcare, however this remain largely not implemented.

At 31% prevalence of CAM use among our respondents, we can suggest that CAM use in general population is comparable to that in western countries. Also similarly to European countries, CAM is generally more popular among female as well persons holding higher education. Georgian patients stressed particularly that they seek cure, not symptom relief, they were disappointed with conventional medicine, avoided the "chemical" (terminology used not only by patients but also many practitioners) medication with potential adverse effects involved. We see an interest in integrative care, a direction under fast development in western societies.

Need for positive physician-patient relationship in an empathetic therapeutic and preventive setting is strong. As concept of health and illness changes for the patients, the demand for holistic approach and cure increases according to our study or other ones, demand for CAM is projected to increase, too.

Most of the citizens don't have reliable information and accordingly are not safe from the possible health damage as well don't have a proper access to CAM services. Lack of knowledge among conventional medicine specialists and their frequent negative attitude often leads to non-disclosure of CAM use, as well as prevents patients from obtaining information on CAM from biomedical professionals. There have been calls to stimulate conventional physician education on CAM (though many physicians prescribe CAM or forward their patients to practitioners themselves) as well as motivate them to get CAM related information from the patients. The lack of trustworthy information and opportunity to make informed decisions about own health is opposing the general patients' rights, ethics, and health policy objectives.

Earlier reports show that almost half of Georgians either trust physicians only partially or don't trust them at all. Superficial relationship and physician-patient communication in conventional medicine was a strong factor prompting patients to avoid medical service, at least among the explored CAM users. Studies on patient avoidance of medical care, particularly qualitative ones, are scarce. Non-compliance to treatment, resistance to cooperation and related care issues are under research.

The paradigms of positive CAM experience among consumers could be applied by all health practitioners, including conventional provider, with the main objective to develop a concordant relationships between patients and care givers. Stronger focusing of medical education on patient-centered care, physician-patient relationship, communication skills and other core competencies of for future and practicing doctors is needed. Reviewing priorities in medical education, pushing for CME/CPD mandatory requirement could help reestablish patient compliance,

satisfaction and trust in providers in Georgia. There is a need of further studies into the problem and steps taken by conventional medicine to boost its attractiveness for patients, potentially increasing the number of primary care physician visits, improving quality outcomes of prevention and treatment.

There is no common agreement among physicians (including Georgian ones) on benefits or risk represented by CAM. We would like to second an earlier study suggesting, that expecting physicians to have in-depth knowledge on certain CAM modalities is unreasonable, though they should have basic knowledge on CAM and should raise the topic of CAM use during the patient interview. Physician express will to enhance their CAM knowledge and find it beneficial for their practice, while this need remained unmet. Educating physicians on some aspects of CAM could be of additional benefit, as it was shown that physicians trained in integrative medicine or collaborating with CAM providers guide patients (particularly with chronic conditions) more effectively. Medical education experts, as well as students, welcome CAM component integration in programmes. Most medical schools curricula are overloaded leaving little time for CAM. Unless qualification requirements are changed, will to change curricula will not be strong enough. PBL format could be used for teaching related material.

CAM professional regulations are effectively non-existent in Georgia. Professional organizations while currently inactive could play a more active role, as in a few EU countries. This would need cooperation, better management and leadership transparency, will to invest time and material resources, etc. Weak professional organizations in part can be attributed to decades of neglecting and avoiding the problem. The structures are not supported by strong academic background of most of the members. Various stakeholders don't recognize each other's authority to initiate educatory and certificatory processes. None of the identified CAM professional unions is listed at a registry of medical associations of the Ministry of Health. On the other hand, governmental structures lack

resources, both human and material in order to pay more attention on the issue and initiate a step by step policy development, based on a parallel research process, as advised for the European countries. Practitioners are not informed on the actual state of the related regulatory frameworks. We should note that there are incoherence from state side too, as certain, not regulated, specialties mentioned in specific documents as hospitals can employ for example homeopaths while no rule or simple specialty definition exists. International research of similar situations suggests that self-regulation or “statutory regulations” could be a way out of the existent problem.

Finances: CAM visits and treatments reimbursement issue is an important one for the study participants. Many think that CAM is financed by state in some European countries, but the actual reality is different from what patients think or know about it. Financing of CAM (and specific modalities) varies highly from country to country and within regions, and changes in same regions over time. This highly influences patients’ choice of treatment. Research on healthcare financing in Georgia demonstrates that there are a lot of various kind problems in conventional healthcare service delivery and medication accessibility, and it is unlikely that much attention and/or efforts will be turned to CAM by key policy makers in the nearest years.

Medicinal products: regulatory environment for CAM products in Georgia resembles the situation in the United States, or certain European countries. We should note that the EU has specific policy and registration rules for CAM products, which should not be difficult to install locally. Further research (studies on safety, quality, effectiveness, etc.) in CAM, and specifically Georgian Traditional Medicine, could allow Georgian practitioners and/or producers of herbal products to register, in some case get patent for composition (this practice is widely documented abroad) and potentially export the products, contributing to the economy of the country.



