

მთარ გერქმავა. მთარ ვახაძე. ღანძელ ვახტო

საგნობაფთობი
ჯანფთობა
ფა
მენეჯმენტი

თბილისი - 2003

თთარ გერწმავა, თთარ ვასაძე, დანიელ ვესტი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

და

მენეჯმენტი

თბილისი
2003

უაქ (VDC)

612.6+65.01

პ 362

© **ო.გერჯიშვილი, თ.გასაძე, დ.ვესტი – საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი**

სახელმძღვანელო მომზადებულია თბილისის (საქართველო) – სკრენტონი (პენსილვანია, აშშ) პარტნიორულ პროგრამაში მონაწილე ჯანმრთელობის ეროვნულ ინსტიტუტსა და სკრენტონის უნივერსიტეტში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ცენტრალური სასწავლო-მეთოდური საბჭოს მიერ რეკომენდებულია სახელმძღვანელოდ სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტებისათვის.

გამოცემაში წარმოდგენილი მეთოდика, პირობითი აღნიშვნები, მეთოდური სქემები დაცულია საქართველოს კანონმდებლობითა და საავტორო სამართლის საერთაშორისო კანონმდებლობით.

წიგნის ხელახალი გამოცემა, ნაშრომში მოცემული მაგალითების, ცხრილების, მეთოდისა და გამოცემის ნებისმიერი კომერციული გამოყენება ავტორის წერილობითი ნებართვის გარეშე დაუშვებელია.

რედაქტორი: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი **ჯანგირ შამალაძე**

რეცენზენტები: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი **ვადიმ სააკაძე**
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი **მელენტი ყურაშვილი**

გამომცემლობის რედაქტორი: **მანანა სანადირაძე**

საქართველოს განათლების სამინისტროს მიერ
დამტკიცებულია სახელმძღვანელოდ
უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო სასწავლებლის სტუდენტებისათვის



სახელმძღვანელო გამოიცა
აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და
აშერიკის საერთაშორისო ჯანდაცვის კავშირის
ფინანსური მხარდაჭერით



Otar Gerzmava, Otar Vasadze, Daniel J. West, Jr.

PUBLIC HEALTH AND MANAGEMENT

The textbook was prepared at the National Institute of Health, Georgia and University of Scranton in frames of Tbilisi (Georgia) - Scranton (Pennsylvania, USA) Partnership Program.
Tbilisi - 2003

Editor: *Jangir Mamaladze, M.D., Ph.D*

Reviewers: *Vadim Saakadze, M.D., Ph.D*
Melenti Kurashvili, M.D., Ph.D

Editor of Publication: *Manana Sanadiradze*

The Textbook is approved by the Ministry of Education of Georgia
for the students of Medical Schools



Publication of the Textbook was made possible
due to funding through the
United States Agency for International Development
administered by the
American International Health Alliance



სახელმძღვანელოს ავტორები

ოთარ გერშმაგა - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის კათედრის გამგე, ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის დირექტორის მოადგილე.

ოთარ ვასაძე - ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის დირექტორი.

დანიელ ვესტი (Daniel J. West, Jr.) - სკრენტონის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ადმინისტრირებისა და ადამიანური რესურსების კათედრის გამგე (პენსილვანია, აშშ).

სახელმძღვანელოს ცალკეული თავების მომზადებაში მონაწილეობდნენ:

სკრენტონის უნივერსიტეტის თანამშრომლები: პროფესორები **ჰაროლდ ბეილი (Harold W. Baille)** და **უილიამ უოლიკი (William G. Wallick)**, მოწვეული პროფესორები **მაიკლ კოსტელო (Michael J. Costello)** და **ჩარლზ ქარტინი (Charles Curtin)**, დოცენტები **სტივენ შიდლოვსკი (Steven J. Szydlowski)** და **სათია ჩატოპადჰაი (Satya P. Chattopadhyay)**.

ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტის თანამშრომლები: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი **გურამ კიკნაძე**, მთავარი სპეციალისტები **მარიკა აღდგომელაშვილი**, **მაია გოვაშვილი** და **ქეთევან გოგინაშვილი**, ეკონომიკურ მეცნიერებათა კანდიდატი, დოცენტი **ვაჟა ზეიკიძე**, ფსიქოლოგიურ მეცნიერებათა კანდიდატი **ნაილი ცხოვრებაძე**.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის კათედრის თანამშრომლები: მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, დოცენტი **ლილია ლომთაძე**, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატები **ირინა ზარნაძე** და **მაია წერეთელი**, უფროსი მასწავლებელი **დალი კიტოვანი**, ასისტენტები **თამილა გურგენიძე**, **მარინა ყაჯრიშვილი** და **ირინა ეგნატაშვილი**.

ივ.ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის თანამშრომლები: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კათედრის გამგე **რამაზ ურუშაძე**, მარკეტინგის კათედრის გამგე, ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი **ნუგზარ თოდუა**, ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა კანდიდატი, დოცენტი **ნანა ჩაჩუა**.

წინასიტყვაობა

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ობიექტურად ასახავს, როგორც მთელი ქვეყნის, ასევე მისი ცალკეული რეგიონების სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებას. ამ პირობებში მნიშვნელოვნად იზრდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კომპლექსური შესწავლის როლი სოციალურ-ეკონომიკური და სამედიცინო-დემოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით. ეს კი, თავის მხრივ, მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის, როგორც მეცნიერული დისციპლინის და პრაქტიკული საქმიანობის, შემდგომ განვითარებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების მართვის სფეროში, დღესდღეობით, უდიდესი ცოდნა და მოწინავე გამოცდილებაა დაგროვილი. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით, დინამიკურად ვითარდება მართვის თეორიული საფუძვლები, ტარდება მრავალრიცხოვანი სამეცნიერო კვლევები, რომელთა დიდი ნაწილი აქტიურად ინერგება პრაქტიკაში. მაქსიმალური ქმედითუნარიანობისა და ეფექტიანობის მისაღწევად აუცილებელია არამარტო ამ ცოდნის დაუფლება, არამედ მისი აქტიური გამოყენებაც, ქვეყანაში მიმდინარე სოციალური, პოლიტიკური და ეკონომიკური პროცესების გათვალისწინებით.

სამედიცინო სამსახურების წინაშე დგას მნიშვნელოვანი ამოცანები, რომელთა შორისაცაა: ჯანდაცვის პოლიტიკის სრულყოფა, თემზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება, პროფილაქტიკურ მიმართულებაზე ყურადღების ფოკუსირება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სისტემატურ გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების გატარება, სამედიცინო მომსახურების სისტემების ორგანიზება, ისეთი პროგრამების შემუშავება და განხორციელება, რომლებიც ადამიანთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას შეუწყობენ ხელს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისეთი მეთოდების დაუფლება და ყოველდღიურ პრაქტიკაში გამოყენება, რომლებიც ხელს შეუწყობენ მაქსიმალურ წარმადობასა და მეცნიერულად დასაბუთებული გადაწყვეტილების მიღებას.

განსაკუთრებული ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ თანამედროვე მსოფლიოში მიმდინარე მოვლენებმა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი ძირითადი ინდიკატორების გამოხატულება შეცვლამ, სამედიცინო ტექნოლოგიების სწრაფმა განვითარებამ, ჯანდაცვის სისტემისა და მის ფარგლებში მოქმედი სტრუქტურების მართვასთან დაკავშირებულმა პრობლემებმა ძირეულად შეცვალა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლი. დღესდღეობით ნებისმიერი საკითხის განხილვა მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას, მრავალ სამეცნიერო დარგში დაგროვილი ცოდნის გამოყენებას. ალბათ ამით აიხსნება საგნის შესწავლასთან დაკავშირებული სიძნელებიც, რომელნიც ინტეგრირებულია არამარტო სამედიცინო დისციპლინებში, არამედ სოციოლოგიაში, სოციალურ ფსიქოლოგიაში, დემოგრაფიაში, ეპიდემიოლოგიაში, სამედიცინო სტატისტიკაში, ეკონომიკაში, მარკეტინგში, მენეჯმენტში, პოლიტოლოგიაში, ინფორმატიკასა და სხვა სამეცნიერო დარგებში დაგროვილი ცოდნა.

აშკარაა, რომ ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის წინაშე დასმული ამოცანების გადაწყვეტა შეუძლებელია კარგად განსწავლული, ახალგაზრდა კადრების გარეშე, რომელთა საფუძვლიანი მომზადება საკმარისად მწვავე პრობლემაა. ამის ერთ-ერთი მიზეზია ქართულ ენაზე საჭირო სასწავლო და მეთოდური ლიტერატურის აშკარა ნაკლებობა. წარმოდგენილი სახელმძღვანელო, ჩვენი აზრით, ხელს შეუწყობს ამ პრობლემის გადაჭრას.

მართალია, სახელმძღვანელო განკუთვნილია უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტებისათვის და მთლიანად ასახავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის სასწავლო პროგრამას, მაგრამ ვიმედოვნებთ, მოყვანილი მასალა დაეხმარება იმ სპეციალისტებსაც, რომლებიც საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და სამედიცინო საქმის ორგანიზაციაში მუშაობენ.

განსაკუთრებული მადლიერების გრძნობით გვინდა მოვიხსენიოთ პროფესორების – ჯანგირ მამალაძის, ვადიმ სააკაძისა და მელენტი ყურაშვილის ღვაწლი სახელმძღვანელოს რედაქტირებასა და რეცენზირებაში.

ცალკე გვინდა აღვნიშნოთ ფილოლოგ მანანა სანადირაძის ღვაწლი წიგნის ლიტერატურულ რედაქტირებაში, ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის და თსსუ-ის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის კათედრის თანამშრომლების დიდი შრომა, გაწეული არამარტო სახელმძღვანელოს ცალკეული თავის მომზადებაში, არამედ კომპიუტერული გრაფიკის შექმნის პროცესში.

დიდი მადლობა გვინდა გადავუხადოთ დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლებს – მანანა ცინცაძეს, მაია კერესელიძესა და მარინა შახნაზაროვას სახელმძღვანელოში მოთავსებული სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდებისათვის.

ავტორები მადლობელი ვიქნებით ნებისმიერი სახის საქმიანი წინადადებისა ან შენიშვნისთვის, რომლებსაც უთუოდ გავითვალისწინებთ სახელმძღვანელოს შემდგომ რედაქციებში.

ავტორები

სარჩევი

ნაწილი I. ჯანმრთელობისა და დაავადების ძირითადი მახასიათებლები და მათი შესწავლის მეთოდები

თავი 1. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც მეცნიერება და სწავლების საგანი	1
1.1. შესავალი	1
1.2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების წინაპირობები	2
1.3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მოქმედების ძირითადი ამოცანები	3
1.4. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების კვლევის მეთოდები	5
1.5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეფციის განვითარების ძირითადი ეტაპები	6
თავი 2. ბიოლოგიური და სოციალური პროცესების ურთიერთშეფარდება	9
2.1. შესავალი	9
2.2. ჯანმრთელობაზე სოციალური გარემოს გემოქმედების ამსახველი თანამედროვე თეორიები	10
თავი 3. მოსახლეობის ჯანმრთელობა	15
3.1. შესავალი	15
3.2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი კრიტერიუმები	15
თავი 4. მოსახლეობის ავადობის შესწავლის თავისებურებები	18
4.1. შესავალი	18
4.2. მოსახლეობის ავადობის ამსახველი ძირითადი მაჩვენებლები	18
4.3. სამედიცინო გასინჯვებით გამოვლენილი ავადობა	21
4.4. ავადობის შესწავლა სიკვდილის მიზეზების მიხედვით	22
4.5. ავადობის შესწავლის შედეგების ინტერპრეტაცია	22
4.6. სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების ცნება	23
4.7. ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაცია	24
თავი 5. მოსახლეობის ფიზიკური განვითარება	27
5.1. შესავალი	27
5.2. მოსახლეობის ფიზიკური განვითარების შესწავლის გზები	27
5.3. ფიზიკური განვითარების შესწავლა სხეულის სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში	28
5.4. აქსელერაცია	29
თავი 6. ინვალიდობა, როგორც ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი კრიტერიუმი	32
6.1. შესავალი	32
6.2. ინვალიდობის ჯგუფები	32
თავი 7. დემოგრაფიული განვითარება, როგორც ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორი	34
7.1. შესავალი	34
7.2. მოსახლეობის სტატიკა	34
7.3. მოსახლეობის აღწერის სახეები	36
7.4. მოსახლეობის მოძრაობის სახეები	38
7.5. შობადობაზე მოქმედი ფაქტორები	40
7.6. შობადობის მაჩვენებლები	42
7.7. მოსახლეობის სიკვდილიანობის აღრიცხვა	45
7.8. მოსახლეობის სიკვდილიანობის მაჩვენებლები	46
7.9. ბავშვთა სიკვდილიანობა	47

7.10. სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა	50
7.11. დაავადებათა გლობალური გავრცელებისა და DALY-ის მაჩვენებლები	53
ნაწილი 2. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები	
თავი 8. სამედიცინო სტატისტიკა, როგორც შეცნობა და სწავლების საგანი	56
8.1. შესავალი	56
8.2. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების განვითარების ძირითადი ეტაპები	57
8.3. სტატისტიკური ერთობლიობა	60
8.4. ამორჩევიანი ერთობლიობის განსაზღვრის მეთოდები	63
8.5. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები	65
თავი 9. სტატისტიკური კვლევის ორგანიზება	70
9.1. სტატისტიკური კვლევის ეტაპები	70
9.2. სტატისტიკური მასალის შეგროვება	70
9.3. სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება	71
9.4. უარდობითი სიდიდეები	73
9.5. დინამიური რიგი	75
9.6. ვარიაცია კლინიკურ დაკვირვებებში	76
9.7. საშუალო სიდიდეები	76
9.8. საშუალო სიდიდეებს ან მაჩვენებლებს შორის განსხვავების სარწმუნოების შეფასება	81
9.9. მასალის გრაფიკული გამოსახვა	83
9.10. მოვლენებს შორის კავშირის განსაზღვრა (კორელაცია)	84
9.11. სტანდარტიზებული მაჩვენებლები	87
თავი 10. არაპარამეტრული კრიტერიუმები	89
ნაწილი III. მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური ფაქტორები	
თავი 11. დაავადებათა გავრცელების სოციალური პრობლემები	94
11.1. შესავალი	94
11.2. რისკ-ფაქტორები	95
11.3. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	97
11.4. ავთვისებიანი ახალწარმოქმნიები	99
11.5. გრავმატიზმი	101
11.6. ტუბერკულოზი	104
11.7. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და შიდსი	105
11.8. უსიქიკური აშლილობები	108
თავი 12. ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი დეტერმინანტები	110
12.1. შესავალი	110
12.2. ოჯახის გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე	110
12.3. სიღარიბე და ჯანმრთელობა	113
12.4. მოსახლეობის განათლება	115
12.5. ფსიქო-სოციალური ფაქტორები	116
12.6. იძულებითი მიგრაცია, როგორც სოციალური პრობლემა	116
12.7. გენდერული ფაქტორები	118
12.8. სიბერე, როგორც სოციალური პრობლემა	119

თავი 13. მოსახლეობის ცხოვრების წესი	121
13.1. შესავალი	121
13.2. მოსახლეობის კვება	122
13.3. თამბაქოს მოხმარება	123
13.4. ალკოჰოლის მოხმარება	125
13.5. ნარკოტიკების მოხმარება	127
13.6. კონგრაცეფცია და აბორტი	128
თავი 14. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	131
14.1 ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია	131
14.2. საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში	135
14.3. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების თავისებურებები საქართველოში	137
14.4. ჯანდაცვის სისტემათა თავისებურებანი სხვადასხვა ქვეყანაში	146
ნაწილი IV. ჯანდაცვის მენეჯმენტის საფუძვლები	
თავი 15. ჯანდაცვის სისტემის მართვის თავისებურებები	156
15.1. შესავალი	156
15.2. მართვის სისტემის ძირითადი ელემენტები	157
15.3. ორგანიზაციის, როგორც სისტემის, საქმიანობის დახასიათება	157
15.4. მართვის სისტემის ძირითადი მახასიათებლები	159
15.5 მართვის ძირითადი ფუნქციები	161
15.6. მართვის ციკლი	164
15.7 მენეჯმენტის იერარქიული ღონეები	165
თავი 16. ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვა	168
16.1. შესავალი	168
16.2. გეგმის სახეები	168
16.3. დაგეგმვის მეთოდები	171
16.4. დაგეგმვის ძირითადი მაჩვენებლები	172
16.5 საორგანიზაციო სტრატეგიის სახეები. სტრატეგიული დაგეგმვა	173
თავი 17. ინფორმაციული სისტემები მენეჯმენტში	178
17.1. შესავალი	178
17.2. ინფორმაცია და ინფორმაციული სისტემა	179
17.3. ინფორმაციული სისტემების ფორმები	181
17.4. ინფორმაციული სისტემების ტიპები	182
17.5. ინფორმაციული სისტემების დაგეგმვა	185
17.6. ინფორმაციული სისტემის დანერგვის ფსიქო-სოციალური ასპექტები	186
თავი 18. სამედიცინო კადრების მენეჯმენტი	188
18.1. შესავალი	188
18.2. სამედიცინო კადრების განვითარების მოკლე ისტორია	189
18.3. კადრების სტრუქტურა და მართვა	191
18.4. ადამიანური რესურსების დაგეგმვა	192
18.5. შრომითი რესურსების განვითარება	194
18.6. კადრების აგესტაცია ჯანდაცვის სისტემაში	194
18.7. გუნდური მუშაობა	197

18.8. ლიდერობა	205
18.9. ქსევის სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებები და ეთიკური ნორმები	
ჯანდაცვის სისტემაში	208
თავი 19. საკონფლიქტო სიტუაციების მენეჯმენტი	214
19.1. შესავალი	214
19.2. კონფლიქტის სახეები	214
19.3. კონფლიქტის გადაწყვეტის ძირითადი პრინციპები	216
19.4. პრობლემის გადაწყვეტა	217
თავი 20. ხარისხის კონტროლი ჯანდაცვის მენეჯმენტში	221
20.1. შესავალი	221
20.2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მახასიათებლები	222
20.3. ხარისხის კონტროლის გიპები და განხორციელების ძირითადი ეტაპები	224
20.4. აუდიტი	226
20.5. ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები	227
ნაწილი V. ჯანდაცვის მართვა და დაფინანსება	
თავი 21. ჯანდაცვის ეკონომიკის საფუძვლები	231
21.1. შესავალი	231
21.2. ჯანდაცვის ეფექტიანობა	231
21.3. პრივატიზაციის თავისებურებები ჯანდაცვაში	234
21.4. საკუთრების მფლობელობის სახეები	235
თავი 22. ბაზრის სპეციფიკა ჯანდაცვის სისტემაში	239
22.1. შესავალი	239
22.2. ბაზრის ადგილი და როლი	240
22.3. მარკეტინგული კონსეფციის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპები	241
22.4. მარკეტინგის ძირითადი ცნებები	245
22.5. საქონელი მარკეტინგის სისტემაში	248
22.6. სამედიცინო ბაზრის ძირითადი მახასიათებლები	251
22.7. სამედიცინო ბაზრის დაგეგმვა და რეგულირება	256
თავი 23. ფასი და ფასწარმოქმნა ჯანდაცვის სისტემაში	262
23.1. შესავალი	262
23.2. ფასების კლასიფიკაცია	262
23.3. ფასის გათვლის საერთო სქემა	264
თავი 24. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები	266
24.1. შესავალი	266
24.2. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითადი გზები	267
24.3. დაბმევეა	270
24.4. ჯანდაცვის დაფინანსების თავისებურებები საქართველოში	275
თავი 25. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდები	284
25.1. შესავალი	284
25.2. სულალობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურება	284
25.3. ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	286
25.4. ანაზღაურება მკურნალობის ხანგრძლიობის მიხედვით	287

25.5. ანაზღაურება ღიაგნოსთან დაკავშირებული ჯგუფების მიხედვით	288
25.6. ანაზღაურება ფიქსირებული ხელფასის მიხედვით	289
25.7. გლობალური ბიუჯეტი	289
ნაწილი VI. ჯანდაცვის ადმინისტრირება	
თავი 26. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა	291
26.1. შესავალი	291
26.2. პირველადი ჯანდაცვის თავისებურებები	292
26.3. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები	293
26.4. ექიმის როლი პირველად ჯანდაცვაში	302
26.5. პროფილაქტიკური ღონისძიებების ორგანიზება	306
თავი 27. სტაციონარული მომსახურება	315
27.1. შესავალი	315
27.2. საავადმყოფოს ძირითადი ფუნქციები	315
27.3. საავადმყოფოს მუშაობის მაჩვენებლები	317
27.4. საავადმყოფოს სტრუქტურა	319
27.5. საქართველოს საავადმყოფოთა ქსელი	322
თავი 28. ჯანდაცვის ცხოვრების წესი და მისი ფორმირება	324
28.1. შესავალი	324
28.2. სამედიცინო ინფორმაციის გაერცელება	325
28.3. კომუნიკაცია საექიმო პრაქტიკაში	327
28.4. სამედიცინო პროპაგანდა	332
28.5. პიარ-ტექნოლოგიები	334
28.6. რეფერენცული (სამიზნე) ჯგუფები	337
სახელოვანი საკომუნიკაციო	341
ანგარიში საკომუნიკაციო	343
ლიტერატურა	351

ნაწილი I

ჯანმრთელობისა და დაავადების ძირითადი მახასიათებლები და მათი შესწავლის მეთოდები

თავი 1. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც მცენიერება და სწავლების საგანი

1.1. შესავალი

საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმების განსახორციელებლად ფართოდ მოაზროვნე ხელმძღვანელებია საჭირო, რომლებიც წარსულში დაგროვილ დადებით გამოცდილებაზე დაყრდნობით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი სისტემის განვითარების წინაპირობას შექმნიან.

იმის გათვალისწინებით, თუ რაოდენ შეზღუდული იყო წინა წლებში დასავლეთიდან თანამედროვე ინფორმაციის მოწოდება, გასაგებია ის მიზეზები, რომელთა გამოც ქართველი ექიმი ჯეროვნად ვერ ერკვევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების ზოგიერთ საკითხში. თუმცა ეს სრულებით არ ნიშნავს, რომ სამედიცინო მეცნიერების აღნიშნული დარგი ჩვენში საერთოდ არ ვითარდებოდა.

ძირიქით, მთელ რიგ საკითხთა არამართო დამუშავება, არამედ გადაწყვეტაც ჩვენში გაცილებით უსწრებდა დასავლეთის მკვლევართა მიღწევებს. მაგრამ ჯანდაცვის „საბჭოთა მოდელის“ თავისებურება ის იყო, რომ მისი განვითარება მჭიდროდ უკავშირდებოდა ქვეყანაში განხორციელებულ პოლიტიკას. ამიტომ ერთი და იმავე პრობლემის გადაჭრა ჩვენში და „რკინის ფარდის“ მიღმა სხვადასხვანაირად წყდებოდა. დღევანდლობიდან გამომდინარე, ძირითად პრობლემას წარმოადგენს არა დასავლეთის მაგალითის ავტომატური გადმოტანა, არამედ მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეების შეფასება, ეროვნული ტრადიციების გათვალისწინებით ჯანდაცვის სისტემის ახალი, ინტეგრირებული მოდელის შექმნა. ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით საჭიროდ მიგვაჩნია განვმარტოთ რამდენიმე ტერმინი, რომლებიც ბოლო ხანს შემოღებულია დასავლეთში და სულ უფრო ხშირად იყენებენ ჩვენში.

დასავლეთის ქვეყნების ჯანდაცვის პოლიტიკის ახალი სტრატეგიული მიმართულებების ჩამოყალიბებამ განაპირობა მათი ცალკეულ დარგებად დაყოფა, მაშინ, როდესაც ჩვენში ისინი ერთი, ზედმიწევნით პოლიტიზირებული დარგის – სოციალური ჰიგიენისა და ჯანდაცვის ორგანიზაციის ჩარჩოებში იყვნენ მოქცეული.

საღლეისოდ დასავლეთში ვითარდება ისეთი დარგები, როგორიცაა **ჯანმრთელობის ხელშეწყობა** (Health Promotion), **გამაფრთხილებელი (პროფილაქტიკური) მედიცინა** (Preventive Medicine), **დაავადებათა** (ან თუ სიტყვასიტყვით ვთარგმნით – **ჯანმრთელობის**) **პროფილაქტიკა** (Health Prevention), **სოციალური მარკეტინგი** (Social Marketing), **პაციენტთა განათლება** (Patients Education), **მეცნიერება ჯანმრთელი გარემოს შესახებ** (Environmental Health), **არაინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგია** (Epidemiology of non-infectious Diseases), **ჯანდაცვის ეკონომიკა** (Health Economics), **ჯანდაცვის ადმინისტრირება** (Health Administration), **სამედიცინო მარკეტინგი** ან, უფრო სწორად, **სამედიცინო ბაზარი** (Medical Market) და სხვ.

ყველა ეს შედარებით ახალი სამედიცინო მიმართულება მეტნაკლებად გაერთიანებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის (Public Health) ცნებაში.

1.2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების წინაპირობები

ადამიანთა შეხედულებანი თანამედროვე მედიცინის განვითარებაზე არაერთგვაროვანია. ბოლო წლებში გამოიკვეთა ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო ტენდენცია: ერთი მხრივ, ჩამოყალიბდა აზრი იმის შესახებ, რომ მედიცინამ ცოდნის უმაღლეს ღონეს მიაღწია. თითქოს არსებობს საშუალება — ნებისმიერ შემთხვევაში მივაღწიოთ დაავადების სრულ განკურნებას. მეორე მხრივ კი, თანამედროვე სამედიცინო დახმარების შესაძლებლობებში სულ უფრო მეტ ადამიანს ეპარება ეჭვი და ეკარგება იმედი. თავისთავად, ორივე ეს აზრი მცდარია.

როგორც ოპტიმისტურ, ასევე პესიმისტურ განწყობილებებს საფუძვლად დაედო თანამედროვე მედიცინის ტექნოლოგიზაციის, მაღალეფექტიანი სამკურნალწამლო საშუალებათა გამოყენების, დარგის სწრაფი ინფორმატიზაციის ფონზე წარმოჩენილი ექიმისა და პაციენტის სულ უფრო მეტად განცალკევების პრობლემა.

მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში მოქმედებს პრესტიჟული, კარგად აღჭურვილი სამედიცინო დაწესებულებები, მაგრამ მოსახლეობის უმეტესი ნაწილისათვის, მისი დაბალი გადამხდელუნარიანობის გამო, პირველადი სამედიცინო დახმარებაც კი მიუწვდომელია. ყოველივე ამან გამოიწვია დღემდე მიმდინარე პოლემიკა იმის შესახებ, თუ რა ღონით ახდენს გავლენას მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე სამედიცინო სისტემის თანამედროვე მოდელი, კერძოდ, დაავადებათა პროფილაქტიკის ახალი მიმართულებანი.

ოღითგანვე საზოგადოება უპირატესობას ანიჭებდა სამკურნალო დახმარებას და ძნელად თანხმდებოდა თანამიმდევრული, ხანგრძლივი პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელებას. თანამედროვე აპარატურის გამოყენებით გამოკვლევის ან მკურნალობის ჩატარება ხშირად პაციენტისათვის უფრო თვალსაჩინოა, ვიდრე მავნე ჩვევის დაძლევის ხანგრძლივი და ნაკლებმიზიდველი პროცესი. გასაგები მიზეზების გამო პროფილაქტიკა ნებისყოფას, ძალდატანებას მოითხოვს, რათა ადამიანმა მისთვის ჩვეული, მაგრამ არაჯანსაღი ცხოვრების წესი შეიცვალოს. ბევრისათვის თამბაქოს მოწევის საწინააღმდეგო პროპაგანდა ნაკლებად შთამბეჭდავია, ვიდრე მისი ალტერნატივა — ფილტვის სიმსივნის დროს ქირურგიული ჩარევა. თუმცა ყველასათვის კარგადაა ცნობილი, რომ სიგარეტის მოწევა სიმსივნური დაავადების საწინდარია.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, უკანასკნელ წლებში მკვეთრად გამოიკვეთა — როგორც ცალკეულ პიროვნებას, ასევე საზოგადოებას გაცილებით უფრო ესაჭიროება არა ძვირადღირებული და ზოგჯერ ნაკლებად შედეგიანი მკურნალობის ჩატარება, არამედ ხანგრძლივი და გაცილებით უფრო იაფი პროფილაქტიკური ღონისძიებების განვითარება.

ეჭვები თანამედროვე მედიცინის სრულფასოვნობის გამო საფუძვლად დაედო საექიმო პრაქტიკის შინაარსის შეცვლას. ამ კუთხით წინა პლანზე დადგა გარემოს დაცვის, დაავადებათა პროფილაქტიკის პრობლემა. ყურადსაღებია, რომ იგი სულ უფრო მეტად იძენს პოლიტიკურ შეფერილობას. ამიტომაც თანამედროვე მედიცინისათვის დამახასიათებელია არამარტო მაღალი ტექნოლოგიების დანერგვა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში, არამედ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს გაფართოება, რაც მოსახლეობის უმეტესობისათვის მისაწვდომს ხდის მედიცინის თანამედროვე მიღწევებს.

მეორე ეპიდემიურმა გადასვლამ მკვეთრად შეცვალა სამედიცინო საზოგადოებისა და მოსახლეობის დამოკიდებულება დაავადების პროფილაქტიკის მიმართ. თუ 60-იან წლებამდე დაავადებათა პროფილაქტიკა, ძირითადად, სახელმწიფოს კომპეტენციაში შედიოდა, მოგვიანებით აქცენტი გადატანილ იქნა ცალკეულ ადამიანზე. ამ ახალი სოციალური

პოლიტიკის ძირითად მიმართულებად მიჩნეულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა – ფართო გაგებით – გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ გატარებულ სოციალურ პოლიტიკას, რომლის მიზანი ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაა. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია, თავის მხრივ, გულისხმობს მის განხორციელებას სხვადასხვა დონეზე (ქვეყნის, ცალკეული რეგიონის, საზოგადოების ძირითადი უჯრედის – ოჯახის, ექიმისა და თვით პაციენტის დონეზე).

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის რეალიზაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების მეშვეობით ხდება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც მეცნიერება, შეისწავლის სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური ფაქტორების ზეგავლენას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. მაგნე სოციალური ფაქტორების თავიდან აცილებისა და სამედიცინო დახმარების სისტემის გაუმჯობესების მიზნით, მეცნიერების ეს დარგი გამოიმუშავებს დასაბუთებულ რეკომენდაციებს. ადგენს დაგეგმილი და გატარებული საორგანიზაციო გადაწყვეტილებების სამედიცინო, სოციალურ და ეკონომიკურ ეფექტიანობას.

1.3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მოქმედების ძირითადი ამოცანები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა – ფართო გაგებით – გულისხმობს საზოგადოების ორგანიზებულ ძალისხმევას მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცებისა და დაავადებათა თავიდან აცილების ღონისძიებათა განხორციელებაში, ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების მეშვეობით, უზრუნველყოფს საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებას, დაავადებათა ადრეულ გამოვლენას, პროფილაქტიკას, ფიზიკურ, სოციალურ და პროფესიულ რეაბილიტაციას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური თავის საქმიანობას ახორციელებს მმართველობისა და თვითმმართველობის ორგანოების ხელშეწყობით, როგორც მთლიანად სახელმწიფოს, ასევე რეგიონის (ქალაქის), თემის დონეზე.

მისი მოქმედების სფერო მოიცავს საზოგადოებრივად სასარგებლო მოღვაწეობას და შესაბამის შრომით ურთიერთობებს, რომლებიც ამ საზოგადოებაში ყოველი ადამიანის ჯანსაღი სულიერი და ფიზიკური მდგომარეობის დაცვის, შენარჩუნებისა და აღდგენის საქმეს ემსახურება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ძირითადი ფუნქციებია:

- ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებებზე კონტროლი;
- ჯანსაღი გარემოს შექმნის ხელშეწყობა;
- გარკვეული სოციალური ჯგუფებისათვის საჭირო მოცულობის სამედიცინო დახმარების გაწევის ორგანიზება (ბავშვები, დევნილები, ხანდაზმულები და სხვები);
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე მიმართული ღონისძიებების გატარება;
- პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ეფექტური მეთოდების დანერგვის ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორების კვლევის ორგანიზება.

აღიარებულია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები დამოკიდებულია სოციალურ და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, მოსახლეობის განათლების დონეზე, ქვეყნის სტაბილურობაზე და სხვ. ამიტომ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური პროფილაქტიკური პროგრამების გატარების დროს არამარტო ძვირადღირებული სამკურ-

ნალო ღონისძიებების მოცულობის გაზრდას უნდა ცდილობდეს, არამედ ყურადღების კონცენტრირებას ზემოჩამოთვლილი პრობლემების მიმართ, რომელთა გათვალისწინების გარეშე შეუძლებელია ქმედითი ღონისძიებების გატარება.

აღნიშნული მიზნების განხორციელებაში უმთავრესი როლი სახელმწიფოსა და მის სტრუქტურებს მიეკუთვნება. ამ თვალსაზრისით ურთულეს პრობლემას წარმოადგენს არამართო აუცილებელი სახსრების გამონახვა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის, არამედ მათი ოპტიმალური მართვა, პრიორიტეტულ მიმართულებათა შერჩევა (განსაკუთრებით განვითარებადი და ეკონომიკურ კრიზისში მყოფი ქვეყნებისათვის). იმის მიუხედავად, რომ ოფიციალურად საქართველო ამ ჯგუფის ქვეყნებს მიეკუთვნება, მას მთელი რიგი თავისებურებანი გააჩნია, რომელთა გათვალისწინებაც აუცილებელია.

ყველა პოსტკომუნისტური ქვეყნის მსგავსად, საქართველო ერთდროულად ხასიათდება, როგორც განვითარებული (მოსახლეობის განათლების დაბალი დონე, განვითარებული ინფრასტრუქტურა, ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახურების ფართო და საკმარისად მისაწვდომი ქსელი, მრავალდარგოვანი ეკონომიკა და სოფლის მეურნეობა), ასევე განვითარებადი ქვეყნებისათვის დამახასიათებელი ნიშნებით (ინფექციურ დაავადებათა სწრაფი მატება, ქვეყნის მოსახლეობის შრომის, კვების, საყოფაცხოვრებო პირობების გაუარესება და სხვ.). ჩვენი ქვეყნის ხანგრძლივი იზოლაციიდან საერთაშორისო ასპარეზზე გამოსვლამ ქართველ მეცნიერებს დასავლეთის ქვეყნებში დაგროვილი გამოცდილების ფართოდ გამოყენების საშუალება მისცა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მედიცინის თითქმის ყველა განხრის მაინტეგრირებელი საგანია. მართლაც, თითქმის არ არსებობს მედიცინის არც ერთი პრობლემა, რომელსაც არ ჰქონდეს სოციალური ასპექტი ან შეფერილობა, და ეს საკვებით საფუძვლიანია, რამდენადაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესწავლის სუბიექტია, როგორც ცალკეული ადამიანის, ასევე მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობა და ავადმყოფობა.

საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, როგორც სწავლების საგანს, ყოველთვის მნიშვნელოვანი ადგილი ეკავა უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში. იგი სამედიცინო მომზადების ერთ-ერთი ურთულესი საგანია და დიდ როლს ასრულებს მომავალი ექიმის ფორმირებაში, მეტადრე თანამედროვე ეპოქაში, როდესაც მან სამედიცინო დახმარების რეფორმირებულ სისტემაში მუშაობის სრულიად ახალი ფორმები და მეთოდები უნდა აითვისოს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმთავრესი ამოცანებია:

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მასზე სოციალური პირობების გავლენის შესწავლა და ამ მიზნით კვლევის სათანადო მეთოდების გამოძეგნება;
- სამედიცინო დახმარებისა და ჯანდაცვის მართვის რაციონალური ფორმებისა და მეთოდების ძიება და მათი დანერგვის ორგანიზაცია.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილი და მნიშვნელობა სხვა სამედიცინო დისციპლინათა შორის იმითაც განისაზღვრება, რომ, თუ კლინიკურ სპეციალობათა ობიექტს ცალკეულ ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა წარმოადგენს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესწავლის საგანი მთელი მოსახლეობის ან მისი სხვადასხვა ჯგუფის ჯანმრთელობაა. ამასთან, თუ ჰიგიენური საგნები უპირატეს ყურადღებას გარემოს ბუნებრივი ფაქტორების ზემოქმედებას მიაპყრობენ, სოციალური კვლევის მეშვეობით შესაძლებელი ხდება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე საზოგადოებრივი ფაქტორების ზეგავლენის შესწავლა.

საზოგადოებრივ ჯანდაცვას ზოგი სპეციალისტი განმარტავს, როგორც მთლიანად საზოგადოებისა და თითოეული ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივების, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე სტრატეგიას.

ისევე, როგორც კლინიკური მედიცინის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ამოცანა ცალკეული ადამიანისა და მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის

ხელშეწყობა და გაუმჯობესება. ამ მიზნის მისაღწევად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა იყენებს, როგორც პირდაპირ (მაგალითად, დედათა და ბავშვთა დაავადებების პროფილაქტიკა), ასევე არაპირდაპირ მეთოდებს (მაგალითად, ეკოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელება).

კლინიკური მედიცინის ყურადღება და ძალისხმევა, ავადმყოფობის პერიოდში, როგორც წესი, კონცენტრირებულია უშუალოდ პაციენტზე. ამავე დროს თუ ცალკეული პიროვნების ჯანმრთელობა დაკავშირებულია მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობასთან, საზოგადოების კეთილდღეობა დამოკიდებულია მისი ცალკეული წევრის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამედროვე კონცეფცია მოიცავს ფართო სპექტრის მრავალ ღონისძიებასა და პროგრამას, რომელიც ერთიანობაში ინდივიდუალურ და სოციალურ ჯანმრთელობას წარმოაჩენს.

ცალკეული ადამიანისა და საზოგადოების კეთილდღეობის ურთიერთკავშირი მთლიანობაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განმსაზღვრელი ფაქტორია. კლასიკური გაგებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, როგორც საზოგადოების ჯანმრთელობის განმარტებად მიჩნევა – ერთგვარად გამოყოფს მას კლინიკური მედიცინისაგან. ეს განსხვავება თანდათანობით მცირდება და ისევე, როგორც მთლიანად საზოგადოების, ინდივიდის კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, ხორციელდება მრავალრიცხოვანი ღონისძიებისა და პროგრამის მეშვეობით, რომლებიც მოწოდებულნი არიან, დააკმაყოფილონ მოსახლეობის მოთხოვნილებები სამედიცინო მომსახურებაზე. მაგალითად, თუ განვითარებადი ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითად პრობლემებს ინფექციური დაავადებები, სასმელი წყლისა და საკვების ნაკლებობა, მოსახლეობის დაბალი სანიტარული დონე წარმოადგენს, განვითარებული ქვეყნების პრობლემები, ძირითადად, დაკავშირებულია ქრონიკული დაავადებების ფართო გავრცელებასთან. ამიტომ, ორივე შემთხვევაში საზოგადოებრივი სისტემის ძალისხმევა, უმეტესად, მიმართულია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაზე, რისკ-ფაქტორების გავლენის შესუსტებაზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სამედიცინო მომსახურების ელემენტები ერთმანეთთან დაკავშირებულია მართვის სისტემებით, უწყვეტი ეპიდემიოლოგიური, ეკონომიკური და სოციოლოგიური კვლევების აუცილებლობით.

მედიცინის ყოველი დარგი ორგანულად შეიცავს საორგანიზაციო მხარეს, მოითხოვს არსებული სამედიცინო ღონისძიებების სოციალური ეფექტიანობის შეფასებას.

1.4. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების კვლევის მეთოდები

საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, ისევე, როგორც ყველა სხვა მეცნიერებას, თავისი კვლევის მეთოდები აქვს. ესენია:

ისტორიული მეთოდი – იხმარება მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის მდგომარეობის დახასიათებისას საზოგადოების განვითარების სხვადასხვა დროის მონაკვეთში;

სოციოლოგიური მეთოდი – ამა თუ იმ სამედიცინო პრობლემაზე საზოგადოების ზეგავლენის განსაზღვრა (ან პირიქით – სამედიცინო პრობლემის საზოგადოებაზე ზეგავლენის შეფასება), რაც ხორციელდება, მაგალითად, საზოგადოებრივი აზრის შესწავლით, სხვადასხვა მასალის კონტენტ-ანალიზის ჩატარებით და ა.შ.;

დემოგრაფიული მეთოდი – გამოიყენება მოსახლეობის შობადობის, სიკვდილიანობის, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობისა და სხვა დემოგრაფიული მონაცემების

შესწავლისას (მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის დაგეგმვისათვის, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის და სხვ.);

ანთროპომეტრიული მეთოდი – იხმარება მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებელთა დასახასიათებლად;

სამედიცინო-სტატისტიკური მეთოდი, რომლის მეშვეობითაც შეისწავლება ერთგვაროვანი მასობრივი ხასიათის ნებისმიერი მოვლენა (მაგალითად, დემოგრაფიული პროცესები, მოსახლეობის ავადობა, ფიზიკური განვითარება, სამედიცინო დაწესებულებათა საქმიანობა და ა.შ.);

ეკონომიკური კვლევის მეთოდი – გამოიყენება ეკონომიკისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ჯანდაცვის სისტემის ურთიერთგავლენის საკითხების გამოსარკვევად;

საბიუჯეტო მეთოდი – იხმარება პიროვნებას ან მისი ოჯახის წევრთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ცხოვრების სხვადასხვა პირობის გავლენის შესასწავლად;

ექსპერტული შეფასების მეთოდი – გამოიყენება მასალის სიზუსტის, მიღებული საორგანიზაციო და სხვა სახის გადაწყვეტილებათა სისწორის დასადგენად ამა თუ იმ სიახლის საჭიროების შეფასებისათვის. აუცილებლობის შემთხვევაში მასალის ექსპერტული შეფასება გამოკვლევის შედეგებში კორექტივების შეტანის საშუალებას გვაძლევს;

ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდი – გულისხმობს სხვა ფაქტორებთან ერთად დაავადებათა გავრცელების პროცესზე სოციალური გარემოს ზემოქმედების შესწავლას;

კვლევის ფსიქოლოგიური მეთოდების გამოყენებით შეისწავლება ადამიანის პიროვნული თვისებების გავლენა დაავადებაზე და პირიქით;

ექსპერიმენტული მეთოდი – გულისხმობს მუშაობის ახალი, ეფექტიანი ფორმებისა და მეთოდების შემუშავებას, მოწინავე გამოცდილების დანერგვას, სავარაუდო შედეგების შეფასებას და შემდგომში მათ მთლიანად სისტემაზე განზოგადებას.

ამის გარდა, ფართოდ გამოიყენება სხვა კვლევის მეთოდებიც იმის გათვალისწინებით, თუ რა მიზნით ვატარებთ ამა თუ იმ სამუშაოს.

მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის საკითხების შესწავლისას უფრო ხშირად სხვადასხვა სახის მასალისა და მეთოდების კომპლექსს იყენებენ. მაგალითად, ავადობის გამოსაკვლევად მნიშვნელოვან მონაცემებს გვაწვდის სამედიცინო დაწესებულებათა მუშაობის ყოველწლიური ანგარიშების შესწავლა, ამავე დროს საკითხის გასაღრმავებლად უნდა ჩატარდეს სამედიცინო გასინჯვებიც, რომელთა მონაცემების სიზუსტე ექსპერტული შეფასების მეთოდით შემოწმდება და ა.შ.

1.5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეფციის განვითარების ეტაპები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეფციამ გამოხატული ევოლუცია განიცადა უძველესი დროიდან დღემდე. მისი მიღწევები მჭიდროდაა დაკავშირებული კაცობრიობის მიერ დაგროვილ პრაქტიკულ გამოცდილებასთან. ჯერ კიდევ ანტიკურ ხანაში შეიქმნა არა ერთი ტრადიცია, რომელიც საფუძვლად დაედო ბევრ თანამედროვე ნორმას – პირადი ჰიგიენის დაცვას, ინფექციურ ავადმყოფთა იზოლაციას, საკვები პროდუქტების ხარისხისადმი მოთხოვნებს, სანიტარიულ ნორმებს, ფიზიკურ ვარჯიშს, უმწეოთათვის უფასო სამედიცინო მომსახურებას, წყალგაყვანილობისა და კანალიზაციის ობიექტების მშენებლობას.

შუა საუკუნეებში ქრისტიანულმა ტრადიციებმა გამოკვეთა მოწყალეობის მნიშვნელობა გაჭირვებულთაადმი, მიუხედავად იმისა, რომ დაავადებებს განიხილავდა, როგორც

ცალკეული პიროვნების, ასევე საზოგადოების მიერ ჩადენილი ცოდვის საფასურს, რაც, გარკვეულწილად, აფერხებდა მეცნიერების განვითარებას.

XIX საუკუნეში მეცნიერების წინსვლამ, ქალაქების ზრდამ, სოფლის მეურნეობისა და მრეწველობის სწრაფმა განვითარებამ, საყოველთაო განათლების გავრცელებამ, პიროვნების პოლიტიკური და სოციალური უფლებების გაფართოებამ გზა გაუხსნა თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებას. ქალაქების ზრდასთან ერთად მუნიციპალური ხელისუფლება იძულებული გახდა, ოპერატიულად გადაეწყვიტა სანიტარიის პრობლემები, გაეუმჯობესებინა საკვები პროდუქტების ხარისხისა და გარემოს მდგომარეობის მკონტროლებელი სამსახურების მუშაობა, რამაც, საბოლოო ჯამში, გააუმჯობესა ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის არსებული მდგომარეობა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცნება შედარებით გვიან დამკვიდრდა სამედიცინო ტერმინოლოგიაში, თუმცა თვით იდეა იმის შესახებ, რომ დაავადებათა უმეტესობას ადამიანთა საზოგადოება წარმოშობს, უძველესი დროიდან მოდის. ამ იდეის განვითარება წინა საუკუნეებში ფართოდ იყო წარმოდგენილი არა იმდენად სამედიცინო ტრაქტატებში, რამდენადაც ფილოსოფიაში, ლიტერატურაში, ხელოვნებაში. ეს გასაგებია, თუ გავითვალისწინებთ არსებულ მიდგომას მედიცინისადმი, რომელიც გამოყენებით მეცნიერებად ითვლებოდა. მხოლოდ XIX საუკუნიდან, ჰიგიენური ცოდნის სწრაფი განვითარების დაწყების შემდეგ ჩამოყალიბდა აზრი, რომ საზოგადოების გავლენა ადამიანის ორგანიზმზე გარემო ფაქტორების ზემოქმედების ერთ-ერთ სახეობას წარმოადგენს. აქედან გამომდინარე გასაგებია, თუ რატომ ეწოდა თვით მეცნიერებასაც სოციალური ჰიგიენა.

სოციალური ჰიგიენა, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერული დისციპლინა და სწავლების საგანი, სათავეს იღებს XX საუკუნის დასაწყისიდან, როდესაც გერმანელმა ექიმმა **ა.გროტიანმა** 1903 წელს დაიწყო „სოციალური ჰიგიენის“ ჟურნალის გამოშვება. 1905 წელს ბერლინში დაარსდა სოციალური ჰიგიენისა და სამედიცინო სტატისტიკის სამეცნიერო საზოგადოება. 1912 წელს ჩამოყალიბდა დოცენტურის კურსი, ხოლო 1920 წელს კი ბერლინის უნივერსიტეტში გაიხსნა სოციალური ჰიგიენის კათედრა.

მოგვიანებით ანალოგიური კათედრები ჩამოყალიბდა ევროპის სხვა ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოშიც. ამ კათედრების ხელმძღვანელები, შემდგომში ცნობილი მეცნიერები **ა.ფიშერი**, **ს.ნეიმანი**, **ფ.ფრინციფი**, **ერესლე** და სხვები, ენერგიულად ამუშაებდნენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემებს.

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის სტრუქტურაში სოციალური ჰიგიენის კათედრა ჩამოყალიბდა უკვე 1926 წელს (გამგე პროფ. **ი.ელიაშვილი**). ყურადსაღებია, რომ მის მუშაობაში დიდ მონაწილეობას იღებდნენ ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატის ხელმძღვანელები, მათ შორის სახალხო კომისარი **გ.კუჭაძე** და მისი მოადგილე დედათა და ბავშვთა დაცვის დარგში **ჯ.ხუტულაშვილი**.

როგორც სხვა საზოგადოებრივ საგნებს, ასევე სოციალურ ჰიგიენასაც შეეხო 30-იან წლებში დაწყებული მწვავე კრიტიკა, რომელსაც შემდგომ ცნობილ მეცნიერთა რეპრესიები მოჰყვა. საგანი არამარქსისტულად ჩაითვადა, მისი გამოჩენილი წარმომადგენლები კი სხვადასხვა პერიოდში დააპატიმრეს. ამიტომაც 1941 წელს იმ პოლიტიკური მოსაზრებით, რომ საბჭოთა ქვეყანაში სოციალური ფაქტორების უარყოფითი ზემოქმედება საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე გამორიცხულია, საგანს დაერქვა „ჯანდაცვის ორგანიზაცია“, რამაც მისი შინაარსი დააქნინა. მხოლოდ სამოციანი წლების დასაწყისში, როდესაც ნაწილობრივ აღდგა ისეთი სამეცნიერო მიმართულებები, როგორიცაა გენეტიკა,

სოციოლოგია, ფსიქოლოგია და სხვ., სოციალურმა ჰიგიენამ კვლავ დაიკავა თავისი ადგილი სამედიცინო მეცნიერებებში.

დაწყებული 60-იანი წლებიდან, სოციალური ჰიგიენა, როგორც სამეცნიერო მიმართულება, საქართველოში საკმაოდ დიდ აღმავლობას განიცდიდა. სოციალ-ჰიგიენისტთა არსებულ პლეადას (პროფესორები: **ე.ხმალაძე, ა.ასათიანი, მ.სააკაშვილი, ი.ნიქობაძე, ვ.ცაბაძე, ნ.შაშიკაშვილი, ი.ქურჩიშვილი, ა.გელაშვილი** და სხვ.) შეემატა ძალზე ბევრი ექიმი და ჯანდაცვის ორგანიზატორი, რომლებიც აქტიურად ჩაებნენ სოციალური ჰიგიენის მეცნიერულ კვლევებში.

ამ დროისათვის თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სოციალური ჰიგიენისა და ჯანდაცვის ორგანიზაციის კათედრის გარდა ნაყოფიერ სამეცნიერო მუშაობას ეწეოდა ანალოგიური კათედრა თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში (კათედრის გამგე პროფ. **ი.ნიქობაძე**, შემდგომში პროფ. **ნ.შაშიკაშვილი**, კათედრის დოცენტები: **ა.ქარჩავა, ი.ქურჩიშვილი, ა.ბაბუციაძე, ბ.მჭედლიშვილი**). ამასთან, ფართო კვლევებს ახორციელებდა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტებიც.

მიუხედავად იმისა, რომ საგანი დასავლეთისაგან განსხვავებული გზით ვითარდებოდა, ანალოგიურ გამოკვლევათა შედეგების შედარება საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ ამ დროისათვის საქართველოში შესრულდა მთელი რიგი საყურადღებო გამოკვლევები, რომელთაც უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა არამარტო საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების საქმეში, არამედ საერთაშორისო მასშტაბითაც. მათ საფუძველზე განხორციელდა მთელი რიგი ორგანიზაციული ღონისძიებანი, რომელთა მიზანი საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესება იყო.

სადღეისოდ საქართველოში მოქმედებს მსხვილი სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრები, რომელნიც ფართო კვლევებს ატარებენ სოციალური მედიცინის, ჯანდაცვის ეკონომიკის, სამედიცინო დემოგრაფიის, სამედიცინო სოციოლოგიის, სანიტარიული განათლების, ეპიდემიოლოგიის, სამედიცინო გეოგრაფიის განხრით. ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, საგანს ნაწილობრივ ისევ შეეცვალა სახელწოდება, რაც გამოწვეულია კვლევის მეთოდების მკვეთრი გაფართოებით, სასწავლო პროგრამების საერთაშორისო სტანდარტებთან მიახლოებით.

თავი 2. ბიოლოგიური და სოციალური პროცესების ურთიერთშეფარდება

2.1. შესავალი

ბიოლოგიურისა და სოციალურის ურთიერთშეფარდება მედიცინის ძირითადი საკითხია. ყველა სხვა ცოცხალ არსებათაგან განსხვავებით, საერთო ბიოლოგიურ კანონზომიერებებთან ერთად, ადამიანისათვის დამახასიათებელია ბიოლოგიური და საზოგადოებრივი ურთიერთობანი, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს მის საზოგადოებრივ არსს. უნდა ითქვას, რომ სოციალურისა და ბიოლოგიურის ურთიერთშეფარდება არ არის ერთგვაროვანი, რადგან ადამიანი ბიოსოციალურ არსებას წარმოადგენს. აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობა და ავადმყოფობა ბიოსოციალურ კატეგორიას მიეკუთვნება.

ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობა **ბიოსოციალურ ფაქტორებზეა** დამოკიდებული. მაგალითად, თუ სიკვდილს, დაბადებას, დაავადებას ბიოლოგიური არსი აქვს, ისეთი ცნებები, როგორიცაა სიკვდილიანობა, შობადობა, ავადობა, მჭიდროდაა დაკავშირებული ამა თუ იმ საზოგადოებრივი ფორმაციის სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებთან, ვინაიდან საზოგადოების დონეზე უკვე კვლინდება სხვა სახის კანონზომიერებანი.

სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების როლზე ისიც მიგვითითებს, რომ, თუ განვითარებად ქვეყნებში ავადობისა და სიკვდილიანობის (მოკვდავობის) ძირითად მიზეზებს ბიოსოციალური ფაქტორები წარმოადგენენ (მაგალითად, ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები), ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში უმთავრესი მიზეზები სოციალურ ხასიათს ატარებს (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ტრავმები და ა.შ.).

ადამიანის ორგანიზმზე ბუნებრივი და სოციალური ფაქტორების ზეგავლენის თავისებურებებს ადასტურებს ისეთი შედარებით ახალი სამეცნიერო განშტოებებიც, როგორიცაა სამედიცინო გეოგრაფია, პროფესიული პათოლოგია და სხვ. – ორგანიზმი და გარემო მუდმივ ურთიერთქმედებაშია. ადამიანის ჯანმრთელობაც და ავადმყოფობაც იმ გარემოთი განისაზღვრება, რომელშიც ცოცხალი ორგანიზმი იმყოფება და ვითარდება. ორგანიზმი წარმოუდგენელია იმ გარემოს გარეშე, რომელიც მის არსებობას განაპირობებს. ცნება დაავადების შესახებ განუყრელად უკავშირდება მისი წარმოშობის მიზეზებს, რომელთა დიდი ნაწილი განპირობებულია გარემოს ზემოქმედებით. აქედან გამომდინარე, კვლევის მიზანი ადამიანის ორგანიზმის გარემოში არსებობის, მასთან შეგუებისა ან შეუგუებლობის პირობების შესწავლაა.

ადამიანის ორგანიზმი ერთდროულად დამოკიდებულია ბიოლოგიურ, ბუნებრივ და სოციალურ საარსებო პირობებზე. იგი, როგორც ბიოლოგიური არსება, ემორჩილება ბუნების ზოგად კანონებს, რომლებიც ცხოველური ორგანიზმების არსებობის პირობებს განსაზღვრავენ. მაგალითად, მას ცხოვრება შეუძლია მხოლოდ განსაზღვრული ტემპერატურის, ტენიანობის, ატმოსფერული წნევისა და სხვა ფაქტორების პირობებში. დაავადების გამომწვევი ბევრი მიკრობი, შხამი, წამალი ერთნაირად მოქმედებს ცხოველებსა და ადამიანებზე. მაგრამ თანამედროვე ცივილიზაციამ ადამიანს საშუალება მისცა მნიშვნელოვნად შეეცვალა, გარდაექმნა გარემომცველი ბუნებრივი ფაქტორები, განსაკუთრებით განვითარებულ ქვეყნებში.

ადამიანი, რომელიც საზოგადოების ნაწილი და პროდუქტი გახდა, თავისი განვითარების პროცესში ამ საზოგადოებისათვის დამახასიათებელ ახალ კანონზომიერებას ემორჩილება. ამგვარად, ის ურთიერთობები, რომლებშიც ადამიანი იმყოფება, ის **სოციალური გარემო**, რომელშიც იგი ცხოვრობს და შრომობს, როგორც ცალკეული პიროვნების,

ასევე მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ავადობის განმსაზღვრელი ხდება.

ამასთან ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ მოსახლეობაში სხვადასხვა დაავადების წარმოშობასა და გავრცელებაზე სოციალური ფაქტორების ზემოქმედების დონე ერთნაირი არ არის, იგი განპირობებულია მისი ბიოლოგიზაციით.

2.2. ჯანმრთელობაზე სოციალური გარემოს ზემოქმედების ამსახველი თანამედროვე თეორიები

დაავადების, შრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობებს შორის მიზეზობრივი კავშირის გარკვევა მედიცინის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანაა.

მოსახლეობის ზრდისა და მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სოციალურ კანონზომიერებათა შესახებ საუკუნეების მანძილზე ჩამოყალიბებულია რიგი თეორიებისა, რომელთა გავლენა მედიცინასა და საზოგადოებრივ აზროვნებაზე მეტად დიდია. განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს **მალთუსიანელობა**, რომელიც XVIII საუკუნის დასასრულს ჩამოყალიბდა ინგლისში, შემდეგ კი ფართოდ გავრცელდა სხვა ქვეყნებში. ამ თეორიის ავტორი **თ.მალთუსი** თვლიდა, რომ, როგორც ბუნებაში, ასევე ადამიანთა საზოგადოებაშიც არსებობს უცვლელი ბიოლოგიური კანონი, რომლის მიხედვითაც ყველა ცოცხალ არსებას გამრავლების უნარი შესწევს გეომეტრიული პროგრესიით, მაშინ, როდესაც საარსებო საშუალებანი მხოლოდ არითმეტიკული პროგრესიით იზრდება. მოსახლეობის რაოდენობის სწრაფი მატების შედეგად, რომელიც წინ უსწრებს საარსებო საშუალებათა ზრდას, იქმნება ეგრეთ წოდებული „აბსოლუტური ჭარბ-მოსახლეობა“. ადამიანთა საზოგადოებაში (რომელსაც, თ.მალთუსის აზრით, ისეთივე ბიოლოგიური კანონზომიერებანი ახასიათებს, როგორიც ცხოველთა სამყაროს) „წონასწორობის“ აღდგენა ომების ან ეპიდემიების მეშვეობით ხდება.

რა თქმა უნდა, მალთუსმა მექანიკურად გადმოიტანა ადამიანთა საზოგადოებაზე ის კანონზომიერებანი, რომელნიც სულ ცოტა ხნით ადრე აღმოაჩინეს ბიოლოგიაში (მაგალითად, ვირთაგვების პოპულაციის ზრდა ან კლება მჭიდროდაა დაკავშირებული საკვების რაოდენობაზე. თუ იგი სამყოფია, ცხოველები ნაკლებად აგრესიულები არიან, წინააღმდეგ შემთხვევაში კი ცხოველთა კოლონიდან განიღვენება მათი ნაწილი).

მიუხედავად იმისა, რომ თ.მალთუსის მიერ მოწოდებულ თეორიას ათწლეულების მანძილზე უმწვავესად აკრიტიკებდნენ, **ნეომალთუსიანელობის** სახით მან ჩვენს დრომდე მოაღწია და უდიდესი გავლენა მოახდინა არამარტო თანამედროვეთა საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებაზე, არამედ შემდეგ თაობებზედაც.

XIX საუკუნის მეორე ნახევარში წარმოჩინდა ისეთი თეორიები, როგორიცაა **სოციალური დარვინიზმი** და **ევგენიკა**. მათი ავტორები ასევე ცდილობდნენ, სოციალური უთანასწორობა ურყევი ბიოლოგიური კანონებით აეხსნათ. სოციალ-დარვინისტებმა **ჩ.დარვინის** მიერ აღმოჩენილი მცენარეთა და ცხოველთა სამყაროში არსებობისათვის ბრძოლისა და ბუნებრივი შერჩევის კანონები ადამიანთა საზოგადოებაზე განაზოგადეს. ისინი ამტკიცებდნენ, რომ კლასობრივი უთანასწორობა სხვა არაფერია, თუ არა არსებობისათვის ბრძოლა, რომელშიც ბიოლოგიურად უფრო სრულფასოვანი კლასები იმარჯვებენ. განსაკუთრებით ფართოდ გავრცელდა სოციალ-დარვინიზმისა და ევგენიკაზე დაფუძნებული **რასობრივი** თეორიები. მათი საშუალებით ამართლებდნენ არამარტო ფერადკანიანი მოსახლეობის მიმართ გატარებულ პოლიტიკას, არამედ ე.წ. არასრულ-

ფასოვანი ადამიანების განადგურების იდეოლოგიურ საფარს ქმნიდნენ (მაგალითად, გერმანიაში, სამხრეთ აფრიკაში, აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში და ა.შ.).

სოციალურ დარვინიზმთან უშუალო კავშირშია ევგენიკა — თეორია ადამიანთა მოღვმის გაუმჯობესების შესახებ. ევგენისტების აზრით, ადამიანთა საზოგადოებაში უწყვეტად ხდება ბუნებრივი შერჩევა, რომლის მეოხებითაც ბიოლოგიურად სრულფასოვანი ინდივიდები გადარჩებიან და გაბატონებულ მდგომარეობას დაიკავებენ. ევგენისტთა მტკიცებით, ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი დონე, დაავადებები, რომლებიც მაღალი ლეტალობით ხასიათდებიან, ბუნებრივი შერჩევის ხელშეწყობი ფაქტორებია, ამიტომ მათთან ბრძოლა საჭირო არ არის.

ერთი შეხედვით, ზემოჩამოთვლილი თეორიები, რომლებიც ზედმიწევნით ტენდენციურად ასახავს ადამიანთა საზოგადოებაში სოციალური და ბიოლოგიური ფაქტორების ურთიერთქმედებას, ისტორიას ჩაბარდა. ფაქტობრივად კი მათ საფუძველზე მსოფლიოში დღესაც ყალიბდება არამართო ეროვნული, არამედ საერთაშორისო პოლიტიკაც, რომელიც უდიდეს გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ამ თეორიებს დღესაც დიდი საზოგადოებრივი გამოხმაურება აქვს. მაგალითად, რასობრივმა თეორიებმა და ევგენიკამ განსაკუთრებით ფართო გავრცელება და პრაქტიკული გამოყენება მოიპოვა არამართო ფაშისტურ გერმანიაში, არამედ სხვა ქვეყნებშიც. კერძოდ, აშშ-ის ზოგიერთ შტატში დღემდე მოქმედებს კანონი ფსიქიკურად დაავადებულთა იძულებითი სტერილიზაციის შესახებ. ინდოეთის აწ განსვენებული პრემიერ-მინისტრის **ი.განდის** განკარგულებით, 70-იან წლებში გატარდა 10 მლნ. ე.წ. ხელშეუხებელთა კასტის წარმომადგენელთა სტერილიზაცია. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში მოქმედებს სამეცნიერო ცენტრები, სადაც მოლეკულური ბიოლოგიის, ემბრიოლოგიისა და გენური ინჟინერიის უახლესი ტექნოლოგიების გამოყენებით ადამიანთა ევრეთ წოდებული სუპერრასის ხელოვნურ გამოყვანას ცდილობენ.

თანამედროვე მედიცინა წარმოუდგენელია ავსტრიელი ექიმისა და საზოგადო მოღვაწის **ზ.ფროიდის** გარეშე. ზ.ფროიდს ადამიანის მოქმედებისა და ფსიქიკის ძირითად განმსაზღვრელად ქვეცნობიერება მიაჩნდა. ფროიდიზმის კონცეფცია **ა.შოპენჰაუერის**, **ფ.ნიცშეს** და **ე.ჰარტმანის** ფილოსოფიურ იდეებს ემყარება. ეს მეცნიერები ხაზს უსვამდნენ ქვეცნობიერის წამყვან მნიშვნელობას, როგორც საგნის ბუნებრივ, საწყის მდგომარეობას. მათი გაგებით, ქვეცნობიერი სულიერი ქმედების პირველადი საწყისია, ცნობიერება კი მეორადია და ინდიფერენტულია ქვეცნობიერთან დამოკიდებულებაში.

ზ.ფროიდმა თავისი თეორია 1920-იან წლებში ჩამოაყალიბა. იგი ორი ნაწილისაგან შედგება. ერთს თავად ავტორი მეტაფსიქოლოგიას, ხოლო მეორეს — ქვეცნობიერის გამოკვლევის ანუ **ფსიქოანალიზის** მეთოდს (ამ უკანასკნელს, ზ.ფროიდი ნევროზებისა და სხვა დაავადებათა მკურნალობისათვის იყენებდა) უწოდებდა. ზ.ფროიდის თეორიის მიხედვით, ფსიქიკის სტრუქტურისა და ფუნქციის დახასიათება მიმართულია ადამიანის ინსტინქტების სამყაროსაკენ, მისი ბიოლოგიზმიდან და ცხოველური ბუნებიდან გამომდინარე. ფროიდს ინსტინქტებიდან უმთავრესად სექსუალური ლტოლვა მიაჩნდა, როგორც „სიცოცხლის ინსტინქტი“ (ე.წ. **ლიბიდოს თეორია**).

ზ.ფროიდმა თავისი თეორიის პრაქტიკული გამოყენებისათვის ფსიქოანალიზის მეთოდი შემოგვთავაზა. მისი მიზანი ქვეცნობიერის სფეროში შეღწევა, სიმბოლოების გაშიფვრის საშუალებით ქვეცნობიერ მისწრაფებათა გამოცნობაა. ამ გზით, ზ.ფროიდის აზრით, შესაძლებელია, როგორც დაავადების, ასევე ადამიანის ქცევის სხვადასხვა სახის გადახრის მიზეზთა დადგენა. ფსიქოანალიზი ეყრდნობა იმ ძირითად ბიოლოგიურ კანონზომიერებას, რომელიც ორგანოთა და სისტემათა ავტონომიური, ქვეცნობიერი მოქმედებით გამოიხატება. მაგალითად, ადამიანი გულის მუშაობას უშუალოდ ვერ გრძნობს, ვიდრე იგი ჯანმრთელია. მაგრამ გული თავის მუშაობას ჩვენ გვაგრძნობინებს, როგორც ცნობიერი, მხოლოდ მაშინ, როცა ავადმყოფობით ტკივილი ან სხვა უსიამოვნო შეგრძნება

გამოიწვევა. ამ უზილავი, მაგრამ ნამდვილად არსებული, ქვეცნობიერი მოვლენების შესწავლამ ზ.ფროიდსა და მის მოწაფეებს ფართოდ გაუთქვა სახელი. მათ წინ წასწიეს სქესობრივი მოვლენების საოცრად რთული ასპექტები, ძილის, სიზმრის ფენომენის, როგორც სულიერი მოვლენების, ფსიქოლოგიური შესწავლა. თუ ფროიდიზმის კლასიკური დოქტრინა აღიარებს ქვეცნობიერის პრიმატს, რომელიც სექსუალური ბუნებისაა, **ნეოფროიდიზმის** კლასიკური კონცეფციის ეს დებულება მიუღებელი აღმოჩნდა. ამ სკოლის წარმომადგენლები აკრიტიკებდნენ ე.წ. ლიბიდოს თეორიას, უარყოფდნენ აზრს იმის შესახებ, რომ ადამიანის ყველა ქმედების მიზანი ბიოლოგიურ მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილებაა. ისინი აღიარებდნენ ქვეცნობიერს, მაგრამ უარყოფდნენ მისი ბუნების ბიოლოგიზმს, ვინაიდან, მათი აზრით, ქვეცნობიერზე ძლიერ გავლენას სოციალური გარემო და კულტურა ახდენს.

ნეოფროიდიზმის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ მიმდინარეობას მედიცინაში **ფსიქოსომატიკა** წარმოადგენს. იგი სწავლობს ფსიქიკისა და სხეულის (სომატიკის) ურთიერთკავშირს. ეს მიმართულება ყველაზე პოპულარულია აშშ-ში. ფსიქოსომატიკოსები, ზ.ფროიდისაგან განსხვავებით, ისევე, როგორც ნეოფროიდიზმის, დაავადებათა აღმოცენების ძირითად მიზეზად სოციალურ გარემოსა და ცივილიზაციას მიიჩნევენ. მათი გაგებით, დაავადების საწყისი მუდმივ კონფლიქტშია გარემოსა და პიროვნებასთან. ამასთან, პიროვნება თვითონ არის ამ კონფლიქტის მიზეზი. აქედან გამომდინარე, ორგანიზმის ყველა მოშლილობის საწყისი თვით პიროვნებაშია, ვინაიდან არსებობს დაპირისპირება პიროვნების თანდაყოლილ ბიოლოგიურ მისწრაფებებსა და გარემომცველ სამყაროს, ცივილიზაციას შორის.

ფსიქოსომატური კონცეფციის მიხედვით, პიროვნების **დეპერსონალიზაცია** ხდება მეტისმეტად განვითარებული, რაციონალური ცხოვრების წესის ჩამოყალიბების პროცესში, სოციალური, კულტურული და სხვა ინსტიტუტების ზეწოლის შედეგად. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, დეპერსონალიზაცია აიხსნება იმ მნიშვნელოვანი ზოგადი მოვლენით, რომელიც, **ფ.ალექსანდერის** აზრით, გამოწვეულია ცივილიზაციისა და პიროვნების ურთიერთობის თავისებურებით.

ფსიქოსომატიკოსების კონცეფცია, ისევე, როგორც ნეოფროიდიზმი, ფროიდიზტულ შეხედულებათა ერთგვარ განვითარებას, მოდერნიზაციას წარმოადგენს. მათი საშუალებით დადგინდა, რომ ნევროზები და ცივილიზაცია განუყოფელი ცნებებია. რაც უფრო მაღალგანვითარებულია ცივილიზაცია, მით მეტია ნევროზები.

რ.დიუბომ და მოგვიანებით **ო.ტოფლერმა** და **გ.ტეილორმა** ჩამოაყალიბეს კონცეფცია ცივილიზაციის დაავადებებისა და სოციალური დეზადაპტაციის შესახებ. მას საფუძვლად უდევს შემდეგი დასაბუთება: თანამედროვე ეპოქაში ყველაფერი ისე სწრაფად იცვლება, რომ ადამიანის ბიოლოგიური და სოციალური ადაპტაციის შესაძლებლობები უკიდურეს ზღვარს უახლოვდება.

ცივილიზაციის დაავადებებისა და სოციალური დეზადაპტაციის თეორიის კონცეფცია თავისი შინაარსით ახლოს დგას ისეთ ფსიქო-ბიოლოგიურ თეორიებთან, როგორიც არის ფროიდიზმი და ნეოფროიდიზმი. იგი გულისხმობს, რომ თანამედროვე ცივილიზაცია მრავალი დაავადების აღმოცენების მიზეზია. გარკვეულად ეს მოსაზრება სწორია, მაგრამ საჭიროებს განმარტებას: უპირველეს ყოვლისა, რას გულისხმობს ტერმინი „ცივილიზაცია“, რომელიც სამედიცინო პუბლიკაციებშიც ხშირად იხმარება. მასში გულისხმობენ თანამედროვე პირობებისა და ცხოვრების წესის არახელსაყრელ გავლენას ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ზოგი მას აღიქვამს სამეცნიერო-ტექნოლოგიური პროგრესის სინონიმად, რომელიც ხასიათდება მაღალი მეცნიერული დონით, ინდუსტრიალიზაციით,

ურბანიზაციით, საწარმოო პროცესების ავტომატიზაციით, სოფლის მეურნეობის ქიმიზაციით და სხვ. მაგრამ ყოველივე ამას თან ახლავს გარემოს გაბინძურება და სხვა უარყოფითი შედეგები, რომლებიც, რა თქმა უნდა, ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედებს. ტერმინი „ცივილიზაცია“ ძალზე მოხერხებული აღმოჩნდა, ვინაიდან თანამედროვე ადამიანის ცხოვრების მთელ რიგ რთულ მოვლენებს იტევს. ამგვარად, ტერმინი „ცივილიზაცია“ მოკლედ, სრულად და ყოვლისმომცველად წარმოადგენს ადამიანის გარშემო არსებულ თანამედროვე გარემოს.

აქედან გამომდინარე, ინდუსტრიულად განვითარებულ ქვეყნებში ხშირად ყველაზე უფრო გავრცელებულ დაავადებებს, განსაკუთრებით ფსიქოსომატურს, „ცივილიზაციის დაავადებებს“ უწოდებენ. მათი წარმოშობის მექანიზმის ახსნის ცდისას მკვლევარები ხაზს უსვამენ ცხოვრების ტემპის დიდ მნიშვნელობას.

თანამედროვე ადამიანის ცხოვრების წესის სწრაფი ცვლილებები მის ბიოლოგიურ რიტმს არ შეესაბამება. ამ აზრზე დაყრდნობით ცნობილმა ამერიკელმა სოციოლოგმა **ე.ტოფლერმა** გამოთქვა მოსაზრება ადამიანის ადაპტაციურ შესაძლებლობათა ზღვარის შესახებ. ადამიანის ფიზიკური და სულიერი ძალების აღდგენის შესაძლებლობა უსასრულო როდია. ყოველი ორიენტაციის შეცვლა, ყოველი შეგუების რეაქცია ადამიანს თავისი ფიზიკური და ფსიქიკური მექანიზმების გაცვეთის საფასურად უღირს.

ამ მოსაზრების დედააზრი ის არის, რომ ცივილიზაცია ადამიანს ამოაგდებს მისთვის ჩვეული ცხოვრების პირობებიდან, რომლებსაც იგი კარგად შეეგუა თავისი ისტორიული განვითარების მანძილზე, დღეს კი დაუცველი დარჩა ახალ, უჩვეულო პირობებში, თანამედროვე ცხოვრების ტემპის დაჩქარების პროცესში. თუ განვითარების ასეთი ტემპი შენარჩუნდა, წარმოიქმნება საყოველთაო „მომაველთან შეჯახებით გამოწვეული შოკი“. იგი წარმოადგენს გადაჭირთვისა და დაკავშირებულ მასობრივ ღებინებას, რაც გამოიხატება ძალადობით, სისასტიკით, აპათიით, დეპრესიით, ფიზიკური მოშლილობით და ა.შ.

ამგვარად, „ცივილიზაციის დაავადებათა“ განვითარება განაპირობებს ღებინებას, რაც გამოწვეულია ადამიანის ადაპტაციის შესაძლებლობასა და მის მიერ შექმნილ სოციალურ გარემოსთან შეუსაბამობით.

რ.დიუბოს აზრით, დისჰარმონია, რომელიც ადამიანში მისი ბუნებრივი, ბიოლოგიური და სოციალური გარემოს მიერ განპირობებული ცხოვრების რიტმის შეუთავსებლობით წარმოიშობა, დაავადების საწინდარია (მაგალითად, მეძანქანეები, რომლებსაც ღამე უწევთ მუშაობა, 1,5-ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე ტროლეიბუსის მძღოლები). მისი შეხედულებით, „ცივილიზაციას და კერძოდ ურბანიზაციას, ქალაქურ ცხოვრებას, ადამიანი მიჰყავს ფიზიკურ გადაგვარებამდე (გადაჯიშვამდე, დეგრადაციამდე)“. ამგვარად, წარმოიშობა ე.წ. სოციალური ღებინება ანუ ადამიანის შეუგუებლობა ცხოვრების თანამედროვე წესთან.

ნობელის პრემიის ლაურეატის **პ.სელიეს** „სტრესის თეორიის“ მიხედვით, ადამიანის ადაპტაციური შესაძლებლობანი, განსხვავებით ცხოველებისაგან, უფრო პლასტიკურია, ვინაიდან მასში ბიოლოგიურის გარდა, სოციალური ეკვივალენტებიცაა ჩართული. სწორედ ეს გარემოება აძლევს ადამიანს ცვალებად გარემოსთან შეგუების საშუალებას. მაგრამ გადაქანცვა ადამიანს საფრთხეში აგდებს, ვინაიდან ორგანული და ფსიქიკური პროცესების დამსხვრევის გამო ადაპტური მექანიზმი ჩავარდნას განიცდის.

მეცნიერებისა და ტექნიკის სხვა დარგებში ჩამოყალიბებული თეორიებისაგან განსხვავებით, სოციალურ მედიცინაში შემოთავაზებული იდეები, რომელნიც ზოგჯერ ისევ მედიცინის სხვა დარგებიდანაა გადმოტანილი და ადამიანთა საზოგადოებაზე გავრცელებული, თითქმის ყოველთვის ყურადღების ცენტრში ხვდება. ეს გასაგებია,

თუ გავითვალისწინებთ თანამედროვე საზოგადოების იმ უდიდეს დაინტერესებას ადამიანის ჯანმრთელობის პრობლემებით, რომლებიც დღითიდღე იზრდება. საკმარისია გავიხსენოთ აჟიოტაჟი, რომელიც სამოციან წლებში გამოიწვია გამოჩენილი ფიზიოლოგის ჰ.სელიეს სტრესის თეორიის მთლიანად ადამიანთა საზოგადოებაზე გადმოტანამ, ან ცივილიზაციის დაავადებათა თეორიებთან დაკავშირებით მრავალრიცხოვანი საზოგადოებების, მათ შორის, მაგალითად, მწვანეთა მოძრაობის ჩამოყალიბებამ.

უნდა გავითვალისწინოთ ის გარემოება, რომ ყველა ზემოჩამოთვლილი თეორიის რაციონალური ნაწილი ფართოდ გამოიყენება მედიცინაში ცალკეული პიროვნების ან ადამიანთა საზოგადოების მაგალითით სოციალურისა და ბიოლოგიურის ურთიერთკავშირის გამოსაკვლევად. მის საფუძველზე ხერხდება რაციონალური საორგანიზაციო სამედიცინო ღონისძიებების გატარება. ის გარემოებაც უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ამ თეორიებში შემავალი მცდარი იდეების მექანიკურ გადატანას სხვა სფეროებში, მათი პოლიტიკური ინტერესებით გამოყენებას ზოგჯერ სავალალო შედეგამდე მიჰყავდა საზოგადოება (მაგალითად, რასობრივ თეორიაზე დაფუძნებული პოლიტიკა, რომელსაც ფაშისტური გერმანია ატარებდა, ან ჩინელ ნეომალთუსიანელთა ინიციატივით მიღებული სამთავრობო გადაწყვეტილება მრავალშვილიანი ოჯახების მიმართ დამსჯელ ღონისძიებებათა განხორციელების შესახებ და ა.შ.).

თავი 3. მოსახლეობის ჯანმრთელობა

3.1. შესავალი

ჯანმრთელობისა და დაავადების ცნება არ არის ერთმნიშვნელოვანი, იგი კრებითი ხასიათისაა და მრავალ ნიშან-თვისებათა ერთობლიობით გამოიხატება, ამიტომ სხვადასხვა დროს შემოთავაზებულ იქნა მრავალი განმარტება და კრიტერიუმი, რათა შეფასებულიყო, როგორც ცალკეული ადამიანის, ასევე მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

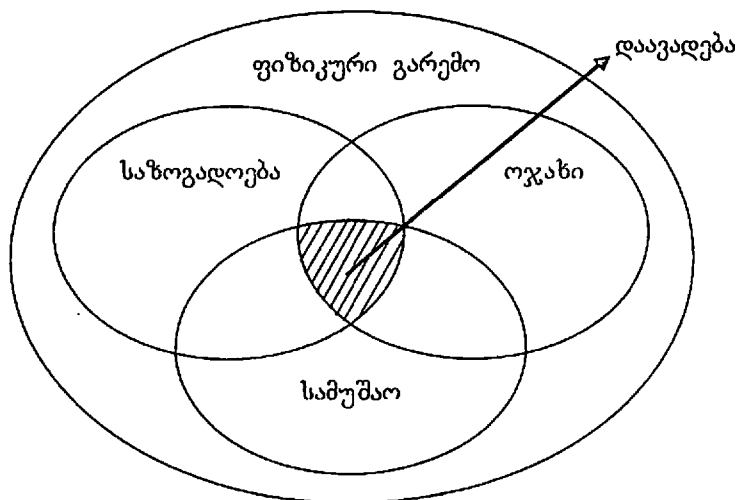
ბოლო წლებში გამოიკვეთა აზრი იმის შესახებ, რომ ცალკეული პიროვნებისა თუ მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელობა მჭიდროდაა დამოკიდებული:

- ბიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებზე (გემკვიდრება, სხეულის აგებულების ტიპი, ტემპერამენტი და სხვ.);
- ფიზიკურ გარემოზე (ადგილმდებარეობა, ფლორა, ფაუნა და სხვ.);
- სოციალურ-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ ფაქტორებზე, რომლებიც შრომისა და ყოფაცხოვრების პირობების ცვალებადობას განაპირობებენ;
- საზოგადოების წევრთა ცხოვრების წესზე.

გასაგებია, რომ დასახელებული ფაქტორები განაპირობებს, როგორც ინდივიდუალურ, ასევე მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობას (ნახატი 1).

ნახატი 1

პიროვნებაზე მოქმედი ფაქტორების გავლენა დაავადების აღმოცენებაზე



ბოლო წლებში ფართოდ გამოიყენება რთული მათემატიკურ-ლოგიკური მოდელები, რომელიც აიგება სხვადასხვა სამედიცინო-სტატისტიკური მაჩვენებლისა და მათი მოდიფიკაციის კომბინაციის საფუძველზე.

3.2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი კრიტერიუმები

ტერმინი ჯანმრთელობა შესაძლოა სხვადასხვანაირად განისაზღვროს (მაგალითად, როგორც დაავადების არარსებობა), მაგრამ მიუხედავად მრავალი მცდელობისა – შექმნილიყო სრულფასოვანი განმარტება, საბოლოო შეთანხმებას სპეციალისტებმა ვერ მიაღწიეს. დღესდღეობით, ძირითადად, ვსარგებლობთ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, რომელიც აგრეთვე ხშირ შემთხვევაში მოითხოვს დაზუსტებას.

ჯანმრთელობა გულისხმობს არამარტო დაავადებათა და ტრავმათა არარსებობას, არამედ ადამიანის სრულ ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას.

ფიზიკური კეთილდღეობა ხასიათდება მოსახლეობის დაავადებათა არარსებობით, საკმარისი ფიზიკური განვითარებით, არსებული პოპულაციისათვის სტანდარტული შობადობის უნარით.

სოციალური კეთილდღეობა გულისხმობს საყოფაცხოვრებო პირობებს, კვებას, სამედიცინო დახმარების ხარისხს, გარემოს, ცხოვრების წესს, შრომის პირობებს, დასვენებას, დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს (მოსახლეობის ზრდა, მოსახლეობის დაბერება, მიგრაციული პროცესები).

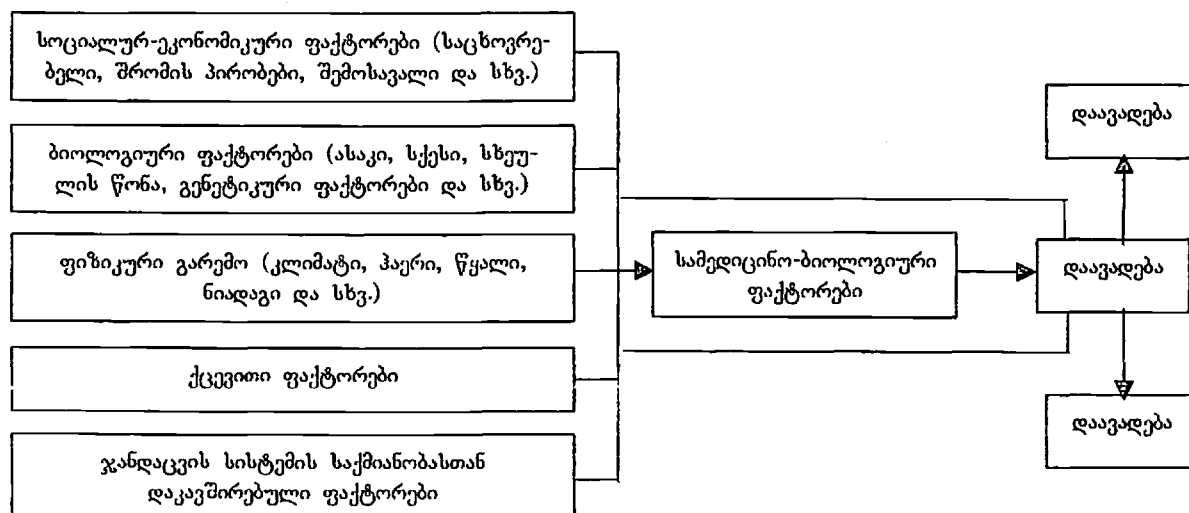
ფსიქიკური კეთილდღეობა ხასიათდება ფსიქიკური დაავადებების ნაკლები გავრცელებით, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობით (პიროვნებათა შორის ნორმალური ურთიერთობებით) და ა.შ.

გასაგებია, რომ ჯანმრთელობის ცნების ამგვარი განმარტება არ შეიძლება სრულყოფილად ჩაითვალოს იმდენად, რამდენადაც თითქმის შეუძლებელია მოიძებნოს პიროვნება, რომელიც არსებული განმარტების მიხედვით ჩაითვლება ჯანმრთელად, თუ არაფერს ვიტყვით ადამიანთა ჯგუფზე ან მთლიანად მოსახლეობაზე. ამიტომ, ჯანმრთელობის ცნების არსებული ფორმულირება ალბათ უნდა მივიღოთ, როგორც იმ იდეალური მოდელის განმარტება, რომელსაც ნებისმიერი საზოგადოება უნდა ესწრაფოდეს.

გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ჯანმრთელობის ცნების განმარტებას არამარტო თეორიული, არამედ ზედმიწევნით დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა გააჩნია. მაგალითად, ძნელია დავარქვათ ჯანმრთელი ისეთ ადამიანს, რომელიც მართალია არ ავადმყოფობს, მაგრამ იმავდროულად იძულებულია იშმშვილოს, განიცდიდეს ხარისხიანი წყლის ნაკლებობას, არ ჰქონდეს სახლ-კარი და ა.შ. არადა, დღესდღეობით მსოფლიოში მცხოვრები 6 მილიარდზე მეტი ადამიანიდან 1 მილიარდი სიღარიბის ზღვარს მიღმა ცხოვრობს, 3 მილიარდი მოიხმარს დღეში 1 აშშ დოლარზე ნაკლებს დღეში, 3 მილიარდისათვის ხელმისაწვდომი არ არის სუფთა სასმელი წყალი, 2 მილიარდი საერთოდ ვერ მოიხმარს ელექტროენერგიას. ალბათ არ შეიძლება ჯანმრთელად ჩაითვალოს ის საზოგადოება და მთლიანად მოსახლეობა, სადაც ფართოდაა გავრცელებული ნარკომანია, ალკოჰოლიზმი, სადაც მოსახლეობისათვის მიუწვდომელია სათანადო განათლება, თანამედროვე საკომუნიკაციო საშუალებები, სამედიცინო დახმარება. თავისთავად, ყველა ზემოჩამოთვლილი და სხვა მრავალი ფაქტორი ზელს უწყობს, როგორც ცალკეული პიროვნების დასნებოვნებას, ისე მოსახლეობაში დაავადებათა გავრცელებას, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს საერთო სიტუაციას. ზაზგასასმელია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობა საზოგადოების განვითარების ძირითადი პირობაა და ამავე დროს – მისი მოქმედების საბოლოო შედეგი.

ნახატი 2

ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები



ჯანმრთელობის ცნება შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც ცალკეული პიროვნების, ასევე საზოგადოების წევრთა ერთობლიობის მიმართ. ამასთან დაკავშირებით არჩევნ ჯანმრთელობის შემდეგ საფეხურებს:

- **ინდივიდუალური**, რომელიც ასახავს ინდივიდის თვითგრძნობას, დაავადების არსებობას ან არარსებობას;
- **ჯგუფური**, რომელიც გულისხმობს ადამიანთა ცალკეული ჯგუფის ჯანმრთელობას;
- **მოსახლეობის ანუ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა**, რომელიც ასახავს მთლიანად მოსახლეობაში არსებულ ტენდენციებს.

ჯანმრთელობა შეიძლება შეფასდეს შემდეგნაირად:

- **ჯანმრთელები** (პირები, რომლებიც საერთოდ არ ავადმყოფობდნენ, სამედიცინო შემოწმებისას კი პათოლოგია არ გამოუვლინდათ. გასაგებია, რომ თანამედროვე პირობებში ამ ჯგუფში შეიძლება გაერთიანდეს მოსახლეობის არაუმეტეს 5-8%);
- **პრაქტიკულად ჯანმრთელები** (პირები, რომლებსაც სამედიცინო შემოწმებისას უმნიშვნელო პათოლოგიური გადახრა გამოუვლინდათ, აგრეთვე ამ ჯგუფში გაერთიანებულია ის ჯანმრთელი პირები, რომელნიც მანვე საწარმოო ან საყოფაცხოვრებო პირობების ზეგავლენის ქვეშ იმყოფებიან);
- პირები, რომლებმაც **მწვავე დაავადება** გადაიტანეს;
- **ქრონიკული ავადმყოფები**;
- **შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები (ინვალიდები).**

ამგვარაა, რომ ცალკეული ადამიანის ჯანმრთელობის შეფასების კრიტერიუმები განსხვავდება მთლიანად მოსახლეობის ან მისი ცალკეული ჯგუფის შეფასების კრიტერიუმებისაგან. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება შესაძლებელია რამდენიმე გზით. მაგალითად, ყოველი მოქალაქის ღრმა სამედიცინო გამოკვლევის შედეგების შეჯამებით, მაგრამ ამგვარი კვლევის ჩატარებას უზარმაზარი მატერიალური და ადამიანური რესურსები დასჭირდება, შედეგს კი, სავარაუდოდ, არასასურველს მივიღებთ, რადგან გამოკვლევის მიღმა შესაძლოა დარჩეს საკითხები, რომელთა მნიშვნელობა ცალკეული პიროვნების და მთლიანად საზოგადოების დონეზე განსხვავებულია. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან განსხვავებული კანონებით მოქმედებს. ამიტომ ცალკეულ პიროვნებასა და მთლიანად საზოგადოებაზე მოქმედი ძალები არამარტო სხვადასხვაგვარია, არამედ ზოგჯერ ერთმანეთს ეწინააღმდეგება.

აქედან გამომდინარე, უპირველეს ამოცანას წარმოადგენს ისეთი კრიტერიუმების დადგენა, რომლებიც საშუალებას მოგვცემს არამარტო შევაფასოთ ცალკეული პიროვნების, არამედ მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ამასთან, კვლევის მეთოდები უნდა იყოს მაქსიმალურად იაფი, შედარებით იოლად განსახორციელებელი, მოხერხდეს მათი სტანდარტიზაცია, მიღებული მონაცემების გადამოწმება და ა.შ.

თუ ზემოთხსენილ კრიტერიუმებს ცალკეულ ჯგუფებად გავაერთიანებთ, შესაძლოა დავასკვნათ – როგორც ცალკეული ადამიანის, ასევე მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელობის დახასიათებისათვის გამოიყენება შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები:

- **დემოგრაფიული მაჩვენებლები**;
- **ავადობა**;
- **დაინვალიდება (მყარი შრომისუნარიობა)**;
- **ფიზიკური განვითარება**.

ამ მონაცემების კომპლექსური გამოყენება საშუალებას გვაძლევს, საკმარისად ზუსტად დავადგინოთ, როგორც ცალკეული პირის, ადამიანთა ჯგუფების, თუ მთლიანად მოსახლეობის ფიზიკური, სოციალური და ფსიქიკური კეთილდღეობის დონე, რაც საბოლოო ჯამში, საფუძვლად უნდა დაედოს სათანადო საექიმო დანიშნულებას, თუ (როდესაც საქმე მოსახლეობას შეეხება) საორგანიზაციო გადაწყვეტილების მიღებას.

თავი 4. მოსახლეობის ავადობის შესწავლის თავისებურებები

4.1. შესავალი

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ავადობის თავისებურებების შესწავლაზე, დაავადების გამოვლენაზე. აღრიცხვა, ძირითადად, ხდება სამკურნალო დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართვისას ან მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების სამედიცინო გასინჯვების პროცესში.

ავადობის შესწავლის მიზანია, არამარტო დავადებით პათოლოგიის არსებობა და მისი გავრცელების დონე, არამედ, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, მიღებული შედეგების საფუძველზე დავკვირვებით აუცილებელი სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

მოსახლეობის ავადობის თავისებურებები განპირობებულია ერთობლივად მოქმედი მრავალი ფაქტორით, რომელთა დაჯგუფება შესაძლებელია შემდეგნაირად:

- ენდოგენური ფაქტორები (გენეტიკური, ბიოქიმიური და სხვ.);
- ბუნებრივი გარემოს ფაქტორები (კლიმატი, ჰაერი, წყალი, ნიადაგი და სხვ.);
- სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები (განათლება, ცხოვრების წესი, საზოგადოებრივი წყობა, ეკონომიკური განვითარების დონე, ცხოვრების პირობები და სხვ.).

ავადობის ტენდენციების შესწავლა ცხადყოფს, რომ ბოლო ათწლეულებში წინა პლანზე წამოიწია სოციალურ-ეკონომიკურმა ფაქტორებმა, მაშინ, როდესაც ბუნებრივი ფაქტორების ზეგავლენა, განსაკუთრებით განვითარებულ ქვეყნებში, მეტნაკლებად შემცირებულია. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან კაცობრიობამ შეძლო შეექმნა პირობები, რომლებიც გარკვეულად ასუსტებს გარემოს ზეგავლენას, შეეხება ეს ოპტიმალური ტემპერატურული რეჟიმის შენარჩუნებას, თუ მიწისძვრისაგან თავის დაზღვევას ახალი სამშენებლო კონსტრუქციების გამოყენებით.

4.2. მოსახლეობის ავადობის ამსახველი ძირითადი მაჩვენებლები

მოსახლეობის ავადობის შესწავლა შესაძლებელია მრავალი მეთოდით: სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართვიანობის, მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის პერიოდული სამედიცინო გასინჯვების, გარდაცვლილთა სიკვდილის მიზეზების ანალიზის, მოსახლეობის კომპლექსური სოციალურ-ჰიგიენური და კლინიკურ-სოციალური გამოკვლევების საფუძველზე.

ავადობის ანალიზის პროცესში გამოიყენება შემდეგი მაჩვენებლები:

პირველადი (ანუ საკუთრივ) ავადობა (incidence - ინგ. შემთხვევა), რაც გულისხმობს ადამიანის სიცოცხლეში პირველად გამოვლენილ დაავადებას, რომელიც ადრე არ იყო რეგისტრირებული (ყველა მწვავე დაავადება, მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი მათგანი წლიწინაში შეიძლება რამდენჯერმე განმეორდეს, ქრონიკული დაავადებები, რომლებიც შეიძლება შემთხვევით პირველად გამოვლინდეს, მაგალითად, ექიმთან ვიზიტის დროს და ა.შ.).

პირველადი ავადობის მაჩვენებელი გამოითვლება შემდეგნაირად:

სიცოცხლეში პირველად გამოვლენილ და რეგისტრირებულ შემთხვევათა რიცხვი

x 1000

მოსახლეობის რაოდენობა

საერთო ავადობა (prevalence - ინგ. გავრცელება), ეს არის წლის განმავლობაში ყველა რეგისტრირებული დაავადება (როგორც პირველადი, ასევე წინა წლებში გამოვლენილი შემთხვევები, რომელთა გამოც მოცემულ წელს პაციენტმა მიმართა ექიმს). ზოგ შემთხვევაში იხმარება ტერმინი დაავადებიანობა.

სასწრაფო შეტყობინების ბარათის საფუძველზე ეპიდემიოლოგი ამოწმებს ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციის ოპერატიულობას, მის კონტაქტებს, ატარებს ამ პირების მიმართ სხვა აუცილებელ ღონისძიებებს და ა.შ. საქართველოში ინფექციური დაავადებების დინამიკის შესწავლა გვაუწყებს, რომ მათი გავრცელება მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასთან.

თუ საუკუნის დამდეგს საქართველოში ინფექციური დაავადებების წილად მოდიოდა მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის შემთხვევათა საერთო რიცხვის 20%-მდე, ბოლო ხანს, მთლიანად იქნა ლიკვირებული ისეთი საშიში ინფექციები, როგორიცაა: შავი ჭირი, ყვავილი, შებრუნებული და პარტახტიანი ტიფები, მალარია და სხვ. მკვეთრად იკლო წითელატი, ყვიანახველით, ქუნთრუშით დაავადებამ. ათჯერ შემცირდა მუცლის ტიფი, დიფტერია და ბრუცელოზი. მასობრივი იმუნიზაციის ღონისძიებათა გატარების შედეგად თითქმის საბოლოოდ გაქრა პოლიომიელიტი. მიუხედავად ამისა, ბოლო წლებში შექმნილმა სიტუაციამ, აფხაზეთის ომით გამოწვეულმა მოსახლეობის მიგრაციული აქტივობის მკვეთრმა ზრდამ, ეკონომიკურმა პრობლემებმა, მოსახლეობის სანიტარული კულტურის დაბალმა დონემ ინფექციურ დაავადებათა გავრცელების რეალური საშიშროება შექმნა. სხვა პრობლემებთან ერთად სიტუაცია უკიდურესად დაამძიმა ინფექციურ დაავადებათა პირველადი პროფილაქტიკის ორგანიზებამ. სადღესოდ საერთაშორისო ჰუმანიტარული ორგანიზაციების დახმარებით ქვეყნის მოსახლეობის ვაქცინებით მომარაგება გაუმჯობესდა, მაგრამ ფართომასშტაბიანი და გეგმიური პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება, მათი სიძვირისა და არარეგულარული მოწოდების გამო, ვერ ხერხდება.

ჰოსპიტალიზებულით ავადობა ასახავს მონაცემებს იმ პაციენტებზე, რომლებიც სტაციონარში მკურნალობენ. ამკარაა, რომ ეს მაჩვენებელი მთლიანად მოსახლეობის ავადობის ჭეშმარიტ დონეზე მსჯელობის უფლებას არ გვაძლევს, რადგან ადამიანების უმრავლესობას ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის მანძილზე არ ესაჭიროება ჰოსპიტალური დახმარება. მიუხედავად ამისა, ჰოსპიტალიზებულით ავადობის შესწავლა აშუქებს მეტად მნიშვნელოვან საკითხებს: სტაციონარული საწოლების სპეციალიზაციას, პაციენტთა დაკმაყოფილების დონეს, დიაგნოსტიკის ხარისხს, სტაციონარული მკურნალობის ეფექტიანობას და სხვ., რაც ჰოსპიტალური დახმარების დაგეგმვასა და სწორ ორგანიზაციაში გვეხმარება.

უმთავრესი არაინფექციური დაავადებები სპეციალურ აღრიცხვასა და შესწავლას საჭიროებენ. მათ მიეკუთვნება: ტუბერკულოზი, ვენერიული დაავადებები, ფსიქიატრიული და ონკოლოგიური დაავადებები.

ავადობა დროებითი შრომისუნარობით წარმოდგენას გვაძლევს მომუშავე პირთა დაავადებებზე, რომლებიც შრომისუნარიანობის დაკარგვას იწვევენ. მომუშავე პირებს უტარდებათ დროებითი შრომისუნარობის ექსპერტიზა და საჭიროების შემთხვევაში გაიცემა საავადმყოფო ფურცელი (შრომისუნარობის ფურცელი, ბიულეტენი), რომელიც გაცდენილი სამუშაო დღეების ანაზღაურების უფლებას იძლევა.

დროებითი შრომისუნარობით ავადობის შეფასება ხდება შემდეგი ძირითადი მაჩვენებლების მეშვეობით:

- დაავადების შემთხვევათა სიხშირე, რომელიც გამოითვლება ყოველ 100 მომუშავეზე:

$$\frac{\text{დროებითი შრომისუნარობის შემთხვევათა რიცხვი}}{\text{მომუშავეთა რაოდენობა}} \times 100$$

- შრომისუნარობით გაცდენილი დღეთა რიცხვი:

$$\frac{\text{დროებითი შრომისუნარობის დღეთა რიცხვი}}{\text{მომუშავეთა რაოდენობა}} \times 100$$

საერთო ავადობის მაჩვენებელი გამოითვლება შემდეგნაირად:

$$\frac{\text{წლის განმავლობაში რეგისტრირებული ყველა დაავადება}}{\text{მოსახლეობის რაოდენობა}} \times 1000$$

მოსახლეობის საერთო ავადობის შესწავლისას უპირატესობას ანიჭებენ კვლევის ამორჩევით მეთოდს, რომელიც მიღებული მასალის სათანადო სტატისტიკური დამუშავების შემთხვევაში მონაცემების დიდ სისრულესა და სიზუსტეს უზრუნველყოფს. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ შერჩევითი მეთოდის გამოყენება გაცილებით ნაკლებ დანახარჯებს მოითხოვს.

ავადობის სტრუქტურა (ასაკის, სქესის, დაავადების, სოციალური ჯგუფების და სხვა). ეს მაჩვენებელი გამოითვლება ცალკეული პათოლოგიის ხვედრითი წილის დადგენით.

დაგროვილი ავადობის ცნება გულისხმობს რამდენიმე წლის (3-5 წელი) განმავლობაში რეგისტრირებულ დაავადებათა ჯამს.

ამ მაჩვენებლიდან, პირველადი ავადობის მაჩვენებელს ოპერატიული მნიშვნელობა აქვს, მისი ზრდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების მანიშნებელია. ეს მაჩვენებელი მკვეთრად რეაგირებს გარემო ცვლილებებზე, მაშინ, როცა საერთო ავადობის მაჩვენებელი უფრო მდგრადია გარემოს ფაქტორების ცვლილებების მიმართ და მისი ზრდა ყოველთვის არ მიუთითებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუარესებაზე.

ინფექციური ავადობა განსაკუთრებით საშიშია მოსახლეობისათვის. სწრაფი გავრცელების შესაძლებლობის გამო ინფექციურ დაავადებათა კერების სალიკვიდაციოდ აუცილებელია სპეციალური სასწრაფო ზომების მიღება. ამიტომ ინფექციურ დაავადებათა ზუსტ და სწრაფ აღრიცხვას დიდი პრაქტიკული და ოპერატიული მნიშვნელობა აქვს.

ეს აღრიცხვა ყოველმხრივი უნდა იყოს, ე.ი. საჭიროა ინფექციური დაავადების თითოეული შემთხვევის გამოვლენა და აღრიცხვა. გარდა ამისა, აღრიცხვა უნდა იყოს სასწრაფო: ყველა ახალი შემთხვევა საჭიროებს დაუყოვნებლივ რეგისტრირებას მისი გამოვლენისთანავე. ეპიდემიოლოგს უნდა ჰქონდეს ყოველდღიური ცნობა ინფექციური დაავადების შემთხვევათა შესახებ. განსაკუთრებით, თუ საქმე საშიშ ინფექციებს ეხება.

არსებული წესის მიხედვით, მწვავე გადამდებ დაავადებათა აღრიცხვა სავალდებულოა. თითოეული სამედიცინო მუშაკი, რომელმაც გამოავლინა ინფექციური დაავადება, ვალდებულია, ამის შესახებ სასწრაფო შეტყობინება გაგზავნოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რეგიონულ ცენტრში. ასეთ შეტყობინებას აგზავნიან მუცლის ტიფის, შებრუნებული და პარტახტიანი ტიფების, წითელას, ქუნთრუმას, დიფთერიის აღმოჩენის შემთხვევაში. ასევე, ექიმს ევალება, შეატყობინოს ჯანმრთელობის ცენტრს პარატიფის, ბაცილური ტუბერკულოზის, ციმბირის წყლულის, ქოთაოს, დიზენტერიის, ეპიდემიური მენინგიტის, ენცეფალიტის, ტულარემიის, ბრუცელოზის, ტეტანუსის, ცოფის, ინფექციური სიყვილის, ყვიანახველის, ტოქსიკური დისპეფსიის აღმოჩენის ფაქტის შესახებ, იგივე შეეხება ტკიპებით გამოწვეული დისპეფსიის ან ამ დაავადებებზე ეჭვის მიტანის შემთხვევებს. განსაკუთრებით საშიში დაავადებების — ნატურალური ყვავილის, შავი ჭირის, ქოლერის, კეთრის გამოვლენის შემთხვევაში სპეციალური ღონისძიებები ხორციელდება.

- ერთი შემთხვევის საშუალო ხანგრძლივობა:

დროებითი შრომისუნარობის დღეთა რიცხვი

დროებითი შრომისუნარობის შემთხვევათა რიცხვი

- დროებითი შრომისუნარობის შემთხვევების ჯერადობა:

შემთხვევათა რაოდენობა

ავადმყოფ პირთა რაოდენობა

დროებითი შრომისუნარობის მაჩვენებლების ანალიზი ამ მაჩვენებლების შესამცირებლად ეფექტური ღონისძიებების შემუშავების საშუალებას გვაძლევს.

წელიწადში - 4-ჯერ და მეტად შრომისუნარობის ფურცელზე მყოფი პირი მიჩნეულია ხშირად მოავადედ, ხანგრძლივად მოავადედ კი ის პირი, რომელსაც წელიწადში ავადმყოფობის გამო 40 დღეზე მეტი აქვს გაცდენილი.

4.3. სამედიცინო გასინჯვებით გამოვლენილი ავადობა

ექიმთან მოსახლეობის მიმართვიანობის საფუძველზე გამოვლენილი დაავადებების რეგისტრაციას არ შეუძლია მათი აღრიცხვის სისრულის უზრუნველყოფა, განსაკუთრებით თუ საქმე ქრონიკულ პათოლოგიას ეხება. ამიტომ მიმართვის წესით ავადობის აღრიცხვის გარდა, ამა თუ იმ დაავადების არსებობასა და გავრცელებას მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის მასობრივი სამედიცინო შემოწმების გზით ავლენენ.

ამ სახის შემოწმებები საქართველოში უკვე 60 წლის მანძილზე ტარდება, ძირითადად, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის ბაზაზე. რამდენიმე სახის სამედიცინო შემოწმებას არჩევენ. ყოველ მათგანს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობაში დაავადებათა გავრცელებისა და მიღებული მონაცემების საფუძველზე სათანადო საორგანიზაციო ღონისძიებების განხორციელების საქმეში.

მიუხედავად სერიოზული ფინანსური პრობლემებისა, პროფილაქტიკური შემოწმებების განხორციელება დღესაც ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებს ევალება, თუმცა უნდა დავძინოთ, რომ მათი უმეტესობა, ძირითადად, ფორმალურ ხასიათს ატარებს.

წინასწარი პროფილაქტიკური გასინჯვები ითვალისწინებს კომპლექსური სამედიცინო შემოწმების ჩატარებას მოსახლეობის გარკვეული კონტინგენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების მიზნით. იგი, აგრეთვე, ითვალისწინებს საექსპერტო დასკვნის გაკეთებას, რათა დადგინდეს, შეუძლია თუ არა კონკრეტულ პიროვნებას კონკრეტული სამუშაოს შესრულება (მაგალითად, შესაძლებელია თუ არა ამა თუ იმ პათოლოგიის მქონე პიროვნების მუშაობა გარკვეულ ადგილზე ან სწავლა კონკრეტული სპეციალობით, გასაგებია, რომ, თუ აბიტურიენტს ფიზიკური ნაკლი გააჩნია, იგი ვერ ისწავლის ფიზიკულტურის ინსტიტუტში ან მეტყველების დარღვევების მქონე პიროვნებას გაუჭირდება პედაგოგობა), როგორი უნდა იყოს სადაზღვევო გადასახადი (გასაგებია, რაც უფრო მძიმედ არის დაავადებული პიროვნება, მით უფრო იზრდება ვარაუდი, რომ მას დასჭირდება ძვირადღირებული მეურნეობა, ე.ი. სათანადოდ იზრდება სადაზღვევო რისკიც).

პერიოდულ პროფილაქტიკურ სამედიცინო გასინჯვებს ექვემდებარება ორგანიზებული მოსახლეობის დიდი ჯგუფები: ბავშვები (ბავშვების, საბავშვო ბაღებისა და საბავშვო სახლების აღსაზრდელები), მუშები, სკოლების, ტექნიკუმების მოსწავლეები, წვევამდელები, სტუდენტები, სპორტსმენები და სხვ. ასეთი გასინჯვების შედეგად ვლინდება

გამოკვლევულთა ფიზიკური განვითარებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის დონე, ამა თუ იმ დაავადების არსებობა, მათ შორის, ცალკეული ორგანოსა და სისტემის პათოლოგიური ცვლილებები და ქრონიკულ დაავადებათა საწყისი ფორმები.

ჯანმრთელი პირების განსაზღვრული კონტინგენტის პროფილაქტიკური ან პერიოდული სამედიცინო გასინჯვები დისპანსერული მუშაობის სავალდებულო შემადგენელი ნაწილია.

გეგმიური მიზნობრივი მასობრივი გასინჯვები ტარდება ცალკეული დაავადების, განსაკუთრებით ტუბერკულოზის, ონკოლოგიური, ენდოკრინული, გულ-სისხლძარღვთა და ზოგიერთი სხვა დაავადების გამოვლენისათვის.

მიზნობრივი სამედიცინო გასინჯვები გულისხმობს მოსახლეობის გამოკვლევის ჩატარებას ამა თუ იმ კონკრეტული დაავადების გამოვლენის მიზნით.

4.4. ავადობის შესწავლა სიკვდილის მიზეზების მიხედვით

ამ მეთოდით ავადობის შესწავლის ძირითად ღოკუმენტს წარმოადგენს „საექიმო მოწმობა სიკვდილის შესახებ“, რომელსაც ავსებს მკურნალი ექიმი. მასზე აღნიშნულია სიკვდილის უშუალო მიზეზი, ძირითადი დაავადება, რამაც სიკვდილი და თანმხლები დაავადებები გამოიწვია.

სიკვდილის მიზეზების მონაცემებით შესწავლილი ავადობა ხშირად სრულად ვერ ასახავს მოსახლეობაში ფართოდ გავრცელებულ დაავადებებს, რომლებიც ლეტალობას არ იწვევენ. ამ გზით ავადობის შესწავლისას არადეკვატური წარმოდგენა იქმნება მცირე და საშუალო ლეტალობის გამომწვევ დაავადებათა გავრცელებაზე (მაგ. გავა-წელის რადიკულიტი). მსჯელობა მოსახლეობის საერთო ავადობის ინტენსიობაზე მარტო სიკვდილის კოეფიციენტის მიხედვით არ შეიძლება. ის გამოიყენება, როგორც დამატებითი მასალა, იგი ავსებს მიმართვიანობით მიღებულ მასალას ბინაზე გარდაცვლილთა მონაცემებით, გვიქმნის საფუძველს, შევიმუშავოთ საზოგადოებრივი, სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებები სიკვდილიანობის შესამცირებლად.

4.5. ავადობის შესწავლის შედეგების ინტერპრეტაცია

მიუხედავად მოსახლეობის ავადობის კვლევის მეთოდების მრავალფეროვნებისა, განსაკუთრებული ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ არც ერთი ცალკე აღებული შედეგი არ გვაძლევს სრულ წარმოდგენას არსებულ სიტუაციაზე. მხოლოდ სხვადასხვა მეთოდით მიღებული მონაცემების კომპლექსური შეფასების საფუძველზეა შესაძლებელი საბოლოო დასკვნების გამოტანა და სათანადო ღონისძიებების დაგეგმვა და გატარება. მაგალითისათვის მოვიყვანთ მონაცემებს, რომლებიც სხვადასხვა მეთოდით გამოკვლეული ავადობის სტრუქტურის თავისებურებებს შეეხება (ცხრილი 1).

აშკარაა, თუ დავეყრდნობით იმ მონაცემებს, რომლებიც მიღებულია მხოლოდ მოსახლეობის პროფილაქტიკური გასინჯვების საფუძველზე, გასაძლიერებელია სტომატოლოგიური დახმარება, მაშინ, როდესაც ჰოსპიტალიზებულთა ავადობის სტრუქტურის ანალიზიდან გამომდინარე, საჭიროა დამატებითი ქირურგიული საწოლების გაშლა, მაშინ, როდესაც გარდაცვალების მოწმობის მიხედვით, აუცილებელია კარდიოლოგიური სამსახურის გაფართოება და ა.შ. ამიტომ, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ავადობის მონაცემების კომპლექსური შეფასება და მიღებული შედეგების საფუძველზე საჭირო საორგანიზაციო ღონისძიებების გატარება.