Summary: what we see from our research does follow the observation across Europe, that there are no regulatory or financial “gatekeeper” controlling their CAM therapies and "agents" before they are marketed. This means that treatments can be widespread and researchers, educators or policy makers don't even know about their existence. In case of Western countries, a 5 stage research strategy was proposed: 1. Context, paradigms, philosophical understanding and utilization, 2. Safety status, 3. Comparative effectiveness, 4. Component efficacy, 5. Biological mechanisms. Our research addresses the first of the proposed stages, technically questing an answer to the “what's going on?” question. This study addresses the calls by the WHO or EU to enhance research in CAM across the international community

### **Study Limitations**

There are a few limitations in our study quantitative survey, primarily bringing risk of selection and recall bias, not full disclosure and other possible limitations. The documentation research includes limited resources not available in electronic databases, leaving a chance of certain documents remaining out of our reach and analysis.

### **Conclusions**

- CAM practice and integration into healthcare system in Georgia is seen as a field of opportunities by the stakeholders, but lack of dialog platforms, coordinating bodies and resources prevents the progress in the problem solution. Communication and collaboration of CAM and conventional medicine can be described as neglected.
- Regulations on CAM practice are currently effectively non-existent and Georgia as a whole is currently not in line with the World Health Assembly Resolutions on Traditional Medicine (WHA67.18) and Strengthening Integrated, People-Centered Health Services (WHA9.24), other WHO and EU directives and recommendations. Regulations on CAM product production and marketing are present but not obligatory.

- Prevalence of CAM use in Georgia is high (about 30%), primarily used by middle-aged, educated, employed people. Use among women is higher than men. Users are satisfied with services/outcomes. Information on CAM is spread verbally, while research based information availability, access, health professionals' guidance on CAM remains low.
- People in Georgia value the positive physician-patient relationship often found in CAM as they commonly use these settings, contrasting with usual disappointment with the service and low trust to treatment provided by conventional medicine.
- Healthcare workers have low understanding and research based knowledge on CAM. Medical education frameworks for CAM component integration into graduate, post-graduate and continuous professional development curricula are under consideration and could be considered as a first step on integration process.
- Poorly informed decision making among patients, questionable safety and not conclusive evidence on benefits forms an urgent necessity for further research and initiation of interdisciplinary process of regulatory, education and other framework development.
- The way CAM is regulated, financed and offered, as well as how information on CAM reaches patients is influencing the core biomedical ethics values, such as autonomy, justice, beneficence and non-maleficence.

## **Recommendations**

- Efforts must be done to follow relevant WHO calls to member states, strategic objectives, recommendations and World Health Assembly resolutions.
- Resource analysis and related capacity building process among governmental bodies, academic institutions, medical faculties and professional organizations would lead to stronger involvement of the above mentioned stakeholders, required for effective and optimal development of regulatory frameworks on CAM practices.
- As a first step of CAM integration into the medical curricula in Georgia, we recommend to develop and offer an elective subject and/or public health based content teaching for MD students and CPD/CME courses for physicians. These educatory frameworks should also pay more attention on physician-patient relationship and communication skills.
- We advise initiation of interdisciplinary and international collaborations to foster best care and outcome, and ensure safe practice of CAM in Georgia, forming a base for physician – CAM practitioner collaborations for quality care for patients in Georgia.
- We advise establishment of a national working group (representing academia, physicians and practitioners and other actors) to map, define, classify CAM practices, form a practitioner/service provider database and propose a core document as a principle for regulatory frameworks and accreditation of CAM practice in Georgia.
- Interdisciplinary cooperate is required for the effective development of a normative document and policy (at least general guidelines on safety and quality). Involvement of academic educational institutions is suggested to install (at first) basic educatory and certificatory frameworks for no medical specialist CAM practitioners.

## **Publications:**

- Nadareishvili I, Lunze K, Tabagari N, Beraia A, Pkhakadze G, Complementary and Alternative Medicine Use in Georgia, Georgian Med News. 2017 Nov; (272):157-164.
- Nadareishvili I, Lunze K, Pkhakadze G, Japiashvili N, Tabagari N., Complementary and Alternative Medicine and Medical Education in Georgia: State of the Art and Further Perspectives, Georgian Med News. 2017 Dec; (273):118-122.
- ი. ნადარეიშვილი კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინა და მის რეგულირებაში არსებული საერთაშორისო გამოცდილება, Tvildiani Medical University Press, 2017
- Complementary and Alternative Medicine Practice and Healthcare Integration in Georgia, 15th International Medical Postgraduate Conference, abstract published, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Czech Republic - 2018
- Iliia Nadareishvili, Ani Beraia, Nino Mchedlishvili, Complementary and Alternative Medicine Consumers: Practice and Attitudes in Georgia, 28th European Students' Conference, Charite Universitat Medizin Berlin, Abstract published, Germany – 2017
- Nadareishvili Iliia, Tabagari Nino, MD Curriculum New Topics: Evidence Formation for Definition and Implementation HENTI 2017 – The Second International Conference: Higher Education, New Technologies and Innovations, Abstract Published, Akaki Tsereteli State University, Kutaisi, Georgia – 2017