ცხრილი 1

მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურის თავისებურებები კვლევის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებისას

პირველადი ავადობა		ჰოსპიტალიზებული ავადობა	
ინფექციური	- 20-30%	გულ-სისხლძარღვთა	- 30-40%
გულ-სისხლძარღვთა	- 20-23%	კუჭნაწლავის	- 8-11%
ნერვული	- 10-15%	გინეკოლოგიური	- 2-7%
კუჭნაწლავის	- 7-15%	ფილტვის	- 3-5%
საერთო ავადობა		დაინვალიდებული ავადობა	
გულ-სისხლძარღვთა	- 40-50%	გულ-სისხლძარღვთა	- 40-45%
კუჭნაწლავის	- 10-15%	ახალწარმონაქმნები	- 3-6%
გინეკოლოგიური	- 4-7%	ნერვული	- 6-9%
ფილტვის	- 5-15%	კუჭნაწლავის	- 3-5%
ავადობა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების მიხედვით		სკრინინგით გამოვლენილი ავადობა	
გულ-სისხლძარღვთა	- 50-60%	ნერვული	- 20-40%
ახალწარმონაქმნები	- 8-10%	გულ-სისხლძარღვთა	- 30-40%
ტრავმები	- 4-6%	კუჭნაწლავის	- 20-25%
კუჭნაწლავის	- 3-5%	ფილტვის	- 5-9%
დროებითი შრომისუნარობით		გადრმავეებული სამედიცინო გასინჯვებით გამოვლენილი ავადობა	
ნერვული	- 40-50%	ნერვული	- 20-40%
გულ-სისხლძარღვთა	- 20-25%	გულ-სისხლძარღვთა	- 30-40%
ინფექციური	- 7-20%	კუჭნაწლავის	- 18-25%
გინეკოლოგიური	- 6-12%	ფილტვის	- 6-10%

4.6. სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების ცნება

მხოლოდ ავადობის მონაცემების კომპლექსური სოციალურ-ჰიგიენური და კლინიკური შეფასება იმის საფუძველს იძლევა, რომ საბოლოო დასკვნა გამოვიტანოთ საჭირო საორგანიზაციო ღონისძიებების გატარების შესახებ. ავადობის შესწავლის პროცესში ხშირად გამოიყენება მრავალსაფეხურიანი კვლევა, რომელიც ითვალისწინებს მოსახლეობის გამოკითხვის მასალების ანალიზს, მიზნობრივი სამედიცინო შემოწმების ჩატარებას, სხვადასხვა წყაროდან მიღებული ინფორმაციის (გარდაცვალების მოწმობები, ავადმყოფთა ისტორიები, ამბულატორიული ბარათები და სხვ.) დამუშავებას. შეჯამებული მასალა საფუძველს გვაძლევს, დაავადების სოციალური მნიშვნელობა განვსაზღვროთ.

სოციალურად მნიშვნელოვანს მიეკუთვნება დაავადება ან დაავადებათა ჯგუფი, რომელიც განაპირობებს საზოგადოებაში დიდ და ზოგჯერ შეუქცევად ეკონომიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და პოლიტიკურ ზარალს.

ეს განმარტება გამოიყენება უფრო ძველი ტერმინის უმნიშვნელოვანესი ეპიდემიური და არაეპიდემიური ან სოციალურად საშიში დაავადებების გასაშიფრად, თუმცა, ამ შემთხვევაში უფრო ხშირად ვგულისხმობთ განსაკუთრებით საშიში ინფექციებით (შავი ჭირი, ტულარემია, ქოლერა და სხვ.) გამოწვეულ ზარალს.

დაავადებათა სოციალური მნიშვნელობა შეიძლება შემდეგი კრიტერიუმებით შეფასდეს:

- რამდენად გავრცელებულია დაავადება;
- რამდენად გადამდებია იგი;
- დაავადების გავრცელების სისწრაფე;
- რამდენად მძიმედ მიმდინარეობს;
- რამდენად მძიმე გამოსავალი აქვს;
- დაავადების საშუალო ხანგრძლივობა;
- რამდენად მძიმედ მოქმედებს შთამომავლობაზე (გენეტიკური დაავადებები, თანდაყოლილი მანკები და ა.შ.);
- როგორია დაავადების შედეგად მიყენებული სოციალური ზარალი;
- როგორია მკურნალობის ხარჯები;
- როგორია პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გატარების ხარჯები;
- როგორია სოციალურ დახმარებაზე გასაწევი ხარჯები;
- როგორია ქვეყნის სახალხო მეურნეობის სხვა დარგებისათვის მიყენებული ზარალი.

ზემოჩამოთვლილი კრიტერიუმების საფუძველზე შესაძლებელი ხდება საბოლოო დასკვნის გაკეთება, თუ რომელი პათოლოგიაა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მოცემულ დროს, მოცემულ ტერიტორიაზე და რა უნდა იქონოს საზოგადოებამ, რათა მოკლე დროში გამოსწორდეს მდგომარეობა.

გასაგებია, რომ საზოგადოების განვითარების ყოველ ეტაპზე ეს მიზნები იცვლება. მაგალითად, 80-იან წლებში აივ-ინფექციის გავრცელების საშიშროებასთან დაკავშირებით ჩვენს ქვეყანაში საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარებით გატარდა მთელი რიგი მსხვილმასშტაბიანი ღონისძიებები, რომლებმაც დადებითი შედეგი მოიტანა. მოგვიანებით დაფინანსების პრიორიტეტებმა გადაინაცვლა სხვა სფეროებზე – კერძოდ, ნარკომანიის პროფილაქტიკაზე. თავისთავად, მხოლოდ მოსახლეობის ავადობის ღრმა ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელი იქნის დადგენა, თუ რა პათოლოგია წარმოადგენს განსაკუთრებულ სოციალურად მნიშვნელოვან საზოგადოებისათვის მოცემულ დროში, რაც, საბოლოო ჯამში, საფუძველად ედება საჭირო საორგანიზაციო ღონისძიებების გატარებას.

4.7 ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაცია

ავადობის მონაცემები, მოსახლეობისა და მისი ცალკეული ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დახასიათების გარდა, აუცილებელია სამეურნეო პროფილაქტიკური ქსელის, კადრების დაგეგმვის, ჩატარებულ სამედიცინო ღონისძიებათა ეფექტიანობის დასადგენად.

ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დაავადებათა ერთიანი კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის შემუშავებას, რაც საშუალებას გვაძლევს, არამარტო გავაუმჯობესოთ ავადობის მასალების შესწავლის ხარისხი, არამედ განვსაზღვროთ დაავადებათა წარმოშობისა და განვითარების მექანიზმები, მოვახდინოთ ამა თუ იმ დაავადების გავრცელების სწორი პროგნოზირება. იგი, ასევე, ცალკეული ქვეყნის მონაცემების საერთაშორისო მონაცემებთან შედარების საშუალებას გვაძლევს.

დაავადებათა პირველი მეცნიერულად დასაბუთებული კლასიფიკაცია იტალიელმა პათოლოგ-ანატომმა **ჯ.მორგანმა** 1761 წელს შეიმუშავა. იგი ე.წ. ლოკალიზაციის პრინციპს ეფუძნებოდა. ამ კლასიფიკაციის შესაბამისად, ყველა დაავადება დაჯგუფდა ცალკეული ორგანოებისა და სისტემის მიხედვით. ამ პრინციპებზე დაყრდნობით სხვადასხვა ქვეყანაში მოგვიანებით შეიქმნა დაავადებათა და სიკვდილის მიზეზების

კლასიფიკატორები, რომელნიც გამოიყენებოდა თითქმის საუკუნის მანძილზე. მაგრამ მხოლოდ 1893 წელს ევროპის ქვეყნებისათვის შემუშავდა პირველი კლასიფიკატორი, რომელიც ცნობილია დაავადებათა და სიკვდილის მიზეზთა საერთაშორისო ნომენკლატურის სახელწოდებით. იგი დაფუძნებულია არა მხოლოდ დაავადების ლოკალიზაციისა და ეტიოლოგიის პრინციპზე, არამედ პათოგენეტიკური მექანიზმების გავლენასაც ითვალისწინებს.

თავდაპირველად კლასიფიკატორი მოიცავდა 14 კლასსა და 16 ჯგუფს, მაგრამ მოგვიანებით იგი გაფართოვდა. 1948 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გენერალურმა ასამბლეამ საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეექვსე გადასინჯვა (წინა რედაქციების დამტკიცება ხდებოდა საერთაშორისო კონგრესებზე) განახორციელა. კლასიფიკაციის პერიოდული გადასინჯვა ბოლო ათწლეულებში მიმდინარეობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ეგიდით ყოველ 10 წელიწადში ერთხელ. 1975 წელს დამტკიცდა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის IX გადასინჯვა, რომელიც ჩვენს ქვეყანაში 1986 წლიდან ამოქმედდა. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით ყველა დაავადება 17 კლასად და 1000-ზე მეტ ჯგუფად იყოფა.

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის IX გადასინჯვა

- I. ინფექციური და პარაზიტული დაავადებანი (001 - 139)
- II. ახალწარმონაქმნები (140 - 239)
- III. ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვების მოშლილობა, ნივთიერებათა ცვლისა და იმუნიტეტის დარღვევები (240 - 279)
- IV. სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებები (280 - 289)
- V. ფსიქიკური დაავადებები (290 - 319)
- VI. ნერვული სისტემისა და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები (320 - 359)
- VII. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები (390 - 459)
- VIII. სასუნთქი ორგანოების დაავადებები (460 - 519)
- IX. საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები (520 - 579)
- X. შარდსასქესო სისტემის დაავადებები (580 - 629)
- XI. ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გართულებები (630 - 679)
- XII. კანისა და კანქვეშა ქსოვილის დაავადებები (680 - 709)
- XIII. ძვალკუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები (710 - 739)
- XIV. თანდაყოლილი ანომალიები (განვითარების მანკები) (740 - 759)
- XV. პერინატალურ პერიოდში აღმოცენებული ცალკეული მდგომარეობანი (760 - 779)
- XVI. სიმპტომები, ნიშნები და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობანი (780 - 799)
- XVII. ტრავმები და მოწამვლები (800 - 999)

კლასიფიკაციის მეათე გადასინჯვის შედეგები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 1989 წელს განიხილა. იგი 1993 წელს შევიდა ძალაში, რომელშიც მთელი რიგი ცვლილებები შეიტანეს. კერძოდ, ცალკეულ კლასში გაერთიანებულია დაავადებები და სიკვდილის მიზეზები, რომელთაც აქვთ საერთო ეტიოლოგია (მაგალითად, ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები), პათოგენეზი (სიმსივნეები) და ლოკალიზაცია (ე.ი. ორგანოებისა და სისტემის მიხედვით ანუ ფუნქციურ-ფიზიოლოგიური პრინციპით). მასში გათვალისწინებულია პროფესიული დაავადებების ცალკე გამოყოფა, ვინაიდან მათი ჯგუფი უკანასკნელ წლებში მეტად გაფართოვდა. ასევე გათვალისწინებულია სამედიცინო საქმიანობით გამოწვეული მდგომარეობების გამოყოფა და ა.შ.

გადაწყდა, რომ დსკ-10-ს ეწოდოს „ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია“, თუმცა, შემოკლებით ისევ დსკ-10-ის სახელწოდება იხმარება.

დსკ-10 - „ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია“

- I. ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები (A00 - A99, B00 - B99)
- II. ახალწარმონაკმნები (C00 - C99, D00 - D49)
- III. სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებები, გარკვეული მოშლილობები, რომლებიც იმუნიტეტის დარღვევას იწვევს (D50 - D99)
- IV. ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვებითი მოშლა, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა (E00 - E99)
- V. ფსიქიკური დაავადებები, განვითარებისა და ქცევითი მოშლილობანი (F00 - F99)
- VI. ნერვული სისტემის დაავადებები (G00 - G99)
- VII. თვალისა და თვალბუდის დაავადებები (H00 - H59)
- VIII. ყურის დაავადებები (H60 - H99)
- IX. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები (I00 - I99)
- X. სასუნთქი სისტემის დაავადებები (J00 - J99)
- XI. საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები (K00 - K99)
- XII. კანისა და კანქვეშა ქსოვილის დაავადებები (L00 - L99)
- XIII. ძვალკუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები (M00 - M99)
- XIV. შარდსასქესო სისტემის დაავადებები (N00 - N99)
- XV. ფეხმძიმობა, მშობიარობა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდი (O00 - O99)
- XVI. პერინატალურ პერიოდში აღმოცენებული გარკვეული მდგომარეობები (P00 - P99)
- XVII. თანდაყოლილი დეფექტები, დეფორმაციები ქრომოსომული დაავადებები (Q00 - Q99)
- XVIII. სიმპტომები, ნიშნები, არატიპური კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, რომლებიც არსებულ კლასიფიკაციაში არ თავსდება (R00 - R99)
- XIX. შინაგანი მიზეზებით გამოწვეული ტრავმები, მოწამვლები და სხვა გარკვეული შედეგები (V00 - V99, W00 - W99)
- XX. დაავადებისა და სიკვდილიანობის შინაგანი ფაქტორები (X00 - X99, Y00 - Y99)
- XXI. სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (Z00 - Z99)

წინა კლასიფიკაციისაგან განსხვავებით, დსკ-10-ში დაავადებები იყოფა ასოითი და ციფრობრივი კოდის მეშვეობით (ასო ლათინური ანბანის მიხედვით და 2 ციფრი), მთლიანობაში კოდი ოთხნიშნაა (კლასის გათვალისწინებით). მისი დანერგვით კლასიფიკაციის მომხმარებელს კოდის ინფორმატიულობის ორჯერ გაზრდის საშუალება ეძლევა.

დსკ-10-ში გამოყენებული დაავადებების სახელწოდებანი შეესაბამება დაავადებათა საერთაშორისო ჩამონათვალს, რომელიც ასევე შედის დსკ-10-ში (საჭიროა მათი მკვეთრი განსხვავება, ვინაიდან ეს უკანასკნელი ასახავს ყოველი დაავადების კლინიკურად დასაბუთებულ სწორ დასახელებას, მაშინ, როდესაც დსკ-10-ის მეშვეობით შესაძლებელია მოხდეს ცალკეული პიროვნების ჯანმრთელობის დარღვევასთან დაკავშირებული მდგომარეობის კლასიფიკაცია). ამგვარად, დსკ-10 წარმოადგენს საერთაშორისო სტატისტიკურ სტანდარტს ნებისმიერი ჯანდაცვისა და საექსპერტო ორგანიზაციისათვის, ცალკეული ექიმისათვის, მაშინ, როდესაც დაავადებათა საერთაშორისო ჩამონათვალი – სტანდარტულ კლინიკური დიაგნოზების ჩამონათვალი იმ საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, რომლითაც ყველა პროფესიის ექიმმა უნდა იხელმძღვანელოს.

შეეხება გულმკერდის ფორმას, ის შეიძლება იყოს ნორმალური, ბრტყელი, ცილინდრული, კონუსისებრი, ქათმისებური ან ძაბრისებური.

ჯგუფური და ინდივიდუალური დაკვირვებების მაჩვენებლების შეფასება ხდება მათი შედარებით ფიზიკური განვითარების სტანდარტებთან, რომლებიც სპეციალური გამოკვლევის საფუძველზე მიიღება და ამა თუ იმ რეგიონისათვის პირობითი კრიტერიუმია 5-7 წლის განმავლობაში. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ინდივიდუალური ფიზიკური სტატუსის შეფასება, რომელიც ხდება შემდეგი ფორმულით:

$$\frac{v - x}{\sigma}$$

სადაც v - ინდივიდუალური პარამეტრია, x - საშუალო ასაკობრივი, ხოლო σ - სტანდარტული გადახრა.

ტოლობის შემთხვევაში ინდივიდუალური პარამეტრი შეესაბამება საშუალო ასაკობრივს, უარყოფითი პარამეტრის დროს ჩამორჩება ასაკობრივ პარამეტრს.

ფიზიკური განვითარების ძირითადი ნიშნების ჯამური შეფასების მიზნით ხშირად იყენებენ სხვადასხვა მკვლევარის მიერ დადგენილ ინდექსებს (მაგალითად, გამოხატავენ ფ.ერისმანის, პ.ბროკას და სხვათა ინდექსებს).

ფიზიკური განვითარების პარამეტრების ცოდნას ექიმისათვის საკმაოდ დიდი პრაქტიკული ღირებულება აქვს. ისინი ასრულებენ ე.წ. „ანთროპომეტრული მარკერების“ (რისკის ფაქტორების) როლს კლინიკური დიაგნოსტიკის სფეროში. გულმკერდის ფორმის მიხედვით ექიმმა შეიძლება გამოავლინოს მიდრეკილება ფილტვისმიერი დაავადებებისადმი, მენჯის ზომების მიხედვით, ექიმ-გინეკოლოგს შეუძლია შეარჩიოს სამშობიარო ტაქტიკა, ასევე შეიძლება დადგინდეს ამა თუ იმ პირის ვარგისიანობა სავალდებულო სამხედრო სამსახურისათვის და ა.შ.

5.3. ფიზიკური განვითარების შესწავლა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში

მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფების მონაცემების დამუშავება ხასიათდება რიგი თავისებურებით. კერძოდ, თუ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვების მონაცემებს მათი ფიზიკური განვითარების შესახებ მშობელი ან პედიატრი აზუსტებს ყოველი თვის მიხედვით, ერთი წლიდან ორ წლამდე ეს ხდება ყოველკვარტალურად. ორი წლიდან სამ წლამდე – ყოველი 6 თვის მიხედვით, მომდევნო ასაკიდან დაწყებული ზრდა-განვითარების დამთავრებამდე (ვაჟები – 23 წლამდე, გოგონები – 20 წლამდე) ყოველწლიურად, განსაზღვრული დროის მონაკვეთში (მაგალითად, სეზონების ან თვეების მიხედვით).

მოზრდილი მოსახლეობის ფიზიკური განვითარების შესწავლის დროს შეიძლება მასალის გაერთიანება 5 ან 10 წლის ინტერვალებით (მაგალითად, 25 წლიდან 30 წლამდე, 30-35 წლამდე და ა.შ.), მასალის დამუშავების დროს, განსაკუთრებით ბავშვებში, აუცილებელია ყოველი შესწავლილი პირის ასაკის ზუსტი გამოანგარიშება დაბადების დღიდან გამოკვლევის დღემდე (მაგალითად, 5 წლის ბავშვების ჯგუფს მიეკუთვნებიან ამ მეთოდის მიხედვით 4 წლისა და 6 თვეზე უფროსი ასაკის ბავშვები 5 წლისა და 6 თვის შესრულებამდე).

ბავშვთა მოსახლეობის ფიზიკური განვითარების ამსახველი მაჩვენებლები მჭიდროდაა დაკავშირებული სოციალურ გარემოსთან.

თავი 5. მოსახლეობის ფიზიკური განვითარება

5.1. შესავალი

ფიზიკური განვითარება წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ობიექტურ მაჩვენებელს. იგი გულისხმობს ორგანიზმის ფორმირებისა და განვითარებისათვის დამახასიათებელ მორფოლოგიურ და ფუნქციურ ნიშანთა ერთობლიობას. ფიზიკური განვითარების მონაცემები გამოიყენება, როგორც ზოგადად ჯანმრთელობისა, ასევე ცალკეული პიროვნების ფიზიკური განვითარების თავისებურების შეფასებისათვის.

ადამიანის ფიზიკური განვითარება, გარდა მემკვიდრეობით შეძენილი და თანდაყოლილი თვისებებისა, დამოკიდებულია ცხოვრებისა და შრომის პირობებზე. მათი გაუმჯობესება დადებით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ფიზიკურ განვითარებაზე. დადგენილია პირდაპირი კავშირი მოსახლეობის ფიზიკურ განვითარებასა და ჯანმრთელობის ამსახველ ძირითად მაჩვენებელს შორის და პირიქით, მრავალი გამოკვლევით დადგენილია ფიზიკური განვითარების კავშირი ქრონიკული ხასიათის ხანგრძლივად მიმდინარე ისეთ დაავადებებთან, როგორიცაა რაქიტი, ტუბერკულოზი, დისტროფია და სხვ. ამასთან, ხანმოკლე ავადმყოფობა, მათ შორის მწვავე ინფექციური დაავადებებიც, მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს ფიზიკურ განვითარებაზე.

ჩვენში ბავშვთა ფიზიკურ განვითარებაზე მეთვალყურეობა დაბადებიდანვე იწყება, ჯერ კიდევ სამშობიარო სახლში. შემდგომ ბავშვთა პოლიკლინიკების პერსონალი ახორციელებს ბავშვთა ფიზიკური განვითარების შემოწმებას. ამავე წესით ატარებენ კონტროლს ფიზიკურ განვითარებაზე ბავშვთა ბაგებსა და ჩვილ ბავშვთა სახლებში.

5.2. მოსახლეობის ფიზიკური განვითარების შესწავლის გზები

ფიზიკური განვითარების შესაფასებლად იყენებენ შემდეგ პარამეტრებს:

ანთროპომეტრული – სიმაღლე, წონა, გულმკერდის გარშემოწერილობა და ა.შ.

სომატოსკოპიური – აღნაგობა, გულმკერდის ფორმა, კანის საფარველი, კუნთებისა და ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარება, მეორადი სასქესო ნიშნების გამოხატულება, ტერფის ფორმები და ა.შ.

ფიზიომეტრული – ცალკეულ ორგანოთა ფუნქციური მდგომარეობის განსაზღვრა, როგორიცაა ფილტვების სასიცოცხლო ტევადობა, კუნთური ძალა.

ფიზიკური განვითარების შესწავლისას ორ ძირითად მიზანს ისახავენ:

- ფიზიკური განვითარების დონის განსაზღვრასა და სათანადო მაჩვენებლების (ნორმები ანუ სტანდარტები) შემუშავებას;
- მოსახლეობის ფიზიკური განვითარების და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველ სხვა მაჩვენებლების დინამიკურ შესწავლას გარემოსა და სოციალური პირობების თავისებურებების გათვალისწინებით.

ფიზიკური განვითარების შეფასების მეთოდთა, მიუხედავად მისი სიმარტივისა, დიდ სიზუსტეს, ტექნიკის კარგ დაუფლებასა და კვლევის სწორ ორგანიზაციას მოითხოვს.

ფიზიკური განვითარების გამოკვლევის მონაცემები მუშავდება ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდების გამოყენებით (ისაზღვრება ყოველი ნიშნის საშუალო ცდომილება, საშუალო კვადრატული გადახრა, რეგრესიისა და კორელაციის კოეფიციენტები). ფიზიკური განვითარების ძირითად აღწერილობით ნიშნებს აფასებენ 3-ბალიანი სისტემით: სუსტი განვითარების, საშუალო განვითარების, კარგი განვითარების. რაც

მაგალითად, სხვადასხვა გამოკვლევის მიხედვით, 1928 წლიდან 1941 წლამდე სკოლამდელი ასაკის ბავშვთა ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები განუწყვეტლივ უმჯობესდებოდა, შემდეგ – ომის წლებში – ერთგვარი ჩამორჩენა აღინიშნა, მაგრამ უკვე 1944-1948 წლებში ბავშვთა ფიზიკური განვითარების მონაცემებმა რამდენადმე გადააჭარბა ომამდელ პერიოდს. 1950 წლიდან ბავშვთა ფიზიკური განვითარების ტემპი უფრო დაჩქარდა, განსაკუთრებით 80-იანი წლების დამდეგს (ცხრილი 2).

ფიზიკური განვითარების შესწავლა ბავშვთა და მოზარდთა ექიმების მუშაობის აუცილებელი ელემენტია. ეს ეხება არამარტო სამკურნალო-პროფილაქტიკურ, არამედ ყველა სახის სასწავლო და აღმზრდელობით დაწესებულებას.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვთა და მოზარდთა ზრდის პროცესისადმი კონტროლი, ფიზიკურად სუსტ ბავშვთა დროული გამოვლენა და გაჯანსაღება.

5.4 აქსელერაცია

აქსელერაცია (Acceleratio - ლათ. დაჩქარება) – შედარებით ახალი მოვლენაა და გამო-ხატავს მოცემული თაობის ბავშვთა და მოზარდთა ზრდისა და საერთო განვითარების დაჩქარებით წინა თაობებთან შედარებით. არსებული ტერმინი შემოიღო ე.კოხმა 1935 წელს, რომელმაც შეადარა 1830 წელს და 1920 წელს ევროპაში დაბადებულ ბავშვთა ანთროპოლოგიური მონაცემები. ე.კოხმა დაასკვნა, რომ 90 წლის მანძილზე ახალშობილთა ზომამ, საშუალოდ, 0,5-1,0 სმ-ით და წონამ, საშუალოდ, 50-100 გრამით მოიმატა. ამ კვლევის ჩატარებას ხელი შეუწყო ახალშობილთა ზომა-წონის აუცილებელი რეგისტრაციის სისტემის არსებობამ გერმანიაში და ავსტრიაში, რომელიც XIX საუკუნის ოციან წლებიდან თითქმის შეუცვლელად მოქმედებს. მოგვიანებით, ანალოგიური ტენდენციები გამოვლინდა მსოფლიოს თითქმის ყველა რეგიონში.

დადგენილია, რომ აქსელერაციის პროცესი იწყება ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდში და არ შემოიფარგლება მხოლოდ ძვალ-კუნთოვანი სისტემის ზრდის დაჩქარებით, არამედ ხასიათდება ნაადრევი სქესობრივი მომწიფებითაც. ამასთან, გამოსახულად ჩამორჩება ზოგიერთი სისტემის (მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა, ნერვული) მომწიფება.

აქსელერაციის პროცესის დაჩქარების ძირითად მიზეზებია:

- ადამიანის ორგანიზმზე მოქმედი ჩვეული გარემოს მკვეთრი შეცვლა რადიაციული ფონის გაზრდა, ახალი სახის ქიმიური შენაერთების კონცენტრაციის მკვეთრი მომატება და ა.შ.);
- თანამედროვე ადამიანის ცხოვრების წესის და, განსაკუთრებით, კვების რეჟიმის შეცვლა (მაგალითად, კვების რაციონში ცხოველური წარმოშობის პროდუქტების შემცველობის გაზრდა);
- ციკლურ-ბიოლოგიური პროცესები (ჰეტეროზისი, გენეტიკური ფაქტორები, მოსახლეობის დიდი მასების გადაადგილება ომების, ურბანიზაციისა და სხვა აქტიური მიგრაციული პროცესების გამო).

მიუხედავად იმისა, რომ აქსელერაციის პროცესის საკმაოდ დიდი ხნის განმავლობაშია ცნობილი, მთელი რიგი პრობლემა დღესაც ნაკლებადაა შესწავლილი (მაგალითად, აქსელერაციის გავლენა გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიურ დაავადებათა გაახალგაზრდაებაზე, მათ გავრცელებაზე და სხვ.).

ცხრილი 2

ქობილის ბავშვთა მოსახლეობის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები

ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები	ბიჭები				გოგონები								
	ასაკი	1953წ.*	1963-64წ.**	1989წ.**	1953წ.*	1963-64წ.**	1989წ.**						
სიმაღლე (სმ)	7	118,5 ± 58	5,75	121±0,46	5,01	125,6±0,95	5,61	118,2±0,35	5,25	121,7±0,50	5,44	122,7±0,98	5,35
	8	122,2±0,50	5,20	127,1±0,46	5,55	130,3±0,85	5,01	121,7±0,45	5,70	125,8±0,44	4,96	128,5±0,87	4,57
	9	127,8±0,6	6,22	132,0±0,49	5,93	131,1±1,02	5,47	127,0±0,52	6,63	132,3±0,52	5,89	133,9±0,76	5,57
	10	131,3±0,49	6,50	137,6±0,49	5,73	141,1±1,05	5,99	130,6±0,45	5,57	135,6±0,52	6,07	139,5±1,25	6,27
	11	135,8±0,55	6,50	142,1±0,54	6,64	143,2±1,27	6,58	136,4±0,58	7,13	143,4±0,57	6,98	143,0±1,10	7,32
გულმკერდის გარშემოწერი- ლობა (სმ)	7	23,2±0,30	2,72	23,9±0,23	3,13	23,7±1,04	5,35	22,2±0,32	3,41	24,2±0,35	4,06	23,1±1,15	6,81
	8	24,4±0,27	2,78	26,8±0,33	4,91	26,9±0,75	4,35	23,4±0,26	3,28	25,8±0,34	3,83	25,7±0,83	4,38
	9	26,6±0,33	3,42	29,6±0,37	4,53	28,7±1,02	5,50	25,8±0,28	3,68	29,9±0,45	5,11	27,8±0,67	4,90
	10	28,9±0,29	3,88	33,2±0,44	5,23	33,5±1,45	7,48	28,1±0,26	3,33	32,4±0,46	5,43	31,9±1,21	6,08
	11	31,0±0,30	4,50	36,3±0,52	6,41	35,8±1,25	4,55	31,5±0,44	5,55	37,1±0,45	6,14	36,0±1,02	6,76
წონა (კგ)	7	57,4±0,25	2,26	60,3±0,29	3,30	59,4±1,02	6,10	56,6±0,32	3,37	59,2±0,35	3,86	58,1±0,98	5,25
	8	58,1±0,26	2,63	62,2±0,30	3,58	62,5±0,71	4,09	57,3±0,23	2,95	63,3±0,32	3,67	60,0±0,78	4,08
	9	60,8±0,30	3,04	64,5±0,31	3,71	64,5±0,93	5,01	59,3±0,25	3,16	63,5±0,39	4,44	62,5±0,69	5,07
	10	62,9±0,23	3,05	67,1±0,35	4,11	68,1±1,12	5,85	61,1±0,28	3,43	65,7±0,41	4,87	65,4±1,08	5,44
	11	64,8±0,30	3,50	69,7±0,41	5,02	70,1±0,76	3,93	63,3±0,34	4,27	69,6±0,42	5,16	68,3±0,94	6,21

ბოლო წლებში, რიგი მკვლევარის აზრით, დაწყებულია საპირისპირო პროცესი, ე.წ. **დეცელერაცია** (Deceleratio ლათ. – შენელება), რომელიც მოსახლეობის ანთროპომეტრული მაჩვენებლების და კერძოდ, ზომა-წონის ზრდის ტემპის შენელებაში გამოიხატება. მართალია, ეს პროცესი გაცილებით ნაკლები ინტენსივობით ხასიათდება, ვიდრე წინა თაობებში მიმდინარე აქსელერაცია, მაგრამ შემჩნეულია, რომ, მაგალითად, იაპონელი მოზარდები, რომლებმაც მეოცე საუკუნეში, საშუალოდ, 12 სანტიმეტრი მოიმატეს, ამჟამად 2,5 სანტიმეტრით უფრო დაბლები არიან, ვიდრე წინა თაობის წარმომადგენლები.

ისევე, როგორც აქსელერაციის პროცესი, დეცელერაციაც ვერ პოულობს საბოლოო ახსნას, მიუხედავად მრავალრიცხოვანი კვლევებისა, რომლებიც ამ კუთხით ხორციელდება.

თავი 6. ინვალიდობა. როგორც ჯანმრთელობის ანაზღაურების ძირითადი პრინციპი

6.1. შესავალი

ინვალიდობა (invalidus - ლათინური - სუსტი, უძლური) გულისხმობს პიროვნების დაავადებით ან ანატომიური დეფექტით განპირობებულ მყარ შრომისუნარიანობას, რაც ხელს უშლის პიროვნებას, შეასრულოს პროფესიული მოვალეობები ხანგრძლივი დროის მანძილზე ან მუდმივად. განსაკუთრებული ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ მიუხედავად მრავალი შეზღუდვისა, რომელიც განპირობებულია ინვალიდობით, საზოგადოება ვალდებულია, ყველაფერი იღონოს მოსახლეობის ამ ნაწილისათვის ღირსეული პირობების შესაქმნელად. თვით ტერმინი „ინვალიდი“ უკვე მიუთითებს პიროვნების გარკვეულ განსხვავებულობას საზოგადოების სხვა წევრებთან შედარებით. ამიტომ, ბოლო წლებში ჩვენში დამკვიდრდა ისეთი ცნებები, როგორიცაა „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე“, „განსხვავებული მოთხოვნილებების მქონე“ ადამიანები.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების პრობლემა, ერთი შეხედვით, გარკვეულად შენიღბულია ჩვენს საზოგადოებაში, მაგრამ მისი მნიშვნელობა დღითიდღე იზრდება. საკმარისია აღინიშნოს, რომ 2002 წლის მონაცემებით საქართველოში აღირიცხა 194 ათასამდე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი (მათ შორის 20 ათასზე მეტი ბავშვი), რომლებზედაც გაიცემოდა პენსია. 1995 წელთან შედარებით ეს მონაცემები 10%-ით გაიზარდა, რაც აშკარად მიუთითებს ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითადი პარამეტრების გაუარესებაზე.

მიზეზების მიხედვით პიროვნების შესაძლებლობების მყარი შეზღუდვა იყოფა:

- **საერთო დაავადებებით** განპირობებული ინვალიდობა;
- **პროფესიული დაავადებით** განპირობებული ინვალიდობა;
- **ბავშვობიდან ინვალიდობა;**
- **სამხედრო სამსახურთან** დაკავშირებული ინვალიდობა.

6.2. ინვალიდობის ჯგუფები

იმისდამხედვით, თუ რამდენადაა გამოხატული შრომისუნარიანობის დაკარგვა, გამოიყოფა ინვალიდობის სამი ჯგუფი.

I ჯგუფი მიენიჭება მძიმე ქრონიკული დაავადებების ან კომბინირებული ანატომიური დეფექტების მქონე პირებს, რომლებიც მუდმივ მომვლელს საჭიროებენ. I ჯგუფის ინვალიდების ნაწილს ზოგჯერ შეუძლია სამუშაოს შესრულება სპეციალურად შექმნილ პირობებში ან ბინაზე (მაგალითად, ბრმები). ამ ჯგუფს მიაკუთვნებენ პირებს შრომისუნარიანობის 90-100%-ით დაკარგვის შემთხვევაში.

II ჯგუფი მიენიჭება პირებს, რომელთაც მუდმივად ან ხანგრძლივად დაკარგეს შრომისუნარიანობა, მაგრამ შეუძლიათ სამუშაოს გარკვეული მოცულობის შესრულება შემსუბუქებულ პირობებში. ამ ჯგუფს მიეკუთვნებიან პირები, რომლებმაც დაკარგეს შრომისუნარიანობა 60%-ით.

თუ I ჯგუფის დადგენის შემთხვევაში საკმარისად იშვიათია შეცდომები, II და, განსაკუთრებით, III ჯგუფის ინვალიდობის დადგენა ექიმი-ექსპერტის დიდ გამოცდილებასა და ცოდნას მოითხოვს. მაგალითად, მარცხენა მტევნის დაზიანება ძირითადი ფუნქციების შენარჩუნებით, შესაძლოა, როგორც ინვალიდობის მეორე (მაგალითად, პიანისტს, რომელიც ვერ აგრძელებს ტრავმის გამო საკონცერტო მოღვაწეობას), ასევე მესამე ჯგუფის (მაგალითად, სართავ-

სატრიკოტაჟო წარმოებაში მომუშავეს, რომელიც მტეხნის ტრავმის შემდგომ გადაადგილება უფრო იოლ სამუშაოზე) მინიჭების საფუძველად მიიჩნიონ.

III ჯგუფი მიენიჭება იმ პირებს, რომლებიც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო შედარებით დაბალი კვალიფიკაციის სამუშაოზე გადაყვანას საჭიროებენ. III ჯგუფის ინვალიდებს შეუძლიათ იმუშაონ სპეციალობის მიხედვითაც, მაგრამ განსაკუთრებული შედეგების არსებობისას. ამ ჯგუფის ინვალიდებს მიეკუთვნებიან პირები შრომისუნარიანობის 30%-ით დაკარგვის შემთხვევაში.

2002 წელს, ინვალიდობის განსაზღვრის მიზნით, საქართველოს სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის ბიუროებში გატარდა 56498 ადამიანი, რაც 10,5%-ით მეტია წინა წლებთან შედარებით. პირველადი მიმართებით შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირად ცნობილ იქნა 16024, მათ შორის უმეტესობა (77%) ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის პირებია. მკვეთრად გამოხატული შესაძლებლობის შეზღუდვა (I ჯგუფი) დაუდგინდა – 3575-ს, მნიშვნელოვნად გამოხატული შესაძლებლობების შეზღუდვა (II ჯგუფი) – 9371-ს, მაშინ, როდესაც ზომიერად გამოხატული შესაძლებლობის შეზღუდვა (III ჯგუფი) – 3078 პირს.

ნოზოლოგიური ჯგუფების მიხედვით საქართველოს მოსახლეობის დაინვალიდების სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს გულ-სისხლძარღვთა, ნერვული სისტემის დაავადებებს, ფსიქიკურ და ქცევით აშლილობებს, ავთვისებიან ახალწარმოქმნებს და სხვ. (ცხრილი 3).

ცხრილი 3

პირველადი დაინვალიდების სტრუქტურა საქართველოში (2002)

	სულ	%	ყოველ 100000 მოსახლეზე
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	3665	22,9	8,4
ნერვული სისტემისა და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები	1531	9,6	3,5
ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები	13999	8,7	3,2
სიმსივნეები	1328	8,3	3,0
ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	104	6,8	2,5
თვალის დაავადებები	2749	17,2	6,3
ენდოკრინული სისტემის დაავადებები	781	4,9	1,8
ტრავმები ყველა ლოკალიზაციის	1145	7,1	2,6
ტუბერკულოზი	432	2,7	1,0
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	558	3,5	1,3
სასუნთქი ორგანოების დაავადებები	467	2,9	1,1

2002 წელს შრომითი დასახიჩრებითა და პროფესიული დაავადებებით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირად ცნობილ იქნა მხოლოდ 98 ადამიანი (მათ შორის, შრომითი დასახიჩრებით – 59, პროფდაავადებით – 39). ოთხმოციან წლებში 500-მდე ადამიანს უდგინდებოდა ინვალიდობა, გამოწვეული პროფესიული დაავადებებით, მაშინ, როდესაც ასეთი შემცირება, ძირითადად, გამოწვეულია ქვეყანაში მრავალი საწარმოს ფუნქციონირების შეწყვეტით.

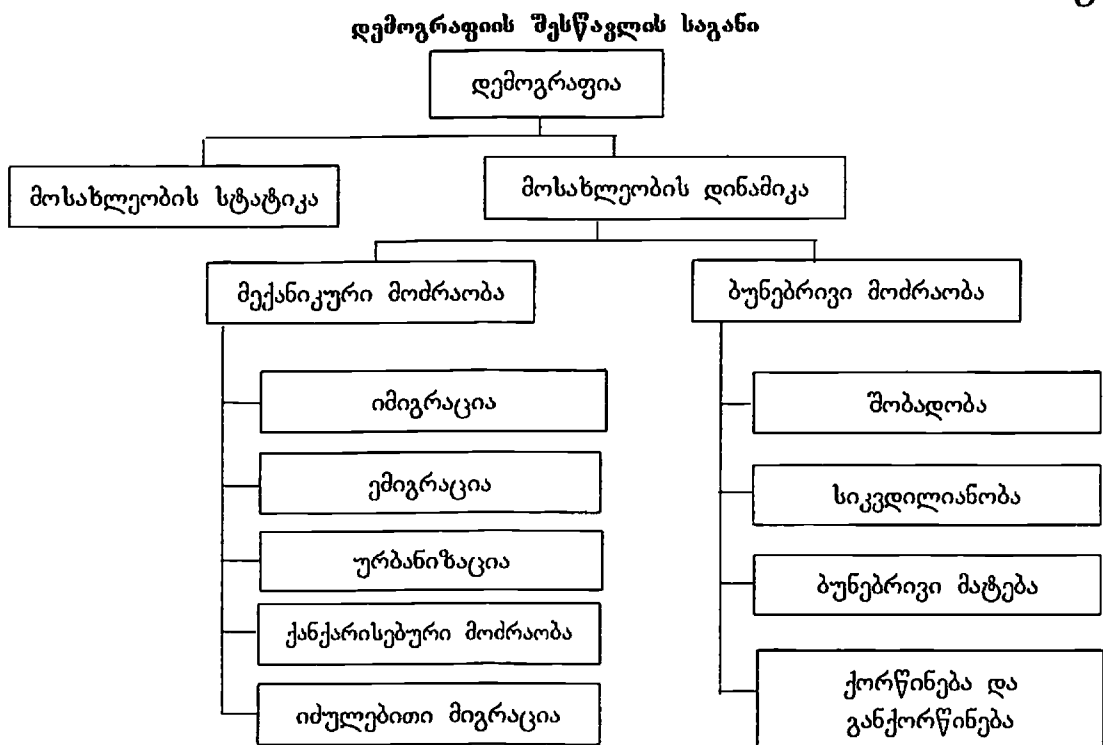
ზედმიწვევით სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა რაოდენობის გამოხატული ზრდა ჩვენს ქვეყანაში. კერძოდ, მხოლოდ ერთი წლის მანძილზე (2001-დან 2002 წლამდე) მათი რაოდენობა თითქმის 2000-ით გაიზარდა. გამოწვევე მიზეზთა შორის სჭარბობს თანდაყოლილი გონებრივი და ფიზიკური დეფექტები (70%), რაც ხშირ შემთხვევაში ნაკლებად ექვემდებარება აღდგენით მკურნალობას.

თავი 7. დემოგრაფიული განვითარება. როგორც ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორი

7.1 შესავალი

დემოგრაფია (Demos - ბერძნ. ხალხი, Graphos - აღწერა) არის მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის მოსახლეობის აღწარმოების პრობლემებს. დემოგრაფიაში ფართოდ გამოიყენება სტატისტიკური კვლევის მეთოდებიც, ამიტომ ამ მეცნიერებას მოსახლეობის სტატისტიკასაც უწოდებენ. დემოგრაფიული მონაცემების გათვალისწინება აუცილებელია საზოგადოების სოციალურ და ეკონომიკურ ურთიერთობათა ანალიზისათვის, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაწესებულებათა საქმიანობის შეფასებისათვის, საჭირო საორგანიზაციო ღონისძიებათა დაგეგმვისათვის და სხვ. (ნახატი 3).

ნახატი 3



ამგვარაა, რომ ქვეყნის ან ცალკეული რეგიონის დემოგრაფიული განვითარება მჭიდროდაა დაშორებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ზოგიერთი მაჩვენებელი კი ჯანმრთელობის ამსახველ ძირითად ინდიკატორს წარმოადგენს.

7.2. მოსახლეობის სტატისტიკა

მოსახლეობის **სტატისტიკა** (Status – ლათ. წონასწორობა, მდგომარეობა) ასახავს მოსახლეობის მდგომარეობას. იგი შეიცავს შემდეგ ძირითად ელემენტებს: მოსახლეობის რიცხვს, მის შემადგენლობას სხვადასხვა-ნიშნის (სქესის, ასაკის, პროფესიის, სოციალური წარმოშობისა და სხვ.) მიხედვით, დასახლების სიმჭიდროვეს და ა.შ. მოსახლეობის სტატისტიკის დამახასიათებელ მონაცემებს შეისწავლიან დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში.

თუ არ გვეცოდინება მოსახლეობის სტრუქტურა და, განსაკუთრებით, ასაკობრივი შემადგენლობა, ძნელია ვიმსჯელოთ არსებული დემოგრაფიული მაჩვენებლის შესახებ.

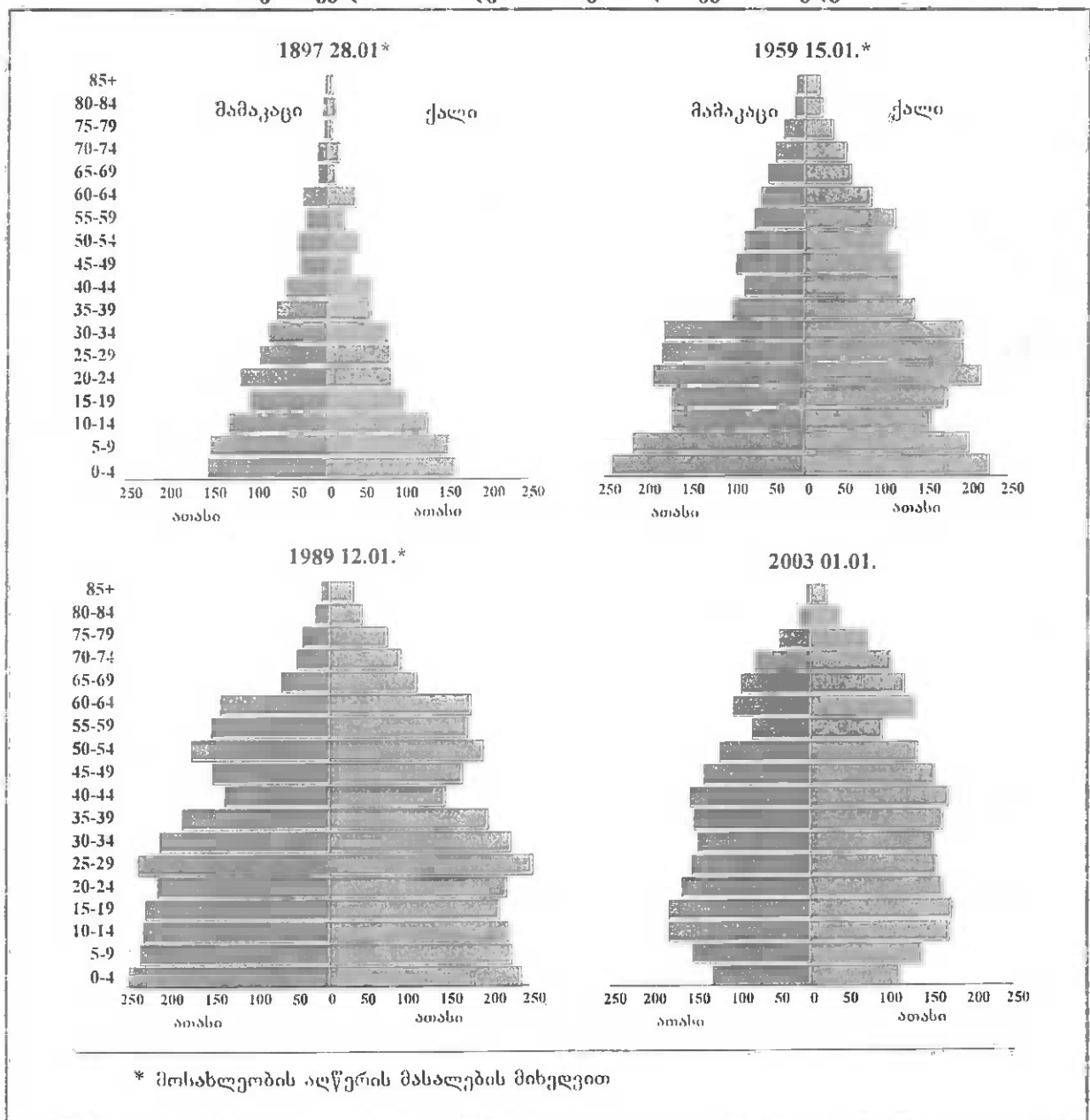
მსოფლიოს მოსახლეობაში მამაკაცებისა და ქალების რაოდენობა, დაახლოებით, თანაბარია, თუმცა სხვადასხვა სახელმწიფოში ან რეგიონში ეს შეფარდება შეიძლება რამდენადმე შეცვლილი იყოს. მაგალითად,

აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში, სადაც განსაკუთრებით მაღალია ქალთა სიკვდილიანობა, დაკავშირებული ორსულობასა და მშობიარობასთან (მაგალითად, ინდოეთი, ბანგლადეში, პაკისტანი), ქალების რიცხვი მამაკაცთა რიცხვზე ნაკლებია. მოსახლეობის სქესობრივ შემადგენლობაში განსაკუთრებული ცვლილებები შეაქვს ომებს (მამაკაცთა რაოდენობის მკვეთრი შემცირებით).

მოსახლეობის ნორმალური ასაკობრივი სტრუქტურა გულისხმობს მისი რიცხვის თანდათანობით შემცირებას ბავშვთა ასაკიდან უფროსი ასაკის ჯგუფებისაკენ. ჩვეულებრივად, ყველაზე მრავალრიცხოვანია ბავშვთა ასაკის მოსახლეობა და ყველაზე მცირეა ღრმა მოხუცებულთა ჯგუფი, თუმცა ზოგიერთ ქვეყანაში, შობადობის მკვეთრი კლების შედეგად უფროსი ასაკის პირთა ხვედრითი წილი ზედმიწევნით მაღალია. მეტი თვალსაჩინოებისათვის ვიყენებთ ე.წ. ასაკობრივ-სქესობრივ პირამიდას (ნახატი 4).

ნახატი 4

საქართველოს მოსახლეობა ასაკისა და სქესის მიხედვით



7.3. მოსახლეობის აღწერის სახეები

მოსახლეობის სტრუქტურა-ასაკობრივ სტრუქტურაზე ძლიერ გავლენას ახდენს ომები, სტიქიური მოვლენები, მიგრაცია. ამასთან, თუ მდიდარ ქვეყნებში მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურაში აღინიშნება ბავშვთა ასაკის შემცირება და ხანდაზმულთა ზვედრითი წილის ზრდა, ღარიბ ქვეყნებში ხდება პირიქით – მატულობს ბავშვთა მოსახლეობა.

მოსახლეობის რაოდენობისა და შემადგენლობის შესახებ ინფორმაციის მიღების ყველაზე სრულყოფილი და დამაჯერებელი მეთოდია აღწერის ჩატარება.

არჩევენ საყოველთაო აღწერებს, როდესაც აღწერაში ხვდება უკლებლივ ყველა მოსახლე, და სპეციალურ აღწერებს, როდესაც აღწერენ მოსახლეობის მხოლოდ ნაწილს – რომელიმე ნიშნის მიხედვით. მაგალითად, სასკოლო აღწერებში ხვდება მხოლოდ მოსწავლეები, საქალაქო აღწერებში მხოლოდ ქალაქის მოსახლეობა და ა.შ. სპეციალურ აღწერათა რიცხვს მიეკუთვნება, აგრეთვე, სამხედრო აღრიცხვა, საბევრო აღრიცხვა და სხვ.

ამჟამად საერთაშორისო შეთანხმებების მიხედვით საყოველთაო აღწერებს ცალკეულ ქვეყანაში ატარებენ 10 ან 5 წელიწადში ერთხელ. როგორც წესი, საყოველთაო აღწერებს აწარმოებენ მოკლე დროის განმავლობაში (2-3 დღე) და ამთავრებენ ერთდროულად მთელ სახელმწიფოში განსაზღვრულ დღესა და საათზე. აღწერის შეწყვეტის მომენტს აღწერის კრიტიკული მომენტი ეწოდება. საქართველოში მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა უკანასკნელად 2003 წელს ჩატარდა.

ცხრილი 4
მოსახლეობის ზრდის ტენდენციები
მსოფლიოში

წლები	მოსახლეობის რიცხვი
1 საუკუნე	200 მილიონი
500 წელი	200 მილიონი
1000	200 მილიონი
1650	500 მილიონი
1850	1.0 მილიარდი
1930	2.0 მილიარდი
1950	2.5 მილიარდი
1960	3.0 მილიარდი
1970	3.7 მილიარდი
1980	4.5 მილიარდი
1990	5.2 მილიარდი
2000	6.1 მილიარდი
2003	6.3 მილიარდი

2002 წლის მონაცემებით, მსოფლიოს მოსახლეობამ 6 მილიარდ 300 მილიონს მიაღწია. საპროგნოზო შეფასებით, 2015 წ. დედამიწაზე 8 მილიარდი ადამიანი იცხოვრებს (ცხრილი 4).

დედამიწის მოსახლეობის ძირითადი ნაწილი (5 მილიარდი) განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობს. მათ შორის თითქმის 65% – აზიაში. თუ განვითარებად ქვეყნებში შობადობის მაღალი ტემპი განაპირობებს სიკვდილიანობის ზრდას, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირებას, ევროპაში, იაპონიაში, ჩრდილოეთ ამერიკაში ეს პროცესები სხვა მიმართულებით მიმდინარეობს. შობადობის დაბალ მაჩვენებლებთან ერთად განვითარებულ ქვეყნებს ახასიათებს სიცოცხლის შენარჩუნების სწრაფვა განურჩევლად ასაკისა და სოციალური მდგომარეობისა, რისი მიღწევაც შე-

საძლებელი გახდა მოსახლეობის შრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობების მკვეთრი გაუმჯობესებით, სოციალური პროგრამების გაფართოებით, სახელმწიფო, საზოგადოებრივი, საქველმოქმედო და სადაზღვევო სახსრების რაციონალური გამოყენებით.

გასაგებია, რაც მეტია ხანდაზმული ასაკის პირთა ზვედრითი წილი ქვეყნის მოსახლეობის სტრუქტურაში, მით უფრო მეტი დანახარჯები ექნება საზოგადოებას მათი სამედიცინო და სოციალური უზრუნველყოფისათვის, მით უფრო მეტი დატვირთვა ექნება შრომისუნარიან მოსახლეობას, რომელიც, ძირითადად, ქვეყნის ღოვლათს ქმნის.

7.4. მოსახლეობის მოძრაობის სახეები

ყველა იმ დემოგრაფიულ პროცესს, რომლის შედეგად იცვლება მოსახლეობის რაოდენობა, მოსახლეობის დინამიკა ანუ მოძრაობა ეწოდება.

არჩევენ მოსახლეობის მოძრაობის სამ სახეს:

მექანიკურ მოძრაობას – (სხვანაირად რომ ვთქვათ, მოსახლეობის მიგრაციულ პროცესებს), რაც გულისხმობს მოსახლეობის გადაადგილებას, დაკავშირებულს საცხოვრებელი ადგილის, სამუშაოს ან სხვა გარემო პირობების შეცვლასთან.

სოციალურ მობილურობას ანუ ხალხის გადაჯგუფებას ერთი სოციალური ჯგუფიდან მეორეში.

ბუნებრივ მოძრაობას ანუ თაობათა შეცვლას, განსაზღვრულს მოსახლეობის შობადობითა და სიკვდილიანობით.

მექანიკური მოძრაობა (**მიგრაცია**) განსაზღვრავს მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის გადაადგილებას, რომელიც ამა თუ იმ რეგიონში მის რაოდენობრივ ან სტრუქტურულ ცვლილებებს იწვევს.

მიგრაციული პროცესები სერიოზულ გავლენას ახდენს საზოგადოებაში მიმდინარე სოციალურ პროცესებზე, მოქმედებს დაავადებათა წარმოშობასა და მათი გავრცელების ტემპზე.

ვარჩევთ მიგრაციის ორ ძირითად სახეს იმის გათვალისწინებით, მოსახლეობის გადაადგილება ქვეყნის შიგნით, თუ მის საზღვრებს გარეთ ხდება. თუმცა თანამედროვე პირობებში, როდესაც მთელ რიგ ქვეყნებს შორის საზღვრები პრაქტიკულად იშლება (მაგალითად, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ცენტრალურ ამერიკაში და ა.შ.), ეს დაჯგუფება პირობით ხასიათს ატარებს.

ქვეყნის გარეთ მიმდინარე მიგრაციულ პროცესებს მიეკუთვნება: **ემიგრაცია** (ერთი ქვეყნიდან მეორეში მუდმივად ან ხანგრძლივი დროით გადაადგილება) და **იმიგრაცია** (ქვეყანაში შემოსვლა მუშაობის დაწყების ან დასახლების მიზნით). თუ ემიგრაციისა და იმიგრაციის პროცესი მასობრივ ხასიათს ატარებს, იგი საკმაოდ დიდ პრობლემებს უქმნის, როგორც მოსახლეობას, ასევე თვით სახელმწიფოებსაც.

მაგალითად, ქუვეიტში, სადაც აღრიცხულია ქვეყნის 800 ათასი მოქალაქე, ორი მილიონი უცხოელი შრომობს. ქუვეიტის მოქალაქეებისაგან განსხვავებით, ჩამოსულებს ნაკლები ხელფასი ეძლევათ, მათ არ გააჩნიათ ქვეყანაში არსებული სოციალური დაზღვევით, მათ შორის სამედიცინო დახმარებით სრული სარგებლობის უფლება. იმიგრანტთა ნებისმიერი სახის პროტესტი არათანაბარი უფლებების წინააღმდეგ ქვეყნიდან მათი გაძევებით მთავრდება.

ქვეყნის შიგნით მიმდინარე მიგრაციულ პროცესებში, თავის მხრივ, გამოიყოფა ურბანიზაცია, სეზონური, ქანქარისებური და იძულებითი მიგრაცია.

ურბანიზაცია არის სოფლიდან ქალაქში მოსახლეობის გადაჯგუფება მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის გამოცვლის მიზნით. მიგრაციის ამ სახემ საქართველოში განსაკუთრებით იმატა 1920-1960 წლებში. ამ დროს ემთხვევა ქვეყანაში საწარმოო სიმძლავრეების მკვეთრი ზრდა, მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის მიღწევების ფართო დანერგვა, რაც დამატებითი მუშახელის მოზიდვას მოითხოვდა. თუ 1921 წელს საქართველოს მოსახლეობის სტრუქტურაში ქალაქის

არსებული მონაცემები გვაუწყებს, რომ წინა წლებთან შედარებით საქართველოს მოსახლეობა გამოხატულად შემცირდა, რაც, ძირითადად, განპირობებულია შობადობის მკვეთრი კლებით და ინტენსიური მიგრაციული პროცესებით (ცხრილი 5).

საყოველთაო აღწერის დროს მოსახლეობას აღწერენ გარკვეული ნიშნების მიხედვით. თითოეულ ადამიანზე ივსება სპეციალური სააღრიცხვო ბარათი, რომელშიც აღნიშნული კითხვების პასუხად შეაქვთ მოსახლეობისათვის დამახასიათებელი ძირითადი ნიშნები. მაგალითად, 2003 წელს საქართველოში ჩატარებული საყოველთაო აღწერის სააღრიცხვო ბარათებში შეტანილ იქნა შემდეგი ძირითადი კითხვები: გვარი, სახელი, მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი, სქესი, ეროვნება, მშობლიური ენა, განათლება, საქმიანობა. აღწერების მასალებზე დაყრდნობით შესაძლო ხდება ქვეყნის დემოგრაფიული განვითარების პერსპექტივის შეფასება.

ასაკობრივი შემადგენლობის მიხედვით მოსახლეობა შეიძლება დაიყოს შემდეგ ჯგუფებად: მწარმოებლური - 20-59 წ., ნახევრად მწარმოებლური - 15-19 წ. და 60-69 წ., არამწარმოებლური ასაკი - 0-14 წ. და 70 წ. და მეტი.

მოსახლეობის 60 წლისა და მეტი ასაკობრივი ჯგუფების ხვედრითი წილის მატებას მოსახლეობის დაბერება ეწოდება. გარდა ამისა, შესაძლებელია მოსახლეობის ტიპების განსაზღვრა.

პროგრესული ტიპი – როდესაც 0-14 წლის ასაკის პირთა რაოდენობა მეტია 60 წლისა და მეტი ასაკის პირთა რაოდენობაზე. დამახასიათებელია ქვეყნებისათვის, სადაც მაღალია შობადობის და, შესაბამისად, დაბალია საერთო სიკვდილიანობის მაჩვენებლები.

რეგრესული ტიპი – როდესაც 60 წლისა და მეტი ასაკის პირთა რაოდენობა მეტია 0-14 წლის ასაკის პირთა რაოდენობაზე. დამახასიათებელია ქვეყნებისათვის, სადაც დაბალია შობადობა და, შესაბამისად, მაღალია სიკვდილიანობა.

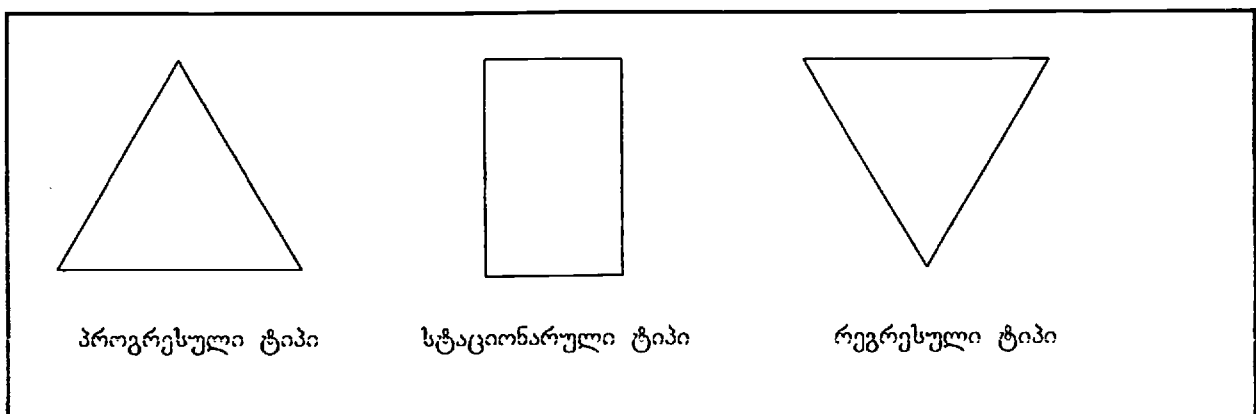
სტაციონარული ტიპი – როდესაც 0-14 წლის ასაკის პირთა რაოდენობა ტოლია 60 წლისა და მეტი ასაკის პირთა რაოდენობისა (ნახატი 5).

ცხრილი 5
საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა (ათასეებში)

წლები	საშუალო წლიური
1988	5 377.3
1989	5 405.9
1990	5 417.6
1991	5 420.9
1992	5 412.4
1993	5 397.7
1994	5 383.0
1995	5 374.3
1996	5 377.2
1997	5 388.5
1998	5 398.5
1999	5 100.7
2000	5 023.0
2001	4 746.1
2002	4 356.8

ნახატი 5

მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი პირამიდების პირობითი მოდელები



მოსახლეობა მხოლოდ 20%-ს შეადგენდა, 1989 წელს იგი 56%-ს აღემატებოდა, 2002 წელს კი - 65%-ს. ამავე დროს თბილისის მოსახლეობა 234 ათასიდან 1350 ათასამდე გაიზარდა.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში წარმოიშვა ე.წ. მეგაპოლისები (ცხრილი 6), რომლებიც სადღეისოდ უდიდესი პრობლემის წინაშე დგას (წყლის ნაკლებობა, გარემოს გაბინძურება, ტერიტორიის არარაციონალური გამოყენება, ე.წ. ცივილიზაციის დაავადებათა გავრცელება და ა.შ.).

თავისთავად მოსახლეობის ასეთმა მკვეთრმა ზრდამ წარმოშვა მთელი რიგი პრობლემებისა, რომელთა არსებობა აშკარა საფრთხეს უქმნის არამარტო ადამიანის ჯანმრთელობას, არამედ მის სიცოცხლესაც.

სეზონური მიგრაცია წარმოადგენს მოსახლეობის გადაადგილება ერთი რეგიონიდან მეორეში გარკვეული დროით (მაგალითად, სეზონურ სამუშაოზე გასვლა, დასასვენებლად გამგზავრება და ა.შ.). ექიმისათვის მიგრაციის ეს სახეობაც განსაკუთრებით საყურადღებოა, ვინაიდან მიგრანტების მეშვეობით შესაძლებელია ინფექციური, განსაკუთრებით, ვენერიული დაავადებების შემოტანა. მაგალითად, საქართველოში მომთაბარე მცხოვრელების მუშაკები, საშუალოდ, ორჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან ინფექციური დაავადებებით, ვიდრე სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის ჯგუფები.

ქანქარისებური მიგრაცია მოსახლეობის მოძრაობის ისეთი სახეა, როდესაც ადამიანები ყოველდღიურად ან ყოველკვირეულად მოკლე ვადით გადაადგილდებიან ერთი რეგიონიდან მეორეში (სამუშაოდ, დასასვენებლად და ა.შ.). ამ ტიპის მიგრაცია განსაკუთრებით დიდ პრობლემას წარმოადგენს მეგაპოლისებში, სადაც გარეუბნების მცხოვრებნი ხშირად ქალაქში განლაგებულ სამუშაო ადგილზე მისვლას ყოველდღიურად 2-4 საათს ანდომებენ. მიგრაციის ეს სახეც სერიოზულ გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. მაგალითად, დადგენილია, რომ ავადობა იმ პირთა შორის, რომლებიც ყოველდღიურად საზოგადოებრივ ტრანსპორტში 2,5 საათზე მეტს მგზავრობენ, 1,4-ჯერ მეტია, ვიდრე მოსახლეობის სხვა ჯგუფებში, თუ არაფერს ვიტყვით საგზაო ტრავმატიზმით გამოწვეული სიკვდილიანობის მატემაზე.

ძიულებითი მიგრაცია არის მოსახლეობის ომით, სტიქიური უბედურებით ან დაძალებით გამოწვეული გადაადგილება. ამ სახის მიგრაცია განსაკუთრებით დიდ ზიანს აყენებს ქვეყანას, მის მომავალს. საქმარისია გაეიხსენოთ აღმოსავლეთის მთელ რიგ ქვეყანაში განლაგებული ქართველთა კომპაქტური დასახლებები (ავღანეთი, პაკისტანი, ირანი, თურქეთი და სხვ.), სადაც სხვადასხვა ისტორიულ პერიოდში საქართველოდან დევნილი მოსახლეობის შთამომავლები ცხოვრობენ. მხოლოდ სამაჩაბლოდან და აფხაზეთიდან დროებით გადაადგილებულ პირთა რიცხვი 350 ათასზე მეტ კაცს აღემატება, რამაც გასაგები მიზეზების გამო საქართველოს უდიდესი ეკონომიკური და სოციალური ზარალი მიაყენა.

მოსახლეობის ყველა სახის ტერიტორიულ გადაადგილებას აღრიცხავენ არამარტო ადმინისტრაციული, არამედ ჯანდაცვის ორგანოებიც, ვინაიდან მიგრაციული აქტივობა დიდ გავლენას ახდენს ქვეყნის სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიურ მდგომარეობაზე. მიგრაცია ინფექციის გავრცელების რეალურ საშიშროებას ქმნის. ადამიანთა მასები ერთი ადგილიდან მეორეზე გადასვლის დროს ხშირად ეპიდემიის მიზეზი ხდებიან, დაავადება შეაქვთ ისეთ რეგიონში, სადაც იგი წინათ არ ყოფილა. მიგრაციულ პროცესებს თან მოჰყვება განთავსების ადგილების სანიტარიული მდგომარეობის მასიური გაუარესება, ფერხდება დემოგრაფიული პროცესები, ვინაიდან მიგრანტები საყოფაცხოვრებო მოუწყობლობის გამო დაგვიანებით ქორწინდებიან, თავს იკავებენ ბავშვის გაჩენაზე და ა.შ.

ცხრილი 6

მსოფლიოს უდიდესი ქალაქების მოსახლეობის რაოდენობა გარეუბნებით (2002 წ.)

ქალაქი (ქვეყანა)	მოსახლეობის რაოდენობა (მლნ)
ტოკიო (იაპონია)	34,5
ნიუ-ორკი (აშშ)	21,4
სეული (სამხ. კორეა)	20,3
მეხიკო (მექსიკა)	19,3
ბომბეი (ინდოეთი)	19,0
სან-პაულო (ბრაზილია)	18,5
ოსაკა (იაპონია)	17,9
ლოს-ანჯელესი (აშშ)	16,6
კაირო (ეგვიპტე)	14,7

მოსახლეობის ბუნებრივ მოძრაობას ასახავს ისეთი პროცესები, როგორიცაა შობადობა, სიკვდილიანობა, ბუნებრივი ნამატის, ქორწინება და განქორწინება.

მოსახლეობის ქორწინების, დაბადებისა და გარდაცვალების ფაქტის რეგისტრაცია უძველესი დროიდან იყო შემოღებული მაგალითად, ძველი ბაბილონის გათხრებისას აღმოჩენილ თიხის ფილებზე გაკეთებული წარწერების გაშიფვრამ გვაუწყა, რომ თითქმის 6 ათასი წლის წინ ხორციელდებოდა დაბადების, გარდაცვალებისა და ქორწინების რეგისტრაცია. ქრისტიანულ სამყაროში ეს მოვალეობა ეკლესიას ჰქონდა დაკისრებული. ეკლესიებში ინახებოდა სპეციალური მეტრიკული დავთრები აღნიშნული აღრიცხვების საწარმოებლად. დროთა განმავლობაში შობადობის, სიკვდილიანობისა და ქორწინების აქტის ჩაწერა სხვადასხვა სახელმწიფოში სამოქალაქო ორგანოებს მიანდევს.

ყველაზე ადრე მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის მონაცემების სამოქალაქო აღრიცხვა დაიწყო საფრანგეთში 1791 წელს, საქართველოში სავალდებულო სამოქალაქო რეგისტრაციამ შეცვალა მანამდე მოქმედი საეკლესიო აღრიცხვა 1921 წლიდან, ხოლო 1991 წლიდან, საქართველოს დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდგომ, აღრიცხვა ხორციელდება, როგორც მოსახლეობის მოქალაქეობრივი მდგომარეობის აქტების ჩამწერი ბიუროს (ე.წ. მმპრ-ის ბიუროს), ასევე საეკლესიო დავთრების მეშვეობით (თუ ჩატარდა ჯვრისწერის ან სხვა საეკლესიო რიტუალი). მმპრ-ის ბიუროში აღრიცხულ მონაცემებს შემდეგ ამუშავებს სახელმწიფო სტატისტიკის ორგანოები, რომლებიც საჭირო ცნობებს აწვდიან სხვადასხვა უწყებას, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებსაც.

მოქალაქეთა დაბადებისა და გარდაცვალების რეგისტრაციას, როგორც უკვე აღინიშნა, ატარებს მმპრ-ის ბიურო, რაც სამედიცინო დაწესებულებებიდან მიღებულ ცნობებს ეფუძნება – ბავშვის დაბადების – ცნობას იძლევა სამშობიარო სახლი,

ცხრილი 7

საქართველოს მოსახლეობის ბუნებრივი
მოძრაობის მაჩვენებლების დინამიკა
1000 სულ მოსახლეზე

წლები	ქორწინება	განქორწინება	შობადობა	სიკვდილიანობა	ბუნებრივი მატება
1990	6,7	1,4	17,1	9,3	7,8
1994	4,5	0,6	11,8	10,4	1,4
1995	4,4	0,6	11,9	10,4	1,5
1996	4,0	0,5	11,9	10,4	1,5
1997	3,5	0,5	11,9	10,5	1,4
1998	3,1	0,4	11,5	10,5	1,0
1999	3,0	0,4	10,9	10,6	0,3
2000	2,8	0,4	11,0	10,7	0,3
2001	3,0	0,4	10,8	10,5	0,3
2002	2,9	0,4	10,7	10,7	0

გარდაცვალების ცნობებს – საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები და ამბულატორიები, ხოლო ახალშობილთა სიკვდილის ცნობას – სამშობიარო სახლები.

სამედიცინო დაწესებულება საკუთარი პროფილის შესაბამისად აღრიცხავს გარკვეულ დემოგრაფიულ მონაცემებსაც. მაგალითად, სამშობიარო სახლები – შობადობას, ახალშობილთა და მშობიარეთა სიკვდილიანობას; პოლიკლინიკები – მოსახლეობის სიკვდილიანობას და სხვ. ეს მასალები, სახელმწიფო სტატისტიკის მასალებთან ერთად, პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოიყენება (მათი მეშვეობით ფასდება სამედიცინო დაწესებულებების მუშაობის ეფექტიანობა და ხარისხი, ხორციელდება დაგეგმვა და სხვ).

7.5. შობადობაზე მოქმედი ფაქტორები

შვილიანობა არა მხოლოდ პიროვნების ან ოჯახის საქმეა, არამედ მას საზოგადოებრივი, ეროვნული და სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობა ენიჭება. თუ შვილიანობა, ერთი შეხედვით, ცალკეული პიროვნების ან ოჯახის პრობლემად გვესახება, ქვეყნის მასშტაბით იგი საზოგადოებრივ მნიშვნელობას იძენს. შობადობის დონე, მისი დინამიკა, კლების ან მატების ტენდენციის სასურველი მიმართულება დამოკიდებულია საზოგადოების ყველა რგოლზე. ამიტომ შობადობის მაჩვენებელი ინტეგრალურ ხასიათს

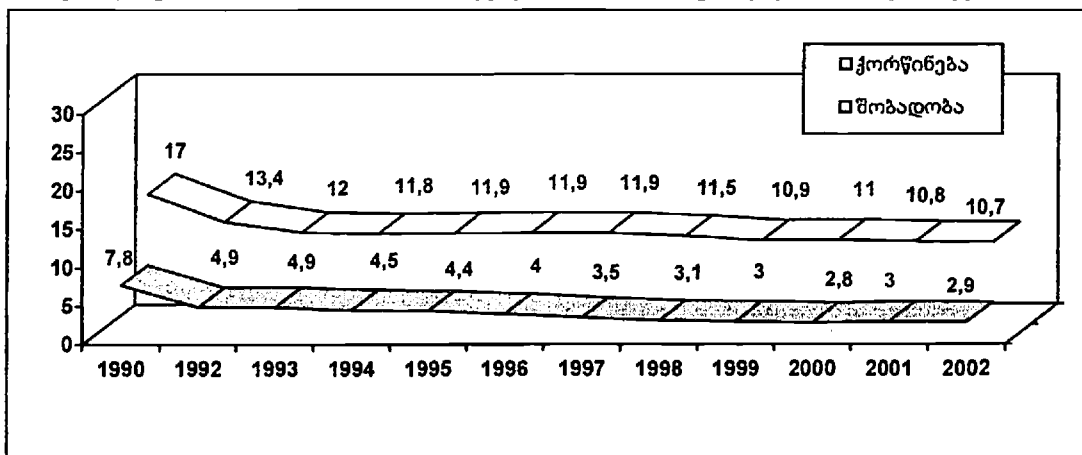
ატარებს და დამოკიდებულია, როგორც ბიოლოგიური, ასევე სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური ფაქტორების ურთიერთშოქმედებაზე.

თუმცა შობადობის მაჩვენებელზე დიდ ზეგავლენას ახდენს მრავალი სოციალური ფაქტორი (მოსახლეობის მატერიალური და კულტურული დონე, ქალის საზოგადოებრივ საქმიანობაში წართვის ინტენსივობა, კანონმდებლობა, ომები, მიგრაცია, დაქორწინების ასაკი, შობადობის საოჯახო რეგულირება, ბავშვთა სიკვდილიანობის დონე და სხვ.), განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ეროვნული ტრადიციების ფაქტორი და რელიგია. თავისთავად ძლიერმოქმედ ფაქტორად უნდა ჩაითვალოს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარება და მისი პოლიტიკური სტაბილურობა. ამასთან ერთად უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ, რაც უფრო მაღალია ოჯახის შემოსავალი, მით უფრო დაბალია შვილიანობა (თუმცა არსებობს გამონაკლისიც).

შობადობის ტენდენციები მჭიდროდაა დაკავშირებული იმაზე, თუ რამდენად მტკიცეაა გამყარებული მოცემულ ეპოქაში ან ქვეყანაში ოჯახის ინსტიტუტი. თუ XX საუკუნის მეორე ნახევრამდე ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა ხვედრითი წილი უმეტეს ქვეყნებში არ აღემატებოდა 2-5%-ს, დღეა და ბავშვი კი ხშირად განდევნილი იყო საზოგადოებიდან, ბოლო ათწლეულებში, განსაკუთრებით სკანდინავიის ქვეყნებში, რუსეთში, გერმანიაში სიტუაცია მკვეთრად შეიცვალა, სადაც ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა ხვედრითი წილი 50%-ს აღწევს. აღნიშნულში დიდი როლი ითამაშა რიგი ევროპული ქვეყნის მთავრობათა მცდელობამ (სადაც შობადობის დონემ კრიტიკულ ზღვარს მიაღწია), გაეუმჯობესებინათ არსებული დემოგრაფიული სიტუაცია, სათანადო საკანონმდებლო ბაზის შექმნის და მარტოხელა დედებისათვის შეღავათების დაწესების გზით. უმეტეს შემთხვევაში მიღებული შედეგები არადამაკმაყოფილებელია. ვინაიდან არასრულ ოჯახში, ძირითადად, იბადება ერთი ბავშვი, რომელიც შემდგომში ხშირად ასევე არიდებს თავს ქორწინებას. ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა გამოხატულად უარესია იმ თანატოლებთან შედარებით, რომლებიც იზრდებიან სრულ ოჯახში. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ ყველაზე ფართოდ დაწესებული შეღავათებით სარგებლობს არა ძირითადი მოსახლეობა, არამედ იმიგრანტები, რამაც ზოგიერთი ევროპული ქვეყნის მოსახლეობის ეთნიკური შემადგენლობის გამოსატულ შეცვლას შეუწყო ხელი.

ნახატი 6

ქორწინებისა და შობადობის მაჩვენებლების ურთიერთკავშირი საქართველოში



განსხვავებული პროცესები მიმდინარეობს იმ ქვეყნებში, სადაც ოჯახის ინსტიტუტი საკმარისად გამყარებულია, საზოგადოების მხრიდან კი აშკარა ნეგატიური განწყობა ქორწინების გარეშე დაბადებული ბავშვების მიმართ. ამ ქვეყნების რიცხვს საქართველოც მიეკუთვნება, სადაც შობადობის მაჩვენებლების კლება ხდებოდა ქორწინების კოეფიციენტის პარალელურად (ნახატი 6), რაც თავისთავად მოითხოვს განსაკუთრებული ზომების მიღებას. ისეთ ტრადიციული ორიენტაციის ქვეყანაში, როგორიცაა საქართველო, გასატარებელია სპეციფიკური დემოგრაფიული პოლი-

ტიკა, მიმართული ოჯახის განმტკიცებაზე, ახალგაზრდა მშობლებისათვის შეღავათების გაფართოებაზე, მრავალშვილიანობის პროპაგანდაზე და სხვ.

მიუხედავად იმისა, რომ ბიოლოგიური თავისებურებანი ადამიანთა უმრავლესობას მრავალი შვილის ყოლის საშუალებას აძლევს, სოციალურ-ეკონომიკური პირობები უდიდეს გავლენას ახდენს ამ პროცესების მთლიანობაზე. უკვე აქსიომად იქცა ის ცნება, რომ, რაც უფრო მაღალი განვითარების საფეხურზე დგას ესა თუ ის საზოგადოება, მით უფრო დაბალი შობადობა ახასიათებს მის წევრებს და პირიქით. მაგალითად, განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობის საშუალო შემოსავალი მაღალია, შობადობის მაჩვენებელი ორჯერ ნაკლებია განვითარებად ქვეყნებთან შედარებით. ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ, როგორც განვითარებული, ასევე განვითარებადი ქვეყნების საზოგადოების მაღალ ფენებში შვილიანობა გაცილებით უფრო ნაკლებია, ვიდრე საშუალო და დაბალი ფენების წარმომადგენელთა შორის.

შობადობაზე სერიოზულ გავლენას ახდენს ქალის საზოგადოებრივ საქმიანობაში ჩაბმა. მომუშავე ქალებში შობადობა ნაკლებია, ვიდრე არამომუშავე ქალთა შორის. რაც უფრო მაღალია ქალის განათლების დონე, ოჯახის მატერიალური შემოსავალი, მით უფრო ნაკლებია შვილების რიცხვი. მაგალითად, ჩვენი მონაცემებით, 90-იანი წლების დამლევს არასრული საშუალო განათლების მქონე ქართველ ქალს, საშუალოდ, 3,2 ბავშვი ჰყავდა, უმაღლესი განათლების მქონე ქალს – 1,3.

შობადობის პროცესის ოპტიმიზაციისათვის მთავარია ჩამოყალიბდეს საზოგადოების განვითარებისათვის „აუცილებელი“ ბავშვთა რაოდენობის ყოლის განწყობა და შეიქმნას ის საჭირო პირობები, რომლებიც ხელს შეუწყობს მის რეალიზაციას. რა თქმა უნდა, ოჯახი ისწრაფის ჰყავდეს ბავშვთა სასურველი რიცხვი, მაგრამ, როგორც საზოგადოებრივი ცხოვრების, ისე თვით მოცემული ოჯახის ინდივიდუალური თავისებურებანი გავლენას ახდენს ამ სურვილის შესრულებაზე, რადგან დემოგრაფიული ქცევა არამარტო შეხედულებებით, არამედ ცხოვრების კონკრეტული პირობებითაც განისაზღვრება.

ამკარაა, რომ შობადობის შემცირება იმ დონემდე, როდესაც ახალგაზრდა თაობა მშობლების თაობაზე ნაკლებია, დემოპულაციის საფრთხეს ქმნის. დადგენილია, რომ მოსახლეობის მარტივი აღწარმოებისათვის (განახლებისათვის) ოჯახს უნდა ჰყავდეს საშუალოდ 2,2-2,5 ბავშვი, ხოლო მოსახლეობის გაფართოებულ აღწარმოების უზრუნველსაყოფად – 2,6-2,9 ბავშვი მაინც (მაშასადამე, ოჯახების ერთ ნახევარს უნდა ჰყავდეს ორი, მეორე ნახევარს კი სამი ბავშვი). არსებული მონაცემების მიხედვით, ბოლო წლებში ქართული ოჯახი ცდილობს იყოლიოს მხოლოდ ერთი, ანდა ორი ბავშვი, რაც, სხვა არასასურველ შედეგებთან ერთად, ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის გაფართოებულ კვლავწარმოებას და მისი „დაბერების“ პროცესის დაჩქარებას უწყობს ხელს.

7.6. შობადობის მაჩვენებლები

მოსახლეობის შობადობის შესახებ არსებული მონაცემების ანალიზის პროცესში გამოითვლება შობადობის ზოგადი კოეფიციენტი, რომელსაც, ჩვეულებრივ, კალენდარული წლის მონაცემებით ანგარიშობენ. მისი გამოთვლისათვის საჭიროა წლის განმავლობაში დაბადებულთა რიცხვი შეეუფარდოთ მოსახლეობის საერთო რიცხვს.

ცოცხლად დაბადებულთა რიცხვი

× 1000

მოსახლეობის საშუალო წლიური რიცხვი

შობადობის მაჩვენებლები განსხვავდება, არამარტო სხვადასხვა ქვეყნის, არამედ ცალკეული რეგიონის მიხედვითაც. ამასთან დაკავშირებით სარგებლობენ შობადობის

კოეფიციენტის კლასიფიკაციით, რომელიც ქვეყნის ან ცალკეული რეგიონის მოსახლეობის აღწარმოების ტენდენციების შეფასების საშუალებას იძლევა (ცხრილი 8).

ცხრილი 8

შობადობის ზოგადი კოეფიციენტის კლასიფიკაცია

შობადობის კოეფიციენტი	კოეფიციენტის კლასიფიკაცია	ქვეყნები, სადაც აღირიცხება არსებული კოეფიციენტი
10,0-მდე	ზედმიწვენიტ დაბალი	შვეცია, შვეიცარია, დანია
11-12,9	ძალიან დაბალი	საქართველო, ლიტვა, ესტონეთი, საფრანგეთი, ავსტრია, ბელგია, დიდი ბრიტანეთი, ავსტრალია, კანადა, იტალია, იაპონია, აშშ
13-15,9	დაბალი	რუმინეთი, იუგოსლავია, ირლანდია, სინგაპური, ურუგვაი
16-25,9	საშუალო	ისრაელი, ერაყი, კვიპროსი, პერუ, აზერბაიჯანი, ყაზახეთი
26-30,9	საშუალოზე მაღალი	მალაიზია, სირია, ფილიპინები, ეკვატორი, მექსიკა, უზბეკეთი
31-40,9	მაღალი	ქუვეითი, სალვადორი, ალჟირი, ინდონეზია, ტაჯიკეთი, თურქმენეთი
41-50,9	ძალიან მაღალი	ლიბია, მალი, პანამა, ავღანეთი, ირანი, იორდანია,
51 და მეტი	უკიდურესად მაღალი (ფიზიოლოგიური მაქსიმუმი)	ლიბერია, რუანდა

განცალკევებულად აღებული მოსახლეობის შობადობის მაჩვენებლები არ იძლევა იმის ზუსტად განსაზღვრის შესაძლებლობას, თუ რამდენად ოპტიმალურია მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარება. ამისათვის საჭიროა მოსახლეობის კვლავწარმოების ამსახველი სხვა მაჩვენებლების (ე.წ. სპეციალური კოეფიციენტების) გამოთვლა და მათ საფუძველზე სათანადო დასკვნების გაკეთება.

მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებელია **ბუნებრივი მატება**, რომელიც წარმოადგენს განსხვავებას დაბადებულთა და გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობას შორის. ბუნებრივი მატების კოეფიციენტი წარმოადგენს შობადობისა და სიკვდილიანობის კოეფიციენტების სხვაობას ან

$$\frac{\text{დაბადებულთა რაოდენობა} - \text{გარდაცვლილთა რაოდენობა}}{\text{მოსახლეობის რაოდენობა}} \times 1000$$

მოსახლეობის ბუნებრივი მატება ან კლება ფასდება მასში შემავალი კომპონენტების ანალიზის საფუძველზე. აშკარაა, თუ გარდაცვლილთა რიცხვი დაბადებულთა რიცხვს ჭარბობს, მაშინ მოსახლეობის საერთო რაოდენობა იკლებს და პირიქით.

როდესაც ცნობილი არ არის მოსახლეობის რაოდენობა და შეუძლებელია ბუნებრივი მატების კოეფიციენტის გამოთვლა, მის ნაცვლად ანგარიშობენ ე.წ. **სასიცოცხლო ინდექსის** მნიშვნელობას. ეს მაჩვენებელი წარმოადგენს დაბადებულთა რიცხვის შეფარდებას გარდაცვლილთა რიცხვთან და საშუალებას გვაძლევს დავაზუსტოთ, თუ რამდენი სული დაიბადა ყოველ 100 გარდაცვლილზე (ეს ინდექსი გამოხატულია პროცენტებით).

მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარების შედარებით უფრო სრული დახასიათება ხერხდება ე.წ. **აღწარმოების კოეფიციენტების** განსაზღვრით. ესენია:

საერთო ნაყოფიერების (ფერტილობის) კოეფიციენტი, რომლის მეშვეობით შესაძლებელია დავადგინოთ, თუ რამდენი ბავშვი იბადება ფერტილური ასაკის ქალებში.

$$\frac{\text{წლის განმავლობაში დაბადებულთა რიცხვი}}{15-49 \text{ წლის ქალთა რაოდენობა}} \times 1000$$

ნაყოფიერების (ფერტილობის) ასაკობრივი კოეფიციენტები გამოითვლება თითქმის იგივე წესით, როგორც საერთო ნაყოფიერების კოეფიციენტი.

$$\frac{\text{წლის განმავლობაში } n \text{ ასაკის ქალებში დაბადებული რიცხვი}}{n \text{ ასაკის ქალთა რაოდენობა}} \times 1000$$

n ასაკის ქალთა რაოდენობა

ნაყოფიერების ასაკობრივი კოეფიციენტი განსხვავდება როგორც სხვადასხვა ქვეყნებში, ისე ცალკეული ქვეყნის ქალაქსა და სოფელს შორის. აღსანიშნავია ისიც, რომ ამჟამად ქალების უმრავლესობა რეპროდუქციულ ფუნქციას 40 წლის ასაკამდე ასრულებს, წინა თაობებში ეს 45-49 წლის ასაკში ხდებოდა. გასაგებია, რომ ხშირად რეპროდუქციული პერიოდის შემცირება გამოხატულ გავლენას ახდენს მრავალშვიდიან ოჯახების და ზოგადად შობადობის მაჩვენებლების შემცირებაზე.

ნაყოფიერების (ფერტილობის) ჯამური კოეფიციენტი ეწოდება მაჩვენებელს, რომელიც ასახავს ერთი ქალის მიერ სიცოცხლის განმავლობაში შობილ ბავშვთა საშუალო რიცხვს. ნაყოფიერების ჯამური კოეფიციენტის გამოთვლისათვის საჭიროა შეიკრიბოს ნაყოფიერების ასაკობრივი მაჩვენებლები და გაიყოს 1000-ზე (ცხრილი 9-ში მოცემულია ნაყოფიერების ასაკობრივი და ჯამური კოეფიციენტების დინამიკა საქართველოში).

ცხრილი 9

ნაყოფიერების ასაკობრივი და ჯამური კოეფიციენტების დინამიკა საქართველოში

წელი	ნაყოფიერების ასაკობრივი მაჩვენებელი							ნაყოფიერების ჯამობრივი კოეფიციენტი
	-20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+	
1980	45,0	184,5	121,0	61,6	21,1	7,0	0,8	2,21
1985	49,1	183,7	124,9	63,0	26,0	4,8	1,1	2,26
1990	58,1	167,3	110,5	64,1	24,7	6,2	0,3	2,16
1995	64,2	113,3	66,4	41,9	16,6	4,2	0,7	1,54
1996	59,7	112,8	69,5	44,1	18,2	4,0	0,8	1,55
1997	55,2	111,3	72,2	44,6	19,4	5,2	3,0	1,56
1998	51,4	109,1	71,6	42,3	18,9	4,6	3,0	1,51
1999	46,5	104,0	70,3	42,5	19,0	4,7	0,9	1,44
2000	39,9	110,2	74,4	43,3	19,2	4,9	0,9	1,46
2001	32,5	112,2	71,1	45,2	21,0	5,4	1,4	1,44
2002	32,7	107,8	63,2	50,4	21,2	6,6	1,4	1,42

იმისათვის, რომ უფრო ზუსტი წარმოდგენა ვიქონიოთ შობადობის ტენდენციების შესახებ, აგრეთვე გამოითვლება **ქორწინებაში მყოფ ქალთა ნაყოფიერების კოეფიციენტი** (ერთი წლის განმავლობაში დაბადებულ ბავშვთა რიცხვი შეფარდებული 15-49 წლის ასაკის გათხოვილ ქალთა რიცხვთან).

მიუხედავად ნაყოფიერების ასაკობრივი და ჯამური კოეფიციენტების მაღალი ინფორმატიულობისა, მათი მეშვეობით ვერ ხერხდება მომავალი თაობის კვლავწარმოების დინამიკის პროგნოზირება, ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება შემდეგი კვლავწარმოების ბრუტო-და ნეტო კოეფიციენტების გამოთვლას.

აღწარმოების ბრუტო-კოეფიციენტის გამოთვლის მეშვეობით შესაძლებელია დავად-გინოთ 1 ქალის მიერ ნაშობ გოგონათა რიცხვი. მისი გამოთვლისათვის ნაყოფიერების

ჯამური კოეფიციენტი უნდა გავამრავლოთ დაბადებულ ბავშვთა შორის გოგონების ზვედრით წილზე. მაგალითად, თუ ნაყოფიერების ჯამური კოეფიციენტი 3-ის ტოლია, ხოლო გოგონათა ზვედრითი წილი დაბადებულ ბავშვთა შორის 45%-ია (0,45), მაშინ ბრუტო-კოეფიციენტი უდრის $3 \times 0,45 = 1,25$. აქედან გამომდინარე, შესაძლოა დავასკვნათ, რომ არსებულ რეგიონში (ან ქვეყანაში), სადაც გათხოვილ ქალს, საშუალოდ, 3 ბავშვი ებადება, მომდევნო თაობაში, საშუალოდ, 1,25-ით მეტი გოგონა იქნება, რაც მოსახლეობის გაფართოებული კვლავწარმოების საწინდარია.

თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ ყველა გოგონა ვერ მიაღწევს 49 წლის ასაკს (ე.ი. რეპროდუქტიული ასაკის ზემო ზღვარს), საჭიროა უფრო ზუსტი მაჩვენებლის – **აღწარმოების ნეტო-კოეფიციენტის** გამოთვლა. ეს საშუალებას გვაძლევს ვიმსჯელოთ, თუ როგორ შეიცვლება ქალების რაოდენობა შემდგომ თაობაში. ამ მაჩვენებლის გამოსათვლელად დგება სპეციალური ცხრილები, სადაც გამოთვლები ხორციელდება შობადობისა და სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტების გამოყენებით. კვლავწარმოების ნეტო-კოეფიციენტი შესაძლოა გარკვეულ ფარგლებში მერყეობდეს.

თუ ნეტო-კოეფიციენტი 1-ის ტოლია, უნდა ვივარაუდოთ, რომ ქალთა მოსახლეობის მომდევნო თაობის რიცხვი სტაბილური რჩება. თუ კოეფიციენტი 1-ზე მეტია, უნდა ველოდოთ ქალთა მოსახლეობის რაოდენობრივ ზრდას, ხოლო როცა 1-ზე ნაკლებია – მომდევნო თაობაში ქალთა რაოდენობა ნაკლები იქნება, ვიდრე არსებულ მოსახლეობაში, შესაბამისად ნაკლები იქნება მათ მიერ შობილ ბავშვთა რიცხვიც.

7.7. მოსახლეობის სიკვდილიანობის აღრიცხვა

მოსახლეობის სიკვდილიანობა, ისევე, როგორც შობადობა, ნათლად ასახავს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების თავისებურებებს. ისტორიის სხვადასხვა ეტაპზე მოსახლეობის სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მკვეთრად განსხვავდებოდა. განსაკუთრებით იგი დიდ მერყეობას განიცდიდა ომების, ეპიდემიების, მოუსავლიანობის პერიოდში.

სიკვდილიანობის მიზეზები XIX საუკუნემდე, ძირითადად, აღირიცხებოდა გარდაცვლილის ახლობელთა ცნობების საფუძველზე, რაც, გასაგები მიზეზების გამო, სანდო არ იყო. ევროპის ქვეყნების უმრავლესობაში მხოლოდ XIX საუკუნის ბოლოს დაიწყო სიკვდილის მიზეზთა სავალდებულო საექიმო რეგისტრაცია. ჩვენში ეს წესი 1925 წლიდან დაკანონდა ჯერ ქალაქებში, შემდეგ კი გავრცელდა სოფლად.

იმისათვის, რომ სიკვდილიანობის მიზეზთა აღრიცხვა მაქსიმალურად დაზუსტდეს, ამჟამად მოქმედებს შემდეგი წესი: ავადმყოფის გარდაცვალების შემთხვევაში მეურნალი ექიმი გასცემს დაწესებულების ბეჭდით დამოწმებულ **სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მოწმობას** (ფორმა № 106/ს-4), რომელშიც აღნიშნული უნდა იყოს სიკვდილის მიზეზი. მოულოდნელი ან ძალდატანებითი სიკვდილის შემთხვევაში ამ მოწმობას გასცემს სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტი.

სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მოწმობაში ყველაზე საპასუხისმგებლოა ის პუნქტი, რომელშიც მითითებული უნდა იყოს ავადმყოფობა ან პათოლოგიური პროცესი, რომელმაც უშუალოდ გამოიწვია სიკვდილი, წინამორბედი მიზეზები (ძირითადი ავადმყოფობის მითითებით ბოლოს), სხვა მნიშვნელოვანი ავადმყოფობები, რომლებმაც ხელი შეუწყო სიკვდილს, მაგრამ არ არის კავშირში ავადმყოფობასთან ან პათოლოგიურ პროცესთან, რომელმაც გამოიწვია სიკვდილი.

მაგალითად, თუ თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლით გარდაცვლილი პირი ასევე დაავადებული იყო თავის ტვინის სისხლძარღვების ათეროსკლეროზით, ჰიპერტონიული დაავადებითა და ქრონიკული ბრონქიტით, მაშინ გრაფაში „ავადმყოფობა ან პათოლოგიური პროცესი, რომელმაც

უშუალოდ გამოიწვია სიკვდილი“ უნდა ჩაიწეროს – თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, გრაფაში „წინამორბედი მიზეზები (ძირითადი ავადმყოფობის მითითებით ბოლოს)“ – თავის ტვინის სისხლძარღვების ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონიული დაავადება, ხოლო გრაფაში „სხვა მნიშვნელოვანი ავადმყოფობები, რომლებმაც ხელი შეუწყო სიკვდილს, მაგრამ არ არის კავშირში ავადმყოფობასთან ან პათოლოგიურ პროცესთან, რომელმაც გამოიწვია სიკვდილი“ – ქრონიკული ბრონქიტი.

სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მოწმობის საფუძველზე მმარ-ის ბიურები გასცემენ ცნობას გარდაცვალების შესახებ, რომლის დუბლიკატი იგზავნება სტატისტიკის ორგანოებში, სადაც ხდება მონაცემთა დამუშავება.

7.8. მოსახლეობის სიკვდილიანობის მაჩვენებლები

მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტატისტიკა გულისხმობს, როგორც საერთო და სპეციალური კოეფიციენტების გამოთვლას, ასევე გარდაცვალების მიზეზთა მრავალმხრივ ანალიზს.

სიკვდილიანობის საერთო კოეფიციენტი გამოითვლება შემდეგნაირად:

$$\frac{\text{მიმდინარე წელს გარდაცვლილთა რიცხვი}}{\text{მოსახლეობის საერთო რიცხვი}} \times 1000$$

სიკვდილიანობის საერთო მაჩვენებელი მხოლოდ ზოგად წარმოდგენას იძლევა ამ მოვლენის შესახებ. აღნიშნულ მაჩვენებელში გაერთიანებულია სიკვდილიანობაზე მოქმედი ყველა ფაქტორის გავლენა და ის ყოველთვის არ ასახავს ქვეყნის კეთილდღეობას. აუცილებელია შობადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების განხილვა მათ ურთიერთ-კავშირში და არა ერთმეორისაგან განცალკევებულად. მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებების გამოსამუშავებლად აუცილებელია მათი მიზეზის დიფერენცირება. მოვლენის უფრო ღრმა ანალიზის მიზნით საჭიროა სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტის გამოთვლა (ერთი წლის განმავლობაში განსაზღვრული ასაკის გარდაცვლილთა რაოდენობა შეფარდებული ამავე ასაკის ყოველ 1000 მოსახლეზე).

ადამიანის ორგანიზმის გამძლეობა სხვადასხვა ასაკში ერთნაირი როდია. ამიტომ თანაბარ პირობებში მყოფ მოსახლეობას შორის ბავშვთა (განსაკუთრებით ახალშობილთა 1 წლამდე) და მოხუცთა სიკვდილიანობა უფრო მაღალია, ვიდრე სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში.

თუ ასაკობრივ სიკვდილიანობას მრუდის სახით წარმოვიდგენთ, იგი საკმაოდ მაღალია 0-1 წლის ასაკში. ყველაზე დაბალია სიკვდილიანობა 10-14 წლიანთა ჯგუფში, მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფებში იგი განუწყვეტლივ მატულობს და ბუნებრივად უმაღლეს დონეს 70 და მეტი წლის ასაკში აღწევს (ცხრილი 10-ში მოცემულია სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტები საქართველოში).

მამაკაცების, როგორც საერთო, ისე ასაკობრივი სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ჭარბობს ქალების ანალოგიურ მონაცემებს. განსაკუთრებით ეს აღინიშნება 15-49 წ. და 50-69 წ. ასაკობრივ ჯგუფებში. სხვა მიზეზებს შორის ეს იმითაც შეიძლება ავხსნათ, რომ ქალებთან შედარებით მამაკაცები უფრო ხშირად მძიმე და სახიფათო პროფესიებში საქმიანობენ, მეტად ლაბილური არიან ფიზიკური და ნერვულ-ფსიქიკური დაძაბულობის მიმართ, მათში უფრო ხშირია ტრავმატიზმის შემთხვევები, ალკოჰოლიზმი და სხვა, რაც ნაადრევად სიკვდილის საშიშროებას ზრდის.

ცხრილი 10

სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტები საქართველოში

ასაკი	გარდაცვლილთა რიცხვი შესაბამისი ასაკობრივი ჯგუფის 1000 კაცზე						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0	28,7	24,6	22,3	22,5	23,1	23,7	24,4
1-4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
5-9	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
10-14	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3
15-19	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,7	0,7
20-24	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7
25-29	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,4	1,4
30-34	1,7	1,9	1,8	1,6	1,6	1,8	1,8
35-39	2,3	2,7	2,5	2,5	2,4	2,5	2,5
40-44	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5
45-49	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9	4,9
50-54	7,8	7,8	7,8	7,8	7,6	7,4	7,4
55-59	13,8	13,5	12,3	11,4	11,4	10,0	10,0
60-64	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	16,3	16,3
65-69	29,0	29,1	29,2	29,1	29,0	26,9	26,9
70-74	46,2	46,4	46,5	46,5	46,4	45,7	45,7
75-79	70,8	70,8	70,8	71,0	761,4	71,0	71,1
80-84	115,0	115,0	115,0	115,0	115,0	114,4	114,6
85+	206,7	209,0	211,3	213,6	216,9	216,2	217,6
სულ	10,4	10,5	10,5	10,6	10,7	10,5	10,7

ასაკის მომატებასთან ერთად იზრდება ქრონიკულ დაავადებათა ხვედრითი წილი სიკვდილის ძირითად მიზეზებში. კერძოდ, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა 60-64 წლის ასაკში 25-ჯერ მეტია, ვიდრე 30-34 წლის ასაკის მოსახლეობაში.

ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის ასაკობრივი სიკვდილიანობის შედარება გვაუწყებს, რომ 50 წლამდე ეს მაჩვენებლები რამდენადმე ნაკლები იყო ქალაქად, 50 წელზე ზევით ასაკში კი, პირიქით, ჭარბობდა სოფლის მოსახლეობის სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტებს.

7.9. ბავშვთა სიკვდილიანობა

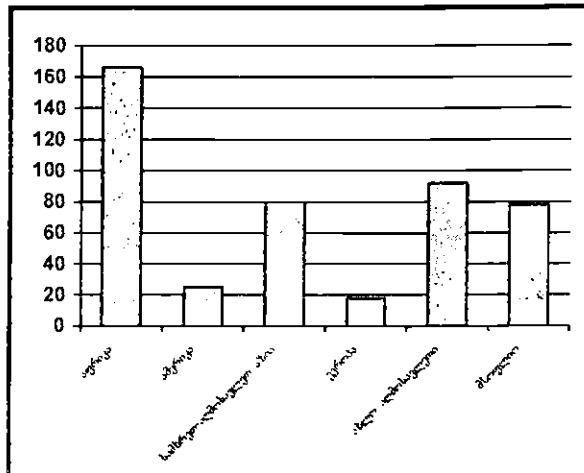
ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (როგორც 5-წლამდე, ისე 1 წლამდე ასაკში) ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ამსახველ ყველაზე მგრძნობიარე მაჩვენებლად ითვლება.

განვითარებად ქვეყნებთან შედარებით ბავშვთა სიკვდილიანობა ზედმიწევნით დაბალია ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში. მაგალითად, თუ აფრიკის რეგიონში ყოველ 1000 ახლადდაბადებულთან 5 წლამდე იღუპება 160-ზე მეტი ბავშვი, ახლო აღმოსავლეთისა და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში 80 - 90, ევროპისა და ამერიკის რეგიონებში ეს მონაცემი 18-25-ის ფარგლებშია (ნახატი 7).

ბავშვთა სიკვდილიანობაზე გავლენას ახდენს როგორც ბიოლოგიური ფაქტორები (დედის ასაკი, ინტერვალის მშობიარობებს შორის და მისი რიგითობა, შთამომავლობა, ბავშვის სქესი) ისე სოციალური ფაქტორები (დედის განათლება, მისი ქორწინებაში

ყოფნა, მავნე ჩვევები, ბავშვის ხელოვნურ კვებაზე ნაადრევი გადაყვანა, ოჯახის საყოფაცხოვრებო და ეკონომიკური პირობები). ასევე მნიშვნელოვანია რელიგია და მოსახლეობის რეპროდუქტიული ქცევის თავისებურებები.

ნახატი 7
5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა (2002)



ჯობესება, რამაც, თავის მხრივ, განაპირობა სოციალური პროგრამების გაფართოება, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ჩამოყალიბება და, როგორც შედეგი – ამ ქვეყნებში აღინიშნება ბავშვთა სიკვდილიანობის მკვეთრი კლება შობადობის მაღალი დონის შენარჩუნების ფონზე (მაგალითად, ქუვეითი, საულის არაბეთი და სხვ.). ამ მოვლენას ე.წ. დემოგრაფიული მაკრატილის ფენომენს უწოდებენ.

ერთ წლამდე ასაკის ანუ ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობას ახასიათებს გამოხატული თავისებურებები. ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ ამ ასაკში მკვეთრად გამოიყოფა რამდენიმე კრიტიკული პერიოდი, რომელთა გადალახვაც ახალშობილისათვის განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს. მნიშვნელოვანია ისეთი ფაქტორების გათვალისწინება, როგორიცაა დედის ჯანმრთელობა, რომლებიც ახასიათებდა ორსულობასა და მშობიარობას, იმას, თუ რამდენად ხარისხიანად ხორციელდება ახალშობილის სამედიცინო მეთვალყურეობა და სხვ.

ნაყოფისა და ახალშობილის განვითარება იყოფა რამდენიმე პერიოდად. პერინატალური პერიოდი (ნაყოფის მუცლადყოფნის 22 კვირიდან დაბადებიდან მე-7 დღემდე). ის, თავის მხრივ, მოიცავს ანტენატალურ (მუცლადყოფნის 22 კვირიდან დაბადებამდე), ინტრანატალურ (უშუალოდ მშობიარობის პერიოდი) და პოსტნატალურ ან ადრეულ ნეონატალურ (დაბადებიდან მე-7 დღემდე) პერიოდებს. შემდგომ მოდის ნეონატალური (7-დან 28 დღემდე) და პოსტნეონატალური (28 დღიდან 1 წლამდე) პერიოდები.

პერინატალური პერიოდი სამედიცინო პერსონალის განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს, ვინაიდან, თუ დროულად არ გადაწყდა ამ ასაკში წარმოქმნილი პრობლემები, მათი შემდგომი გამოსწორება ზედმეტი ზონით ძნელია.

პერინატალური სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზებია ასფიქსია, ატელექტაზი, განვითარების თანდაყოლილი მანკები, სამშობიარო ტრავმები და სხვ.

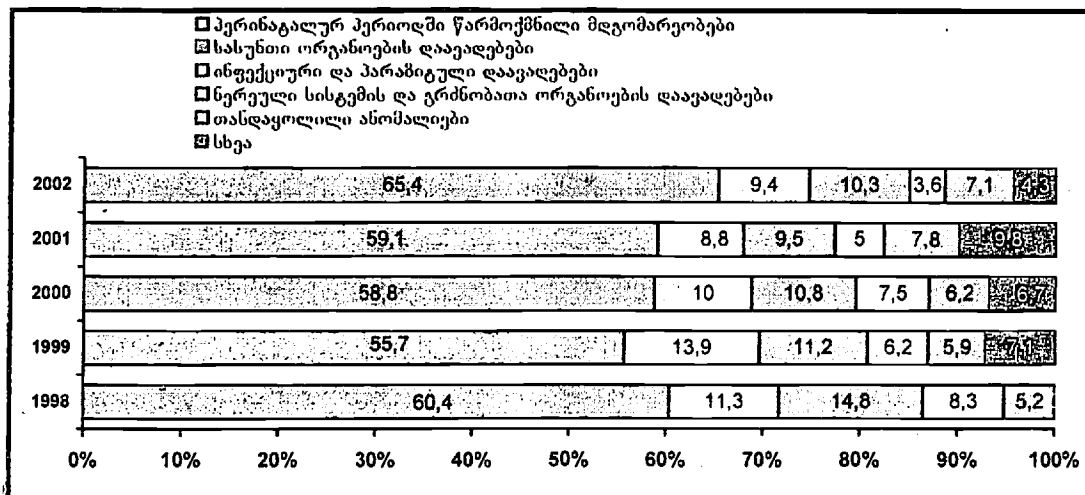
აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი დონე ერთგვარ სტიმულს წარმოადგენს მომდევნო მშობიარობისათვის. ამის მაგალითია საქართველოც, სადაც (ჯერ კიდევ მეოცე საუკუნის დასაწყისში) ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალ ფონზე ნაყოფიერების ჯამური კოეფიციენტი 6-7-ს აღემატებოდა. ამასთან, მსოფლიოს უახლეს ისტორიაში წარმოჩინდა ზედმეტი საინტერესო ტენდენცია. ზოგიერთ ქვეყანაში, სადაც საუკუნეების მანძილზე შობადობისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები იყო, თითქმის ერთი თაობის ცხოვრების პერიოდში მოხდა ეკონომიკური სიტუაციის მკვეთრი გაუმ-

აღრეულ ნეონატალურ პერიოდში სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზებია განვითარების თანდაყოლილი მანკები, სამშობიარო ტრავმები და, განსაკუთრებით, სასუნთქი და ნერვული სისტემის დაავადებები.

ნეონატალურ პერიოდში ბავშვთა ასაკის მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილის მიზეზთა სტრუქტურაში მატულობს პნევმონიების, მწვავე ნაწლავური ინფექციების, სხვა ინფექციურ დაავადებათა ხვედრითი წილი (ნახატი 8-ში მოცემულია 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მიზეზების სტრუქტურა).

ნახატი 8

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მიზეზების სტრუქტურა საქართველოში



რაც უფრო მაღალი სანიტარიული კულტურა ახასიათებს მოსახლეობას, რაც უფრო სერიოზულად ზრუნავს ოჯახი და მთლიანად საზოგადოება დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე, მით უფრო დაბალია ბავშვთა სიკვდილიანობა. ზოგიერთ ქვეყანაში (იაპონია, ნორვეგია, დანია, ნიდერლანდები და სხვ.) ეს მაჩვენებელი წლების მანძილზე არ აღემატება 4-5 შემთხვევას ყოველ 1000 ახალშობილზე. ასეთი სიტუაცია განპირობებულია, როგორც ორსულისა და ნაყოფის პათოლოგიის დროული დიაგნოსტიკითა და მკურნალობით, ასევე ახალშობილთა ჯანმრთელობის პროფილაქტიკით.

ბავშვთა სიკვდილიანობის კოეფიციენტის გამოსაანგარიშებლად გარდაცვლილ ბავშვთა წლიურ რიცხვს უფარდებენ ამავე წელს დაბადებულთა 2/3-ისა და გასულ წელს დაბადებულთა 1/3-ის ჯამს და ამრავლებენ 1000-ზე.

გამოანგარიშების ასეთ თავისებურებას საფუძვლად უდევს შემდეგი მოსაზრება: განსაზღვრულ წელს გარდაცვლილი ბავშვების ერთი ნაწილი დაბადებულია ამავე წელს, მეორე ნაწილი კი წინა წელს. ამასთან, სათანადო სარეგისტრაციო დოკუმენტაციის ერთი უწყებიდან მეორეში (სამშობიარო სახლი ან ბავშვთა პოლიკლინიკა – მშჩ-ის ბიურო – სტატისტიკის ორგანოები) გადაგზავნა ხშირად გვიანდება, დაგვიანებით ხდება ახალშობილთა რეგისტრაცია.

სწორედ ამიტომ სიკვდილიანობის კოეფიციენტის ზუსტად გამოანგარიშებისათვის დაბადებულთა რიცხვი წარმოდგენილია ალბულო წელს დაბადებულთა 2/3-ით და წინა წელს დაბადებულთა 1/3-ით.

ამასთან ერთად, ბავშვთა სიკვდილიანობის ზუსტი აღრიცხვის მიზნით გამოითვლება შემდეგი სპეციალური კოეფიციენტები:

პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

$$\frac{\text{მკვდრადშობილთა რაოდენობა} + \text{მე-7 დღემდე გარდაცვლილთა რიცხვი}}{\text{მკვდრად და ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$$

მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი

$$\frac{\text{მკვდრადშობილთა რაოდენობა}}{\text{წლის განმავლობაში მკვდრად და ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$$

ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

$$\frac{\text{მე-7 დღემდე გარდაცვლილთა რიცხვი}}{\text{წლის განმავლობაში ცოცხლადშობილთა რაოდენობა}} \times 1000$$

ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

$$\frac{\text{7-დან 28 დღემდე გარდაცვლილთა რიცხვი}}{\text{წლის განმავლობაში ცოცხლადშობილთა რაოდენობა}} \times 1000$$

პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

$$\frac{\text{28 დღიდან 1 წლამდე გარდაცვლილთა რიცხვი}}{\text{წლის განმავლობაში ცოცხლადშობილთა რაოდენობა}} \times 1000$$

7.10. სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა

სიკვდილიანობის მონაცემების შედარებით რთული ანალიზის მეთოდია მოსახლეობის სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობის ანუ დღეგრძელობის ცხრილების შედგენა. სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა ჰიპოთეზური მაჩვენებელია, რომელიც გვაუწყებს, თუ რამდენ ხანს იცოცხლებს განსაზღვრულ ასაკს მიღწეული მოსახლეობა არსებული სოციალურ-ეკონომიკური და სანიტარიული პირობების შენარჩუნების შემთხვევაში.

მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, საერთო სიკვდილიანობის მაჩვენებელთან შედარებით, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველ უფრო მნიშვნელოვან, კომპლექსურ მაჩვენებელს წარმოადგენს.

თეორიულად, უფრო ზუსტი მაჩვენებლის მიღება შესაძლებელია ე.წ. „პირდაპირი მეთოდით“ იმ შემთხვევაში, თუ თვალყურს ვადევნებთ მოცემული თაობის წარმომადგენლებს მთელი ცხოვრების მანძილზე და გავითვალისწინებთ დროის სხვადასხვა მონაკვეთში ყოველი ასაკობრივი ჯგუფის სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს. გასაგები მიზეზების გამო ამ მეთოდის გამოყენება არარეალურია, ვინაიდან დამკვირვებელი შესაძლოა გაცილებით ადრე გარდაიცვალოს, ვიდრე საკვლევი კონტინგენტი.

ამასთან დაკავშირებით, ჩვეულებრივად მიმართავენ სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის დადგენის არაპირდაპირ მეთოდს, რისთვისაც გამოითვლება ე.წ. დღეგრძელობის (სიკვდილიანობის) ცხრილი.

ცხრილი II

მოსახლეობის დღეგრძელობის ცხრილი

x	q_x	p_x	i_x	d_x	L_x	T_x	e_x
0	0.0473	0.9527	10000	473	9692	692382	69,2
1	0.0042	0.9958	9527	40	9507	682690	71,6
2	0.0014	0.9986	9487	13	9480	673183	71,8
3	0.0012	0.9988	9474	11	9468	663703	70,1
4	0.0011	0.9989	9463	10	9458	654235	69,1
5-9	0.0030	0.9970	9453	28	47195	644777	68,2
10-14	0.0030	0.9967	9425	31	47047	597582	63,4
15-19	0.0037	0.0063	9394	35	46882	550535	58,6
20-24	0.0059	0.9941	9359	55	46657	503653	53,8
25-29	0.0065	0.9935	9304	61	46367	456996	49,1
30-34	0.0089	0.9911	9243	82	46010	410629	44,4
35-39	0.0106	0.9894	9161	97	45562	364614	38,8
40-44	0.0155	0.9845	9064	141	44967	319057	35,2
45-49	0.0234	0.9766	8923	209	44092	274090	30,7
50-54	0.0366	0.9634	8714	319	42772	229998	26,4
55-59	0.565	0.9435	8395	474	40790	187226	22,3
60-64	0.0955	0.9045	7921	757	37712	146436	18,5

სიკვდილიანობის ცხრილების მეშვეობით შესაძლოა დავადგინოთ, თუ როგორია მოსახლეობის, და ცალკეული ასაკობრივი ჯგუფის, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მრცემულ პერიოდში.

სიკვდილიანობის ცხრილის შედგენა ხორციელდება ეტაპობრივად. ყოველ ეტაპზე უნდა დადგინდეს შემდეგი პარამეტრები:

q_x - სიკვდილის ალბათობა;

p_x - დღეგრძელობის ალბათობა;

i_x - განსაზღვრულ ასაკამდე მიღწეული კონტინგენტის რიცხვი;

d_x - მოცემულ ასაკში გარდაცვლილთა რიცხვი;

L_x - სტაციონარული (ე.ი მუდმივი) მოსახლეობა;

T_x - თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში მყოფი მოსახლეობის მიერ სიცოცხლის ბოლომდე გატარებული ე.წ. კაც-წლების რაოდენობა.

e_x - სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა.

x - ასაკობრივი ჯგუფი.

დღეგრძელობის ცხრილის ასაგებად საჭიროა ვიცოდეთ, მოსახლეობის რაოდენობა ასაკების მიხედვით, ორ უკანასკნელ წელს გარდაცვლილთა რაოდენობა ასაკობრივ ჯგუფში და ბოლო სამი წლის განმავლობაში დაბადებულთა რიცხვი.

სიკვდილის ალბათობის მონაცემები დაბადებისას (q_0) შემდეგნაირად მიიღება:

2000 და 2001 წწ. 1 წლის ასაკამდე გარდაცვლილთა ჯამი

$q_0 =$

2000 წ. დაბადებულთა 1/3 + 2001 დაბ. მთლიანი რიცხვი + 2002 წ. დაბ. 2/3

1-დან 2 წლამდე ასაკისათვის გამოთვლა ხორციელდება შემდეგნაირად:

2000 და 2001 წწ. 1-დან 2 წლამდე ასაკში გარდაცვლილთა ჯამი

$$q_1 = \frac{2000 \text{ წ. დაბადებულთა } 1/2 + 2001 \text{ წ. დაბ. მთლიანი რიცხვი} + 2002 \text{ წ. დაბ. } 1/2}{2000 \text{ წ. დაბადებულთა } 1/2 + 2001 \text{ წ. დაბ. მთლიანი რიცხვი} + 2002 \text{ წ. დაბ. } 1/2}$$

ანალოგიურად გამოითვლება q_2, q_3 და q_4 .

5 წელზე მეტი ასაკისათვის სიკვდილის ალბათობა ხუთწლიან ინტერვალებში გამოითვლება სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტების საშუალებით:

2000 და 2001 წწ ($x+5$) წლის ასაკში გარდაცვლილთა ჯამი

$$M_{x/x+5} = \frac{\text{ამავე ასაკის მოსახლეობის რაოდენობა აღწერის მიხედვით}}{2000 \text{ და } 2001 \text{ წწ } (x+5) \text{ წლის ასაკში გარდაცვლილთა ჯამი}}$$

$$q_{x,x+5} = \frac{2 \times 5M_{x/x+5}}{2 + 5M_{x/x+5}} = \frac{10M_{x/x+5}}{2 + 5M_{x/x+5}} \quad \text{სადაც } P_{x/q+5} = 1 - q_x = 5$$

ერთდროულად დაბადებულთა პირველსაწყისი რიცხვი პირობითად მიღებულია 10000-ად. სიკვდილიანობის ცხრილის მესამე (i_x) და მეოთხე (d_x) სვეტის რიცხვები გამოთვლილია შემდეგი განტოლებებით: $i_{x+1} = i_x P_x$, $d_x = i_x - i_{x+1}$.

ცხრილის სტაციონარული მოსახლეობის რაოდენობა (L_x) მიღებულია შემდეგნაირად:

ა) 12 თვემდე $L = 0,35i + 0,65i$

ბ) 1-დან 5 წლამდე ასაკში $L_x = \frac{i_x + i_{x+1}}{2}$

გ) 5-დან 95 წლამდე ასაკის ხუთწლიან ინტერვალებში $L_{x,x+5} = \frac{5(i_x + i_{x/x+5})}{2}$

დ) 95 და მეტი წლის ასაკში $L_{95} = 5/3 i_{95}$

~~საბოლოო ჯამში, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობას ადგენენ მოცემული ასაკის მოსახლეობის სიცოცხლის ბოლომდე გატარებული კაც-წლების ჯამის გაყოფით იმავე ასაკს მიღწეულთა რიცხვზე:~~

$$e_x = \frac{T_x}{i_x}$$

ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარება უდიდეს გავლენას ახდენს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე. თუ განვითარებულ ქვეყნებში 2002 წლის მონაცემებით ამ მაჩვენებელმა 79-80 წელს მიაღწია, აფრიკისა და აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში ის არ აღემატებოდა 37-45 წელს (ნახატი 9).

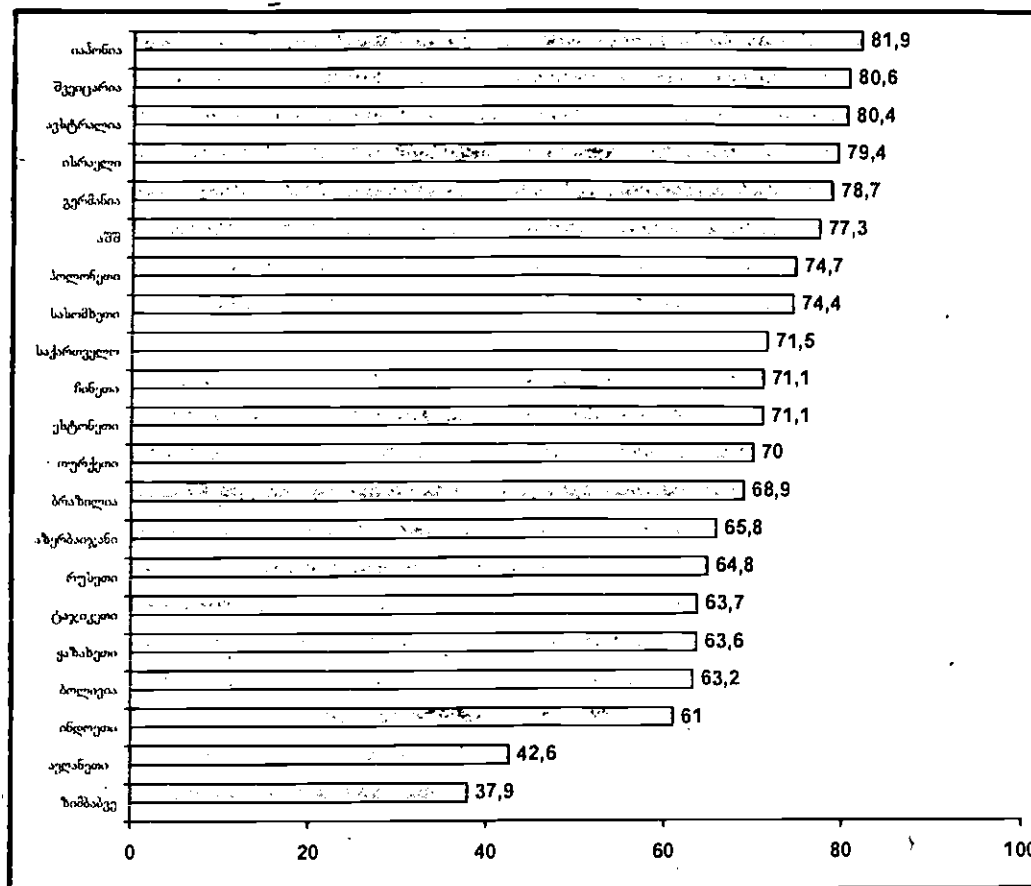
თსუ-ის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის კათედრის თანამშრომელთა გამოკვლევებით დადგინდა: თუ 1938-1939 წლებში თბილისის მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 54,1 წელს, 1969-70 წწ. მან მოიმატა 70,7 წლამდე, 1990 წელს ამ მაჩვენებელმა მიაღწია 71,2 წელს, 1994 წლის მონაცემებით 69,2 წლამდე შემცირდა, 2001 წლიდან კი დაიწყო ხელმეორე ზრდა და მიაღწია 70,5 წელს.

70 წელს ზემოთ ასაკის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მამაკაცებსა და ქალებს შორის მკვეთრად კლებულობს და 80 წელს მიღწეულთათვის თითქმის თანაბარი ხდება.

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებელი საშუალებას გვაძლევს ზუსტად შევაფასოთ მოცემული თაობის შესაძლებლობა – მიაღწიოს ამა თუ იმ ასაკს.

ნახატი 9

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლიობა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში (2002წ.)



ცალკეულ მიზეზთა გავლენის შეფასება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მხოლოდ შემოძოყვანილი მეთოდის გამოყენებით გაძნელებულია. ამიტომ, გამოითვლება (თითქმის იმავე წესით) ე.წ. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ელიმინირებული (eliminare - ლათ. გამოკლება, გამორიცხვა) ცხრილები. მათი საშუალებით შეიძლება თეორიულად დავადგინოთ, თუ რამდენი წლით მეტ ხანს იცოცხლებს მოცემული თაობა ამა თუ იმ მიზეზის გამორიცხვის შემთხვევაში. მაგალითად, თუ შესაძლებელი გახდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემცირება, საქართველოს მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა გაიზრდება 7,5 წლით, ტრავმული დაზიანებათა კლების შემთხვევაში - 1,5 წლით, ზოლო ონკოლოგიურ დაავადებათა შემცირებისას - 1,7 წლით.

მსოფლიო მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდა ბოლო ათწლეულებში ნაკლები ტემპით ხდება. ეს გარემოება უკავშირდება საერთო და ბავშვთა სიკვდილიანობის ტემპების შემცირებას, მოსახლეობის დაბერებას, გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიურ დაავადებების, ტრავმატიზმის ზრდას.

7.11. დაავადებათა გლობალური ტვირთისა და DALY-ის მაჩვენებლები

მიუხედავად იმისა, რომ გარდაცვალების მიზეზთა აღრიცხვის სწორი წარმართვა და ინტერპრეტაცია დაავადებათა გავრცელების შესახებ საკმარისად ფართო და მრავალმხრივ ინფორმაციას იძლევა, იგი, ძირითადად, შეეხება გარდაცვლილებს და არა ამჟამად მცხოვრებ მოსახლეობას. ამასთან დაკავშირებით, საკმარისად დიდხანს მიმდინარეობდა ისეთი მეთოდების ძიება, რომელთა მეშვეობით შესაძლოა მოსახლეობის

ავადობასა და სიკვდილიანობასთან დაკავშირებული დანაკარგების შეფასება. მსოფლიო ბანკის ექსპერტთა ჯგუფის შემოთავაზებით 1992 წლიდან შემოღებულია ე.წ. დაავადებათა გლობალური ტვირთისა და DALY-ის მაჩვენებლების გამოთვლა.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ მაჩვენებელთა გამოთვლის წესი საკმაოდ შრომატევადია, ვფიქრობთ, რომ სტუდენტს და მით უმეტეს ექიმს ზოგადი წარმოდგენა უნდა ჰქონდეს ამ მეთოდის შესახებ.

დაავადებათა გლობალური ტვირთის მაჩვენებლის გამოთვლა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობისა და მოსახლეობის დაინვალიდების მაჩვენებლებს ეფუძნება.

გამოთვლის პირველ ეტაპზე ყველა დაავადება საერთაშორისო კლასიფიკაციის გამოყენებით იყოფა 109 კატეგორიად (რაც დაინვალიდებისა და გარდაცვალების შემთხვევათა 95%-ს მოიცავს).

მეორე ეტაპზე გამოითვლება ისეთი ძირითადი მაჩვენებელი, როგორიცაა მოსახლეობის მიერ დაკარგული წლების რაოდენობა გამოწვეული ნაადრევი გარდაცვალებით. ეს მაჩვენებელი წარმოადგენს განსხვავებას მოცემულ ქვეყანაში ან რეგიონში და განვითარებულ ქვეყნებში მიღწეულ სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებელს შორის.

მესამე ეტაპზე ცალკე გამოითვლება ე.წ. **ჯანმრთელი ცხოვრების წლების დანაკარგები** - რაც გულისხმობს საზოგადოებისთვის მიყენებულ ზარალს გამოწვეულს ინვალიდობით. იგი გამოითვლება შემდეგნაირად: დაინვალიდების მომენტიდან გარდაცვალებამდე განვლილი წლების რაოდენობა გამრავლებული ე.წ. **მდგომარეობის სიმძიმის ინდექსზე** (ეს ინდექსი დგინდება ექსპერტების მიერ და 0-0,6-ის ფარგლებში მერყეობს). მაგალითად, კეთრით გამოწვეული დაინვალიდება შეფასებულია 0,22-ით, მხედველობის დაკარგვა - 0,5-ით და ა.შ.

მეოთხე ეტაპზე ხორციელდება მეორე და მესამე ეტაპზე მიღებული მონაცემების ჯამის 3%-ანი დისკონტირება ყოველი ასაკობრივი ჯგუფისათვის.

მიღებული მაჩვენებელი - DALY დაინვალიდებისა და ნაადრევი სიკვდილიანობის შედეგად გამოწვეული წლების ჯამია. ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მაჩვენებლების გამოყენებით შესაძლოა დადგინდეს მოსახლეობის მიერ დაკარგული წლების ღირებულება და საბოლოო ჯამში შეფასდეს მთლიანად საზოგადოებაზე მიყენებული ფინანსური ზარალი ან მოგება, რომელიც დაკავშირებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ან გაუარესებასთან.

აღნიშნული მიმართულებით გარკვეული მუშაობა დღესაც ტარდება. კერძოდ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძალისხმევით შესაძლებელი გახდა დაზუსტებულიყო ე.წ. გადარჩენილი სიცოცხლის კაც/წლების გამოთვლის მეთოდიკა.

ასეთი სახის გაანგარიშებები ზედმიწევნით აქტუალურია, ვინაიდან მათი მეშვეობით დავანახებთ საზოგადოებას - რამდენად ეფექტიანია ინვესტიციები ჯანდაცვის სისტემაში, რაც, უდავოდ, დარგის განვითარებასაც შეუწყობს ხელს. მაგალითად, თუ ვისარგებლებთ ცხრილი 12-ში მოყვანილი მონაცემებით, შესაძლოა დავასკვნათ, რომ განვითარებულ ქვეყნებში გადარჩენილი სიცოცხლის კაც/წლების რაოდენობა გაცილებით მაღალია, ვიდრე განვითარებად ქვეყნებში. პირველ რიგში ეს შეეხება ბავშვთა და ახალგაზრდა ასაკის მოსახლეობას, რაც თავისთავად იმ უზარმაზარ ეკონომიკურ ზარალზე მიუთითებს, რომელიც ადამიანის ჯანმრთელობის გაუარესებას და ნაადრევ სიკვდილიანობას მოაქვს.

ნაწილი II

კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები

თავი 8. საემპირიკო სტატისტიკა, როგორც მენეჯერება და სწავლების საგანი

8.1. შესავალი

სტატისტიკა (status-ლათ. მდგომარეობა) არის საზოგადოებრივი მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის მასობრივ, ერთგვაროვან მოვლენებს რაოდენობრივ და თვისებრივ ურთიერთკავშირში, აკლენს მოვლენათა კანონზომიერებებს და იძლევა მათ განზოგადებას მაჩვენებლების სახით.

სტატისტიკა წარმოადგენს მასობრივ მოვლენათა შესწავლის განსაკუთრებულ მეთოდს, რომელიც ყველა დარგის განვითარებას ესაჭიროება. XIX საუკუნის ერთ-ერთმა ცნობილმა მეცნიერმა **ნ. უილმა** სტატისტიკას „მეცნიერების დედოფალი“ უწოდა.

იმისდა მიხედვით, თუ ცხოვრების ან მეცნიერების რომელ დარგში გამოიყენება სტატისტიკა, არჩევენ მის სხვადასხვა განშტოებას. სტატისტიკის განშტოება, რომელიც შეისწავლის მედიცინის ან ჯანდაცვის მასობრივ, ერთგვაროვან მოვლენებს, ცნობილია **სამედიცინო სტატისტიკის** ან **სანიტარიული სტატისტიკის** სახელით. ზოგ შემთხვევაში გამოიყენება ისეთი ტერმინებიც, როგორიცაა:

- **მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატისტიკა**, რომლის ამოცანაა: მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მასზე მოქმედი ფაქტორების გამოკვლევა;
- **ჯანდაცვის სტატისტიკა**, რომლის ძირითადი ამოცანაა: იმ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შეფასება, რომლებიც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფასა და სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელისა და კადრების საქმიანობის შესწავლას.

დასავლეთში, უფრო ხშირად იხმარება ტერმინი **ბიოსტატისტიკა** ან **ბიომეტრია**. ფართო გაგებით, წმინდა სტატისტიკური კვლევის გარდა, იგი ეპიდემიოლოგიური კვლევასთან დაკავშირებული მეთოდების გამოყენებასაც გულისხმობს. თავის მხრივ, **ეპიდემიოლოგია** მიზნად ისახავს მოსახლეობაში დაავადებათა გავრცელებისა და მათი წარმოშობის ხელშემწყობი ფაქტორების კვლევას. დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური შესწავლა აუცილებელია მათი წარმოშობის მიზეზების გასარკვევად, მკურნალობის ტაქტიკისა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების შესაბამისად. ამასთან, სამედიცინო სტატისტიკის ცნებები და მეთოდები ეპიდემიოლოგიის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს.

კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევა ხორციელდება შემდეგი მიმართულებით:

- **აღწერითი (დესკრიპტიული)** კვლევის მეთოდების გამოყენების მიზანია ძირითადი სტატისტიკური სიდიდეებისა და მაჩვენებლების გამოთვლა;
- **ანალიტიკური კვლევა** იძლევა აღწერილობითი სტატისტიკის მეთოდების გამოყენებით მიღებული შედეგების შეფასების შესაძლებლობას;
- **სიცოცხლის სტატისტიკა** იძლევა მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მახასიათებლების განსაზღვრის საშუალებას.

აღწერითი (დესკრიპტიული) ეპიდემიოლოგიური კვლევით შესაძლებელია ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების სტანდარტიზაცია, მოსახლეობის ავადობისა და

ცხრილი 12

დაავადებათა გლობალური ტვირთის განაწილება მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში

მოსახლეობის მიერ სიცოცხლის წლების და შრომისუნარობით გამოწვეული პირობითი წლების დანაკარგები				
დემოგრაფიული რეგიონი/ასაკობრივი ჯგუფები	მამაკაცები	ქალები	სულ	DALY -ს დანაკარგი პროცენტებში
მთელი მსოფლიო				
0-5	274,1	255,7	529,9	38,9
5-14	77,4	68,8	146,2	10,7
15-44	185,0	173,1	358,1	26,3
45-59	85,3	61,6	146,9	10,8
60 და ზემოთ	91,3	89,7	181,0	13,3
განვითარებული ქვეყნები				
0-5	3,5	2,9	6,4	6,8
5-14	1,3	0,9	2,2	2,4
15-44	16,1	11,4	27,4	29,3
45-59	11,6	7,2	18,7	20,0
60 და ზემოთ	19,6	19,2	38,8	41,5
განვითარებადი ქვეყნები				
0-5	267,7	250,5	518,1	42,8
5-14	75,1	66,9	142,0	11,7
15-44	157,6	155,5	313,1	25,9
45-59	64,6	49,4	114,0	9,4
60 და ზემოთ	62,9	60,2	123,0	10,2

სიკვდილიანობის ტენდენციების მონიტორინგი, მათი სტრუქტურის დადგენა, მაღალი და დაბალი კუმულაციური რისკის მქონე რეგიონებისა და მოსახლეობის ჯგუფების გამოვლინება, კადრებზე, სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ საშუალებებზე, საწოლებზე მოთხოვნილების განსაზღვრა ქვეყნის, თითოეული რეგიონის, ქალაქისა და რაიონის მასშტაბით.

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევით შესაძლებელია მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების, რისკ-ფაქტორების (მათ შორის ენდოგენური და ეგზოგენური, პროფესიასთან, ცხოვრების წესთან და ეთნიკურ თავისებურებებთან დაკავშირებული ფაქტორების) როლის დადგენა დაავადების წარმოშობაში და მის გავრცელებაში, მაღალი რისკის ჯგუფების ფორმირება.

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების გამოყენებით შეისწავლება მკურნალობის შორეული შედეგები, დიაგნოსტიკური მეთოდებისა და სკრინინგ-პროგრამების ეფექტიანობა (სპეციფიურობა, მგრძნობელობა, დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, ცრუ-უარყოფითი და ცრუ-დადებითი შედეგების ოდენობა). მიღებული შედეგების დახმარებით შესაძლებელია დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის სტრატეგიისა და პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრა, შემუშავებული პროგრამების ოპტიმიზაცია, გარემოში (ჰაერი, წყალი, ნიადაგი, საკვები პროდუქტები, ფართო მოხმარების საყოფაცხოვრებო საქონელი და სხვ.) კანცეროგენული აგენტების ექსპოზიციის მონიტორინგი, ჯანდაცვის ბიუჯეტის დაგეგმვისა და მართვის ეკონომიკური დასაბუთება, კანონპროექტების მომზადების, კანონების, კანონქვემდებარე აქტებისა და ნორმატიული დოკუმენტების აღსრულების კონტროლი.

პრაქტიკოს ექიმს უნდა ესმოდეს ეპიდემიოლოგიის პრობლემები, რადგან ეს ინფორმაცია მას პაციენტთა მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევაში ეხმარება. ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ავლენს დაავადების გავრცელების ცვალებადობასა და ხარისხს მოსახლეობაში, დროის, გეოგრაფიისა და სხვა ფაქტორების გავლენის შესწავლის საფუძველზე. ამასთან, ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგები ჯანდაცვის სტრატეგიის შემუშავებისა და შემდგომი გატარების აუცილებელი კომპონენტია.

8.2. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების განვითარების ძირითადი ეტაპები

მედიცინაში კლინიკურ-სტატისტიკური კვლევის მეთოდების დანერგვას მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. ემპირიულად დადგენილი სტატისტიკური კანონზომიერებები, რომლებიც შეეხება სამკურნალწამლო საშუალებების ეფექტურობას, ინფექციურ დაავადებათა გავრცელების თავისებურებებს, ავადმყოფთა ჯანმრთელობის აღდგენის პროგნოზსა და სხვა, თაობიდან თაობაში გადაეცემოდა და ხშირად მხოლოდ ცალკეული საექიმო დინასტიების კუთვნილებას წარმოადგენდა. დაგროვილი ცოდნის განზოგადება და შემდგომი გავრცელება გაცილებით გვიან, მედიცინაში მათემატიკური სტატისტიკის მეთოდების დანერგვის შედეგად მოხდა.

კლინიკურ-სტატისტიკური კვლევის მეთოდების ცოდნის გარეშე შეუძლებელია სამედიცინო მეცნიერების განვითარება, მაგრამ ისიც ფაქტია, რომ ექიმი, როგორც წესი, ემპირიულად ფლობს და გამოიყენებს ამა თუ იმ სახის კლინიკურ-სტატისტიკურ კვლევას (შეეხება ეს პაციენტთა დაჯგუფებას დიაგნოზისა და ასაკის მიხედვით, თუ მკურნალობის ეფექტურობის რეტროსპექტიულად შეფასებას). მაგრამ ისიც, აშკარაა,

რომ დაავადების მკურნალობის ტაქტიკის დასაბუთება და მისი ეფექტურობის შეფასება შეუძლებელია გარკვეული სტატისტიკური პროცედურების ჩატარების გარეშე.

კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების გამოყენება მე-17 საუკუნეში დაიწყო და დაკავშირებულია ინგლისელი მეცნიერების **ჯ.გრაუნტისა და ვ.ჰეტის** სახელებთან, რომლებიც თავის დროზე ე.წ. „პოლიტიკური არითმეტიკის“ სკოლის წარმომადგენლებად ითვლებოდნენ. ამ მეთოდების განვითარებას მნიშვნელოვანი ბიძგი მისცა ევროპასა და ამერიკაში დაზღვევის შემოღებამ, გამოყენებითი მეცნიერებების მიღწევებმა. მაგალითად, ასტრონომმა **ე.ჰალემ** (1656-1742) პირველმა შეადგინა მეცნიერულად დასაბუთებული სიკვდილიანობის ცხრილები, **ი.ბერნულიმ** (1654-1705) აღმოაჩინა ე.წ. „დიდ რიცხვთა კანონი“, **ბ.ლამპლასმა** (1749-1827) დაამუშავა ალბათობის თეორია.

სტატისტიკის ცოდნისა და მისი გამოყენების აუცილებლობაზე XIX საუკუნის გამოჩენილმა დასტაქარმა **ნ.პიროგოვმა** შემდეგი აზრი გამოთქვა: „ამა თუ იმ დაავადების საშიშროებაზე ან მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდით სარგებლობაზე მსჯელობისათვის ისეთ მეცნიერებაში, როგორიცაა ქირურგია, არ არსებობს სტატისტიკაზე უფრო უტყუარი საშუალება. მე ვეკუთვნი რაციონალური სტატისტიკისათვის თავგამოდებულთა რიცხვს და მჯერა, რომ მისი გამოყენება ქირურგიაში პროგრესია“.

ფ.ერისმანი წერდა: „სტატისტიკის გარეშე ჩვენ სიბნელეში ვიხეტიალებდით. სტატისტიკა ექიმისათვის დიაგნოსტიკური საშუალებაა. მისი მნიშვნელობა ისეთივეა, როგორც კერძო პათოლოგიაში პერკუსისა და აუსკულტაციის, და საერთოდ, ავადმყოფის აქტიური გამოკვლევის მნიშვნელობა.“

სამედიცინო სტატისტიკის განვითარებაში განსაკუთრებულ დამსახურებას მიაწერენ რუს მეცნიერს **ე.ოსიპოვს**, რომელმაც პირველმა გამოიყენა სტატისტიკური მეთოდი მოსახლეობის ავადობის შესწავლის მიზნით. მისი საქმიანობა განაგრძო და განავითარა **პ.კურკინმა**. ამ უკანასკნელმა სტატისტიკა გამოიყენა მოსახლეობის ავადობის, ფიზიკური განვითარებისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შესასწავლად.

ჯერ კიდევ XIX საუკუნეში საქართველოს ცალკეული ქალაქისა და მაზრის მიხედვით ხორციელდებოდა მთელ რიგ დაავადებათა აღრიცხვა, რისთვისაც გამოიყენებოდა სპეციალური სტატისტიკური ფორმები. 1918 წელს შეიქმნა ცენტრალური სტატისტიკური სამმართველო, რომელიც ხელმძღვანელობდა არამარტო საერთოდ სტატისტიკურ საქმიანობას, არამედ ე.წ. „საუწყებო სტატისტიკას“ და მათ შორის ჯანდაცვის სტატისტიკასაც. მისი თანამშრომლები მიწვეული იყვნენ ახლადგახსნილ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტზე პედაგოგებად.

სამედიცინო სტატისტიკის განვითარებაში მეტად მნიშვნელოვანი იყო 1924 წელი, როდესაც საქართველოს ჯანდაცვის კომისარიატის სტრუქტურაში პროფესორმა **ი.ელთაშვილმა** ჩამოაყალიბა სტატისტიკის განყოფილება. ფაქტობრივად ამ დროიდან იწყება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მრავალმხრივი შესწავლა. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის დაარსებისთანავე ზოგადი პიგიენისა და ჯანდაცვის ორგანიზაციის კათედრასთან ერთად შეიქმნა ჯერ სპეციალური კურსი, შემდგომ კი დამოუკიდებელი ეპიდემიოლოგიის კათედრა, რომელსაც წლების მანძილზე ხელმძღვანელობდა გამოჩენილი ქართველი მეცნიერი და პედაგოგი პროფესორი **გ.კაციტაძე**, რომლის უშუალო მონაწილეობით ჩატარდა მრავალრიცხოვანი კვლევები, მიმართული საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში დაავადებათა გავრცელების თავისებურებების შესწავლაზე.

უკვე გასული საუკუნის პირველ ნახევარში ბიოსამედიცინო კვლევების რიცხვმა კრიტიკულ ზღვარს მიაღწია. სხვადასხვა ქვეყანაში გამოქვეყნებული მრავალრიცხოვანი, ზოგჯერ ურთიერთგამომრიცხავი კვლევის შედეგების სამეცნიერო და პრაქტიკული მნიშვნელობის შეფასების მიზნით დღის წესრიგში დადგა სპეციალური საინფორმაციო

სისტემის ჩამოყალიბება. ეს ამოცანა წარმატებით გადაწყვიტა ე.გორფილდმა, რომელმაც 50-იან წლებში ჯონს ჰოპკინსის უნივერსიტეტის ბაზაზე განახორციელა და პირველად დაამკვიდრა გამოქვეყნებული ბიოსამედიცინო კვლევების ციტირების ინდექსი (Science Citation Index - SCI). ციტირების ინდექსის მეშვეობით შესაძლებელია კვლევის თემატიკის აქტუალობის, სხვა მეცნიერების მიერ საკუთარ გამოკვლევებში გამოქვეყნებული შედეგების გათვალისწინების დონის დადგენა. დროთა განმავლობაში ეგორფილდის მიერ მოწოდებული ინდექსაციის სისტემა მეცნიერული მოღვაწეობის შეფასების ერთ-ერთ ყველაზე ობიექტურ მაჩვენებლად იქნა აღიარებული. ეს კი იმას ნიშნავდა, რომ კვლევათა შესრულების ხარისხი და შედეგების სარწმუნოება უპირატესად მეცნიერის მიერ გამოქვეყნებულ ნაშრომთა ციტირების ინდექსთან ასოცირდება.

კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგების დამაჯერებლობა მჭიდროდაა დაკავშირებული არამარტო სამკურნალო საქმესთან, არამედ სამეცნიერო ინდუსტრიის განვითარებასთან (რომლის შემოსავალი გლობალური მასშტაბით მესამე ადგილზეა იარაღით ვაჭრობისა და ნარკოტიკების არალეგალური ბრუნვის შემდგომ). თეორიული ხასიათის ახალი სადიაგნოსტიკო ან სამკურნალო საშუალებების კვლევის შედეგები, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ სამედიცინო ბიზნესის განვითარებაზე, მიღებული მონაცემების სარწმუნოება კი, დადასტურებული ციტირების ინდექსით, ეხმარება მწარმოებელს ინვესტიციების მოზიდვაში, ახალი წამლის ან აპარატურის გასაღების ბაზარის შექმნაში. მაგალითისათვის მოვიყვანთ ცნობილ ფაქტს - 80-იანი წლების დასაწყისში საფრანგეთის ღვინის წარმოების ინდუსტრიას პროდუქციის გასაღების სერიოზული პრობლემები შეექმნა. ამავე დროს ბორდოს უნივერსიტეტის მკვლევართა ჯგუფმა სამეცნიერო ლიტერატურაში გამოაქვეყნა მორიგი კვლევის შედეგები შავი ღვინის დაღებითი თვისებების შესახებ. კვლევა არ გამოირჩეოდა დიდი ორიენტირებით, ვინაიდან შავი ღვინის სამკურნალო თვისებები ცნობილია უძველესი დროიდან და ამ კუთხით სხვადასხვა დროს ჩატარებული იყო მრავალი დაკვირვება, მაგრამ ღვინის მწარმოებელი ფორმების მარკეტინგულმა განყოფილებებმა ამ კვლევის შედეგების საფუძველზე ფართო სარეკლამო კამპანია გააჩაღეს, რომელსაც ხელი შეუწყო საფრანგეთის, იტალიისა და ესპანეთის მთავრობებმა. შედეგად, სულ მოკლე დროში ბორდოს, ბურგუნდიის (საფრანგეთი), ტოსკანის (იტალია), პენელისის (ესპანეთი) პროვინციებში დამზადებული შავი ღვინის გასაღება რამდენჯერმე გაიზარდა. საგულისხმოა ისიც, რომ ბაზრის გარკვეული სეგმენტი დაიკავეს იმ ქვეყნებმაც, რომლებიც ნაკლებად იყვნენ წარმოდგენილი ღვინის გასაღების ბაზარზე (ჩილე, ავსტრალია, მოლდოვა, საქართველო).

მე-20 საუკუნის 70-იან წლებში ბიოსამედიცინო კვლევათა წარმოებაში თანმიმდევრულად დაიწყო აგრეთვე ე.წ. მტკიცებულობითი მედიცინის ტექნოლოგიების დანერგვა. მათი საშუალებით შესაძლებელი გახდა კვლევათა წარმოების მეთოდოლოგიის გაუმჯობესება და უკვე განხორციელებული კვლევების მეცნიერული და პრაქტიკული ღირებულების რეტროსპექტრული ანალიზი და შეფასება. მაგრამ მოგვიანებით დადგინდა, რომ ყველაზე უფრო დახვეწილ კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევების მეთოდების (მაგალითად, რანდომიზირებული, კონტროლირებადი კვლევები) გამოყენების დროსაც კი არსებობს მრავალი ხარვეზი მათი დაგეგმვის, შესრულების, ექსპერტიზისა და შედეგების პრაქტიკული გამოყენების თვალსაზრისით.

ეს გასაგებიცაა, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ყოველწლიურად მსოფლიოში გამოქვეყნებული თითქმის 2 მილიონი ბიოსამედიცინო კვლევის შედეგებიდან მხოლოდ 50% შეიცავს სარწმუნო ინფორმაციას, ამასთან დაკავშირებით 1975 წლიდან ციტირების ინდექსთან ერთად დამკვიდრდა ე.წ. იმპაქტ-ფაქტორი. ამ ორი მაჩვენებლის განსხვავება იმაშია, რომ თუ ციტირების ინდექსი ასახავს კავშირს სხვადასხვა ქვეყანაში, სხვადასხვა მეცნიერთა მიერ ჩატარებულ კვლევათა შორის, იმპაქტ-ფაქტორის მეშვეობით

შესაძლებელია დავადგინოთ, თუ რამდენად სოლიდურია და სარწმუნოა წყარო, სადაც გამოქვეყნდა კვლევის შედეგები. იმპაქტ-ფაქტორის მნიშვნელობა მერყეობს 0-დან 100000-ის ფარგლებში. ამის საფუძველზე ხდება სამეცნიერო წყაროების რანჟირება. მაგალითად, ჟურნალი „Nature“ ამ სიის მიხედვით მე-13 ადგილზეა, მაშინ, როდესაც რუსეთის ერთ-ერთი ყველაზე პრესტიჟული სამეცნიერო ჟურნალი „Доклады Российской Академии наук“ – 2745-ზე.

ბოლო წლებში განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს კლინიკურ-სტატისტიკური კვლევები ჩატარებული მეტა-ანალიზის მეთოდოლოგიის გათვალისწინებით, რომელიც ჯერ კიდევ 1972 წელს იქნა შემოთავაზებული გამოჩენილი ეპიდემიოლოგიის აკოპრინის მიერ. სირთულის გამო ამ მეთოდის ფართოდ დანერგვა გაცილებით გვიან, კომპიუტერული ტექნიკის შესაძლებლობის ზრდასთან ერთად დაიწყო. მეტა-ანალიზის ძირითადი არსი იმაში მდგომარეობს, რომ ამ მეთოდის გამოყენებით შესაძლებელია რამდენიმე კლინიკურ-სტატისტიკური ან ეპიდემიოლოგიური კვლევის მონაცემთა ერთიანად დამუშავება (იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მათი შედეგების უმეტესობა არ იყო სარწმუნო). ამ მონაცემთა ერთ საინფორმაციო ბაზად გაერთიანება და შემდგომი დამუშავება დისპერსიის შემცირებისა და სტატისტიკური ერთობლიობის მოცულობის გაზრდის საშუალებას იძლევა, რის საფუძველზე კეთდება დასკვნა დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის ახალი სქემის ვარგისიანობის შესახებ. იმისათვის, რომ საბოლოოდ დადგინდეს მიღებული შედეგების სტატისტიკური და კლინიკური სარწმუნოება, მეტა-ანალიზის პროცესში დამატებით გამოიყენება გაზომვების დროს შემთხვევით დამუშავებული და ე.წ. სისტემატიური შეცდომების გავლენის შემცირებაზე მიმართული გათვლები.

2000 წლიდან მოქმედებს მეტა-ანალიზის ფორმატში შესრულებული მიმოხილვითი ნაშრომების შეფასების მეთოდოლოგია - ქვორუმი - Quorum (Quality of Reporting Meta-Analyses). ქვორუმი, სხვა სახის საექსპერტო სისტემებთან ერთად, მტკიცებულებათა სხვადასხვა დონეზე შესრულებული ნაშრომების შეფასების სისტემის დამკვიდრების საშუალებაა.

მ.3. სტატისტიკური ერთობლიობა

სტატისტიკური დაკვირვების (კვლევის) ნებისმიერ ობიექტს, როგორც წესი, უნდა წარმოადგენდეს არა ცალკეული შემთხვევა, ერთეული ან ელემენტი, არამედ შემთხვევათა ერთობლიობა, ჯგუფი, რასაც სტატისტიკურ ერთობლიობას უწოდებენ.

სტატისტიკური ერთობლიობა ეწოდება მრავლობითი ხასიათის ერთგვაროვან მოვლენათა ჯგუფს, ალებულს დროისა და სივრცის განსაზღვრულ მონაკვეთში.

სტატისტიკურ ერთობლიობას წარმოადგენს ყოველგვარი მოვლენა, რაც ითვლება და, საერთო ჯამში, რაოდენობას ქმნის (მაგალითად, ამა თუ იმ ქალაქის თუ სახელმწიფოს მოსახლეობა; მოცემულ წელს დაბადებულ ბავშვთა ან გარდაცვლილთა რაოდენობა; დაავადებები, როგორც საერთოდ, ისე ცალკეული დიაგნოზის მიხედვით და სხვ.).

ნებისმიერი სტატისტიკური ერთობლიობის შესწავლის მიზანია მოვლენისათვის დამახასიათებელ ზოგად კანონზომიერებათა და თავისებურებათა გამოვლენა, რაც ვერ ხერხდება ან საერთოდ შეუძლებელია მოვლენის ცალკეული შემთხვევის შესწავლის დროს.

დაკვირვების ერთეული ეწოდება მოვლენის ცალკეულ შემთხვევას, რომელთაგანაც სტატისტიკური ერთობლიობა იქმნება. ამგვარად, დაკვირვების ერთეული არის სტატისტიკური ერთობლიობის ის შემადგენელი ელემენტი, რომლის მიხედვითაც მთელი ერთობლიობა შეისწავლება. მაგალითად, თუ შესასწავლია მოსახლეობის საერთო ავადობა,

დაკვირვების ერთეული იქნება დაავადების თითოეული შემთხვევა, თუ შეისწავლება შობადობა, დაკვირვების ერთეული იქნება დაბადების თითოეული შემთხვევა და ა.შ.

დაკვირვების ერთეულთა საერთო რაოდენობა ანუ იგივე სტატისტიკური ერთობლიობა „*N*“-ით აღინიშნება. მას პრაგმატიკა დამახასიათებელი ნიშანი აქვს. მაგრამ უფრო ხშირად აღირიცხება მხოლოდ ის ნიშნები, რომლებიც საჭიროა კვლევის კონკრეტული მიზნისა და ამოცანების გადასაწყვეტად. ამიტომ სტატისტიკური კვლევის განხორციელებისას რეგისტრირდება და აღირიცხება შესასწავლი ნიშნები, რის გამოც მათ **სააღრიცხვო ნიშნებსაც** უწოდებენ.

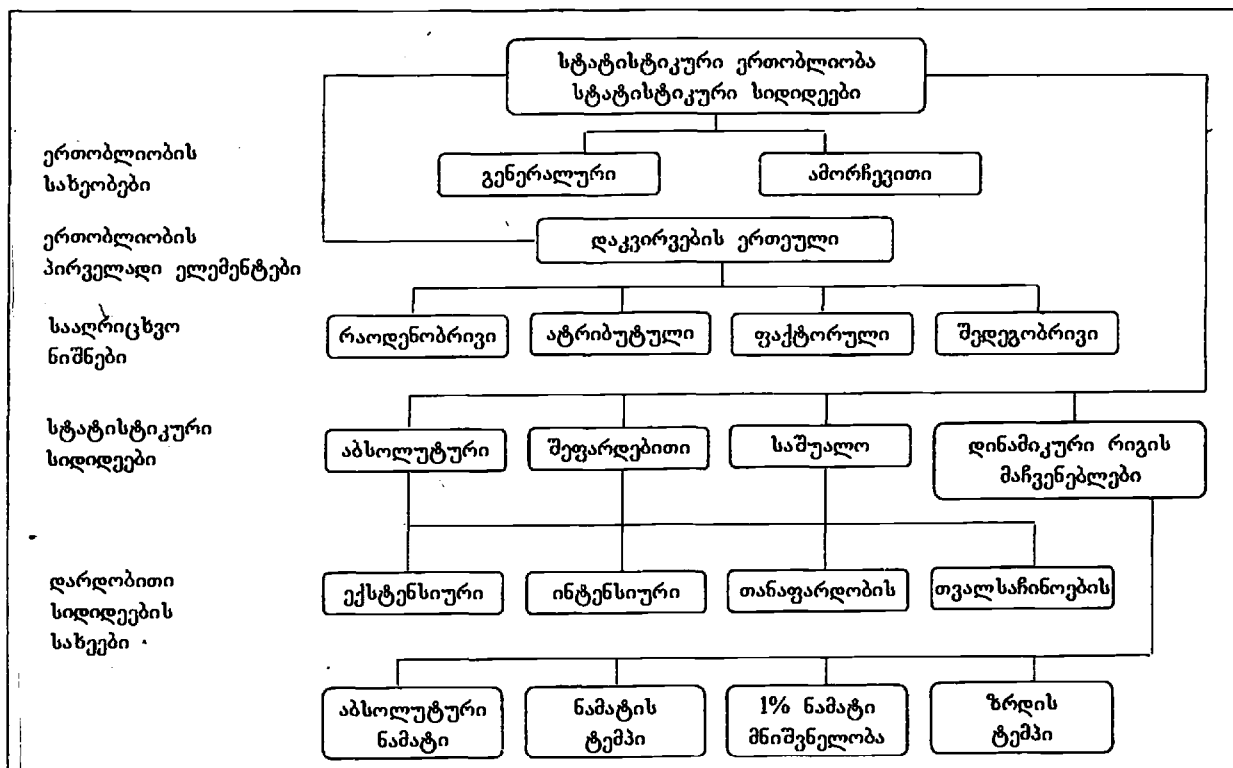
დაკვირვების სააღრიცხვო ნიშანი, ეს იგივე შესასწავლი ნიშანია. მაგალითად, ავადობის შესწავლის დროს ერთი ავადმყოფის, როგორც დაკვირვების ერთეულის, სააღრიცხვო ნიშნებია: დიაგნოზი, სქესი, ასაკი, მკურნალობის სახე, დაავადების ხანგრძლივობა, მკურნალობის შედეგი და სხვ.

დაკვირვების ერთეულის შესასწავლ სააღრიცხვო ნიშნებს, თავის მხრივ, გრადაციები აქვს. მაგალითად, თუ შესასწავლი ნიშანია ასაკი, იგი შეიძლება წარმოდგენილ იქნას როგორც საერთო ნიშნით, ასევე ცალკე ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. მკურნალობის შედეგები შეიძლება დაიყოს შემდეგნაირად: გაუმჯობესება, გაუარესება, უცვლელი მდგომარეობა, გაუარესება და ა.შ. იგივე ითქმის დაკვირვების ერთეულის სხვა ნებისმიერ ნიშანზეც.

სტატისტიკური ერთობლიობის შესწავლის ძირითად საწყისს დაკვირვების ერთეული წარმოადგენს. ამიტომ ამ უკანასკნელის დრმა, დეტალური გააზრება აუცილებელი პირობაა ნებისმიერი სახის სტატისტიკური კვლევის სწორად წარმართვისათვის (ნახატი 10).

ნახატი 10

სტატისტიკური ერთობლიობა, სტატისტიკური სიდიდეები



დაკვირვების ერთეულის შესწავლის ნიშნები შინაარსობრივი თვალსაზრისით შეიძლება იყოს ორგანო: **ატრიბუტული და რაოდენობრივი**.

დაკვირვების ერთეულის ატრიბუტული ნიშანი აღწერილობითი ხასიათისაა და სიტყვიერად გამოიხატება. მაგალითად, დიაგნოზი, სქესი, პროფესია, მკურნალობის გამოსავალი, საცხოვრებელი ადგილი და სხვ.

დაკვირვების ერთეულის რაოდენობრივი ნიშანს წარმოადგენს რიცხობრივი გამოხატულება. მაგალითად: სიმაღლე სანტიმეტრებით, წონა კილოგრამებით, მკურნალობის ხანგრძლივობა წლებით, სისხლში ქოლესტერინის ან ცილების შემცველობა მილიგრამებით და ა.შ. რაოდენობრივი ნიშნების ყოველ ცალკეულ სიდიდეს **კანდიდატა** ეწოდება, იგი აღინიშნება „V“-ით.

სტატისტიკური დაკვირვების ერთეულის ორივე ნიშანი, როგორც ატრიბუტული, ისე რაოდენობრივი, თავის მხრივ, აგრეთვე ორ ჯგუფად იყოფა: **ფაქტორულ და შედეგობრივ** ნიშნებად.

ფაქტორული ეწოდება ისეთ ნიშანს, რომლის გავლენითაც შეიძლება სხვა ნიშნები იცვლებოდეს. მაგალითად, ასაკი წარმოადგენს ფაქტორულ ნიშანს მოზარდებში, რადგან მისი ცვლილებისას თანაზომიერად იცვლება მოზარდის სიმაღლე, წონა და სხვ. მკურნალობა აგრეთვე წარმოადგენს ფაქტორულ ნიშანს, რადგან მისი ცვლილებების შემთხვევაში (სიმპტომური, პალიატიური, ქირურგიული და სხვ. მკურნალობის მეთოდები) იცვლება დაავადების გამოსავალიც.

შედეგობრივი ეწოდება ნიშნებს, რომლებიც ფაქტორული ნიშნის ცვლილებებს მოყვება. თუ ვისარგებლებთ იგივე მაგალითით, ასაკის, როგორც ფაქტორული ნიშნის ცვლილებას, მოყვება ზომა-წონის, როგორც შედეგის ცვლილება, მკურნალობის ცვლილებას – დაავადების გამოსავალი და ა.შ.

დაკვირვების ერთეულთა ნიშნების (ფაქტორული და რეზულტატური) მიხედვით გამოკვლევა შეიძლება ოთხ ტიპად დაიყოს:

I – ერთი ფაქტორული ნიშანი მოქმედებს ერთ რეზულტატურ ნიშანზე (მაგალითად, სივარეტის მოწევა და დაავადება);

II – ერთი ფაქტორული ნიშანი მოქმედებს რეზულტატური ნიშნების კომპლექსზე (სივარეტის მოწევა და მოსახლეობის ჯანმრთელობა);

III – ფაქტორული ნიშნების კომპლექსი მოქმედებს რეზულტატურ ნიშანზე (სოციალურ-ჰიგიენური ფაქტორების გავლენა ფილტვის დაავადებაზე);

IV – კომპლექსური ფაქტორული ნიშნები მოქმედებს ასევე კომპლექსურ რეზულტატურ ნიშნებზე (სოციალური ფაქტორების გავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე).

სტატისტიკური ერთობლიობა სტატისტიკური კვლევის ქვაკუთხედი. იმის მიხედვით, თუ რას მოიცავს სტატისტიკური ერთობლიობა – დაკვირვების ყველა შემთხვევას თუ მათ ნაწილს – იგი შეიძლება იყოს ე.წ. **გენერალური** ან **ამორჩევათი**. ამ საკითხის წინასწარ გათვალისწინებას არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან მასზეა დამოკიდებული სტატისტიკური კვლევის შედეგების გააზრება, მათი ანალიზი და ინტერპრეტაცია. გენერალური ერთობლიობა შემთხვევების მთელ რაოდენობას, ხოლო ამორჩევითი ერთობლიობა – შემთხვევების ნაწილს გულისხმობს.

გენერალური სტატისტიკური ერთობლიობა მოიცავს დაკვირვებათა ყველა ერთეულს, ყველა ელემენტს. მაგალითად, თუ გვსურს შევისწავლოთ მოსახლეობის დიაბეტით ავადობა თეორიულად, უნდა გამოვიკვლიოთ მთელი პოპულაცია, რაც ნაკლებად რეალურია, ამიტომ პრაქტიკულად გენერალური ერთობლიობის შესწავლა ძალიან ძნელია, ბევრჯერ კი შეუძლებელი, რის გამოც სტატისტიკური კვლევის მეთოდი, უმეტესად, გენერალური ერთობლიობის ნაწილის, ე.ი. ამორჩევითი ერთობლიობის შესწავლას ითვალისწინებს.

სტატისტიკური კვლევის სპეციალური მეთოდების გამოყენებით, საბოლოო ჯამში, შესაძლებელია იმ შედეგების მიღება, რომელნიც გენერალური ერთობლიობისათვის დამახასიათებელ კანონზომიერებას ასახავს.

8.4. ამორჩევითი ერთობლიობის განსაზღვრის მეთოდები

კვლევის უკვე საწყის ეტაპზე ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია, რათა დავადგინოთ, თუ რა ნიშნების მიხედვით ჩამოვაყალიბებთ ამორჩევით ერთობლიობას. ძირითადად, ეს შეიძლება განხორციელდეს: ტიპური ამორჩევის, შემთხვევითი ამორჩევის, სისტემური, ჯგუფური ამორჩევის, ბუდობრივი ამორჩევის, კომბინირებული ამორჩევის გზით.

ტიპური ამორჩევის მეთოდი გულისხმობს შესასწავლი ობიექტის ერთეულთა დაყოფას ტიპურ და არატიპურ ჯგუფებად (მაგალითად, სტუდენტთა გენერალურ ერთობლიობაში გამოყოფთ მწველებს, დაოჯახებულებს და ა.შ.).

შემთხვევითი ამორჩევის დროს შეისწავლება დაკვირვების ერთეულთა გარკვეული ჯგუფი, რომელიც რომელიმე ნებისმიერი ნიშნის მიხედვით შეირჩევა (მაგალითად, გვარის ანბანის, დაბადების გარკვეული წლების ან სხვ). განსხვავდება შემთხვევითი ამორჩევის რამდენიმე მეთოდი, რომლებიც განსაკუთრებით ფართოდ გამოიყენება ბიოლოგიასა და მედიცინაში:

- **მარტივი შემთხვევითი ამონარჩევი** გულისხმობს, რომ ყოველ ობიექტს კვლევაში ჩართვის თანაბარი ალბათობა აქვს. ამისათვის საჭიროა გადავნიშნოთ ყველა გამოსაკვლევი ობიექტი ან მოვლენა (ე.ი. მათ თან უნდა ახლდეს იდენტიფიკაციის ნომერი) და შემდეგ ჩავატაროთ შემთხვევითი ამორჩევა. იდენტიფიკაციის ნომრების სიმრავლეს **ამონარჩევის ჩარჩო** ეწოდება. დავუშვათ, რომ ამონარჩევის ობიექტები ან მოვლენები გადანომრილია 1-დან 1000-მდე. „შემთხვევითი რიცხვითი“ ცხრილის გამოყენებით, შემთხვევითად განისაზღვრება საწყისი წერტილი თვით ცხრილში, მკვლევარს შეუძლია აარჩიოს, დავუშვათ, პირველი 100 ერთეული 1-დან 1000-მდე. 100 შემთხვევითი რიცხვის შესაბამისი ობიექტი, ან მოვლენა, რომელთაც აქვთ საიდენტიფიკაციო ნომერი, შეადგენს მარტივ შემთხვევით ამონარჩევს.
- **შემთხვევითი რიცხვების გენერაციის კომპიუტერული პროგრამების** საშუალებით შესაძლებელია ამონარჩევის ამოკრევის გაცილებით სწრაფად ჩატარება. მაგალითად, პაციენტთა დაყოფა სქესის, დაავადების სიმძიმის ან სავადმყოფო საწოლზე დაყოვნების მიხედვით, მკვლევარს შეუძლია განახორციელოს ჯერ კომპიუტერული პროგრამით, შემდგომ კი გამოიყენოს მარტივი შემთხვევითი ამორჩევის მეთოდი.
- **კლასტერული შემთხვევითი ამონარჩევი** ეყრდნობა ორსაფეხურიან პროცესს, რომლის დროსაც პოპულაცია დაყოფილია კლასტერებად, ქვესიმრავლე კი შემთხვევითად აირჩევა. კლასტერებს, ძირითადად, საფუძვლად უდევთ გეოგრაფიული არეალი ან რაიონი. მაგალითად, საქართველოში ღიაბეტის გავრცელების შესასწავლად კლასტერული მეთოდის გამოყენებისას წინასწარ უნდა მოვიძიოთ მთელი რიგი მონაცემები (კერძოდ, რეგიონებისა და ცალკეული დასახლებული პუნქტების ჩამონათვალი, მათ ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა და ა.შ.). ამ მონაცემების საფუძველზე კვლევის პირველ ეტაპზე ავირჩევთ, მაგალითად, იმერეთისა და კახეთის ზონაში განლაგებულ სოფლებს, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა 1000-დან 1200-მდე მერყეობს. არჩეული სოფლების მოსახლეთა მთლიანი სიის მიხედვით შემდგომ ეტაპზე „შემთხვევითი რიცხვითა ცხრილის“ მიხედვით შეირჩევა 80-80 პირი. არსებული მეთოდიკა გულისხმობს, რომ გამოკვლევა ჩაითვლება რეპრეზენტატიულად მხოლოდ მაშინ, თუ ყველა ამ პირის შემოწმება მოხერხდება. კვლევისათვის შერჩეული ადამიანის სხვა პირით შეცვლა დაუშვებელია გასაგები მიზეზის გამო – ირღვევა კვლევის ძირითადი პრინციპი – ეტაპობრივად განხორციელებული ობიექტის შემთხვევითი შერჩევა.

- **სისტემური ამონარჩევი** განისაზღვრება გენერალურ ერთობლიობაში ობიექტთა რაოდენობის გაყოფით ამონარჩევის სასურველ ზომაზე. მაგალითად, თუ ჩავთვლით, რომ საკმარისია გენერალურ ერთობლიობაში აღრიცხული ობიექტების 10% კვლევა, ავირჩევთ ყოველ მეათე ობიექტს. ამ მეთოდის გამოყენებისას აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ ისევ და ისევ ჩვენ უნდა ავირჩიოთ ჯერ პირველი რიცხვი (1-დან მეათემდე „შემთხვევითი რიცხვის სიის“ გამოყენებით) და შემდეგ, მისგან დაწყებული, უკვე გადავთვალოთ ყოველი მეათე ობიექტი. სისტემური ამონარჩევი გამოიყენება მაშინ, როდესაც მისი სტრუქტურისათვის არ არის დამახასიათებელი ციკლური გამეორებები. ამ ამონარჩევის გამოყენება მიზანშეუწონელია, თუ, მაგალითად, ვაანალიზებთ რომელიმე დაავადების სეზონური მერყეობის მიზეზებს.
- **ჯგუფური ამონარჩევი** გულისხმობს, რომ ჯგუფის და მასში ქვეჯგუფის ამორჩევა ხდება გარკვეული ნიშნით (მაგალითად, თუ შევისწავლით მოსწავლე გოგონებს (ჯგუფს), მათი აკადემიური მოსწრების მიხედვით (ქვეჯგუფების)).
- **ბუდობრივი ამორჩევა** ეწოდება დაკვირვების ერთეულთა ისეთ შერჩევას, როცა გარკვეული ჯგუფები შეირჩევა მთლიანი ერთობლიობიდან (შემდგომში ეს ჯგუფები შეისწავლება როგორც მთლიანი, ისე ნაწილობრივი ამონარჩევის მეთოდის გამოყენებით). მაგალითად, რეგიონის მოსახლეობის ავადობის შესასწავლად შეირჩევა მასში შემავალი რომელიმე ერთი, ყველაზე ტიპური რაიონი. აქ მიღებული შედეგები კი განზოგადდება მთელ რეგიონზე.
- **კომბინირებული ამორჩევა** გულისხმობს ამორჩევის რამდენიმე ტიპის ერთდროულ გამოყენებას.

ზოგიერთ შემთხვევაში მკვლევარი, სტატისტიკაში ნაკლები კომპეტენციის ან უწყურადღებობის გამო, იკვლევს იმ პაციენტებს, რომლებიც მასთან ხვდებიან და პირველი შეხვედრით კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმს აკმაყოფილებენ. ეს პროცედურა განსაკუთრებით ხშირია, როცა კვლევა ნაკლებად გავრცელებულ პრობლემას შეეხება. ხშირად მკვლევარი ვერ განსაზღვრავს ერთმანეთისაგან გამოსაკვლევ და მოდელირებულ სტატისტიკურ ერთობლიობას და, როგორც შედეგი – მიღებული შედეგების არასწორი ინტერპრეტაცია, მცდარი დასკვნები და სხვ.

მოვლენის კანონზომიერებას კიდევ უფრო ნათლად ავლენს კოჰორტული მეთოდი. კოჰორტა არის ერთგვაროვანი მოვლენის ისეთი ერთობლიობა, რომელშიც შემადგენელი ნაწილები (ელემენტები) გაერთიანებულია მსგავსი განსაზღვრული ნიშნის მიხედვით და მასზე დაკვირვება წარმოებს დროის ერთსა და იმავე ინტერვალში. მაგალითად: რაოდენობა ოჯახებში, რომელთაც ცოლ-ქმრული ცხოვრების ერთნაირი ხანგრძლიობა აქვთ.

თავისთავად არასწორი ამორჩევა შემდგომში მიღებული შედეგების არასწორი ინტერპრეტაციის საწინდარია, რაც საეჭვოს ხდის გამოტანილი დასკვნების საფუძვლიანობას. ამის საკმაოდ მწარე გამოცდილება ზოგიერთ ჩვენს კვლევით ცენტრსაც გააჩნია. კერძოდ, სტატისტიკური კვლევის აუცილებელი პირობების დაუცველობის გამო თავის დროზე მკვეთრად შემცირდა მათი საქმიანობა დაკავშირებული ახალი პრეპარატის კლინიკურ გამოცდასთან. მსხვილმა ფარმაცევტულმა ფირმამ უარი თქვა ჩვენში ამ სახის პროექტების განხორციელებაზე მიღებული შედეგების სტატისტიკური გადამოწმების შედეგად. თავისთავად, მორალური ზიანის გარდა ჩვენ დიდი მატერიალური ზარალიც განვიცადეთ. იმისდა გათვალისწინებით, რომ საერთაშორისო ბაზარზე ყოველწლიურად გამოდის 5 ათასამდე ახალი ფარმაცევტული პრეპარატი, რომელთა გამოცდაზე მილიარდობით აშშ დოლარი იხარჯება. ამასთან, დაკარგული პოზიციების აღდგენა მწვავე კონკურენტულ გარემოში ჩვენი საკვლევი ცენტრებისათვის ზედმიწევნით რთულ, დღემდე დაუძლეველ პრობლემას წარმოადგენს.

დროის ფაქტორის გათვალისწინებით კვლევის მეთოდები შეიძლება დავყოთ, როგორც ერთდროულ, ისე მიმდინარე (დინამიკურ) დაკვირვებად.

მიმდინარე აღრიცხვის მეთოდს მიმართავენ, როცა მოვლენას აკვირდებიან მისი წარმოშობისა და განვითარების პროცესში, სტატისტიკური მასალის დაგროვება ხორციელდება დროის გარკვეულ მონაკვეთში (უფრო ხშირად ერთი კალენდარული წლის მანძილზე). მიმდინარე აღრიცხვის მეთოდს იყენებენ, მაგალითად, მოსახლეობის შობადობის, სიკვდილიანობის, ავადობის შესწავლის მიზნით, როდესაც ყოველთვიური ან ყოველწლიური მონაცემები შეგროვების საფუძველზე.

სამედიცინო პრაქტიკაში გვხვდება ისეთი მოვლენებიც, რომელთა სტატისტიკური გამოკვლევა მოითხოვს დაკვირვების ერთდროულ ჩატარებას, ე.ი. შესასწავლი კონტინგენტის აღრიცხვა-გამოკვლევას მხოლოდ ერთი რომელიმე თარიღისათვის. მაგალითად, მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა ტარდება ხუთ, ათ წელიწადში ერთხელ, მოსწავლეთა ფიზიკური განვითარების მასალას აგროვებენ ერთდროული ანთროპომეტრიული გაზომვით, მონაცემებს წვევამდელთა ჯანმრთელობის შესახებ აღრიცხავენ ერთდროული სამედიცინო შემოწმების საფუძველზე და ა.შ. ამ ხერხს **ერთდროული აღრიცხვის წესი** ეწოდება.

კვლევის დაგეგმვისას ხშირად უშვებენ სერიოზულ შეცდომას, დაკავშირებულს დაკვირვებათა აუცილებელი რაოდენობის არასწორ განსაზღვრასთან, რაც თავისთავად მიღებულ შედეგებს აუფასურებს.

სარწმუნო შედეგების მისაღებად დაკვირვებათა საჭირო მოცულობა უნდა განისაზღვროს შემდეგი ფორმულით:

$$n = \frac{t^2 pq}{2} \quad \text{და} \quad n = \frac{t^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

სადაც:

- n - დაკვირვებათა აუცილებელი რიცხვი;
- t - დამაჯერებლობის კოეფიციენტი;
- σ^2 - სტანდარტული გადახრა;
- Δ^2 - მაქსიმალურად დასაშვები შეცდომა;
- p - შეფარდებითი სიდიდე;
- q - სხვაობა შეფარდებით სიდიდესა და მთლიან მოვლენას შორის.

8.5. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები

საექიმო პრაქტიკაში დაავადების გავრცელების სიხშირის ცოდნასთან ერთად, რაც მხოლოდ სტატისტიკური გამოკვლევით შეიძლება დადგინდეს, გასათვალისწინებელია, თუ რამდენად შეესაბამება ესა თუ ის კლინიკური დაკვირვების მეთოდი დაავადების სწორ დიაგნოსტიკას. ექიმმა უნდა იცოდეს, თუ რამდენად ხშირად იძლევა მის მიერ გამოყენებული დაკვირვების მეთოდი უარყოფით ან დადებით პასუხს.

ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია, ყოველი კვლევის დაწყებისას გაირკვეს საკითხი იმის შესახებ, რანდომიზირებულია თუ არა კვლევის ობიექტები.

რანდომიზირებული კვლევა (ე.ი. ერთგვაროვანი მოვლენების კვლევა) – ეს არის ყველა ტიპის კვლევის ინტეგრირება. იგი ყველაზე უკეთ წარმოსახავს მიზეზიდან დასკვნამდე ანალიზის გზას და განსაკუთრებით სანდოა. ამ სახის კვლევის ჩატარებისას პეტრად უნდა იქნას დაცული ერთგვაროვანი მონაცემების მქონე ობიექტების გამოყოფის პრინციპი გამოსაკვლევ ჯგუფებში.

არარანდომიზირებული კვლევა. გამოსაკვლევ მოვლენები ყოველთვის ერთგვაროვანი როდია. აქედან გამომდინარე, მიღებულ მონაცემთა დამუშავების დროს შესაძლოა მთელ

რიგ შეცდომათა წარმოქმნა. არარანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევები იმდენად ღიაა შეცდომათა მრავალი წყაროსათვის, რომ მათი გამოყენებით გარკვეული დასკვნის გაკეთება საეჭვოა.

კლინიკურ-სტატისტიკური კვლევა შეიძლება იყოს მთლიანი ან ნაწილობრივი. ნაწილობრივი კვლევის ძირითადი სახეებია – მონოგრაფიული, ძირითადი მასივის და ამორჩევითი გამოკვლევა.

მონოგრაფიული გამოკვლევისათვის დამახასიათებელია ერთ-ერთი დაკვირვების ერთეულის ღრმა და ძირფესვიანი შესწავლა. მაგალითად, ეს შეიძლება იყოს ერთი ადამიანის ჯანმრთელობა, ერთი დაწესებულების განვითარების ისტორიის შესწავლა დღიდან მისი დაარსებისა და ა.შ. ხშირად მკვლევარები წინასწარ ატარებენ მონოგრაფიულ გამოკვლევას, რათა შემდგომ შემუშავდეს უფრო საფუძვლიანი კვლევის პროგრამა.

ძირითადი მასივის მეთოდით შესაძლებელია დაკვირვების ერთეულთა დიდი ნაწილის შესწავლა (სხვანაირად ამ მეთოდს **არასრულ გენერალურ დაკვირვებასაც** უწოდებენ). ამ კვლევის ნაკლოვანებას წარმოადგენს ის, რომ ჩვენ გვიძნელდება მთლიანად სტატისტიკურ ერთობლიობაში შემავალ ელემენტებზე მსჯელობა. მაგალითად, თუ საფეიქრო წარმოების მუშების ჯანმრთელობის შესწავლა ხორციელდება მხოლოდ მსხვილ ფაბრიკაში და გვერდი ავლენს მცირე ობიექტებს, შესაძლებელია არასწორი შედეგების მიღება. თუმცა ორგანიზაციულად უფრო ადვილია რამდენიმე მსხვილ საწარმოში გამოკვლევის ჩატარება, ვიდრე მრავალ წვრილ ობიექტზე დაკვირვება, მაგრამ დაუშვებელია მიღებული გამოკვლევის შედეგების გავრცელება მცირე ობიექტზე, აქ ზოგჯერ სხვაგვარი ფაქტორები მოქმედებდეს და სურათიც სულ სხვა იქნება.

ნაწილობრივი გამოკვლევის სხვა სახეებისაგან განსხვავებით, მხოლოდ **ამორჩევითი გამოკვლევის** შედეგად მიღებული მონაცემები ვრცელდება მთლიანად მოვლენაზე. ასეთი სახის გამოკვლევების ჩატარება მოითხოვს სპეციალური მეთოდების გამოყენებას, რომლებიც ალბათობის თეორიას ემყარება.

ამორჩევითი მეთოდის ფართო გავრცელების ხელშემწყობი გარემოებებია:

- ამონარჩევის შესწავლა შეიძლება განხორციელდეს უფრო სწრაფად და იაფად, ვიდრე გენერალურ ერთობლიობაში შემავალი მრავალი ობიექტისა (სისწრაფის ფაქტორი ზოგჯერ გადამწყვეტი ხდება, როცა ექიმს სჭირდება პასუხის მიღება ისეთ მნიშვნელოვან კითხვაზე, როგორიცაა, მაგალითად, ახალი პრეპარატის გამოყენების შესაძლებლობა);
- ამონარჩევის კვლევა ნაკლებ პერსონალს, აპარატურას, ხარჯებს მოითხოვს, ვიდრე მთელი ერთობლიობის შესწავლა. ეს მოსაზრება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფართომასშტაბიანი კვლევის ჩატარებისას, მით უმეტეს, თუ საჭიროა ობიექტზე ხანგრძლივი დაკვირვების დაწესება;
- მრავალ სიტუაციაში გენერალური ერთობლიობის კვლევა უბრალოდ შეუძლებელია. ზოგჯერ კი კვლევის პროცესში გამოსაკვლევი ობიექტი მთლიანად ნადგურდება;
- ამონარჩევზე მიღებული შედეგები ხშირად უფრო ზუსტია, ვიდრე მთლიანად პოპულაციაზე მიღებული მონაცემები.

მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინებაც, რომ არსებული სტატისტიკური კანონზომიერებების გამოვლენა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გენერალური ერთობლიობის ნაწილი, რომელიც კვლევის ობიექტად წარმოისახება, უნდა იყოს მსგავსი, ტიპიური, ანუ რეპრეზენტატული (წარმომადგენლობითი). სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მასში მთლიანად უნდა აისახოს მთელი ერთობლიობისათვის დამახასიათებელი თავისებურებანი.

აქედან გამომდინარე, ამორჩევითი ერთობლიობა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს:

- უნდა ჰქონდეს გენერალური ერთობლიობის ყველა ძირითადი თვისება (იგი უნდა იყოს მაქსიმალურად მსგავსი და ერთგვაროვანი, ანუ რეპრეზენტატიული);
- უნდა იყოს საკმაო მოცულობისა და რაოდენობის.

აღნიშნულ მოთხოვნილებათა თეორიულ საფუძველს ალბათობის თეორია და ე.წ. დიდ რიცხვთა კანონი წარმოადგენს. ამ კანონის არსი მდგომარეობს შემდეგში: რაც მეტია დაკვირვებათა რიცხვი, მით უფრო დამაჯერებელია მიღებული შედეგები და უახლოვდება გენერალური ერთობლიობის მონაცემებს.

ადამიანები ტერმინს „ალბათობას“ ძალიან ხშირად იყენებენ ყოველდღიურ ცხოვრებაში. მაგრამ ბევრ მათგანს არ შეუძლია განსაზღვროს, თუ რას ნიშნავს იგი. ალბათობის შეფასება შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ემპირიულად (ე.ი. ემყარებოდეს საკუთარ გამოცდილებას), ასევე სათანადო თეორიული მოდელის გამოყენებით. ალბათობის ცნება მონაცემების ინტერპრეტაციის საშუალებას გვაძლევს, გარკვეულ წარმოდგენას გვიქმნის შეფასებათა სარწმუნოების შესახებ. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ალბათობა არის შემთხვევითი მოვლენის შესაძლებელი აღმოცენების ზომა კონკრეტულ პირობებში.

ჩვენ ყველამ ვიცით, რომ მონეტის ერთ ან მეორე მხარეზე დავარდნის ალბათობა, დაახლოებით, 0.50-ია ანუ 50%. თუ მონეტა 10-ჯერ აავდეს, რა თქმა უნდა, ნაკლები გარანტიაა იმისა, რომ რომელიმე ერთი მხარე ზუსტად 5-ჯერ გამოვა; თუ მონეტა 100-ჯერ აავდეს, იმის შანსი, რომ განაწილება 50 : 50-თან იქნება, უფრო მეტია და ა.შ. ე.ი. რაც უფრო დიდია მონეტის ავდების რიცხვი, მით უფრო მეტად უახლოვდება პროპორცია 0.50-ს. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მონეტის ავდების შემთხვევაში ყველაზე სავარაუდო გამოსავალი შეიძლება შეფასდეს პროპორციით 50 : 50-ზე, და ამ გამოსავლის ალბათობა შემთხვევათა რიცხვის ზრდასთან ერთად მატულობს.

ალბათობის ასეთ განმარტებას ზოგჯერ **ობიექტურ ალბათობას** უწოდებენ. განსხვავებით **სუბიექტური ალბათობისაგან** იგი წარმოადგენს შედეგს, რომელიც ასახავს პიროვნების აზრს ან მოლოდინს, თუ რა შედეგი მოჰყვება ამა თუ იმ მოვლენას. სუბიექტური ალბათობის ცნება მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მედიცინაში, რადგან საფუძველად უდევს ექიმის აზრის ჩამოყალიბებას პაციენტის დაავადების შესახებ. ზოგიერთი ადამიანი სუბიექტურ ალბათობას ავდებით უყურებს, რადგან იგი არ ეფუძნება ზუსტ მონაცემებს, მაგრამ სუბიექტური ალბათობის პრინციპის გამოყენება აუცილებელია, რადგან არასაკმარისი ინფორმაციის არსებობის შემთხვევაშიც კი გვიადვილებს საჭირო გადაწყვეტილების მიღებას.

ამორჩევით გამოკვლევაში რაიმე მოვლენის აღმოცენების ალბათობა განისაზღვრება ყველა არსებულ შემთხვევათა რიცხვის (m) შეფარდებით ყველა შესაძლებელ შემთხვევათა რიცხვთან (n).

მოვლენის აღმოცენების ალბათობის ალტერნატივას, ანუ შემთხვევის არაღმოცენებას 0-1-ით აღნიშნავენ. აქედან გამომდინარე, მოვლენის აღმოცენების შესაძლებლობა, ანუ ალბათობა 0-დან 1-მდეა მოთავსებული. რაც უფრო უახლოვდება მნიშვნელობა ერთს, მით მეტი შესაძლებლობაა ამ მოვლენის აღმოცენებისა და პირიქით, რაც უფრო უახლოვდება მნიშვნელობა 0-ს, მით მცირე ალბათობა აქვს ამ მოვლენის არსებობას.

ალბათობის თეორიის ზემომოყვანილი დებულებების დასამტკიცებლად მათემატიკოსებმა წარმოადგინეს უბრალო მოდელი: დახურულ ყუთში მოთავსებულია თეთრი და შავი ბურთულები, რომელთა თანაფარდობა უცნობია. ყუთში თეთრი ბურთულების მოცულობითი წილის დასადგენად ატარებენ ცდას. იწყებენ ბურთულების ამოღებას, რეგისტრაციას უკეთებენ ბურთულის ფერს და უკან აბრუნებენ ყუთში. ბურთულების ამოღება მიმდინარეობს სერიულად – 10, 20, 50 და ა.შ. მონაცემები შეაქვთ ცხრილში და თითოეული ამორჩევითი ერთობლიობისათვის ითვლიან თეთრი

ბურთულების მოცულობით წილს. დაკვირვების რიცხვის გარკვეული დონის მიღწევის შემდეგ თეთრი და შავი ბურთულების მოცულობითი წილი ერთნაირია, რაც იმას ნიშნავს, რომ ერთი და იმავე შედეგების მიღება შესაძლებელია მაშინ, როცა დაკვირვების რიცხვი რაიმე ზღვრულ მნიშვნელობას აღწევს.

აქედან შეიძლება მეორე დასკვნის გამოტანა — დაკვირვების დიდი რიცხვის შემთხვევაში იღებენ განმაზოგადებელ კრიტერიუმს, რომლის შედეგებიც მცირედ განსხვავდება გენერალური ერთობლიობის შედეგებისაგან. მაგალითად, პოლიკლინიკაში თითოეული ავადმყოფის მიმართვა გარკვეულ შემთხვევითობაზეა დამოკიდებული, მაგრამ, საბოლოო ჯამში, ეს მიმართვები ყოველდღიურად რაღაც კანონზომიერებით ნაწილდება. ამ კანონზომიერებებზე დაყრდნობით შეგვიძლია გარკვეული ალბათობით დავადგინოთ პაციენტთა მომართვების სავარაუდო განაწილება კვირის, თვის, წლის მანძილზე, რაც პერსონალის ოპტიმალურად განაწილების საშუალებას მოგვცემს. მართალია, შესაძლებელია, რომ მიღებათა გრაფიკში საჭირო გახდეს შესწორების შეტანა, მაგრამ მთლიანობაში საერთო სურათი ნაკლებად შეიცვლება.

სტატისტიკური კვლევის მეთოდები საკმარისად ხშირად გამოიყენება პრაქტიკაში. მათი თეორიული საფუძვლების ცოდნა ხელს უწყობს ექიმს თუ მენეჯერს ყოველდღიურ საქმიანობაში.

თუ დაგროვდება დაკვირვებათა საკმარისად დიდი რიცხვი, იკვეთება კანონზომიერებანი, რომელთა აღმოჩენაც შეუძლებელია მცირე დაკვირვების შემთხვევაში. ეს პირობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინებით, რომ ყოველი კვლევის წინ აუცილებელია დაკვირვებათა საკმარისი რიცხვის დადგენა. სტატისტიკაში არსებობს ამორჩევითი დაკვირვებისათვის საკმარისი რიცხვის განსაზღვრის სპეციალური ფორმულები და ცხრილები.

კლინიკურ-სტატისტიკური კვლევის მეთოდები არ გამორიცხავს ერთიმეორის გამოყენებას. პირიქით, უფრო ხშირად ისინი ერთმანეთს ავსებენ, მათი კომპლექსური გამოყენება კი გაცილებით უფრო სრულ სურათს ქმნის საკვლევი ობიექტების შესახებ.

შემთხვევათა აღრიცხვა-რეგისტრაცია თითოეული შემთხვევის (ანუ სტატისტიკური დაკვირვების ერთეულის) აღწერილობას ნიშნავს. იგი წარმოადგენს დაკვირვების ისეთ ფორმას, რომელიც რაოდენობრივად აღწერს დაკვირვების ობიექტთა ჯგუფს ან ცალკეულ მაჩვენებელს. დაკვირვების ამ სახის უმარტივესი ფორმაა შემთხვევათა სიმრავლე, რომლის შესწავლისას ზოგჯერ მკვლევარისათვის რაიმე საინტერესო ნიშან-თვისება იჩენს თავს.

შემთხვევათა აღრიცხვა ჩატარებული დაკვირვების ობიექტთა მცირე ჯგუფში საშუალებას გვაძლევს გამოვთქვათ რაღაც ჰიპოთეზა, მაშინ, როდესაც გარკვეული კანონზომიერების გამოვლენა უკვე მოითხოვს კვლევის სხვა მეთოდების გამოყენებას ან დაკვირვებათა რაოდენობის გაზრდას.

შემთხვევა-კონტროლისა და დინამიკური კვლევის მეთოდები ზოგჯერ ხანგრძლივ დაკვირვებას მოითხოვს. გასათვალისწინებელია, რომ მოვლენის დინამიკური შესწავლა მომავალზეა მიმართული (მაგალითად, რომელიმე რისკ-ფაქტორის მოქმედების შეფასებაზე დაავადების წარმოშობისა და განვითარების დროს), შემთხვევა-კონტროლის კვლევა კი — წარსულზე (მაგალითად, იმის დადგენა, იმყოფებოდა თუ არა ავადმყოფი გარკვეული რისკ-გავლენის ქვეშ).

დინამიკური კვლევის ჩასატარებლად ყველაზე ხშირად შეირჩევა ჯგუფი რომელიმე საერთო მახასიათებლით (ან მახასიათებლებით), მაგალითად, ამა თუ იმ დაავადების წარმოშობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორით. დინამიკური კვლევა პასუხობს კითხვაზე — „რა მოხდება?“ — თუ პაციენტზე იმოქმედებს მოცემული რისკ-ფაქტორი. კვლევის დასაწყისში ყალიბდება ჯგუფი, რომელზედაც გარკვეული დროის მანძილზე უნდა დაწესდეს მეთვალყურეობა.

დინამიკური კვლევის მეთოდის გამოყენებით უნდა შევისწავლოთ დაავადების მიზეზები, მათი განვითარება დროში. „შემთხვევა-კონტროლის“ კვლევა, როგორც ეს თვით სათაურიდან გამომდინარეობს, ითვალისწინებს სპეციალურად შერჩეულ საკვლევ ჯგუფებში (მაგალითად, ღვიძლის ციროზის მქონე პაციენტებს) რომელიმე პარამეტრის (ბილირუბინის შემცველობა სისხლში, გადატანილი ვირუსული ჰეპატიტის სიმძიმე თუ სხვ.) შესწავლას, აშკარაა, რომ დინამიკური კვლევა „შემთხვევა-კონტროლის“ კვლევების ბუნებრივ გაგრძელებას წარმოადგენს.

კარგად შესრულებულ დინამიკურ კვლევას უფრო მეტი ინფორმაციულობა ახასიათებს, ვიდრე „შემთხვევა-კონტროლის“ კვლევას. ამის საილუსტრაციოდ მოვიყვანოთ შემდეგ მაგალითი. 50-იან წლებში გამოქვეყნდა უამრავი „შემთხვევა-კონტროლის“ ტიპის კვლევათა შედეგები ფილტვის კიბოს წარმოშობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების შესახებ. ასეთი სახის კვლევების ძირითადი სქემა ითვალისწინებდა გამოკითხვების საფუძველზე ონკოლოგიური ავადმყოფებისა და საკონტროლო ჯგუფის წარმომადგენელთა შორის მწველთა და არამწველთა ხვედრითი წილის დადგენას. მიღებული შედეგების შედარების საფუძველზე გაკეთდა დასკვნა, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა შორის მწველთა რიცხვი გაცილებით მეტია, ვიდრე ჯანმრთელებში. ამ იდეის ოპონენტების მტკიცებით კვლევებში დაშვებული შესაძლო ცდომილებები, დაკავშირებული „შემთხვევა-კონტროლის“ მეთოდის ნაკლოვანებებთან, არ იძლეოდა იმის შესაძლებლობას, რათა საბოლოო დასკვნა გაკეთებულიყო თამბაქოს მოხმარების მაგნი მოქმედების შესახებ. ოპონენტების აზრით, მხოლოდ ხანგრძლივი დინამიკური დაკვირვება მისცემდა მკვლევარებს მოსალოდნელი შეცდომებისაგან თავის დაღწევის საშუალებას. ასეთი სახის დინამიკური დაკვირვება ინგლისში ჩატარდა 1950-1976წწ., რომლის საფუძველზე დადგინდა, რომ სიკვდილიანობა მწველებში ოთხჯერ აღემატება ანალოგიურ მაჩვენებლებს არამწველებში. ამასთან, 1976 წელს გამოქვეყნდა ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ 1950 წლიდან ინგლისელ ექიმთა შორის ჩატარებულმა დინამიკურმა 25-წლიანმა დაკვირვებამ გამოავლინა, რომ მწველებში გაცილებით ხშირია ფილტვის კიბოს აღმოცენება, ვიდრე სხვა ჯგუფებში. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ საზოგადოებრიობამ გაითვალისწინა ამ კვლევის შედეგები და ქვეყანაში განხორციელდა თამბაქოს მოხმარების შემცირებაზე მიმართული ფართომასშტაბური ღონისძიებები, რის შედეგადაც უკანასკნელი ოცი წლის მანძილზე მწველთა რიცხვი ინგლისში თითქმის 50%-ით შემცირდა, რამაც, თავის მხრივ, გავლენა მოახდინა ფილტვის კიბოს მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირებაზე.

დაკვირვება თვითკონტროლით გამოყენება ითვალისწინებს ერთი და იმავე საკვლევი ობიექტის გამოყენებას, როგორც ძირითად, ისე საკონტროლო ჯგუფში.

ჯვარედინი კვლევა თვითკონტროლით გულისხმობს კვლევის ოდნავ შეცვლას ისე, რომ კონტროლი რამდენიმე მეთოდის კომბინაციით ხორციელდებოდეს. კვლევის ეს ტიპი ითვალისწინებს ავადმყოფთა ორი ჯგუფის შესწავლას, რომელთაგან ერთი მიიღებს საცდელ პრეპარატს, მეორე კი პლაცებოს (ე.ი. ინდიფერენტულ პრეპარატს). დროის გარკვეულ მონაკვეთში ჯგუფები ადგილს იცვლიან ანუ პირველი ჯგუფი მიიღებს პლაცებოს, ხოლო მეორე — შესასწავლ საშუალებას.

ჯგუფური კვლევა. მას ზოგჯერ გავრცელებულობის კვლევასაც უწოდებენ. „შემთხვევა-კონტროლის“ კვლევის მსგავსად, შეიძლება შემთხვევათა აღნუსხვის მეთოდის გამოყენებით ჩატარდეს. ჯგუფური კვლევა მედიცინაში ყველაზე ხშირად დაავადების აღსაწერად ან დიაგნოზის დასმისათვის საჭირო ინფორმაციის შესაგროვებლად გამოიყენება. განსაკუთრებით ხშირად იგი ახალი დიაგნოსტიკური პროცედურების ეფექტიანობის შემოწმებისას გამოიყენება.

თავი 9. სტატისტიკური კვლევის ორგანიზება

9.1. სტატისტიკური კვლევის ეტაპები

ნებისმიერი სტატისტიკური კვლევა შეიცავს შემდეგ ეტაპებს:

- კვლევის გეგმისა და პროგრამის შედგენა (საორგანიზაციო ეტაპი);
- ინფორმაციის შეგროვება;
- ინფორმაციის დამუშავება;
- ინფორმაციის ანალიზი;
- მიღებული შედეგების პრაქტიკაში დანერგვა.

პირველ ეტაპზე ხორციელდება **გეგმისა და პროგრამის** შედგენა. გამოკვლევის გეგმაში უნდა იქნას გათვალისწინებული ისეთი საკითხები, როგორიცაა: პროგრამის მიზანი, გადასაწყვეტი ამოცანები, გამოკვლევის მოცულობა, გამოსაყენებელი მეთოდების დასაბუთება, კვლევის ადგილი, შემსრულებლები და ა.შ.

თავის მხრივ, პროგრამა შესაძლოა იყოს სამი სახის: ინფორმაციის შეგროვების, მასალის დამუშავებისა და ანალიზის.

ინფორმაციის შეგროვების პროგრამაში უნდა იყოს წარმოდგენილი თემა, მიზანი, დაკვირვების ერთეული და იმ ერთობლიობის დახასიათება, რომელიც სარეგისტრაციო ანუ სადრიცხო ბარათს შეესაბამება.

ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში ბევრია ოპერატიული მნიშვნელობის სამედიცინო დოკუმენტი, რომელიც იმავე დროს პირველადი აღრიცხვის დოკუმენტსაც წარმოადგენს. მაგალითად, ავადმყოფობის ისტორია, სტაციონარიდან გასული ავადმყოფის სამედიცინო ბარათი, მშობიარობის ისტორია, შრომისუნარობის ფურცელი, საექიმო მოწმობა სიკვდილისა ან დაბადების შესახებ და სხვ. ამგვარი დოკუმენტებით სარგებლობენ უშუალოდ სტატისტიკური გამოკვლევების განხორციელების დროს.

საადრიცხო ბარათად შეიძლება გამოდგეს, როგორც არსებული ოფიციალური სამედიცინო დოკუმენტაცია, ასევე მკვლევარის მიერ კვლევისათვის საინტერესო საკითხების გათვალისწინებით შედგენილი ბარათი, კითხვარი, დღიური ან სხვა რაიმე დოკუმენტი. აღნიშნული ბარათი პირველადი სტატისტიკური საადრიცხო დოკუმენტია, რომლის გარეშეც წარმოდგენილია სტატისტიკური დაკვირვების განხორციელება.

საადრიცხო ბარათის შინაარსი კარგად უნდა იყოს მოფიქრებული, ზოლო კითხვები – მკაფიოდ და გასაგებად ჩამოყალიბებული. თუ მკვლევარის ვარაუდით კითხვა რთულია აღსაქმელად, საადრიცხო ბარათში წერილობითი განმარტება უნდა იყოს შეტანილი. მიზანშეწონილია, თითოეულ კითხვაზე გათვალისწინებული იყოს შესაძლო პასუხები (ე.წ. დახურული კითხვების სახით), რომლებიც, სასურველია, ასევე შევიდეს ბარათში. ყველა ზემოაღნიშნული ცნობის შეგროვების დროს შეიქმნება ე.წ. საინფორმაციო ბანკი (ან კომპიუტერში სპეციალური ფაილის გახსნით, ან საადრიცხო ბარათების გამოყენებით). ბარათების ზუსტი შევსების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია კვლევაში მონაწილე პერსონალისათვის წინასწარი ინსტრუქტაჟის ჩატარება.

9.2. სტატისტიკური მასალის შეგროვება

დაკვირვების ერთეულის დადგენისა და საადრიცხო ბარათის შემუშავების შემდეგ იწყება კვლევის შემდეგი ეტაპი – **სტატისტიკური დაკვირვება** ანუ **სტატისტიკური მასალის** შეგროვება. მიუხედავად გამოყენებული მეთოდებისა, ინფორმაციის შეგროვებისას, პირველ რიგში, ყურადღება მასალის რეგისტრაციის სიზუსტეს უნდა მიექცეს.

ინფორმაციის შეგროვება შეიძლება რამდენიმე გზით მოხდეს:

- **უშუალო დაკვირვება**, როდესაც მკვლევარი უშუალოდ ატარებს ექსპერიმენტს, იკვლევს ახალი სამედიცინო პრეპარატის ეფექტურობას და ა.შ.;
- **მონაცემების გადმოღება**;
- **ანამნეზური მეთოდი** (ბერძნ. *anamnesis* - მოგონება), რომელიც პიროვნებისაგან მიღებული ცნობების რეგისტრაციას ეფუძნება.

მოვლენებზე უშუალო დაკვირვება (ან აღრიცხვა) ხორციელდება მისი წარმოქმნის-თანავე ან გარკვეული დროის განმავლობაში (მაგალითად, წლის განმავლობაში წითელას შემთხვევების აღრიცხვა). ამ უკანასკნელს **მიმდინარე რეგისტრაციის** (ან მიმდინარე დაკვირვების) მეთოდი ეწოდება. მიმდინარე რეგისტრაციის წესით შეისწავლება მოვლენის დინამიკა, მისი ცვლილებები დროში (მაგალითად, ავადობისა და სიკვდილიანობის დინამიკა თვეებისა და წლების მიხედვით და ა.შ.), სიერცეში და სხვ.

მასალის შეგროვების **ანამნეზური მეთოდი**, ძირითადად, გულისხმობს ანკეტირებას ან პირდაპირ ინტერვიუს დაკვირვების ობიექტთან. ამ მეთოდის გამოსაყენებლად აუცილებელია ისეთი პირობის დაცვა, როგორიცაა გამოსაკითხი პირის ნდობა ინტერვიუერის მიმართ, ვინაიდან ამ შემთხვევაში შეგვიძლია გაცილებით ზუსტი ცნობების მიღება, რომელთა რეპრეზენტატულობაც მაღალი იქნება.

ანკეტური მეთოდი გულისხმობს, რომ გამოსაკვლევ ობიექტზე შეივსება სააღრიცხვო ბარათი (ზოგჯერ გამოსაკვლევ პირი თავის თავზე თვით ავსებს სააღრიცხვო ბარათს, ანკეტას).

მიუხედავად ამისა, ნებისმიერ შემთხვევაში მკვლევარმა წინასწარ უნდა შეადგინოს გამოკვლევის ბარათი, სადაც ასახული უნდა იყოს ყველა ძირითადი მომენტი, რომელიც შეეხება კვლევის მიზნის განხორციელებას.

9.3. სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება

მიღებული ინფორმაციის დამუშავება შემდეგი თანამიმდევრობით უნდა განხორციელდეს:

- მასალის ხარისხის შემოწმება;
- მონიშვნა;
- დაჯგუფება;
- მასალის ცხრილებში შეტანა;
- მაჩვენებლების გამოთვლა.

დაგროვილი მასალის სათანადო სტატისტიკური დამუშავების პირველ ეტაპზე გამოავლენენ მის ვარგისიანობას, ამოწმებენ, რამდენად სრულად არის ჩატარებული აღრიცხვა რაოდენობრივად, როგორია სააღრიცხვო ბარათების შევსების სისრულე, თუ არის უპასუხოდ დარჩენილი კითხვები ან შეცდომები პასუხებში. აღმოჩენილი დეფექტები შესაძლებლობის ფარგლებში სწორდება, ხოლო სააღრიცხვო ბარათები, რომელთა შესწორება ვერ ხერხდება, გამოირიცხება საერთო მასალიდან, როგორც სტატისტიკური დამუშავებისათვის უვარგისი. ამის შემდგომ ხორციელდება პირველადი ჩანაწერების გადატანა სტატისტიკურ ცხრილებში. ამით ერთიანდება ცალკეული დაკვირვებები და იქმნება საინფორმაციო ბანკი.

სტატისტიკური ინფორმაცია დღესდღეობით, უმეტესწილად, გამოთვლითი მანქანების გამოყენებით მუშავდება მკვლევარების უშუალო მონაწილეობის გარეშე (მასალის შეტანას კომპიუტერში უზრუნველყოფენ ოპერატორები, რომელთაც საქმე აქვთ მხოლოდ ციფრებთან). მით უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სააღრიცხვო ბარათებში მოცემული ინფორმაციის სისწორესა და სისრულეს, რაც ზედმიწევნით საპასუხისმგებლოა ცხრი-

ლების მაკეტების წინასწარ გააზრებისას, რომელთა მიხედვით უნდა დაჯგუფდეს მონაცემები.

მასალის ცხრილებში შეტანა ზედმიწევნით მნიშვნელოვან ეტაპს წარმოადგენს ნებისმიერი სახის კვლევის დროს. ძირითადად არჩევენ სამი სახის ცხრილებს: **მარტივს, ჯგუფურს და კომბინირებულს.**

მარტივ ცხრილში ქვემდებარე განაწილებულია ერთი ნიშნის მიხედვით.

ცხრილი 13

მარტივი ცხრილის ნიმუში

№	გულის იშემიური დაავადება	რაოდენობა
1	მიოკარდიუმის ინფარქტი	
2	სტენოკარდია	
3	ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი	
	სულ	

ჯგუფურ ცხრილში ქვემდებარე განაწილებულია 2 ან მეტი ნიშნის მიხედვით, რომლებიც ერთმანეთთან დაკავშირებული არ არის.

ცხრილი 14

ჯგუფური ცხრილის ნიმუში

№	გულის იშემიური დაავადება	სქესი			ასაკი				
		მამრ.	მდედრ.	სულ	20	20-39	40-59	60 და მეტი	სულ
1	მიოკარდიუმის ინფარქტი								
2	სტენოკარდია								
3	ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი								
	სულ								

კომბინირებულ ცხრილში ქვემდებარე განაწილებულია ერთმანეთთან დაკავშირებული ორი ან მეტი ნიშნის მიხედვით.

ცხრილი 15

კომბინირებული ცხრილის ნიმუში

№	გულის იშემიური დაავადება	მამაკაცები					ქალები				
		20	20-39	40-59	60 და მეტი	სულ	20	20-39	40-59	60 და მეტი	სულ
1	მიოკარდიუმის ინფარქტი										
2	სტენოკარდია										
3	ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი										
	სულ										

მონაცემთა ცხრილში დაჯგუფების შემდგომ ზედმიწევნით იოლია არამართო სათანადო მაჩვენებლების გათვლა, არამედ წარმოდგენაც (ყველაზე ხშირად ჩვენში ამისათვის გამოიყენება შესაძლებლობები, რომელიც კომპიუტერულ პროგრამას Microsoft Excel-ს გააჩნია).

9.4. ფარდობითი სიდიდეები

სტატისტიკური კვლევის შედეგები, გამოსახული აბსოლუტურ რიცხვებში, მოვლენის მხოლოდ რაოდენობრივ მხარეს მიუთითებს, მაშინ, როდესაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია მოვლენათა ურთიერთკავშირის დადგენა. ორი ან რამოდენიმე მოვლენის ურთიერთშეღარებისათვის გამოიყენება **ფარდობითი სიდიდეები** (p). არსებობს ფარდობითი სიდიდეების შემდეგი სახეები: ექსტენსიური, ინტენსიური თანაფარდობის, თვალსაჩინოების კოორდინაციის მაჩვენებლებით.

მოვლენის სტრუქტურის განსაზღვრის მიზნით გამოიყენება **ექსტენსიუობის** მაჩვენებელი. იგი გვიჩვენებს ცალკეული მოვლენის ხვედრით წილს მთელში და გამოითვლება შემდეგი ფორმულით:

$$p_{\text{ექსტ.}} = \frac{\text{მოვლენის ნაწილი}}{\text{მთლიანი მოვლენა}} \times 100$$

მაგალითად, ქალაქში რეგისტრირებულია ინფექციური დაავადების 105 შემთხვევა, აქედან წითელას - 30, ქუნთრუშის - 20, ინფექციური ჰეპატიტის - 25 და სხვა ინფექციების - 30 შემთხვევა. იმისათვის, რომ მოცემულ დაავადებათა სტრუქტურის დადგენა მოხერხდეს, ექსტენსიური მაჩვენებლები გამოვითვალოთ შემდეგი წესით:

$$P_1 = \frac{30 \times 100}{105} = 28,6\% \quad P_2 = \frac{20 \times 100}{105} = 19,0\% \quad \text{და ა.შ.}$$

ცხრილი 16

დაავადების დასახელება	აბსოლუტური რიცხვი n	ექსტენსიუობა p %
წითელა	30	28,6
ქუნთრუშა	20	19,0
ჰეპატიტი	25	23,8
სხვა	30	28,6
სულ	105	100

ინტენსიუობის მაჩვენებელი გამოხატავს მოვლენის გავრცელების სიხშირეს გარემოში და გამოითვლება შემდეგი ფორმულით:

$$P_{\text{ინტ.}} = \frac{\text{კონკრეტული მოვლენის აბსოლუტური ღირებულება} \times 1000 \text{ (ან } 10.000, \text{ ან } 100.000)}{\text{გარემოს რაოდენობრივი მაჩვენებელი}}$$

ინტენსიუობის მაჩვენებლის გამოთვლის მეთოდის მიზნით გამოვიყენოთ წინა მაგალითი. ქალაქში, სადაც ცხოვრობს 30000 ადამიანი, წლის განმავლობაში რეგისტრირებულია წითელას 30 შემთხვევა. როგორია ამ პათოლოგიის გავრცელება მოსახლეობაში?

$$P_{\text{ინტ.}} = \frac{\text{წლის განმავლობაში დაავადებულთა რიცხვი} \times 1000}{\text{მოსახლეობის საშუალო რაოდენობა}} = \frac{30 \times 1000}{30000} = 1\%$$

თუ მოსახლეობის საერთო რაოდენობა შეადგენს 10000-ს, გამოთვლა ხორციელდება იგივე წესით:

$$P_{\text{ინტ.}} = \frac{30 \times 1000}{10000} = 3\%$$

ანალოგიურად გამოითვლება ავადობის, შობადობის, ბავშვთა სიკვდილიანობის და სხვა მაჩვენებლები.

სამედიცინო პრაქტიკაში ინტენსიური და ექსტენსიური მაჩვენებლის სწორად გამოყენებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ხშირად მოვლენის ინტენსიობის, გავრცელების დასადგენად მიმართავენ ექსტენსიურ მაჩვენებელს, რაც მცდარი დასკვნის საფუძველი ხდება. მაგალითად, ბავშვთა სტაციონარში წლის განმავლობაში იმკურნალა 2700-მა პაციენტმა, მათ შორის გარდაიცვალა 60. ავადმყოფთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით იყო შემდეგი (ცხრილი 17):

ცხრილი 17

ბავშვთა ასაკი	გაწერილ ავადმყოფთა რაოდენობა	გარდაცვლილთა რაოდენობა	ლეტალობა	
			$P_{ინტ.}$	$P_{ექსტ.}$
2 წლამდე	200	15	7,5	25,0
2-5 წლის	1000	20	2,0	30,0
5 წელი	1500	25	1,6	45,0
სულ	2700	60	2,2	100

წარმოდგენილი მაგალითის მიხედვით, შესაძლოა, ორი ურთიერთგამომრიცხავი დასკვნის გაკეთება. თუკი ექსტენსიური მაჩვენებლებით შემოვიფარგლებით, შესაძლებელია ჩავთვალოთ, რომ ლეტალობა ყველაზე მაღალია 5 წელზე და ზემოთ ასაკობრივ ჯგუფში, მაშინ, თუ განვსაზღვრავთ რა სიხშირით იღუპებიან სტაციონარში მოთავსებული პაციენტები, აღმოჩნდება, რომ მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

თანაფარდობის მაჩვენებელი ახასიათებს თანაფარდობას ორ არაერთგვაროვან მოვლენას შორის (მაგალითად, ექიმებით ან საავადმყოფო საწოლებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი და სხვ.). თანაფარდობის მაჩვენებელი გამოითვლება 10000 ან 100000 მოსახლეზე.

ექიმების რაოდენობა

$$\frac{\text{ექიმების რაოდენობა}}{\text{მოსახლეობის საშუალო წლიური რაოდენობა}} \times 10000$$

თვალსაჩინოების მაჩვენებელი გვაუწყებს შესადარებელი მოვლენის თანაფარდობას ერთ-ერთ რომელიმე მოვლენასთან, რომელიც მიიჩნევა საწყის ღონედ. იგი მიუთითებს ამა თუ იმ ერთგვაროვანი მოვლენების ცვლილების მიმართულებაზე. მაგალითად, ექიმების რაოდენობა: 2000 წ. - 30, 2001 წ. - 33, 2002 წ. - 36, 2003 წ. - 39.

2001 წელს 2000-თან შედარებით ექიმთა რიცხვი გაიზარდა $(33 \times 100 : 30) 110\%$ -ით, 2002 წელს $(36 \times 100 : 30) 120\%$ -ით, 2003 წელს $(39 \times 100 : 30) 130\%$ -ით.

შეფარდებით სიდიდეებს მიეკუთვნება, ასევე, **კოორდინაციის მაჩვენებელი**, რომელიც მოვლენის შემადგენელი ნაწილების ერთმანეთთან თანაფარდობას ახასიათებს. მაგალითად, დაბადებულ ბავშვთა შორის გოგონებთან ვაჟების თანაფარდობა შეადგენს $1 : 1,2$.

შეფარდებითი ინტენსივობის მაჩვენებელი გვაუწყებს სხვადასხვა გარემოსა ან ერთობლიობისათვის გამოთვლილი ერთგვაროვანი შეფარდებითი სიდიდეების თანაფარდობას. მაგალითად, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი პირველ ქალაქში = 10 მეორე ქალაქში = 6, შეფარდებითი ინტენსივობის მაჩვენებელი შეადგენს $10 : 6 = 1,7$

შეფარდებით სიდიდეთა დამაჯერებლობის დასადგენად გამოითვლება ე.წ. ცდომილება, რომელიც აღინიშნება m -ით და გვაუწყებს, თუ რამდენად განსხვავდება შერჩევითი გამოკვლევით მიღებული შედეგი გენერალური ერთობლიობის მნიშვნელობისაგან. ამგვარად გამოკვლევათა შედეგების დამაჯერებლობის შეფასება გულისხმობს, თუ რა

ალბათობით შეიძლება ამორჩევითი ერთობლიობით მიღებული შედეგები გადავიტანოთ გენერალურ ერთობლიობაზე.

ფარდობითი სიდიდეებისათვის ცდომილება გამოითვლება შემდეგი ფორმულით:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}}$$

სადაც n დაკვირვებათა რიცხვია, p - ფარდობითი სიდიდე (თუ p მიღებულია %-ში, მაშინ $q = 100 - p$, თუ პრომილებში $q = 1000 - p$ და ა.შ.).

ფარდობითი სიდიდეების მერყეობის სარწმუნოების საზღვრები, თავის მხრივ, გამოითვლება შემდეგი ფორმულით $p \pm tm$.

68%-ის ალბათობით $t=1$, 95%-ის ალბათობით $t=2$, ხოლო 99%-ის ალბათობით $t=3$, შესაბამისად $p \pm 1m$ (68%), $p \pm 2m$ (95%), $p \pm 3m$ (99%).

9.5. დინამიური რიგი

დინამიური რიგი ეწოდება ერთგვაროვან მოვლენათა მწკრივს დროში (დინამიკაში). არჩევენ მარტივ და რთულ დინამიურ რიგს. მარტივ დინამიურ რიგში მონაცემები მოცემულია აბსოლუტურ რიცხვებში, ხოლო რთულში კი მაჩვენებლების სახით.

დინამიური რიგის დამუშავება გულისხმობს ისეთი მაჩვენებლების განსაზღვრას, როგორიცაა

ზრდის მაჩვენებელი – დინამიური რიგის ყოველი მომდევნო წევრის პროცენტული შეფარდება წინმდგომთან.

აბსოლუტური მატება (კლება) – დინამიური რიგის მომდევნო და წინმდგომ წევრებს შორის აბსოლუტური სხვაობა.

მატების (კლების) ტემპის მაჩვენებელი – დინამიური რიგის ყოველ მომდევნო და წინმდგომ წევრებს შორის აბსოლუტური სხვაობის პროცენტული შეფარდება წინმდგომ წევრთან. მაგალითად, გულის მწვავე იშემიური დაავადებების ახალი შემთხვევები მოცემულ რაიონში შეადგენდა:

ცხრილი 18

დინამიური რიგი	ზრდის მაჩვენებელი %	მატების ტემპი %
1990წ - 180 შემთხვევა		
1995წ - 190 შემთხვევა	$190 \times 100 : 180 = 105$	$(190 - 180) \times 100 : 180 = 5.5$
2000წ - 210 შემთხვევა	$210 \times 100 : 190 = 110$	$(210 - 190) \times 100 : 190 = 10.5$
2002წ - 250 შემთხვევა	$250 \times 100 : 210 = 119$	$(250 - 210) \times 100 : 210 = 19.0$

აშკარაა, რომ დინამიური რიგის მაჩვენებლების გამოთვლა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების სტატისტიკური სამსახურის აუცილებელი კომპონენტია, ვინაიდან საქმიანობის გარკვეულ პერიოდში მომხდარი ცვლილებების განსაზღვრის საშუალებას იძლევა.

9.6. ვარიაცია კლინიკურ დაკვირვებებში

ვარიაციურობის მიზეზების (ერთი და იმავე ობიექტის ან მოვლენის გაზომვათა ცვალებადობის) განსაზღვრას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ნებისმიერ დარგში, მათ შორის მედიცინაში. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან ამა თუ იმ პარამეტრის დადგენის ან სხვადასხვა სახის გაზომვის დროს შესაძლებელია განსხვავებული მონაცემების მიღება.

ვარიაციურობის მიზეზები კლინიკურ დაკვირვებებსა და გაზომვებში სამ კატეგორიად იყოფა:

- დაკვირვების ობიექტით განპირობებული მიზეზი;
- მკვლევარის ფიზიკური ან პიროვნული თავისებურებებით განპირობებული მიზეზი;
- გაზომვის მეთოდით ან ხელსაწყოთი განპირობებული მიზეზი.

მაგალითად, თუ პერიოდული სამედიცინო შემოწმების ჩატარების დროს პაციენტს შემთხვევით გამოუვლინდა გლუკოზის მაღალი შემცველობა სისხლში, ეს შესაძლებელია ასახავდეს, როგორც ჭეშმარიტად არსებულ პათოლოგიას, ასევე ლაბორანტის შეცდომას, სინჯის აღების ან ანალიზის ჩატარების დროს. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ მონაცემების ვარიაციულობა პაციენტის უწყურადღებობით იყოს განპირობებული (თუ, მაგალითად, მას სისხლი აუღეს არა უზმოზე, არამედ საკვების მიღების შემდგომ). თავის მხრივ, როდესაც პაციენტს ხელმეორედ ჩაუტარდება გამოკვლევა საკითხის დასაზუსტებლად, ზემოჩამოთვლილი პირობების გათვალისწინების გარდა აუცილებელია კიდევ დამატებითი პირობების გათვალისწინებაც (შარდის ანალიზის ჩატარება, სისხლის ანალიზის უზმოზე და საკვების მიღების შემდგომ ჩატარება, ოკულისტიკა და ნევროპათოლოგიის კონსულტაციების უზრუნველყოფა და სხვ.).

ავადმყოფის გამოკვლევისას მიღებული მონაცემების შესაძლო ვარიაციურობის შესამცირებლად არსებობს სხვადასხვა მეთოდი:

- ინფორმაციის შეგროვება უნდა ხდებოდეს ერთიანი სტანდარტით;
- უნდა ხორციელდებოდეს მონაცემების **ბრმა** შეფასება ე.წ. **პლაცებოს** ეფექტის გამოსარიცხავად;
- შეცდომის წარმოშობის შესაძლებლობისა და მიღებული შედეგების ვარიაციულობის შესამცირებლად საჭირო ცდის გამეორება უმჯობესია სხვა მეთოდის გამოყენებით.

9.7. საშუალო სიდიდეები

კვლევის შედეგად მიღებული რაოდენობრივი ნიშნები გვაძლევს მრავალრიცხოვან მონაცემთა ერთობლიობას, რომელთა განლაგება ხდება გარკვეული კანონზომიერებით, კერძოდ, მზარდი ან კლებადი მიმართულებით, რასაც **ვარიაციული რიგი** ეწოდება. საჭიროა მკვეთრად განვასხვავოთ ვარიაციული და დინამიური რიგის ცნება. ვარიაციული რიგი სტატისტიკურ ერთობლიობაში მოცემული ნიშნის განაწილების ფორმას ახასიათებს და წარმოადგენს რაოდენობრივ ნიშანთა მწკრივს, დალაგებულს რანგობრივი თანმიმდევრობით, მაშინ, როდესაც **დინამიური რიგი** ასახავს მხოლოდ ერთგვაროვანი მოვლენების ცვლილებას დროში (მაგალითად, წლების მიხედვით).

ცალკეულ რაოდენობრივ ნიშანს ეწოდება **ვარიანტა** (x), ხოლო რიცხვს, რომელიც გვიჩვენებს, თუ რამდენჯერ გვხვდება ცალკეული ვარიანტა ვარიაციულ რიგში, ეწოდება **სიხშირე** (f). სიხშირეთა ჯამი გვაძლევს **დაკვირვებათა საერთო რიცხვს** (n). ვარიანტები ვარიაციულ რიგში შეიძლება იყოს წარმოდგენილი, როგორც მთელი რიცხვებით (**დისკრეტული ვარიაციული რიგი**), ასევე წილადური რიცხვებით (**უწყვეტი, ინკრეტული ვარიაციული რიგი**).

მატების ტემპი გვიჩვენებს, თუ რამდენად ინტენსიურად იცვლება ესა თუ ის მოვლენა.

ვარიაციული რიგის დამუშავება გულისხმობს საშუალო სიდიდეების განსაზღვრას. იგი შესასწავლი მოვლენის განზოგადების შესაძლებლობას იძლევა და სტატისტიკური ერთობლიობის ერთ-ერთ დამახასიათებელ თვისებას – მის საშუალო დონეს გამოხატავს. საშუალო სიდიდეების რამდენიმე სახე არსებობს: საშუალო არითმეტიკული, საშუალო გეომეტრიული, საშუალო ჰარმონიული და ა.შ. აშკარაა, რომ საშუალო ოდენობათა გამოთვლის მეშვეობით ხერხდება მოვლენის მრავალრიცხოვან დაკვირვებათა ჯამური დახასიათება.

ხშირად იყენებენ განსაკუთრებულ, შედარებით სიდიდეებს, როგორიცაა მოდა (M_0) და მედიანა (M_e).

M_0 გამოხატავს მოცემული სტატისტიკური ერთობლიობის ყველაზე ხშირი ნიშნის სიდიდეს, მაშინ, როდესაც მედიანა ის სიდიდეა, რომელიც შუაზე ჰყოფს ვარიაციულ რიგს.

ვარიაციული რიგის ჩამოყალიბების შემდეგ შესაძლებელი ხდება საშუალო არითმეტიკულის $\bar{X}$ გამოთვლა. იგი წარმოადგენს რიცხვს, რომელიც მთელ ერთობლიობას ახასიათებს.

საშუალო არითმეტიკული შეიძლება იყოს უბრალო, მარტივი და შეწონილი.

უბრალო საშუალო არითმეტიკული გამოითვლება მაშინ, როცა თითოეული ვარიანტა ვარიაციულ რიგში მხოლოდ ერთხელ გვხვდება ($f=1$):

ცხრილი 19

პულის სიხშირე (x)	პაციენტთა რაოდენობა (f)
66	1
67	1
68	1
69	1
70	1
74	1
	$\Sigma f = 6$

Σ - ჯამის ნიშანია.

უბრალო საშუალო არითმეტიკული გამოითვლება ფორმულით:

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n} \quad \text{ანუ} \quad \bar{X} = \frac{66 + 67 + 68 + 69 + 70 + 74}{6} = 69 \text{ დარტყმა}$$

იმ შემთხვევაში, როცა ვარიანტები რამდენჯერმე მეორდება (ე.ი. $f > 1$), გამოითვლება ე.წ. შეწონილი საშუალო არითმეტიკული:

ცხრილი 20

დაავადების ხანგრძლიობა (დღეები) x	ავადყოფთა რაოდენობა f	q
4	2	$4 \times 2 = 8$
5	4	$5 \times 4 = 20$
6	5	$6 \times 5 = 30$
7	4	$7 \times 4 = 28$
8	3	$8 \times 3 = 24$
9	2	$9 \times 2 = 18$
	$n = 20$	$\Sigma xp = 128$

საშუალო სიდიდე გამოითვლება ფორმულით
$$\bar{X} = \frac{\sum xf}{n} = \frac{128}{20} = 6,4$$

სადაც $\sum xf$ წარმოადგენს ცალკეული ვარიანტისა და მისი სიხშირის ნამრავლის ჯამს, ხოლო n დაკვირვებათა საერთო რიცხვია. მაგალითის მიხედვით, დაავადების საშუალო ხანგრძლივობა გამოკვლეულ პაციენტებში შეადგენს 6,4 დღეს.

საშუალო სიდიდე განმარტებული აბსტრაქტული ხასიათისაა და გარკვეულ კანონზომიერებას ავლენს. მისი გამოყენების ძირითადი პრინციპი იმაში მდგომარეობს, რომ იგი ერთგვაროვან სტატისტიკურ ერთობლიობას უნდა ახასიათებდეს.

თუკი ვარიაციული რიგის ცალკეული ვარიანტი კონცენტრირებულია საშუალო არითმეტიკულის გარშემო, მაშინ ასეთი ვარიაციული რიგი, კომპაქტური და ერთგვაროვანია ანუ ადგილი აქვს მოვლენის მცირე ვარიაციას. უფრო ხშირად მონაცემები ვარიაციას დიდ ფარგლებში (შეიძლება ამ დროს არაერთგვაროვან სტატისტიკურ ერთობლიობასთანაც გვექონდეს საქმე).

საშუალო სიდიდე მით უფრო დამახასიათებელი და ტიპურია გარკვეული ერთობლიობისათვის, რაც ნაკლებია მისი განსხვავება ვარიაციულ რიგში არსებული მონაცემებისაგან. მაგალითად, განვიხილოთ ორი ვარიაციული რიგი:

I ვარიაციული რიგი - 6; 6; 7; 7; 7; 9; $\sum x_1 = 42$; $n_1 = 6$; $\bar{x}_1 = \sum x_1 : n_1 = 42 : 6 = 7$

II ვარიაციული რიგი - 2; 2; 2; 3; 4; 29; $\sum x_2 = 42$; $n_2 = 6$; $\bar{x}_2 = \sum x_2 : n_2 = 42 : 6 = 7$

მართალია, საშუალო სიდიდე ორივე შემთხვევაში ერთნაირია ($\bar{X} = 7$), მაგრამ პირველ შემთხვევაში $X_{1\max} = 9$ -სა და $X_{1\min} = 6$ -ს შორის აღინიშნება მცირე განსხვავება, მაშინ, როდესაც მეორე შემთხვევაში $X_{2\max} = 29$, $X_{2\min} = 2$. საქმე გვაქვს გამოხატულ განსხვავებასა და ვარიანტების მრავალფეროვნებასთან. აშკარაა, რომ X_1 უფრო ზუსტად ახასიათებს ვარიაციულ რიგს, ვიდრე X_2 .

ვარიაციული რიგის მერყეობის დასახასიათებლად გამოიყენება **სტანდარტული გადახრა** $SD(\sigma)$, რომელიც გამოითვლება შემდეგი ფორმულით:

$$SD = \pm \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n-1}} \quad \text{როდესაც } n < 30 \quad \text{და} \quad SD = \pm \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n}} \quad \text{როდესაც } n > 30$$

(კვადრატული ფესვის ქვეშ წარმოდგენილ ფარდობს დისპულსს უწოდებენ).

სტანდარტული გადახრის მნიშვნელობა მდგომარეობს შემდეგში:

ა) იგი ახასიათებს ვარიაციული რიგის ერთგვაროვნებას: რაც ნაკლებია SD , მით უფრო ტიპურია $\bar{X}$ მოცემული ვარიაციული რიგისათვის. თუ SD დიდია, მაშინ ვარიაციული რიგი არაერთგვაროვანია, აღინიშნება მონაცემთა დიდი მერყეობა, ხოლო მიღებული საშუალო სიდიდე კი ცალკეული ვარიანტების მხოლოდ ნაწილს ახასიათებს.

ბ) შესაძლებელია ვიმსჯელოთ ნორმისა და პათოლოგიის შესახებ. თუ სარწმუნოება $\bar{X} \pm 1SD$ -ის ტოლია, ეს მიუთითებს ნორმის ფარგლებს.

გ) თეორიულად ცალკეული ვარიანტის განაწილება ერთგვაროვან ვარიაციულ რიგში ექვემდებარება ე.წ. სამი SD -ს წესს:

$$\bar{X} \pm 1SD = 68,3\%, \quad \bar{X} \pm 2SD = 95,5\%, \quad \bar{X} \pm 3SD = 99,7\%.$$

ვარიაციული რიგის 68,3% თავსდება $\bar{X} \pm 1SD$ ფარგლებში, რაც შეიძლება შესასწავლი მოვლენის ნორმად ჩაითვალოს. $\bar{X} \pm 2SD$ მოიცავს ვარიაციული რიგის 95,5%, ხოლო $\bar{X} \pm 3SD$ მოიცავს ვარიაციულ რიგის თითქმის 99,7% რაოდენობრივ ნიშანს. თუ წარმოდგენილი ვარიაციული რიგი თავსდება $\bar{X} \pm 3SD$ -ს ფარგლებში, მიღებული საშუალო სიდიდე ტიპურია ამ ვარიაციული რიგისათვის და მისი გამოყენება შესაძლებელია.

დ) სტანდარტული გადახრის გათვლის საფუძველზე შეიძლება შეფასდეს ცალკეული ინდივიდუალური გაზომვა:

$$t = \frac{X - \bar{X}}{SD}$$

ნიშნის მრავალფეროვნების ამსახველი კრიტერიუმების რიცხვს, სტანდარტული გადახრის გარდა, მიეკუთვნება **ამპლიტუდა** $Am = X_{max} - X_{min}$, **ლიმიტი** $Lim X_{max} : X_{min}$ — (ორივე ეყრდნობა მოსაზღვრე ვარიანტებს).

ამპლიტუდის საშუალებით შესაძლებელია მიახლოებით განისაზღვროს სტანდარტული გადახრა შემდეგი ფორმულით:

$$SD = \pm \frac{X_{max} - X_{min}}{A}$$

სადაც A კოეფიციენტია, რომლის მნიშვნელობა მოცემულია სპეციალურ ცხრილში დაკვირვებათა რიცხვთან დამოკიდებულებით.

რიგ შემთხვევაში საჭიროა ერთი და იმავე ნიშნის მერყეობის შეფასება სხვადასხვა ერთობლიობაში (მაგ. სისხლის სხვადასხვა მაჩვენებელი), ან სხვადასხვა ნიშნის მრავალფეროვნება ერთსა და იმავე ერთობლიობაში (მაგ. ბავშვებისა და მოზარდების წონა). ასეთ შემთხვევაში გამოიყენება **ვარიაციის კოეფიციენტი** (CV), რომელიც გამოითვლება შემდეგი ფორმულით:

$$CV = \frac{SD}{\bar{X}} \times 100$$

თუ CV 20%-ზე მეტია, აღინიშნება მკვეთრი გაფანტულობა და რყევადობა, 10-20% — საშუალო რყევადობა, 10%-მდე — მცირე რყევადობა.

მთლიანი გენერალური ერთობლიობის შესწავლის დროს საკმარისია გამოითვალოს $\bar{X}$ და SD , მაგრამ, უფრო ხშირად საქმე გვაქვს ამორჩევით ერთობლიობასთან, რომელიც რეპრეზენტაციული უნდა იყოს. ამორჩევითი ერთობლიობის სიზუსტის განსაზღვრის მიზნით გამოითვლება ცთომილება, რომელსაც რეპრეზენტაციულობის შეცდომა m ეწოდება.

$$m = \pm \frac{SD}{\sqrt{n}} \quad \text{თუ } n > 30 \quad \text{და } m = \pm \frac{SD}{\sqrt{n-1}} \quad \text{თუ } n < 30$$

მისი გამოთვლა შეიძლება ამპლიტუდის მიხედვითაც, როგორც სტანდარტული გადახრის შემთხვევაში:

$$m = \pm \frac{X_{max} - X_{min}}{B}$$

სადაც B კოეფიციენტია, რომელიც მოცემულია სპეციალურ ცხრილში.

მიღებული შედეგის შესაფასებლად გამოიყენება **სარწმუნოების კოეფიციენტი** (t), რომელიც სწორი პასუხის ალბათობაზე მიუთითებს. t -ს საშუალებით ისაზღვრება სარწმუნოების ფარგლები, რომელშიც მერყეობს საშუალო სიდიდის ჭეშმარიტი მნიშვნელობა სასურველი ალბათობის მიხედვით. იგი გამოისახება შემდეგნაირად: $\bar{X} \pm tm$

რაც მეტია ცთომილების ჯერადობა, მით მეტია იმის დამტკიცების შესაძლებლობა, რომ შედეგის ჭეშმარიტი მნიშვნელობა არ გასცდება სარწმუნოების ფარგლებს.

თუ შემთხვევათა რიცხვი 30-ს აღემატება:

$t=1$ 68% ალბათობა ($\bar{X} \pm 1m$)

$t=2$ 95% ალბათობა ($\bar{X} \pm 2m$)

$t=3$ 99% ალბათობა ($\bar{x}+3m$)

მედიკო-ბიოლოგიურ გამოკვლევებში საკმარისია ავიღოთ $t=2$, რომელიც შეესაბამება ალბათობის ხარისხს 95% (თუ $n < 30$).

სასურველი ალბათობის მიხედვით t -ს მნიშვნელობებს ვაღებთ სტიუდენტის ცხრილის მეშვეობით (ცხრილი 21).

ცხრილი 21

სტიუდენტის ცხრილი

n	0,05=5%	0,01=1%	0,001=0,1%
1	12,70	63,7	636,6
2	4,30	9,92	31,60
3	3,18	5,84	12,94
4	2,78	4,60	8,61
5	2,57	4,03	6,86
6	2,42	3,71	5,96
7	2,36	3,50	5,31
8	2,31	3,36	5,04
9	2,26	3,25	4,78
10	2,23	3,17	4,59
11	2,20	3,17	4,44
12	2,18	3,06	4,32
13	2,16	3,01	4,22
14	2,14	2,98	4,14
15	2,13	2,95	4,07
16	2,12	2,92	4,02
17	2,11	2,90	3,96
18	2,10	2,88	3,92
19	2,09	2,86	3,88
20	2,09	2,84	3,85
21	2,08	2,83	3,82
22	2,07	2,82	3,79
23	2,07	2,81	3,77
24	2,06	2,80	3,75
25	2,06	2,79	3,73
26	2,06	2,78	3,71
27	2,05	2,77	3,69
28	2,05	2,76	3,67
29	2,04	2,76	3,66
30	2,04	2,75	3,64

თუ კვლევის შედეგები გამოხატულია მაჩვენებლებით, მაშინ –

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}} \quad \text{თუ } n > 30 \quad \text{და} \quad m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n-1}} \quad \text{თუ } n < 30$$

სადაც, p – მაჩვენებელია, q – სიდიდეა, რომელიც ტოლია $100 p$ (%), $1000 p$ (%), n – დაკვირვებათა რიცხვი

ფარდობითი სიდიდის შემთხვევაში სარწმუნოება $p \pm tm$ ფარგლებშია.

9.8 საშუალო სიდიდეებს ან მაჩვენებლებს შორის განსხვავების სარწმუნოების შეფასება

ხშირად აუცილებელია დამტკიცდეს, რამდენად სარწმუნოა ორ საშუალო სიდიდეს ან მაჩვენებელს შორის განსხვავება. ამ მიზნით გამოიყენება დამაჯერებლობის კრიტერიუმი t :

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \quad t = \frac{\bar{P}_1 - \bar{P}_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

თუ $t \geq 2$, ასეთ შემთხვევაში განსხვავება სარწმუნოა და დამაჯერებელია.

მაგალითი. თუ აცრილთა შორის ინფექციური ავადობის ღონე $p_1 = 10\%$, $m_1 = \pm 1,3$, ხოლო აუცრელ კონტინენტში $p_2 = 15\%$, $m_2 = \pm 1,3\%$, მათ შორის განსხვავების დამაჯერებლობის კრიტერიუმი -

$$t = \frac{15 - 10}{\sqrt{1,3^2 + 1,3^2}} = 2,5$$

ვინაიდან, $t > 2$ შესაძლებელია გავაკეთოთ დასკვნა, რომ განსხვავება აცრილსა და აუცრელ კონტინენტებში სტატისტიკურად დამაჯერებელია.

როცა კვლევა ტარდება ერთსა და იმავე ჯგუფზე, მაშინ შედეგებს შორის განსხვავების დამაჯერებლობა შეიძლება შეფასდეს ე.წ. „სხვაობის მეთოდით“.

მაგალითად, უნდა განისაზღვროს, დამაჯერებელია თუ არა მინიმალური არტერიული წნევის ღონე ჰიპოტენზიური პრეპარატების მიღებამდე და მიღების შემდეგ.

ცხრილი 22

ავადმყოფები	არტერიული წნევა			$d(V_1 - V_2) - X$	d^2
	პრეპარატის მიღებამდე V_1	პრეპარატის მიღების შემდეგ V_2	სხვაობა $(V_1 - V_2)$		
ა	102	98	4	-4	16
ბ	96	86	10	2	4
გ	100	88	12	4	16
დ	98	98	0	-8	64
ე	90	72	18	10	100
ვ	101	97	4	-4	16
$n = 6$			$\Sigma = 48$		$\Sigma = 216$

გამოთვლის თანმიმდევრობა შემდეგია:

პირველ რიგში უნდა გამოითვალოს სხვაობა $V_1 - V_2$, ამის შემდეგ ისაზღვრება საშუალო სხვაობა:

$$X = \frac{\Sigma(V_1 - V_2)}{n} = \frac{48}{6} = 8$$

შემდეგ ეტაპზე თითოეული ვარიანტისთვის უნდა გამოითვალოს გადახრა d :

$$d_1 = (V_1 - V_2) - X = 4 - 8 = -4; \quad d_2 = 10 - 8 = 2; \quad d_3 = 12 - 8 = 4 \quad \text{და ა.შ.}$$

სხვაობის ცდომილების გამოსათვლელად უნდა განისაზღვროს: $SD = \pm \sqrt{\frac{\Sigma d^2}{n-1}} = \pm \sqrt{\frac{216}{5}} = \pm 6,57$

$$\text{ცდომილება } m = \pm \frac{SD}{\sqrt{n}} = \pm \frac{6,57}{\sqrt{6}} = \pm 2,68$$

დამაჯერებლობის კრიტერიუმი განისაზღვრება ფორმულით:

$$t = \frac{\text{საშუალო სხვაობა } (X)}{\text{სხვაობის ცდომილება } (m)} = \frac{8}{2,68} = 2,98 \approx 3$$

დასკვნა: მიღებული შედეგი მეტია სტიუდენტის ცხრილის მნიშვნელობაზე, ამიტომ განსხვავება დამაჯერებელია, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ გამოსაცდელი პრეპარატი ეფექტურია.

ცხრილი 23

სიგმის გამოთვლა (σ) და საშუალო შეცდომა (m) ამპლიტუდით

დაკვირვებათა რიცხვი	სიგმის კოეფიციენტი	შეცდომის კოეფიციენტი	დაკვირვებათა რიცხვი	სიგმის კოეფიციენტი	შეცდომის კოეფიციენტი
1	-	-	120	5,15	56,3
2	1,13	1,60	140	5,26	62,3
3	1,69	2,93	160	5,35	67,6
4	2,06	4,12	180	5,43	73,0
5	2,33	5,20	200	5,50	77,8
6	2,53	6,21	220	5,57	82,6
7	2,70	7,16	240	5,61	87,0
8	2,85	8,05	260	6,68	91,7
9	2,97	8,90	280	5,72	95,7
10	3,08	9,70	300	5,77	100,0
11	3,17	10,50	320	5,80	103,8
12	3,26	11,20	340	5,84	107,9
13	3,34	12,00	360	5,88	111,5
14	3,41	12,70	380	5,92	115,2
15	3,47	13,40	400	5,94	118,8
16	3,53	14,10	420	5,98	122,6
17	3,59	14,80	440	6,00	125,9
18	3,64	15,40	460	6,02	129,2
19	3,69	16,10	480	6,06	132,8
20	3,74	16,70	500	6,09	136,0
22	3,82	17,90	520	6,12	139,3
24	3,90	19,00	540	6,13	142,5
26	3,96	20,20	540	6,14	145,6
28	4,03	21,20	580	6,17	148,6
30	4,09	22,40	600	6,18	151,5
32	4,14	23,40	620	6,21	154,6
34	4,19	24,60	640	6,23	157,7
36	4,24	25,50	660	6,26	160,8
38	4,28	26,40	680	6,27	163,4
40	4,32	27,30	700	6,28	166,4
50	4,50	31,80	750	6,33	173,3
60	4,64	35,90	800	6,34	177,9
70	4,76	39,80	850	6,37	186,6
80	4,85	43,30	900	6,43	193,0
90	4,94	46,90	950	6,47	199,2
100	5,01	50,10	1000	6,48	204,9

ნულოვანი ეფექტის შეფასება. ალტერნატიული განაწილების შემთხვევაში (ან-ან), როდესაც მაჩვენებელი $p=0$ (ან უახლოვდება 0-ს), ხოლო $q=100\%$, (ან პირიქით, $p=100$ და $q=0$ -ს), ინტერესს იწვევს, როგორი იქნებოდა შესასწავლი მოვლენის სიდიდე (მაჩვენებელი) შერჩევის სხვა პირობებში (მაგალითად, დაკვირვებათა სხვა რაოდენობის ან ავადმყოფთა სხვა შემადგენლობა სქესის, ასაკის და სხვ. მიხედვით). ამისათვის სარგებლობენ სპეციალური ფორმულით:

$$p_1 = \frac{a+1}{n+2} \times 100$$

სადაც, a – შედეგობრივი ნიშანია (მაჩვენებელი)

დავუშვათ, რომ ახალი მეთოდით მკურნალობდა 60 ონკოლოგიური პაციენტი (n), მიუხედავად პრეპარატის ძალაღმსრულებლობისა, გამოსაცდელ კონტინგენტში ლეტალური გამოსავალი არ აღინიშნებოდა ($p = 0\%$).

ლეტალობის „მოსალოდნელი“ მაჩვენებელი იქნება

$$p_1 = \frac{0+1}{60+2} \times 100 = 1,6\%$$

ამ მაჩვენებლის ცდომილება გამოითვლება შემდეგნაირად:

$$m_{\text{„მოსალოდ“}} = \pm \sqrt{\frac{pq}{n+2}} = \pm \sqrt{\frac{1,6 \times 98,4}{60+2}} = \pm \sqrt{\frac{158,2}{62}} = \pm 1,6$$

ამგვარად, $t=2$ -ს შემთხვევაში ლეტალობის „მოსალოდნელი“ მაჩვენებელი მერყეობს 0-დან 4,76% ($1,6 \pm 3,16$) ფარგლებში.

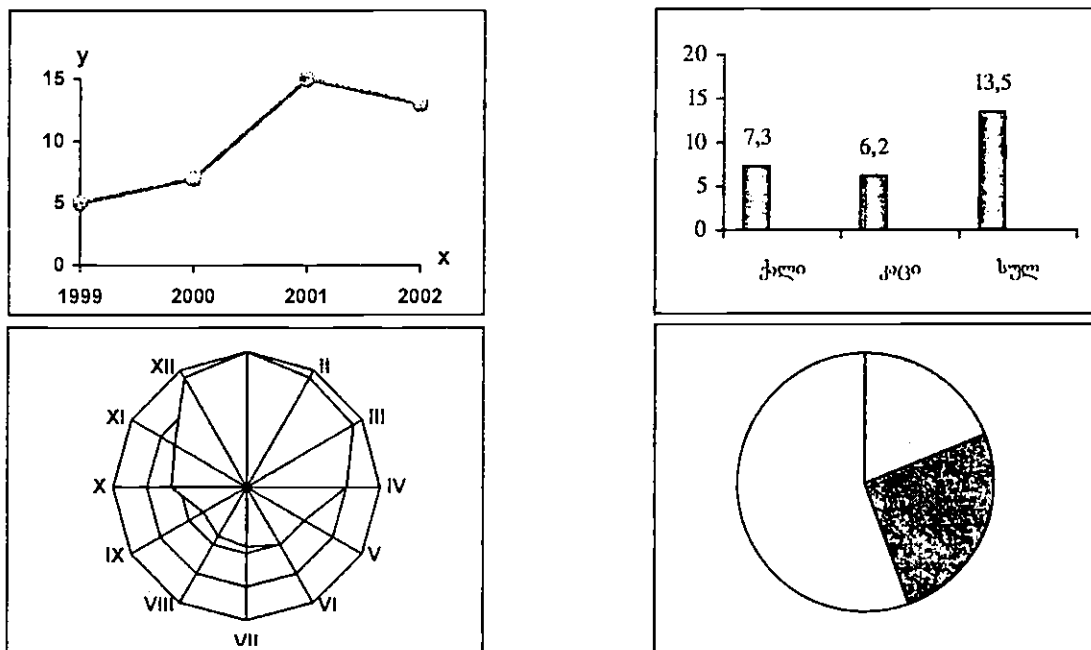
9.9. მასალის გრაფიკული გამოსახვა

გამოკვლევის შედეგების თვალსაჩინოდ წარმოდგენისათვის ხშირად გამოიყენება გრაფიკული გამოსახულებები. არჩევენ გრაფიკულ გამოსახულებათა 3 სახეს – დიაგრამას, რუქაგრამას და რუქადიაგრამას.

გრაფიკული გამოსახულების თითოეულ სახეს უნდა ჰქონდეს სათაური, მასშტაბისა და პირობითი ნიშნების ახსნა. უფრო ხშირად დიაგრამები გამოიყენება მიღებული შედეგების საილუსტრაციოდ.

ნახატი II

დიაგრამის სახეები



დიაგრამა, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ხაზოვანი ან სიბრტყოვანი (სვეტიცხური, სექტორული, ფიგურული). ერთ დიაგრამაზე რამდენიმე მოვლენის ინტენსივობის მაჩვენებლის გამოსახვა შესაძლებელია. ამ შემთხვევაში სასურველია გრაფიკის სხვადასხვა ფერში აგება.

სვეტისებური დიაგრამის აგების შემთხვევაში ჰორიზონტალურ ხაზზე შესაბამისი მასშტაბით გამოსახვენ სხვადასხვა ზომის ფიგურებს, რომელთა სიმაღლე მოცემულ მაჩვენებელს შეესაბამება.

რადიალური დიაგრამის აგებისას აბცესთა ღერძი (X) წრეწირს წარმოადგენს. იგი დაყოფილია იმდენ თანაბარ ნაწილად, რამდენი დროის მონაკვეთიცაა ციკლში (კვირა, წელი, თვე და ა.შ.). ორდინატა (Y) წრეწირის რადიუსია, რომლის სიგრძე შეესაბამება მოცემული დროის ინტერვალს (მაგ. 12 რადიუსი ასახავს წელიწადს, 7 – კვირას და ა.შ.).

ექსტენსივობის მაჩვენებლის თვალსაჩინოდ გამოსახვისათვის ხშირად გამოიყენება **სექტორული დიაგრამა**. წრეწირი მიუთითებს მთლიან მოვლენას, ორი რადიუსით შემოსაზღვრული სექტორი კი – ცალკეულ მაჩვენებელს. წრეწირი დაიყოფა სექტორებად, რომელთა გრადუსული ზომა ექსტენსივობის მაჩვენებელს შეესაბამება.

9.10. მოვლენებს შორის კავშირის განსაზღვრა (კორელაცია)

ბუნებასა და საზოგადოებაში არც ერთი მოვლენა არ განიხილება სხვა მოვლენებისაგან დამოუკიდებლად. ამიტომ შესასწავლ ნიშანთა შორის ურთიერთკავშირის განსაზღვრა ზედმიწევნით აქტუალურ ამოცანას წარმოადგენს.

მოვლენათა შორის რაოდენობრივი კავშირის ორ ფორმას განასხვავებენ: **ფუნქციურს** და **კორელაციურს**.

კორელაციური კავშირის დროს ერთი მოვლენის ცვლილება განაპირობებს მეორე მოვლენის გარკვეულ ცვლილებას (ერთი ნიშნის გაზრდა ან კლება იწვევს მეორე ნიშნის შესაბამის მატებას ან კლებას). ასეთ დამოკიდებულებას **პირდაპირი** (ანუ დადებითი) კორელაცია ეწოდება. კორელაციური კავშირის ასეთ სახეს ბავშვის წონისა ან მისი სიმაღლისა და გულმკერდის გარშემოწერილობას შორის არსებული კავშირი წარმოადგენს.

შებრუნებით-უარყოფითი კორელაციური კავშირის დროს ერთი მოვლენის ზრდა განაპირობებს მეორე მოვლენის კლებას და პირიქით. მაგალითად შეიძლება მოვიყვანოთ კავშირი ჰაერის ტემპერატურის დაკლებასა და გრიპის შემთხვევების ზრდას შორის.

მოვლენათა შორის კავშირის სიძლიერისა და ხასიათის დასადგენად საზღვრავენ **კორელაციის კოეფიციენტებს**, რომელთა სიდიდე მერყეობს 0 ± 1 -მდე. მაჩვენებელი ნულის ტოლია, როდესაც მოვლენებს შორის კავშირი არ არსებობს, თუ კავშირი სუსტია, კორელაციის კოეფიციენტი მერყეობს 0-დან $\pm 0,3$ -მდე. საშუალო კავშირის შემთხვევაში – $\pm 0,3$ -დან $\pm 0,7$ -მდე, ხოლო ძლიერი კავშირის დროს – $\pm 0,7$ -დან $\pm 0,9$ -მდე. მთლიანი ძლიერი ფუნქციური კავშირის შემთხვევაში კორელაციის კოეფიციენტი ± 1 -ის ტოლია.

კორელაციის კოეფიციენტი გამოითვლება რანგების მეთოდით, კვადრატების წესით, კორელაციური ცხრილების აგებით. ერთდროულად 3 და მეტი ნიშნის ურთიერთკავშირის განსაზღვრისათვის იანგარიშება ე.წ. **მრავლობითი კორელაცია**.

მცირერიცხოვანი დაკვირვებების შემთხვევაში მიმართავენ **კ.პირსონის** მიერ მოწოდებულ ფორმულას (კვადრატების წესი):

$$R_{xy} = \frac{\sum(d_x \times d_y)}{\sqrt{\sum d_x^2 \times \sum d_y^2}}$$

სადაც – R_{xy} კორელაციის კოეფიციენტი, d_x და d_y – თითოეული ვარიანტის გადახრა შესადარებელი მონაცემების საშუალო მნიშვნელობიდან (d – ლათინური სიტყვა deviatio - გადახრა).

კორელაციის კოეფიციენტის გამოთვლა კვადრატების წესით შემდეგი თანმიმდევრობით ხორციელდება:

1. ვსაზღვრავთ ცალკეულ ნიშნთა განზომილებების საშუალოს;
2. ვპოულობთ თითოეული ვარიანტის გადახრას საშუალოდან $d_x, d_y, d_x = x_1 - \bar{x}$;
3. შემდეგ ეტაპზე ვითვლით ნამრავლს $d_x \times d_y$;
4. თითოეული გადახრა (d) აგვყავს კვადრატში d_x^2, d_y^2 და ბოლოს ცალკეულ მათგანს ვაჯამებთ $\Sigma d_x^2, \Sigma d_y^2$

ცხრილი 24

7 წლის გოგონათა წონასა და გულმკერდის გარშემოწერილობას შორის კავშირი

წონა კგ-ში (x)	d_x	გულმკერდის გარშემოწერილობა სმ-ში	d_y	$d_x \times d_y$	d_x^2	d_y^2
19,5	-2,5	53,5	-2,5	6,25	6,25	6,25
20,0	-2,0	54,0	-2,0	4,0	4,0	4,0
20,4	-1,6	54,5	-1,5	2,4	2,56	2,25
21,0	-1,0	55,0	-1,0	1,0	1,0	1,0
21,6	-0,4	56,0	0	0	0,16	0
22,0	0	56,0	0	0	0	0
22,4	0,4	56,0	0	0	0,16	0
23,0	1,0	57,0	1,0	1,0	1,0	1,0
23,6	1,6	58,0	2,0	3,2	2,56	4,0
24,0	2,0	57,5	1,5	3,0	4,0	2,25
24,5	2,5	58,5	2,5	6,25	6,25	6,25
$\Sigma x = 242,5$	-	$\Sigma y = 616,0$	-	$\Sigma d_x d_y = 27,1$	$\Sigma d_x^2 = 27,94$	$\Sigma d_y^2 = 27$

საბოლოო ეტაპზე გამოითვლება კორელაციის კოეფიციენტი:

$$R_{xy} = \frac{\Sigma(d_x \times d_y)}{\sqrt{\Sigma d_x^2 \times \Sigma d_y^2}} = \frac{27,1}{\sqrt{27,94 \times 27,0}} = \frac{27,1}{27,5} = 0,98$$

კორელაციის კოეფიციენტი შეიძლება შეფასდეს დამაჯერებლობის კრიტერიუმის (t) საშუალებითაც. ამისათვის აუცილებელია გამოითვალოს კორელაციის კოეფიციენტის საშუალო შეცდომა:

$$m = \pm \sqrt{\frac{1 - R_{xy}^2}{n}} \quad \text{ხოლო, როდესაც } n > 30 \quad m = \pm \sqrt{\frac{1 - R_{xy}^2}{n - 2}}$$

დამაჯერებლობის კრიტერიუმის შეფასება ხდება შემდეგი ფორმულით:

$$t = \frac{R_{xy}}{m} \geq 3$$

რიგ შემთხვევაში ნიშნთა შორის ხასიათის განსაზღვრა ხორციელდება რანგული კორელაციის მეთოდით. იგი გამოიყენება შემდეგ შემთხვევებში:

- ა) მცირერიცხოვანი დაკვირვების დროს;
- ბ) როდესაც საჭიროა საორიენტაციო მონაცემები ნაცვლად ზუსტი გათვლებისა;
- გ) როდესაც ნიშნები არა მხოლოდ რაოდენობრივი ხასიათისაა;
- დ) როდესაც ცალკეული ნიშნის მნიშვნელობები რიგში ღია ვარიანტების სახითაა წარმოდგენილი (მაგალითად < 20 ან > 40).

განვიხილოთ კორელაციის კოეფიციენტის განსაზღვრა შემდეგ მაგალითზე:

უნდა განისაზღვროს კავშირის ხასიათი სასმელ წყალში ფტორის შემცველობასა და ფლუოროზის სიხშირეს შორის, შემდეგი მონაცემების მიხედვით (ცხრილი 25).

ცხრილი 25

ფტორის შემცველობა წყალში მგ/ლ	ფლუოროზით დაავ. რაოდ.	რიგითი ნომერი (რანგი)		რანგებს შორის სხვაობა	რანგების კვადრატი
x	y	x _i	y _i	d = (x _i - y _i)	d ²
დაბალი 0,5	0	1	1	0	0
ოპტიმალური 1,0	3	2	2	0	0
პირობითად დასაშვები 1,5	15	3	3	0	0
მომატებული 3,5	98	4	4,5	-0,5	0,25
დაუშვებელი 5,0	98	5	5,5	-0,5	0,25
					Σd ² = 0,5

რანგული კორელაციის კოეფიციენტის განსაზღვრის პროცესში, წარმოდგენილ რიგში, ვახდენთ თითოეული ნიშნის (x, y) რანგის განსაზღვრას (x_i, y_i) (იმ შემთხვევაში, თუ რამდენიმე ნიშანი ერთნაირი მნიშვნელობისაა, ვყოფთ მათ რიგობრივი ნომრების ჯამს საერთო რაოდენობაზე).

რანგული კორელაციის კოეფიციენტი გამოითვლება სპირმენის ფორმულით:

$$P_{xy} = \frac{1 - 6\sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

სადაც d რანგებს შორის სხვაობა, ხოლო n - წყვილთა რაოდენობაა.

$$\text{ჩვენს შემთხვევაში } P_{xy} = \frac{1 - 6 \times 0,5}{5(5^2 - 1)} = \frac{1 - 3,0}{120} = +0,975$$

მაშასადამე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ კავშირი ძლიერი და პირდაპირია.

$$m = \pm \sqrt{\frac{1 - P_x^2}{n - 2}} = \pm \sqrt{\frac{1 - 0,975^2}{5 - 2}} = \pm 0,128 \quad t = \frac{P_{xy}}{m\rho} = \frac{0,975}{0,128} = 7,62$$

t > 3 (p > 99%) მიღებული შედეგი დამაჯერებელად შეიძლება ჩაითვალოს.

კორელაციის კოეფიციენტების გამოთვლა ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია, მაგრამ არ შეიძლება ამ მეთოდის მექანიკურად გამოყენება. უნდა გვახსოვდეს, რომ კორელაციის კოეფიციენტების განსაზღვრისას კავშირის არსებობა კიდევ არ მიუთითებს შესწავლის მიზეზ-შედეგობრივ დამოკიდებულებაზე, ამის უფრო კარგ საშუალებას იძლევა რეგრესია, როდესაც ერთი ნიშნის მიხედვით შეგვიძლია განვსაზღვროთ სხვა ნიშნების საშუალო ოდენობები. რეგრესიის კოეფიციენტი მიუთითებს ნიშანთა ცვლილების ზომაზე მეორე ნიშნის ყოველი ერთეულით ცვლილების შემთხვევაში.

რეგრესიის კოეფიციენტი გამოითვლება შემდეგი ფორმულით: $R_{y/x} = n_{xy} \frac{n_y}{n_x}$

სადაც n_{xy} - კორელაციის კოეფიციენტი, n_x და n_y - სტანდარტული გადახრებია x და y-ისათვის.

მაგალითად: განვსაზღვროთ სხეულის მასის სტანდარტული გადახრის (y) ცვლილებები გოგონათა სიმაღლის (x) მიხედვით. თუ ცნობილია, რომ სიმაღლის სტანდარტული გადახრა σ_x = ±5,8 სმ, მასის σ_y = ±4,2 კგ. სიმაღლისა და მასის კორელაციის კოეფიციენტი კი n_{xy} = ±0,6. რეგრესიის კოეფიციენტი სიმაღლის მიხედვით ამ შემთხვევაში შეადგენს: R_{y/x} = 0,6 x (4,2 : 5,8) = 0,43 კგ.

დასკვნა: 9 წლის გოგონათა სიმაღლის 1 სმ-ით მატება იწვევს სხეულის მასის 0,43 კგ-ით მომატებას.

თუ ცნობილია ერთი მოვლენისათვის დამახასიათებელი რეგრესიის კოეფიციენტი, მეორე მოვლენის ოდენობა შეიძლება განისაზღვროს გაზომვების გარეშე, ამ მიზნით გამოიყენება ე.წ. **ხაზოვანი რეგრესიის** ტოლობა $Y = \bar{X}_y + R_{y/x} (X - \bar{X}_x)$.

სადაც: Y – საძიებელი სიდიდეა, $R_{y/x}$ – რეგრესიის კოეფიციენტი, $\bar{X}_y$ – ერთ-ერთი მოვლენის საშუალო დონე, $\bar{X}_x$ – მეორე მოვლენის საშუალო დონე, X – ცნობილი მოვლენის სიდიდე.

მაგალითად: 9 წლის გოგონათა საშუალო მასა $\bar{X}_y = 30,3$ კგ, საშუალო სიმაღლე $\bar{X}_x = 135,5$ სმ. როგორი იქნება საშუალო მასა იმ გოგონებში, რომელთა სიმაღლე 132 სმ. ამისათვის უნდა ჩასვათ სათანადო მონაცემები: $Y = 30,3 + 0,43 (132 - 135,50) = 28,8$ კგ.

დასკვნა: 132 სმ სიმაღლის 9 წლის გოგონათა საშუალო მასაა 28,8 კგ.

რეგრესიის კოეფიციენტების მეშვეობით დგება **რეგრესიის სკალა**, რომელიც ფართოდ გამოიყენება ადამიანის ფიზიკური განვითარების პარამეტრების შესაფასებლად.

9.11. სტანდარტიზებული მაჩვენებლები

სტანდარტიზაციის მეთოდი გამოიყენება არაერთგვაროვანი ერთობლიობიდან გამოთვლილი მაჩვენებლების ერთმანეთთან შედარებისას. მაგალითად, როდესაც ადარებენ არაერთგვაროვან კომპონენტებს (მოსახლეობის განსხვავებული ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა, სტაციონარის ავადმყოფთა არაერთნაირი შემადგენლობა სიმძიმის მიხედვით და სხვა).

სტანდარტიზაციის მაჩვენებლების გამოსათვლელად უფრო ხშირად მიმართავენ პირდაპირ მეთოდს. განვიხილოთ შემდეგი მაგალითი: შევადაროთ ქალაქის ორი საავადმყოფოს (I და II) თერაპიულ და ქირურგიულ განყოფილებებში ავადმყოფთა განაწილება, თუ ორივე სტაციონარმა გაატარა ავადმყოფთა თანაბარი რაოდენობა (800-800).

ცხრილი 26

სტაციონარის განყოფილება	ავადმყოფთა რიცხვი		გარდაცვლილთა რიცხვი		ლეტალობის მაჩვენებელი		ავადმ-თა შემადგენლობის სტანდარტი I და II	გარდაცვლილთა რიცხვი მოცემული სტანდარტის ჯგუფიდან	
	I	II	I	II	I	II		I	II
თერაპიული	200	500	10	20	5,0	4,0	350	17,5	14
ქირურგიული	600	300	14	6	2,33	2,0	450	10,5	9
სულ	800	800	24	26	3,0	3,25	800	28	23

I საავადმყოფოს თერაპიულმა განყოფილებამ გაატარა 200 ავადმყოფი, ხოლო ქირურგიულმა – 600 (სულ 800 ავადმყოფი). II საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებამ – 500 ავადმყოფი, ხოლო ქირურგიულმა – 300 (სულ 800 ავადმყოფი). I საავადმყოფოში გარდაიცვალა 24 ავადმყოფი (10 თერაპიულ და 14 ქირურგიულ განყოფილებაში), II სტაციონარში 800 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 26 (20 თერაპიულ და 6 ქირურგიულ განყოფილებაში).

ლეტალობის მაჩვენებლები I საავადმყოფოსათვის იქნება:

თერაპიულ განყოფილებაში - $10 \times 100 : 200 = 5,0\%$
 ქირურგიულ განყოფილებაში - $14 \times 100 : 600 = 2,3\%$
 მთლიანად სტაციონარში - $24 \times 100 : 800 = 3,0\%$

ლეტალობის მაჩვენებლები II საავადმყოფოსათვის იქნება:

თერაპიულ განყოფილებაში - $20 \times 100 : 500 = 4,0\%$
 ქირურგიულ განყოფილებაში - $6 \times 100 : 300 = 2,0\%$
 მთლიანად სტაციონარში - $26 \times 100 : 800 = 3,25\%$

ამ მაჩვენებელთა შედარებისას ნათელია, რომ II სტაციონარში უფრო მაღალია ლეტალობა. მაგრამ უნდა გავითვალისწინოთ, რომ თერაპიული კონტინგენტი ითვლება უფრო მძიმედ, ვიდრე ქირურგიული, ხოლო II საავადმყოფოს თერაპიულმა განყოფილებამ 2,5-ჯერ მეტი ავადმყოფი გაატარა, ვიდრე I

საავადმყოფოს თერაპიულმა განყოფილებამ. მონაცემთა უფრო ზუსტი შედარებისათვის უნდა დავუშვათ, რომ ორივე სტაციონარის თერაპიულმა განყოფილებამ ავადმყოფთა თანაბარი რაოდენობა გაატარა, ამისათვის ვიღებთ მათ მიერ გატარებულ ავადმყოფთა ჯამს ან ჯამის ნახევარს.

თერაპიული განყოფილებებისათვის ეს მონაცემი იქნება – $(200 + 500) : 2 = 350$, მაშინ როდესაც ქირურგიული განყოფილებებისათვის – $(600 + 300) : 2 = 450$.

გარდაცვლილთა რიცხვი მოცემული სტანდარტის ჯგუფიდან იქნება:

I საავადმყოფოს თერაპიული განყოფილებისათვის	– $5,0 \times 350 : 100 = 17,5$
II საავადმყოფოს თერაპიული განყოფილებისათვის	– $4,0 \times 350 : 100 = 14$
I საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებისათვის	– $2,33 \times 450 : 100 = 10,5$
II საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებისათვის	– $2,0 \times 450 : 100 = 9$

თერაპიულ და ქირურგიულ განყოფილებებში გარდაცვლილთა სტანდარტული ჯგუფების შეჯამებისას აღმოჩნდა, რომ ამ განყოფილებებში თანაბარი რაოდენობის კონტინგენტის არსებობის შემთხვევაში (თერაპიულში 350 და ქირურგიულში 450), I საავადმყოფოში გარდაიცვლებოდა 28, ხოლო II საავადმყოფოში – 23 ავადმყოფი. მაშასადამე, ლეტალობის ჩვეულებრივ მაჩვენებლებზე გავლენა იქონია ავადმყოფთა არაერთგვაროვანმა შემადგენლობამ.

სტანდარტიზაციის კოეფიციენტი შესადარებელ მოვლენათა შორის ნამდვილი დამოკიდებულების გამოვლინებაში გვეხმარება, მაგრამ ვინაიდან მათი განსაზღვრა მოვლენათა პირობით გათანაბრებაზეა აგებული, ისინი გამოიყენება დამოუკიდებლად.

თავი 10. არაპარამეტრული კრიტერიუმები

კვლევის შედეგების სტატისტიკური დამუშავების დროს პარამეტრულ კრიტერიუმებთან ერთად ფართოდ გამოიყენება არაპარამეტრული კრიტერიუმები. ამ კრიტერიუმებს ახასიათებს შედარებით მარტივი გამოთვლის მეთოდოლოგია და მაღალი სტატისტიკური დამაჯერებლობა. კვლევის შედეგები შეიძლება გამოხატული იყოს, როგორც რაოდენობრივი, ასევე ნახევრად რაოდენობრივი ფორმით (მაგ. +++ ნიშნით).

არაპარამეტრული კრიტერიუმები შეიძლება გამოიყენოთ:

- ერთი ამორჩევითი სტატისტიკური ერთობლიობის დასახასიათებლად;
- ორი ან მეტი სტატისტიკური ერთობლიობის განსხვავების დამაჯერებლობის შესაფასებლად;
- მოვლენებს შორის ურთიერთკავშირის დასადგენად.

არაპარამეტრულ კრიტერიუმებს მიეკუთვნება ნიშანთა, უაიტიის და შესაბამისობის კრიტერიუმები.

ნიშანთა კრიტერიუმი წარმოდგენას გვაძლევს ცვლილების მიმართულებაზე წყვილებში (გაიზარდა, არ შეიცვალა, შემცირდა). დაკვირვება არ უნდა იყოს 8-ზე ნაკლები და 100-ზე მეტი. მონაცემები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს რაოდენობრივი და ნახევრადრაოდენობრივი სახით. თუ დაკვირვების რიცხვი 25-ზე ნაკლებია და ნიშანთა კრიტერიუმმა არ გამოავლინა წყვილთა შორის განსხვავება, მაშინ საჭიროა სხვა უფრო მგრძნობიარე კრიტერიუმის გამოყენება (მაგალითად, ვილკოქსონის თეორიიდან გამომდინარე).

ნიშანთა კრიტერიუმის გამოთვლა ხორციელდება შემდეგნაირად:

1. უნდა განესაზღვროთ შესადარებელი მნიშვნელობების მიმართულება და აღვნიშნოთ “+“-ით ან “-“-ით, მხედველობაში არ უნდა მივიღოთ ის შედეგები, რომელიც ერთმანეთის ტოლია ანუ განსხვავება უდრის 0-ს;

2. დაეთვალოთ დაკვირვებათა რიცხვი (n), რომლებიც შეესაბამება “+“ და “-“ ნიშნების რაოდენობას;

3. დაეთვალოთ იშვიათ ნიშანთა რიცხვი (Z);

4. მიღებული შედეგები შევადაროთ ცხრილში n რიცხვის გასწვრივ მოცემულ სიდიდეებს. თუ მიღებული შედეგი მეტი ან ტოლია Z_1 -ს 0,05, გრაფაში მოყვანილ მნიშვნელობაზე განსხვავება არ არის სარწმუნო.

მაგალითად, განვსაზღვროთ, არის თუ არა განსხვავება საცდელი ცხოველების სისხლში რადიაქტიურობის ნივთიერების კონცენტრაცია ცდის 1 და მე-3 დღეებს შორის.

ცხრილი 27

რადიაქტიურ ნივთიერებათა კონცენტრაცია სისხლში

საცდელი ცხოველები	რადიაქტიურობის რაოდენობა		ცვლილება
	1 დღე	მე-3 დღე	
1	30	26	-
2	28	28	0
3	34	30	-
4	42	38	-
5	36	34	-
6	28	29	+
7	34	30	-
8	36	32	-
9	40	36	-
10	38	34	-

ცხრილი 28

ნიშანთა კრიტერიუმის Z მნიშვნელობა

n	Z_1	
	0,05	0,01
8	1	0
9	2	0
10	2	0
11	2	0
12	3	1
13	3	1
14	3	1
15	4	2
16	4	2
17	5	2

ჩვენს მაგალითში $n = 9$, ხოლო $Z = 1$, ცხრილის n გრაფაში დაკვირვებათა რაოდენობის (9) გასწვრივ Z_1 მნიშვნელობა არის 2. ე.ი. მიღებული ნიშანთა კრიტერიუმის Z მნიშვნელობა ნაკლებია ცხრილის $Z_1 = 0,05$ -ის მნიშვნელობაზე და ამიტომ I და III დღეს რადიკტიურობის რაოდენობის ცვლილება სისხლში საცდელ ცხოველებში დამაჯერებელია $0,01 < p < 0,05$ ალბათობით.

ვილკოკსონის T კრიტერიუმი წარმოდგენას გვაძლევს არამარტო ცვლილების მიმართულებაზე წყვილებში, არამედ მის სიდიდეზეც. გამოიყენება მცირე დაკვირვებისას 6-იდან 25-მდე.

ცხრილი 29

ვილკოკსონის T კრიტერიუმის ცხრილი

n	T_1	
	0,05	0,01
6	0	0
7	2	0
8	4	0
9	6	2
10	8	3
11	11	5
12	14	7

ნებით. თუ მიღებული T მნიშვნელობა ტოლია ან მეტია ცხრილის T_1 -ის 0,05-ს მნიშვნელობაზე, განსხვავება შესაძარბელ ნიშნებს შორის არ არის სარწმუნო.

T კრიტერიუმის გამოთვლის წესი შემდეგნაირია:

1. შესადარებელ წყვილთა შორის განსხვავების გამოთვლა;
2. განსხვავების რანგის განსაზღვრა ზრდის მიხედვით (ალგებრული ნიშნის გათვალისწინების გარეშე); თუ განსხვავება 0-ის ტოლია, იგი არ გათვალისწინება, თუ განსხვავება ერთნაირი სიდიდეა, მაშინ რანგი განისაზღვრება ორივეს რიგითი ნომრის ნახევარჯამით;
3. სიმცირის მიხედვით, ერთნაირი ალგებრული ნიშნების მქონე რანგების შეჯამება (T);
4. მიღებული (T) შედარება ცხრილის T_1 მნიშვნელობასთან დაკვირვების რიცხვის n გათვალისწინებით.

ცხრილი 30

ღვამლის ფუნქციური სინჯის შედეგები (საერთო ცილა %-ში მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ)

ავადმყოფი	საერთო ცილა		განსხვავება	განსხვავების რანგული მნიშვნელობა	მცირე რანგის მნიშვნელობა
	მკურნალობამდე	შემდეგ			
1	8,40	8,23	- 0,17	1	1
2	8,87	9,87	+ 1,00	6	
3	8,80	9,40	+ 0,60	4	
4	8,5	10,72	+ 2,22	8	
5	8,23	7,52	- 0,71	5	5
6	7,63	10,60	+ 2,97	9	
7	9,63	9,49	- 0,43	2	2
8	8,76	9,31	+ 0,55	3	
9	8,82	7,05	- 1,77	7	7
					T = 15

ჩვენს მაგალითში $n = 9$, ხოლო $T = 15$. ცხრილის n გრაფაში დაკვირვებათა რაოდენობის (9) გასწვრივ T_1 მნიშვნელობა არის 6. ე.ი. მიღებული ნიშანთა კრიტერიუმის T მნიშვნელობა (15) მეტია ცხრილის $T_1 = 0,05$ -ის მნიშვნელობაზე და ამიტომ საერთო ცილის რაოდენობის განსხვავება მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ დამაჯერებელი არ არის.

უაიტის კრიტერიუმი გამოიყენება ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელი 2 ან მეტი დაკვირვების ერთობლიობის შედარებისას (მაგალითად, ცდა და კონტროლი), როცა შედეგები გამოხატულია რაოდენობრივი ნიშნებით და დაკვირვების ერთეული არ აღემატება 15-დან 28-ს.

უაიტის კრიტერიუმის გამოთვლის წესი შემდეგნაირია:

1. განვალაგოთ ცდისა და კონტროლის ჯგუფის მონაცემები მცირედიდან დიდი მნიშვნელობისაკენ ისე, რომ ნუმერაცია ერთნაირი იყოს. თუ არის ერთნაირი მნიშვნელობები ორივე ჯგუფებში, მათ მიენიჭება საერთო საშუალო ნომერი (ნახევარჯამის რანგი);

2. განვსაზღვროთ თითოეული რანგის ჯამი (K_x და K_y);
 3. K -ს უმცირესი მნიშვნელობა შევადაროთ ცხრილში მოცემულ K -ს მნიშვნელობასთან დაკვირვების n_x და n_y გათვალისწინებით. თუ მიღებული მნიშვნელობა მეტია ცხრილის $K = 0,05$ მნიშვნელობაზე – განსხვავება არ არის დამაჯერებელი.

მაგალითად, ნორადრენალინის შემცველობა საცდელ და საკონტროლო ჯგუფების ცხოველებში.

ცხრილი 31

ცდის ჯგუფი (y) 6,7; 7,2; 11,6; 12,0; 4,7; 5,1; 3,4; 2,9 $n_x=8$			
საკონტროლო ჯგუფი (x) 1,6; 2,8; 6,4; 4,2; 4,1; 3,6; 3,0; 2,8; 1,2 $n_y=9$			
x	y	რანგი	
		x	y
2,9	1,2	5	1
	1,6		2
	2,3		3
	2,8		4
3,4	3,0	7	6
	3,6		8
	4,1		9
4,7	4,2	11	10
	5,1		13
6,7	6,4	14	
7,2		15	
11,6		16	
12,6		17	
		$K_x = 97$	$K_y = 57$

K -ს უმცირესი მნიშვნელობა 57-ის ტოლია, რაც აღემატება ცხრილის K მნიშვნელობას $n_x = 8$ და $n_y = 9$ გადაკვეთაზე, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ნორადრენალინის შემცველობის სხვაობა ცდისა და საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში დამაჯერებელი არ არის.

ცხრილი 32

უაიტის K კრიტერიუმის კრიტიკული მნიშვნელობები
 ალბათობის დონე $p < 0,05$ (1) და $p < 0,01$ (2)

$n_x \backslash n_y$	2		3		4		5		6		7		8		9	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
4	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	6	-	11	-	15	17	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	7	-	12	10	18	16	26	23	-	-	-	-	-	-
7	-	-	7	-	13	10	20	17	27	24	36	32			-	-
8	3	-	8	-	14	11	21	17	29	25	38	34	49	43	-	-
9	3	-	8	6	15	11	22	18	31	26	40	35	51	45	63	56
10	3	-	9	6	15	12	23	19	21	27	42	37	53	47	65	58
11	4	-	9	6	16	12	24	20	34	28	44	38	55	49	68	61
12	4	-	10	7	17	13	26	21	35	30	46	40	58	51	71	63
13	4	-	10	7	18	14	27	22	37	31	48	41	60	53	73	65
14	4	-	11	7	19	14	28	22	38	32	50	43	63	54	76	67
15	4	-	11	8	20	15	29	23	40	33	52	44	65	56	79	70
16	4	-	12	8	21	15	31	24	42	34	54	46	67	58	82	72
17	5	-	12	8	21	16	32	25	43	36	56	47	70	60	84	74
18	5	-	13	8	22	16	33	26	45	37	58	49	72	62	87	76
19	5	3	13	9	23	17	34	27	46	38	60	50	74	64	90	78

შესაბამისობის კრიტერიუმი (χ^2 - „ხი“-კვადრატი) მოვლენის ემპირიულ და თეორიულ განაწილების შესაბამისად ავლენს მოვლენებს შორის კავშირის არსებობას ან არარსებობას და ამავე დროს ადგენს შესადარებელ მოვლენებს შორის განსხვავების სარწმუნოებას. შესაბამისობის კრიტერიუმი გამოიყენება მაშინ, როცა საწყისი მონაცემები მოცემულია აბსოლუტურ რიცხვებში. ამ კრიტერიუმის გამოთვლას საფუძვლად უდევს ე.წ. **ნულოვანი ჰიპოთეზა**, რომლის არსი მდგომარეობს შემდეგში: ვვარაუდობთ, რომ შესადარებელ ჯგუფებს შორის განსხვავება არ არსებობს. მაგალითად, ვუშვებთ, რომ არ არსებობს განსხვავება ჯანმრთელებისა და ავადმყოფების განაწილებას შორის ვაქცინირებულ და არავაქცინირებულ ჯგუფებში.

$$\chi^2 \text{ კრიტერიუმი გამოითვლება ფორმულით: } \chi^2 = \sum \frac{(f - f_1)^2}{f_1}$$

სადაც f - ფაქტიური (ემპირიული) მონაცემია, f_1 - მოსალოდნელი (თეორიული) მონაცემი, Σ - ჯამის ნიშანია.

χ^2 გამოთვლის თანმიმდევრობა 5 ეტაპისაგან შედგება.

მაგალითად, საჭიროა განისაზღვროს, თუ რამდენად უწყობს ხელს პოლიკლინიკაში კარდიო-რევმატოლოგიური კაბინეტის არსებობა რევმატიზმით დაავადებულ პაციენტებთა ნაადრევ გამოვლინებას.

ცხრილი 33

კარდიო-რევმატოლოგიური კაბინეტი	ავადმყოფთა რიცხვი	I ეტაპი		II ეტაპი		III ეტაპი		IV ეტაპი		V ეტაპი	
		ფაქტიური მონაცემი f		მოსალოდნელი მონაცემი f_1		$f - f_1$		$(f - f_1)^2$		$\frac{(f - f_1)^2}{f_1}$	
		<5 დღე	≥5 დღე	<5 დღე	≥5 დღე	<5 დღე	≥5 დღე	<5 დღე	≥5 დღე	<5 დღე	≥5 დღე
არის	73	54	19	47,4	25,6	+6,6	-6,6	43,56	43,56	0,9	1,7
არ არის	21	7	14	13,6	7,4	-6,6	+6,6	43,56	43,56	3,2	5,9
სულ	94	61	33								

I ეტაპი გულისხმობს ყველა ჯგუფში ფაქტიური მონაცემების (f) განაწილებას და შედეგების შეჯამებას $(54+7) + (19+14) = 61 + 33 = 94$.

II ეტაპზე ვსაზღვრავთ მოსალოდნელ მონაცემებს (f_1) „ნულოვანი ჰიპოთეზის“ საფუძველზე, რაც ჩვენს შემთხვევაში გულისხმობს იმის ვარაუდს, რომ რევმატიზმის დიაგნოზის დასმის ვადაზე პოლიკლინიკაში კარდიო-რევმატოლოგიური კაბინეტის არსებობა გავლენას არ ახდენს. მაშინ ორივე ჯგუფში ავადმყოფების განაწილება უნდა იყოს ერთნაირი და შეესაბამებოდეს ფაქტიურ განაწილებას, (ე.ი. 61 და 33-ს). ასეთი დაშვების შემთხვევაში I ჯგუფში (სადაც არის კარდიო-რევმატოლოგიური კაბინეტი) მოსალოდნელი ავადმყოფების რაოდენობა, რომელთაც 5 დღის ვადაზე დაუდგინდათ რევმატიზმის დიაგნოზი, გამოითვლება შემდეგნაირად: $73 \times 61 : 94 = 47,4$. ამავე ჯგუფში დაგვიანებულად დიაგნოსტირებულ მოსალოდნელ ავადმყოფთა რაოდენობა იქნება $73 - 47,4 = 25,6$.

ანალოგიურად გამოითვლება მოსალოდნელ ავადმყოფთა რიცხვი II ჯგუფისათვის.

III ეტაპზე გამოითვლება სხვაობა ფაქტიურ და მოსალოდნელ ავადმყოფთა რიცხვებს შორის ($f - f_1$).

პირველ ჯგუფში $f - f_1 = 54 - 47,4 = 6,6$ და $19 - 25,6 = -6,6$.

მეორე ჯგუფში $f - f_1 = 7 - 13,6 = -6,6$ და $14 - 7,4 = 6,6$.

IV ეტაპზე – განისაზღვრება სხვაობის კვადრატი ყველა ჯგუფისათვის ($(f - f_1)^2$).

V ეტაპზე – სხვაობის კვადრატს ყოფენ მოსალოდნელ სიდიდეზე ჯგუფების მიხედვით.

$43,56 : 47,4 = 0,9$; $43,56 : 25,6 = 1,7$.

ამის შემდეგ გამოითვლება χ^2 ფორმულით: $\chi^2 = \sum \frac{(f - f_1)^2}{f_1} = 0,9 + 1,7 + 3,2 + 5,9 = 11,7$

რაც უფრო მეტი განსხვავებაა ფაქტიურ და მოსალოდნელ მნიშვნელობებს შორის, მით უფრო დიდია χ^2 -ის მნიშვნელობა. თუ ფაქტიური მონაცემი მოსალოდნელი მნიშვნელობის ტოლია, მაშინ სხვაობა მათ შორის 0-ია. რაც ამტკიცებს „ნულოვანი ჰიპოთეზის“ არსებობას და პირიქით, რაც უფრო მეტია χ^2 მნიშვნელობა 0-ზე, მით მეტი დამაჯერებლობით შეიძლება ვამტკიცოთ „ნულოვანი ჰიპოთეზის“ არარსებობა.

χ^2 შეფასებისათვის ითვალისწინებენ რიგებისა (R) და მწკრივების (S) რაოდენობას. მათი გათვალისწინებით ითვლიან თავისუფლების ხარისხს $n = (R - 1) \times (S - 1)$, ვინაიდან ჩვენს მაგალითში $R=2$ და $S=2$, ამიტომ $n = (2 - 1) \times (2 - 1) = 1$. თავისუფლების ხარისხი გვიჩვენებს „თავისუფლად ვარირებად“ ელემენტების რიცხვს (მხედველობაშია უჯრების რიცხვი ცხრილში, რომელიც შეიძლება შეივსოს ნებისმიერი რიცხვით საერთო მონაცემების შეუცვლელად). მიღებული მონაცემების ($\chi^2 = 11,7$ და $n=1$) შეფასება სპეციალური ცხრილის მეშვეობით ხდება.

თუ χ^2 მნიშვნელობა ტოლი ან მეტია ცხრილში მითითებული ალბათობის დონეზე $P_1=5\%$, ეს მიუთითებს „ნულოვანი ჰიპოთეზის“ არარსებობას.

თავისუფლების ხარისხის $n=1$ შემთხვევაში „ნულოვანი ჰიპოთეზის“ უარყოფისათვის $P_1=5\%$ ალბათობით χ^2 მნიშვნელობა უნდა იყოს 3,8-ზე მეტი, $P_2=1\%$, ალბათობით - 6,6-ზე მეტი, ხოლო $P_3=0,1\%$, ალბათობით 10,8-ზე მეტი.

განხილულ მაგალითში $\chi^2 = 11,7$ ანუ ის ყველაზე მცირე ალბათობის მნიშვნელობაზე მეტია, რაც საფუძველს გვაძლევს ვამტკიცოთ, რომ

პოლიკლინიკაში სპეციალიზებული კარდიოევმატოლოგიური კაბინეტის არსებობა ხელს უწყობს რევმატიზმით დაავადებულთა გამოკვლევის ვადების შემცირებას.

ცხრილი 34

χ^2 შესაფასებელი ცხრილი

თავისუფლების ხარისხი n	ალბათობის დონე „ნულოვანი ჰიპოთეზის“ (P)		
	$P_1 = 5\%$	$P_2 = 1\%$	$P_3 = 0,1\%$
1	3,8	6,6	10,8
2	5,9	9,2	13,8
3	7,8	11,3	16,3
4	9,5	13,3	18,5
5	11,1	15,1	20,5

ნაწილი III.

მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური ფაქტორები

თავი 11. დაავადებათა გავრცელების სოციალური პრობლემები

11.1 შესავალი

XX საუკუნეში მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობამ მკვეთრი ცვლილებები განიცადა. არსებული ძვრები, პირობითად, შეიძლება სამ პერიოდად დავყოთ, ვინაიდან ყოველი მათგანი მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურის გამოხატული განსხვავებით ხასიათდება.

თუ საუკუნის დასაწყისში წამყვან პათოლოგიას ინფექციური დაავადებანი წარმოადგენდა, 60-იანი წლებიდან მათი ხვედრითი წილი მკვეთრად შემცირდა, წინა პლანზე წამოიწია ქრონიკულმა დაავადებებმა (ათეროსკლეროზი, ავთვისებიანი ახალწარმოაქმნები, დიაბეტი, ალერგიული დაავადებები და სხვ.). ამ პროცესს **მეორე ეპიდემიურ გადასვლას** უწოდებენ. ამჟამად მთელ რიგ ქვეყნებში შეინიშნება დაავადებათა გავრცელების ახალი, ხარისხობრივად განსხვავებული ტენდენციები, დაკავშირებული მოსახლეობის დაბერების პროცესთან. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან კარდიოქირურგიის, ონკოლოგიის, ტრანსპლანტოლოგიისა და რიგი სხვა სამედიცინო დარგების სწრაფი განვითარების შედეგად, ადამიანის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლიობა 5-10 წლით გაიზარდა.

აღნიშნულის გათვალისწინებით, რიგი სპეციალისტის აზრით დაიწყო ე.წ. **მესამე ეპიდემიური გადასვლა**, როდესაც მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილს სიბერესთან დაკავშირებული დაავადებები (ნერვული, გულ-სისხლძარღვთა, ძვალკუნთოვანი სისტემის დეგენერაციული დაავადებები და სხვ.). იკავებენ. მიუხედავად იმისა, რომ ინფექციურ დაავადებათა მკვეთრმა კლებამ წინა პლანზე არაინფექციური პათოლოგია წამოიწია, მისი გავრცელება ისეთივე ბიოლოგიურ და სტატისტიკურ კანონზომიერებებს ექვემდებარება, როგორც მიკროორგანიზმით ან ვირუსით გამოწვეული დაავადება. ამასთან, პათოგენური ფაქტორების გავლენა ორგანიზმზე, რომელთაც **რისკ-ფაქტორებს** უწოდებენ, დროში გახანგრძლივებული და ხშირად მრავალფაქტორულია.

მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურა მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებაზე, მოქალაქეთა განათლებასა და შემოსავალზე. ამასთან, დადგენილია, რომ ქვეყნის ეკონომიკური კეთილდღეობის ზრდასთან ერთად არაინფექციურ დაავადებათა ხვედრითი წილი საგრძნობლად მატულობს, რაც თავის ასახვას პოულობს სიკვდილიანობის სტრუქტურაშიც (ნახატი 12).

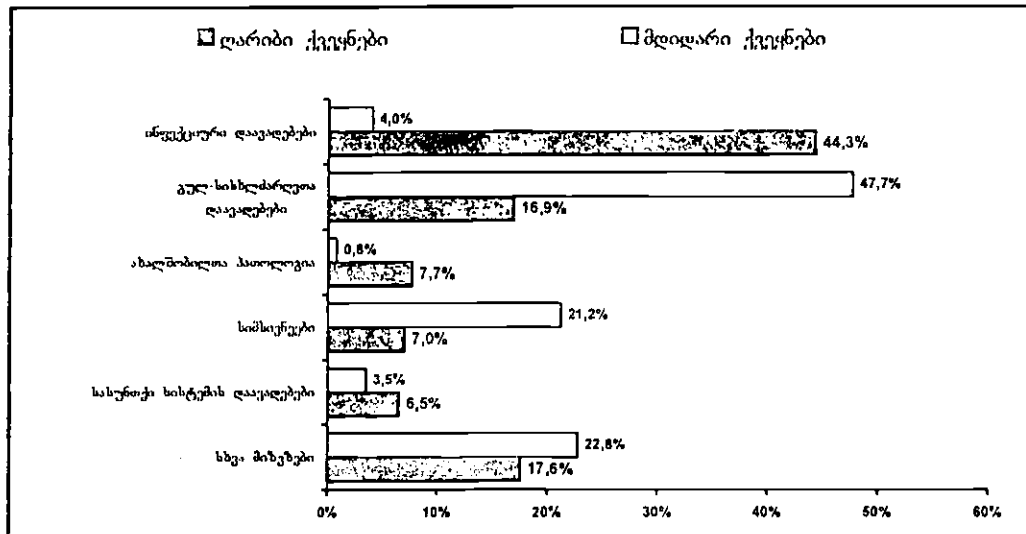
მეორე და მესამე ეპიდემიოლოგიური გადასვლისათვის დამახასიათებელი სიკვდილიანობის სტრუქტურა შეინიშნება მდიდარ ქვეყნებში, მაშინ, როდესაც ინფექციური დაავადებები ჭარბობს განვითარებად ქვეყნებში. ამასთან, თუ მდიდარ ქვეყნებში არაინფექციური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები 70-80%-ს აღწევს, განვითარებად ქვეყნებში იგი 30-40%-ს არ აღემატება.

არაინფექციური დაავადებები გამოირჩევა გარკვეული უნივერსალურობით. ნებისმიერ ადამიანს შეიძლება განუვითარდეს ათეროსკლეროზი, სიმსივნური დაავადება ან სახსრის ართროზული დეფორმაცია. ამ დაავადებების ჩამოყალიბება ახალგაზრდობაში იწყება და მათი ნიშნების აღმოჩენა (მაგალითად, ათეროსკლეროზული ღილაკების) აუტოპსიით

უკვე ნაადრევ ასაკშია შესაძლებელი. წლების მანძილზე ეს დაავადებები სიმპტომების გარეშე ვითარდება და მათი გამოვლენა შედარებით მოზრდილ ასაკში იწყება.

ნახატი 12

სიკვდილიანობის სტრუქტურა განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში (2002 წ.)



არაინფექციური დაავადებების ზვედრითი წილის სწრაფი ზრდა, რამაც თითქმის ეპიდემიის ხასიათი მიიღო, ძირითადად, აიხსნება იმ გარემოებით, რომ წინა პერიოდში, როდესაც მძვინვარებდა ინფექციური დაავადებები, ადამიანების უმეტესობა უბრალოდ ვერ აღწევდა ასაკს, როდესაც წინა პლანზე არაინფექციური პათოლოგია გამოდის.

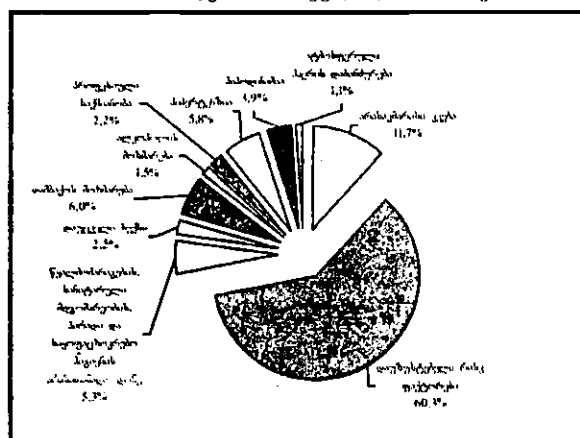
11.2. რისკ-ფაქტორები

მიუხედავად იმისა, რომ არაინფექციური დაავადებები თავისი ეტიოლოგიითა და პათოგენეზით მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისაგან, მათთვის დამახასიათებელია მრავალფაქტორიანი სტრუქტურა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მოსახლეობის სიკვდილიანობა განპირობებულია მრავალი რისკ-ფაქტორით რომელთა მოქმედება ჯერ კიდევ დაზუსტებას მოითხოვს (ნახატი 13).

ინფექციური დაავადებებისაგან განსხვავებით, სადაც ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორი გარკვეულია, არაინფექციურ დაავადებათა ეტიოლოგია ბოლომდე გაურკვეველი და, ზშირად, მრავალფაქტორიანია, ვინაიდან მათ განვითარებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ მემკვიდრეობითი, სოციალურ-ეკონომიკური, ეკოლოგიური, სამედიცინო-ბიოლოგიური, პროფესიული და სხვა ფაქტორები.

ნახატი 13

ცალკეული რისკ-ფაქტორთა გავლენა მოსახლეობის სიკვდილიანობაზე



არაინფექციურ დაავადებათა წარმოშობის რისკ-ფაქტორთა ურთიერთმოქმედების შესწავლას თან ახლავს მთელი რიგი სირთულეები, რასაც განაპირობებს:

- სამედიცინო და ბიოლოგიური კვლევების სპეციფიკა, მათი არასაკმარისი ურთიერთკავშირი;
- არასაკმარისი ინფორმაცია ადამიანის ორგანიზმზე რისკ-ფაქტორთა ზემოქმედების შესახებ (მაგალითად, ექსპერიმენტის დროს მიღებული მასალები კლინიკური დაკვირვების პროცესში ხშირად არ დასტურდება);
- მრავალი ფაქტორის ხარისხობრივი დახასიათების აუცილებლობა, რაც ყოველთვის ვერ ხერხდება;
- სხვადასხვა რისკ-ფაქტორთა შორის ურთიერთკავშირის გამოვლენის სიძნელე;
- რისკ-ფაქტორის ორგანიზმზე ზემოქმედების დაწყებასა და დაავადების აღმოცენებას შორის გრძელვადიანი ინტერვალის არსებობა.

მიუხედავად ამისა, ბოლო წლებში დაგროვდა მრავალრიცხოვანი მასალა (ეპიდემიოლოგიური, კლინიკური, სტატისტიკური კვლევების შედეგები), რომელიც დაავადებათა გავრცელებისა და მათგან გამოწვეული ზარალის პროგნოზირების საშუალებას იძლევა.

ცხრილი 35

რისკ-ფაქტორთა მოქმედების ხვედრითი წილი (%) ქრონიკულ დაავადებათა განვითარებაში

დაავადებები	არაჯანსაღი ცხოვრების წესი	გენეტიკური რისკი	გარემოს დაბინძურება	არაადეკვატური სამედიცინო დახმარება
გულის იშემიური დაავადება	60	18	12	10
თავის ტვინის სიხლის მიმოქცევის მოშლა	65	17	13	5
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვა დაავადებები	40	35	17	8
აუთვისებიანი სიმსივნეები	45	26	19	10
დიაბეტი	35	53	2	10
პნევმონია	19	18	43	20
ფილტვის ემფიზემა და ბრონქული ასთმა	35	15	40	10
ღვიძლის ციროზი	70	18	9	3
უბედური შემთხვევები	55	5	30	10

რისკ-ფაქტორები შეიძლება დაიყოს მართვად და არამართვად ჯგუფებად. ორივე ჯგუფი მჭიდროდაა დაკავშირებული ადამიანის ცხოვრების წესთან, ტრადიციებთან, რელიგიასთან, საქმიანობასთან და სხვ. ამიტომ დაავადებებთან ბრძოლის სათანადო პროგრამების ჩამოყალიბება, ძირითადად, სამი მიმართულებით უნდა ხორციელდებოდეს:

- ცალკეული პიროვნების ქცევისა და მისი ცხოვრების წესის შეცვლა;
- ჯანდაცვის სისტემის მიზანდასახული მოქმედება;
- რისკ-ფაქტორების მავნე ზემოქმედების შემცირების მიზნით განხორციელებულ ღონისძიებებში საზოგადოების თანამონაწილეობა.

გასათვალისწინებელია, რომ არაინფექციურ დაავადებათა წარმოშობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების წინააღმდეგ ბრძოლა, ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკისაგან განსხვავებით, მოითხოვს, ერთი მხრივ, გაცილებით უფრო მრავალფეროვან და გრძელვადიან ღონისძიებათა განხორციელებას და, მეორე მხრივ კი, ადამიანური ფაქტორის აუცილებელ გათვალისწინებას. თუ ინფექციური დაავადების კერის აღმოსაფხვრელად განსაკუთრებით ეფექტიანი ღონისძიებები ტარდება სხვადასხვა სახელმწიფო სტრუქტურების დახმარებით, არაინფექციური პათოლოგიის თავიდან აცილება შესაძლოა მხოლოდ ინდივიდუალური გრძელვადიანი მუშაობის შედეგად. მაგალითად, ინფექციური დაავადების აფეთქების საშიშროების თავიდან აცილების მიზნით ჯანდაცვის

ორგანოები, საზოგადოებრიობის წარმომადგენლებთან ან ძალოვან სტრუქტურებთან ერთად, გამოავლენენ ავადმყოფის კონტაქტებს, უზრუნველყოფენ იმუნიზაციის ჩატარებას, კომუნალური სამსახური – ინფექციური კერის დამუშავებას, ძალისმიერი სტრუქტურები (პოლიცია, ჯარი) – ავადმყოფთა და კარანტინში მყოფ პირთა სრულ იზოლაციას. მასობრივი ინფორმაციის წყაროები ეწევიან ახსნა-განმარტებით მუშაობას მოსახლეობასთან და ა.შ. არაინფექციურ დაავადებებთან გავრცელების შემთხვევაში ეს ღონისძიებანი უშედეგოა, თუ უპირატესი ყურადღება პიროვნულ ფაქტორს, ექიმისა და პაციენტის თანამშრომლობასა და ურთიერთგაგებას არ დაეთმო.

11.3. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები სერიოზულ გავლენას ახდენს ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. საკმარისია აღინიშნოს, რომ პაციენტთა ექიმთან მიმართებათა თითქმის 20% ამ პათოლოგიასთანაა დაკავშირებული. ავადობა განსაკუთრებით მატულობს ასაკის ზრდასთან ერთად, უმეტესად, მამაკაცებში.

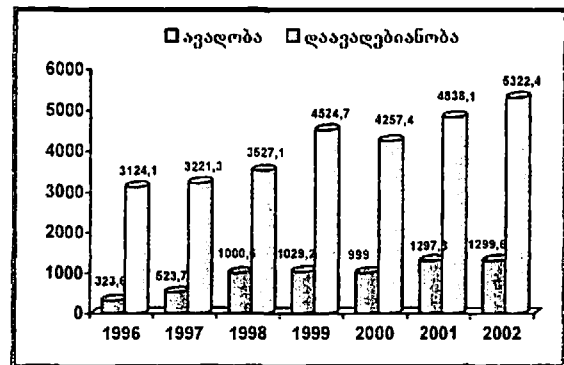
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს დიდი ეკონომიკური ზიანი მოაქვს საზოგადოებასათვის. მნიშვნელოვანია სოციალური დანაკარგებიც, რომელიც დაკავშირებულია ავადმყოფის მიერ ჩვეული სოციალური როლის შეცვლასთან, მუშაობის შეწყვეტასთან და სხვ.

მრავალრიცხოვანმა გამოკვლევებმა გამოავლინა ცხოვრების პირობების, შრომის არასწორი რეჟიმის, არარაციონალური კვების, მავნე ჩვევების (თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება), ფიზიკური და ნერვული დაძაბუნების, მემკვიდრეობისა და სხვა რისკ-ფაქტორების წამყვანი როლი ამ ჯგუფის დაავადებათა განვითარებაში. გულის იშემიური დაავადების წარმოშობა, ძირითადად, სამი რისკ-ფაქტორის უარყოფით ზეგავლენას უკავშირდება: სისხლში ქოლესტერინის შემცველობის მომატებას, მაღალ არტერიულ წნევას და თამბაქოს მოხმარებას. რაც უფრო ხანგრძლივი და მნიშვნელოვანია თითოეული მათგანის ზემოქმედება, მით მეტია დაავადების განვითარების რისკი. დადგენილია, რომ თუ ქოლესტერინის შემცველობა სისხლში 240 მგ-ია, გულის იშემიური დაავადების განვითარების საფრთხე 2-ჯერ, ხოლო თუ 300 მგ-ს აღემატება – 5-ჯერ მეტია, ვიდრე მაშინ, როცა მისი დონე 200 მგ-ია. თუ არტერიული წნევა 160/95 mm.Hg-ია, გულის იშემიური დაავადების განვითარების რისკი 2-ჯერ, ხოლო თუ 200/120 mm.Hg-ია – 5-ჯერ იზრდება იმ პირებთან შედარებით, რომელთა არტერიული წნევა 140/90 mm.Hg-ს არ აღემატება. ადამიანისათვის, რომელიც დღეში ერთ კოლოფ სიგარეტს ეწევა, 2-ჯერ უფრო მაღალია ინფარქტის განვითარების რისკი, ვიდრე არამწევლისათვის, ხოლო ის ადამიანი, რომელიც დღეში ორ კოლოფ სიგარეტს ეწევა, 3-ჯერ უფრო დიდი რისკის ქვეშ იმყოფება. ამ დაავადების განვითარების მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია არასაკმარისი ფიზიკური აქტიუობაც. საშუალო ასაკში ჰიპოდინამია გულის მწვავე იშემიური დაავადების განვითარების საფრთხეს 1,5-2-ჯერ ზრდის.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადების პროფილაქტიკა რთულდება რისკ-ფაქტორთა გავცობასთან ერთად. როგორც წესი, ამ ფაქტორთა ზეგავლენა ჯერ კიდევ ბავშვობაში ან ახალგაზრდა ასაკში იწყება. მაგალითად, საქართველოს მოსახლეობის თითქმის 48%-ის რაციონი ნაჯერი ცხიმების მაღალ რაოდენობას შეიცავს, მოზრდილი მოსახლეობის მესამედს ახასიათებს ჭარბი წონა, 65 და მეტი წლის ასაკში ყოველ მეორეს აღენიშნება მაღალი არტერიული წნევა. თავისთავად

ნახატი 14

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა გავრცელების დინამიკა საქართველოში



პრობლემა არ გადაწყდება მხოლოდ სამედიცინო ღონისძიებების გატარებით, იგი ჯან-მრთელობის დაცვის სისტემის ჩარჩოებს სცილდება და სახელმწიფოსა და საზოგადოების ერთობლივ ძალისხმევას მოითხოვს.

ცხრილი 36

გულის იშემიური დაავადების რისკ-ფაქტორები

რისკ-ფაქტორი	იშემიურ დაავადებათა წარმოქმნის საშიშროება (%)
სისხლში ქოლესტერინის რაოდენობის მომატება	30-40
თამბაქოს მოხმარება	20-25
არტერიული ჰიპერტენზია	20-25
ჰიპოდინამია	10-20
სქესი	10-15
ასაკი	15-25
სტრესი	30-50

გულის იშემიური დაავადებისა და, განსაკუთრებით, ცერებროვასკულარული დაავადებების პროფილაქტიკაში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება არტერიული ჰიპერტენზიის დროულ გამოვლენასა და მკურნალობას. აშშ-ში ჩატარებულმა სამმა ფართო გამოკვლევის შედეგებმა დაადასტურა, რომ არტერიული ჰიპერტენზიის დროული და ეფექტური მკურნალობის შედეგად გულის იშემიური დაავადებითა და ინსულტით გარდაცვლილთა რიცხვი შეიძლება 25%-ით შემცირდეს. დაკვირვების ქვეშ მყოფი მოსახლეობის სიკვდილიანობის შემცირება კვლევის პირველი წლიდანვე დაიწყო. კვლევის ბოლოს, საცდელ ჯგუფში, სადაც პროფილაქტიკური ღონისძიებები ინტენსიურად ხორციელდებოდა, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით 20%-ით დაბალი იყო.

ასევე შთაბეჭდავია სხვა რისკ-ფაქტორის მიმართ გატარებულ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ეფექტიანობა. მაგალითად, თამბაქოს მოხმარებაზე უარის თქმის შემთხვევაში ერთი წლის შემდეგ გულის იშემიური დაავადების განვითარების რისკი თითქმის 2-ჯერ მცირდება. მოგვიანებით ეს მაჩვენებელი კიდევ აგრძელებს კლებას და მხოლოდ 10 წლის შემდეგ უახლოვდება არამწვეველთა მონაცემებს. მოხალისეთა იმ ჯგუფში, სადაც ქოლესტერინის დონის შემცირება 25%-ით მოხერხდა (სამკურნალო საშუალებებით ან სპეციალურად შერჩეული დიეტის მეშვეობით), გულის იშემიური დაავადებით გამოწვეულმა სიკვდილიანობამ 65%-ით იკლო.

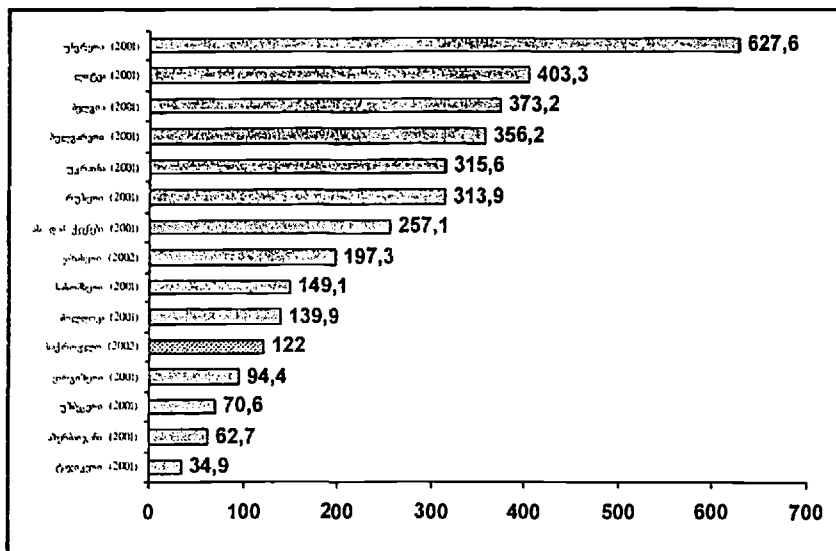
მოყვანილი მონაცემები არა მხოლოდ კვლევების საგანია, არამედ შესრულებადიცაა, თუ საზოგადოების ყოველი წევრი აქტიურად ჩაერთვება ამ პრობლემის გადაჭრაში. ამის კარგი მაგალითია აშშ და კანადა, სადაც ფართომასშტაბიანი, პროპაგანდისტული ღონისძიებები განხორციელდა გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებების პროფილაქტიკის მიზნით. საგულისხმოა, რომ ამ ქვეყნების მოსახლეობის თვალში და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ახალგაზრდობის აზრით, არაჯანსაღი ცხოვრების წესის მიმდევარნი, ძირითადად, ცხოვრებაში წარუმატებელი, ნაკლებად განათლებული და ღარიბი ფენების წარმომადგენლები არიან. მაგალითად, თუ პიროვნებას ჭარბი წონა აქვს, ითვლება, რომ იგი იკვებება არარაციონალურად, დაბალი ხარისხის, იაფფასიანი პროდუქტებით, რომლებშიც ნაჯერი ცხიმებისა და ნახშირწყლების შემცველობა განსაკუთრებით მაღალია. მას არა აქვს საშუალება, ისარგებლოს ძვირადღირებული ტრენაჟორებითა და საცურაო აუზით. დაბალი კულტურის გამო რაციონალურად ვერ იყენებს თავისუფალ დროს და ა.შ. ყურადსაღებია, რომ რიგი კვლევებით ეს მოსაზრება მეცნიერულადაც დასტურდება.

11.4. ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები

ავთვისებიან ახალწარმონაქმნთა (სიმსივნეთა) პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საკითხები უმნიშვნელოვანეს სამედიცინო და სოციალურ პრობლემას მიეკუთვნება. მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურაში ავთვისებიან სიმსივნეებს მეორე ადგილი უკავია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების თანახმად, ამ მიზეზით 2002 წელს მსოფლიოში 7,1 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნებით ავადობა გაცილებით სჭარბობს განვითარებად ქვეყნებში არსებულს.

ნახატი 15

ავთვისებიანი სიმსივნეების ახალი შემთხვევები ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში
(ყოველ 100000 მოსახლეზე)



ავთვისებიანი სიმსივნეების 95%-მდე მოდის კიბოზე, რომლითაც ავადდებიან არამარტო საშუალო ასაკისა და ხანშიშესული ადამიანები, არამედ ახალგაზრდებიც.

უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა მსოფლიოში შედარებით სტაბილურ დონეზე რჩებოდა (გამონაკლისს წარმოადგენს ფილტვის კიბო, რომლის სიხშირე მატულობს, განსაკუთრებით, განვითარებულ ქვეყნებში). კიბოთი სიკვდილიანობა მამაკაცებს შორის უფრო მაღალია, ვიდრე ქალებში, განსაკუთრებით უფროს ასაკობრივ ჯგუფებში. მოსახლეობაში ხანდაზმული ასაკის პირთა ზვედრითი წონის მატება თავისთავად ზრდის ამ პათოლოგიის სიხშირეს.

ონკოლოგიური დაავადებებისაგან გამოწვეული სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 50%-მდე ფილტვის, სწორი ნაწლავისა და სარძევე ჯირკვლის კიბოს უკავია. ფართომასშტაბიანმა კვლევებმა ცხადყო, რომ კიბოთი დაავადების შემთხვევათა არანაკლებ 80% განპირობებულია ისეთი ხანგრძლივად მოქმედი რისკ-ფაქტორების ზემოქმედებით, როგორიცაა ასაკი, გარემოს ზეგავლენა, არსებული ქრონიკული დაავადებები, კვების არასწორი ჩვევები, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება, მემკვიდრეობა და სხვ. თავად რისკ-ფაქტორები შესაძლოა დავყოთ რამდენიმე ჯგუფად:

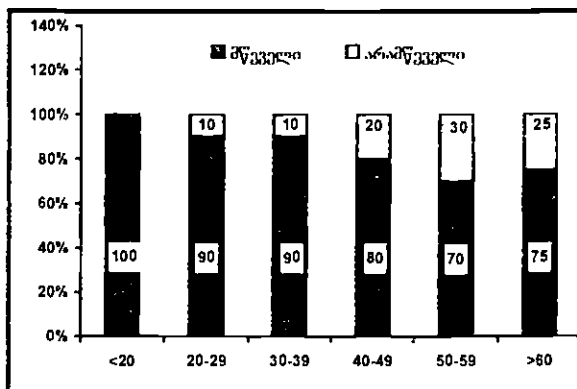
- ბიოლოგიური მიზეზები (მიდრეკილება სიმსივნური დაავადებების მიმართ, განვითარების დეფექტები და სხვ.);

- ჰაერში გაფრქეული კანცეროგენული ნივთიერებები (განსაკუთრებით, ტყვიის შემცველი ქიმიური ნერთები);
- მაიონიზებული გამოსხივება, რადიაციული ფონის მატება;
- კვების პროდუქტებში კანცეროგენული მინარევების მაღალი შემცველობა;
- მავნე ჩვევები (განსაკუთრებით, თამბაქოს, როგორც აქტიური, ასევე პასიური მწვევლები);
- კვების რეჟიმის დარღვევა;
- აბორტები;
- ორგანიზმის ნივთიერებათა ცვლისა და ჰორმონალური ბალანსის დარღვევა და სხვ.

დადგენილია, რომ კიბოს ეტიოლოგიაში მემკვიდრეობითი ფაქტორი საკმარისად მცირე როლს თამაშობს, დაავადების წარმოშობა უფრო მჭიდროდ უკავშირდება სოციალურ, პროფესიულ და გარემოს ზეგავლენას.

მაგალითად, თამბაქოს მწვევლებში ფილტვის კიბოთი განპირობებული სიკვდილიანობა 10-30-ჯერ მეტია, ვიდრე არამწვეველთა შორის. ამავე დროს თამბაქოს მოწევაზე უარის თქმის შემთხვევაში კიბოს განვითარების საფრთხე უფრო ნელი ტემპით კლებულობს, ვიდრე, გულის იშემიური დაავადების დროს. თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ ონკოლოგიურ დაავადებათა სიხშირე მხოლოდ 2-ჯერ მცირდება 10 წლის შემდეგ და არამწვეველთა მონაცემებს მხოლოდ 20 წლის შემდეგ უტოლდება.

ნახატი 16
მწვევლთა და არამწვევლთა თანაფარდობა
ფილტვის კიბოთი გარდაცვლილ მამაკაცებში



სხვა რისკ-ფაქტორებიდან ყურადსაღებია ნაჯერი ცხიმების ჭარბი მოხმარება (სწორი ნაწლავის კიბო), სიმსუქნე, ალკოჰოლის ჭარბად გამოყენება (პირის ღრუს, კუჭის კიბო). ტოქსიკურ ნივთიერებათა პირდაპირი ზემოქმედების გავლენა სიმსივნურ დაავადებათა გავრცელებაზე საბოლოოდ დადგენილი არ არის, მაგრამ გამოვლენილია რამდენიმე ნივთიერება (მაგალითად, აზბესტი), რომლის ხანგრძლივი ზემოქმედება წარმოებაში მომუშავე პირებში იწვევს კიბოს.

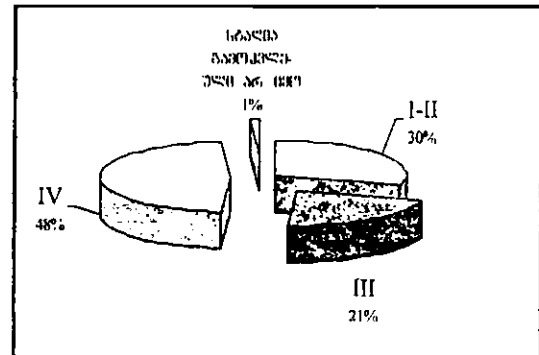
ონკოლოგიური სამსახურის ეფექტიანი მოქმედების საწინდარია შემდეგი სახის ღონისძიებათა ჩატარება:

- სახელმწიფოს მიერ დაავადების პროფილაქტიკაზე მიმართული პოლიტიკის განხორციელება (ეკოლოგიური პროგრამების დაფინანსება, კვების პროდუქტების წარმოებასა და გასაღებაზე სათანადო სახელმწიფო კონტროლის დაწესება და ა.შ.);
- მოსახლეობისათვის ონკოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- სამკურნალო ქსელის ყველა დონის დაწესებულებათა მონაწილეობა კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლაში;
- მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარება რისკის ჯგუფებში კიბოს ადრეულ სტადიაში გამოვლენისა და აქტიური მკურნალობის მიზნით.
არჩევენ კიბოს ადრეული გამოვლენის 3 მეთოდს:
- თვითგამოვლენა;
- სამედიცინო შემოწმება, რომელსაც ატარებს სპეციალურად მომზადებული საექიმო, საექთნო ან პარასამედიცინო პერსონალი;
- საექიმო შემოწმება სპეციალური მეთოდების გამოყენებით.

კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლა მოითხოვს მოსახლეობის სანიტარული კულტურის ამაღლებას, რაშიც მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია მოსახლეობის **სანიტარულ განათლებას**. რიგი გამოკვლევით დადგინდა, რომ ადრეულ სტადიაში სიმსივნური დაავადების თვითგამოვლენის მეთოდი არანაკლებ ინფორმაციულია, ვიდრე სპეციალური სამედიცინო გამოკვლევა. ეს დაკავშირებულია დაავადების სპეციფიკასთან, ვინაიდან ადრეულ სტადიებში მისთვის დამახასიათებელია მიკროსიმპტომების სიჭარბე, რომლებიც პიროვნებისა ან მისი ახლობლებისათვის უფრო შესაძრევია, ვიდრე სამედიცინო პერსონალისათვის.

კიბოს მკურნალობის პროგნოზი მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული გამოვლენილი სიმსივნის სტადიაზე. ამ მხრივ მეტად არაკეთილსაიმედო სიტუაცია შეიქმნა საქართველოში. 2002 წელს ონკოლოგიური ავადმყოფების მხოლოდ 30%-ს დაუდგინდათ დაავადების I და II სტადია, როდესაც მკურნალობის ეფექტურობა დაავადების ლოკალიზაციის მიხედვით 50-დან 98-მდე პროცენტს შეადგენს. ამასთან ერთად, III სტადიის (რაც სათანადოდ აქვეითებს მკურნალობის ეფექტურობას დაავადების ლოკალიზაციის მიხედვით 10-დან 60%-მდე) მქონე პაციენტთა ხვედრითი წილი 21%-ს შეადგენდა, პაციენტთა 48%-ს კი დაუდგინდა დაავადების მიმდინარეობის IV სტადია (ნახატი 17).

ნახატი 17.
პირველად დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნის ხისშირე სტადიების მიხედვით



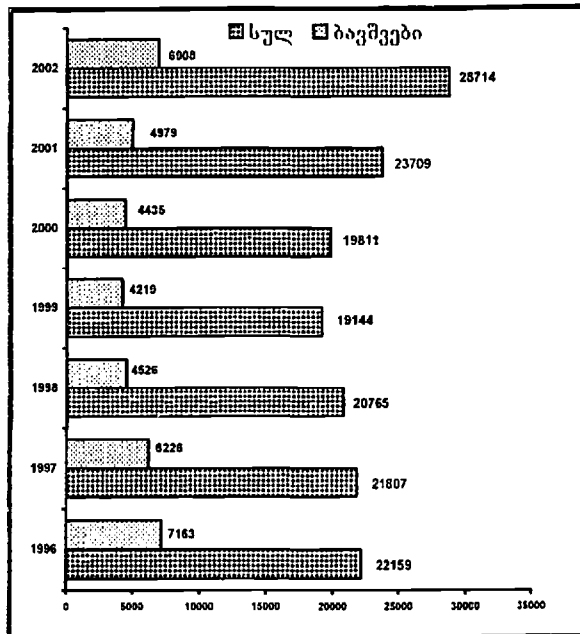
ავთვისებიანი სიმსივნეების წინააღმდეგ ბრძოლა მრავალი ქვეყნის სამეცნიერო ძალების გაერთიანებით მიმდინარეობს. ამ მიზნით ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაში შექმნილია კიბოს საწინააღმდეგო სპეციალური განყოფილება, რომელიც მოწოდებულია განაზოგადოს საერთაშორისო გამოცდილება. ექსპერტთა აზრით, დაავადებათა პროფილაქტიკის საქმეში განსაკუთრებით ეფექტურია ჯანმრთელი მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების გატარება, რომლებიც კიბოსწინარე დაავადებათა ადრეული ფორმებისა და კიბოს საწყისი სტადიების გამოვლენას უზრუნველყოფს.

11.5. ტრავმატიზმი

ტრავმების ერთობლიობას, რომელიც მოსახლეობის ცალკეულ ჯგუფში დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში წარმოიქმნება, **ტრავმატიზმი** ეწოდება. იგი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სოციალური პრობლემაა, რომელმაც გასულ საუკუნეში ფართომასშტაბიანი ეპიდემიის სახე მიიღო. საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ ის ფაქტი, რომ 2002 წელს უბედური შემთხვევების და ტრავმების გამო მსოფლიოში 5,2 მლნ-მდე ადამიანი დაიღუპა, რაც სიკვდილის შემთხვევათა საერთო რაოდენობის 9,1%-ია.

ტრავმატიზმის, როგორც სოციალური პრობლემის მნიშვნელობაზე მეტყველებს ის გარემოება, რომ ის სულ უფრო მეტ საზრუნავს უჩენს არამარტო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემებს, არამედ მთლიანად საზოგადოებას, ვინაიდან სერიოზულ ფინანსურ დანახარჯებს მოითხოვს მკურნალობისა და ხანგრძლივი რეაბილიტაციის, დაინვალიდებისა და ლეტალური გამოსავლის მაღალი დონის გამო. განსაკუთრებით საგანგაშოა, რომ 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 40% სწორედ ტრავმატიზმითაა განპირობებული. ამავე დროს, ტრავმები ბავშვთა დაინვალიდების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს.

ნახატი 10
ტრავმების, დამწვრობისა და მოწამვლების
ახალი შემთხვევები საქართველოში



ძირითადი მიზეზი არა იმდენად ცუდად დაყენებული შრომის დაცვის სისტემა, ცუდი გზები ან ტრანსპორტის გაუმართაობაა, რამდენადაც უშუალოდ ადამიანური ფაქტორი. ინგლისელი მეცნიერი **გ.იანგი** ამტკიცებს, რომ ტრავმების 80% დაშავებულის მიზეზითაა განპირობებული. ამიტომ, პრინციპულად მნიშვნელოვანია, თუ რატომ ხდება, რომ ადამიანი, რომელსაც გააჩნია თანდაყოლილი თავდაცვის ინსტინქტი, სრულყოფილად ვერ იყენებს მას.

ტრავმატიზმის ძირითად რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება ადამიანის ასაკი, სქესი, ჯანმრთელობა, მისი დაღლილობა, უყურადღებობა, სოციალური პირობები და სხვ. ამასთან, ითვლება, რომ არსებობს ტრავმებისადმი ბიოლოგიური მიდრეკილებაც.

უკანასკნელ პერიოდში დასავლეთში ინტენსიურად ვითარდება ახალი სამეცნიერო მიმართულება, რომელსაც **უსაფრთხოების ფსიქოლოგიის** უწოდებენ. გაირკვა, რომ ტრავმატიზმის გავრცელებას ხელს უწყობს შემდეგი ფაქტორები:

- ევოლუციური განვითარების სპეციფიკიდან გამომდინარე, უკანასკნელი 30 ათასწლეულის მანძილზე ადამიანს, სხვა ბიოლოგიური არსებებისაგან განსხვავებით, არათუ არ მოემატა ფიზიკური შესაძლებლობები, არამედ დააკლდა კიდევ. ცივილიზაციის განვითარებამ ხელი შეუწყო იმ გარემოებას, რომ თანამედროვე ადამიანი მის წინაპრებთან შედარებით, გაცილებით ნაკლებადაა დამოკიდებული გარემოს ცვალებადობაზე, ამიტომ მისი ადაპტაციის უნარიც ახალ გარემოში გაცილებით ნაკლებია;
- ადამიანის მიერ შექმნილმა ტექნოლოგიებმა წარმოქმნა თვისობრივად ახალი გარემო, რომელშიც დაშვებული შეცდომით გამოწვეული უარყოფითი გამოსავალიც განსხვავებულია. გასაგებია, რომ საუკუნის დასაწყისში მუშის მიერ დაზვასთან დაშვებულ შეცდომას გაცილებით იოლი გამოსავალი ჰქონდა, ვიდრე დღეს, ვინაიდან თანამედროვე ტექნიკა უფრო ზუსტ და სწრაფ რექციას მოითხოვს;

ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც, ტრავმების რიცხვი იზრდება მრეწველობის განვითარების, ქალაქებისა და სატრანსპორტო მიმოსვლის ზრდის პარალელურად. უბედურ შემთხვევათა უმეტესი ნაწილი საავტომობილო ტრანსპორტითაა გამოწვეული. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ქუჩებსა და გზებზე 2002 წელს დაიღუპა 1,2 მლნ-მდე ადამიანი, მაშინ, როდესაც ყველა საომარ კონფლიქტში დაღუპულთა რიცხვმა 178 ათასი შეადგინა.

ტრავმატიზმის სტატისტიკა ადასტურებს, რომ იგი ასევე მაღალია სამრეწველო საწარმოებში (მსოფლიოში ყოველ 16 წამში ხდება საწარმოო ტრავმით გამოწვეული დასახიჩრების, ხოლო ყოველ 37 წუთში კი სიკვდილის შემთხვევა). უბედური შემთხვევების

- ადამიანი სულ უფრო ადვილად ეჩვევა ახალ ტექნიკას და არ ითვალისწინებს, თუ რა საფრთხეს უქმნის მის ჯანმრთელობას გამოყენებული ტექნოლოგიები. მაგალითად, ზოგიერთი ფეხით მოსიარულის რეაქცია სწრაფად მომავალი ავტომანქანის მოახლოებაზე, აშკარად არაადეკვატურია იმ საფრთხისა, რომელიც მას ემუქრება;
- ადამიანი, რომელიც თანამედროვე ტექნოლოგიებით სარგებლობს, ხშირად უფრო მეტ ზიანს აყენებს მეორე პირს, ვიდრე საკუთარ თავს. მაგალითად, ექიმი, რომელიც იყენებს ლაზერულ სკალპელს, კრიოექსტრაქტორს, ხელოვნური სუნთქვის აპარატს და ა.შ., არ არის შეცდომისაგან დაზღვეული, თუმცა ხშირია სიტუაცია, როდესაც ექიმის მცდელობა – ზიანი არ მიაყენოს ავადმყოფს – იმდენად ზღუდავს მას, რომ მიჰყავს შეცდომამდე, ზოგჯერ სავალალო შედეგით.

არჩევენ ტრავმატიზმის შემდეგ სახეებს:

- **საწარმოო (სამრეწველო ან სასოფლო-სამეურნეო);**
- **საყოფაცხოვრებო;**
- **სატრანსპორტო;**
- **სამხედრო;**
- **სპორტული;**
- **ბავშვთა ტრავმატიზმი.**

ტრავმების აღრიცხვის ასეთი სისტემა საშუალებას გვაძლევს ყოველმხრივ გავაანალიზოთ ეს მოვლენა დასახლებული ადგილის, საწარმოო ჯგუფის, ასაკის, სქესის, წლის პერიოდის, ტრავმის ხასიათისა და მისი ლოკალიზაციის მიხედვით. ტრავმატიზმის სტატისტიკის დეტალური შესწავლა თვითმიზანს არ წარმოადგენს. მისი მეშვეობით შეიძლება ტრავმების შემცირებაზე მიმართული კონკრეტული ღონისძიებების დასახვა.

ტრავმატიზმთან ბრძოლა შეიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

- ტრავმის თითოეული შემთხვევის ღრმა გამოკვლევა;
- გეგმიური პროფილაქტიკური ღონისძიებების კომპლექსის განხორციელება;
- ტრავმატოლოგიური სამსახურის მწყობრი სისტემის შექმნა;
- მომუშავეთა შრომის პირობების გაუმჯობესება, საწარმოებში უსაფრთხოების ტექნიკის თანამედროვე საშუალებების დანერგვა;
- შრომის ორგანიზაციის სრულყოფა და მომუშავეთა სანიტარიულ-ტექნიკური კულტურის ამაღლება.
- მოსახლეობასთან სათანადო სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობის გატარება.

ტრავმატოლოგიური სამსახურის დახმარების ორგანიზაციას საფუძვლად უდევს პაციენტებისათვის დროული სპეციალიზებული დახმარების აღმოჩენა და შრომის უნარის სწრაფად აღდგენაზე მიმართული ღონისძიებების გატარების პრინციპი. თავად ტრავმატოლოგიური დახმარების სისტემა შედგება შემდეგი ეტაპებისაგან:

- **ექიმამდელი პირველადი დახმარება;**
- **კვალიფიციური საექიმო დახმარება;**
- **სპეციალიზებული ტრავმატოლოგიური დახმარება;**
- **სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარება.**

პირველი ეტაპის განხორციელების აუცილებელი პირობაა, საწარმოთა, სასწავლო დაწესებულებათა და ა.შ. დაკომპლექტება პირველადი სამედიცინო დახმარებისათვის აუცილებელი შესახვევი მასალები და მედიკამენტებით და მოსახლეობის მომზადება პირველადი დახმარების გაწევის საკითხებში. კარგად ორგანიზებული პირველადი დახმარება მნიშვნელოვნად ამცირებს ჯართულებული ტრავმების რაოდენობას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთი სპეციალიზებული ტრავმატოლოგიური სამსახურის ჩამოყალიბება, რომელიც მკურნალობისა და შრომისუნარიანობის აღდგენის ახალი მეთოდების (პლას-

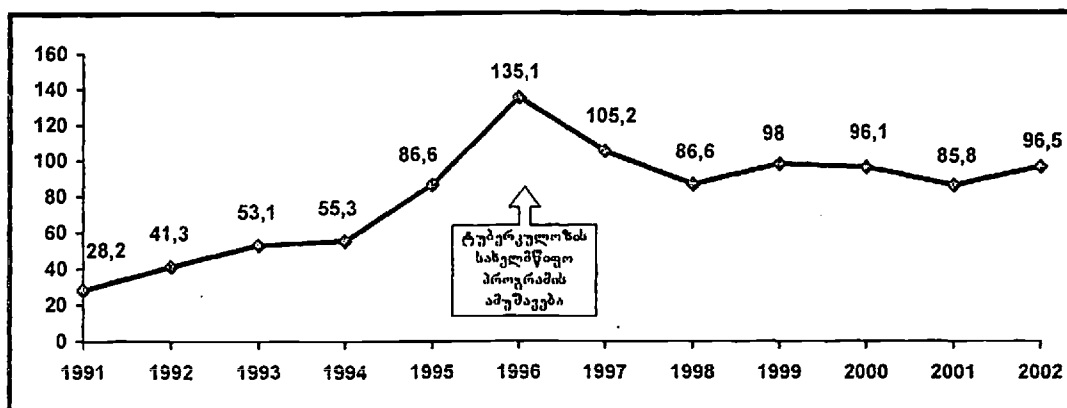
ტიკური ქირურგია, პროთეზირება და ა.შ.) დანერგვის საშუალებას იძლევა. აღნიშნული მიზნად ისახავს ტრავმატიზმით განპირობებული ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის, საბოლოო ჯამში კი საზოგადოებისათვის მიყენებული სოციალური ზარალის შემცირებას.

11.6 ტუბერკულოზი

საუკუნეების მანძილზე ტუბერკულოზი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადება იყო. ოჯახის წევრების დასნეობვების გზით იგი თაობიდან თაობას გადაეცემოდა. სწორედ ამის გამო იყო გავრცელებული მცდარი აზრი ტუბერკულოზის, როგორც მემკვიდრეობითი პათოლოგიის, შესახებ. მხოლოდ ანტიბაქტერიული თერაპიის შემოღებამ გახადა შესაძლებელი მისი გავრცელების შეჩერება. მიუხედავად ამისა, ტუბერკულოზი გავრცელებულია არამარტო ღარიბ, არამედ განვითარებულ ქვეყნებშიც, ხოლო მე-20 საუკუნის 90-იან წლებში აღინიშნა ახალი შემთხვევების მნიშვნელოვანი მატება პოსტსაბჭოურ სივრცეში, მათ შორის საქართველოშიც.

ნახატი 19

ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევები საქართველოში



ტუბერკულოზის გავრცელების ერთ-ერთი წამყვანი რისკ-ფაქტორია მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუარესება, არასრულფასოვანი კვება, ცუდი საცხოვრებელი პირობები და სხვა, რაც ბევრი ფაქტით დასტურდება. მაგალითად, აშშ-ში ტუბერკულოზით განპირობებული სიკვდილიანობა გაცილებით უფრო მაღალია დაბალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობაში (17,6 ყოველ 100000 მოსახლეზე), ვიდრე მდიდარ ფენებში (6,6 ყოველ 100000 მოსახლეზე).

მიუხედავად იმისა, რომ ანტიბიოტიკებისა და მკურნალობის სხვა ეფექტიან საშუალებათა გამოყენების შედეგად ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობა მთელ მსოფლიოში შემცირდა, განვითარებად ქვეყნებში ეს კლება უფრო ნელი ტემპით მიმდინარეობს, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში. ყოველწლიურად ამ პათოლოგიით 1,5 მლნ.-ზე მეტი ადამიანი იღუპება.

ტუბერკულოზის პროფილაქტიკა ითვალისწინებს იმუნიზაციის დაწყებას ბავშვის დაბადებისთანავე. დადგენილია, რომ ახალშობილთა ვაქცინაცია BCG-ვაქცინის გამოყენებით 7-ჯერ ამცირებს ტუბერკულოზით დაავადების შემთხვევებს. საქართველოში ეს მეთოდი 1939 წლიდან დაინერგა და დღესაც წარმატებით გამოიყენება.

ტუბერკულოზთან ბრძოლაზე მიმართული ღონისძიებანი ზედმიწევნით მრავალფეროვანია და უნდა ითვალისწინებდეს არამარტო მედიკამენტოზურ მკურნალობას, არამედ პაციენტის კვების, საცხოვრებელი და შრომის პირობების გაუმჯობესებას. გატარებულ

ლონისძიებებს უნდა ჰქონდეთ კომპლექსური ხასიათი და ხორციელდებოდნენ შემდეგი მიმართულებებით:

- ვაქცინაცია;
- მოსახლეობის, განსაკუთრებით, ავადმყოფების განათლება;
- პროფილაქტიკა, რომელიც ითვალისწინებს ჯანმრთელთა დაცვას დაავადებისაგან, გამოჯანმრთელებულთა დაცვას რეციდივისაგან და ავადმყოფებისა – დაავადების გამწვავებისაგან;
- ქიმიოპროფილაქტიკა;
- ადრეული დიაგნოსტიკა, რომელსაც მთელი სამედიცინო ქსელი ახორციელებს;
- მკურნალობა, რომელსაც დაავადების გამოვლენის მომენტიდან ატარებენ და უზამებენ ჰიგიენურ-დიეტეტიკურ და ანტიბაქტერიულ ღონისძიებებს, ზოგჯერ – ქირურგიულ მკურნალობას;
- ნახველის, თეთრეულის, ჭურჭლის გაუსწოვება, საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფების იზოლიაცია, პერიოდული და დასკვნითი დეზინფექცია და სხვ.;
- ტუბერკულოზით დაავადებულთა შრომითი რეაბილიტაცია;
- სხვა სახის სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარება.

ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეს საქართველოში განვითარების დიდი ისტორია აქვს. ჯერ კიდევ 1905 წელს დაარსდა ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოება. 1912 წელს თბილისში შემოწირული თანხების ხარჯზე გაიხსნა პირველი სპეციალიზებული ამბულატორია, სადაც ავადმყოფებს უფასო სამედიცინო დახმარებას უწევდნენ. 1922 წელს თბილისში გაიხსნა რამდენიმე ამბულატორია, 1925-1926 წლებში კი მათ ბაზაზე ჩამოყალიბდა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო დისპანსერები. ფთიზიატრიული სამსახურის განვითარებას ფასდაუდებელი ღვაწლი დასდო პროფესორმა **ი. აბაქელიამ**. მისი ინიციატივით, 1930 წელს დაარსდა ტუბერკულოზის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, შემდგომ მთელ რიგ ქალაქებსა და რაიონებში მისი უშუალო ხელმძღვანელობით შეიქმნა დისპანსერები, სტაციონარები, სანატორიუმები, საბოლოო ჯამში, ჩამოყალიბდა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მძლავრი სამსახური. დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, მიუხედავად მთელი რიგი სირთულეებისა, საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარებით ქვეყანაში განხორციელდა ინტენსიური მუშაობა. კერძოდ, 1996 წლიდან ამოქმედდა ტუბერკულოზის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის თანახმადაც სახელმწიფომ თავისთავზე აიღო ტუბერკულოზის დაავადებულ ავადმყოფთა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ყველა ხარჯები, პირველად დაინერგა პაციენტთა გამოვლენისა და მკურნალობის საერთაშორისოდ აღიარებული DOTS-ის პროგრამა (პირდაპირი ჩარევის მკურნალობის მოკლე კურსი – Directly Observed Treatment Shortcourse), რომელმაც სხვა ღონისძიებებთან ერთად დადებითად იმოქმედა ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესებაზე, დაავადების ახალი შემთხვევების შემცირებაზე.

11.7. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და შიდსი

სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლა თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა, რადგან მათმა გავრცელებამ მასიური ხასიათი მიიღო და მნიშვნელოვანი სოციალური, ეკონომიკური და ფსიქოლოგიური ზარალი მიაყენა საზოგადოებას. ბოლო წლებში ამ პრობლემით დაინტერესდნენ სხვადასხვა დარგის მეცნიერები (ექიმები, ფსიქოლოგები, სოციოლოგები, ისტორიკოსები, იურისტები და სხვ.), რომელთა კვლევის შედეგები საფუძვლად უდევს სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებთან და შიდსთან ბრძოლის საერთაშორისო და ეროვნულ პროგრამებს.

სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებში, ძირითადად განიხილება სიფილისი, გონორეა, ქლამიდიოზი და ტრიქომონიაზი. მათი გავრცელება სხვადასხვა შემოსავლების მქონე ქვეყნებში არაერთგვაროვანია. საქართველოში უკანასკნელი სამი წლის განმავლო-

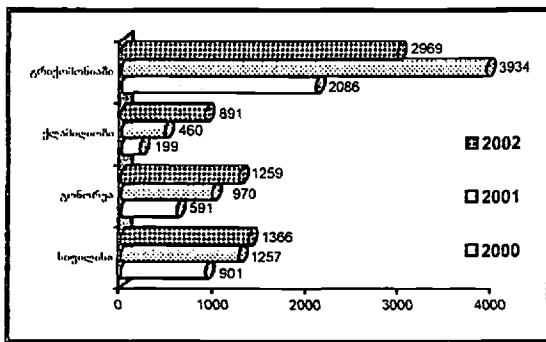
ბაში აღინიშნა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ყველა ფორმის მატების ტენდენცია (ნახატი 20).

ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების წარმოშობასა და გავრცელებას, იყოფა ორ დიდ ჯგუფად – სამედიცინო და სოციალურ ფაქტორებად. სამედიცინო ფაქტორებს მიეკუთვნება:

- არასრულყოფილი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებების არასაკმარისი ქსელი;
- სამედიცინო პერსონალის მომზადების დაბალი დონე;
- ნაკლოვანებები პროფილაქტიკურ მუშაობაში;
- პაციენტთა გამოკვლევისა და მკურნალობის მაღალი ფასები;
- კერძო პრაქტიკის ფართოდ გავრცელება.

ბევრი ავტორი თვლის, რომ სწორედ კერძო პრაქტიკა არის ამ დაავადებათა ჯგუფის გავრცელების ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორი, ვინაიდან აფერხებს რა

ნახატი 20
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების
ახლად რეგისტრირებული შემთხვევები



ავადმყოფთა კონტაქტების გამოვლენას, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყურადღების მიღმა ტოვებს პაციენტთა დიდ ჯგუფს, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელებას.

აღსანიშნავია სამედიცინო ხასიათის ისეთი ფაქტორიც, როგორიცაა ძლიერმოქმედი ანტიბიოტიკების ფართო მოხმარება, რაც გარდა დადებითი შედეგებისა, იწვევს დაავადებათა გამომწვევი მიკროორგანიზმების რეზისტენტულობის ზრდას (განსაკუთრებით გონოკოკური ინფექციის შემთხვევაში). ეს,

თავის მხრივ, ხელს უწყობს დაავადების ფარული ფორმების გავრცელებას და აძნელებს დროულ დიაგნოსტიკას.

ზემოჩამოთვლილ სამედიცინო ფაქტორებს უეჭველად მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელებაში, მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანია სოციალური და სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორები, რომელთა შორის აღსანიშნავია:

- ახალგაზრდობის მიერ ტრადიციული ცხოვრების წესის დაცვაზე უარის თქმა, ოჯახის ინსტიტუტის უარყოფა;
- სქესობრივი ქცევის ნორმებისა და სტანდარტების შეცვლა, მათ შორის სქესობრივი კონტაქტების დამყარება მრავალ პარტნიორთან (როგორც ქორწინებაში, ასევე ქორწინების გარეშე მყოფთა მიერ), განსაკუთრებით მოზარდ და ახალგაზრდა ასაკში;
- პროსტიტუციის გავრცელება;
- სექსუალური რევოლუცია, რომელმაც შეცვალა ახალგაზრდა თაობის ქცევის ნორმები, რის შედეგადაც სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გამავრცელებელთა შორის შემცირდა ტრადიციულად მაღალი რისკის ჯგუფების (ე.წ. მობილურ პროფესიითა წარმომადგენლები – სამხედროები, მეზღვაურები, მძღოლები, სასტუმროს პერსონალი, ემიგრანტები, ტურისტები, მძავეები და სხვ.) ხვედრითი წილი და წინა

პლანზე წამოიწია მოსახლეობის იმ ფენებმა, სადაც ამ დაავადებათა გავრცელება შედარებით დაბალი იყო.

აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ მიუხედავად დიდი სოციალური მნიშვნელობისა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებათა აღრიცხვა საქართველოში სათანადოდ მოგვარებული არ არის. მაგალითად, არსებული სტატისტიკის მიხედვით, პაციენტთა უმრავლესობა თბილისსა და ქუთაისშია რეგისტრირებული, მაშინ, როდესაც სხვა რეგიონებში გამოვლენილია ერთეული შემთხვევები. რეგისტრაციაში არსებულ ნაკლოვანებებზე მიუთითებს ის ფაქტიც, რომ სიფილისისა და გონორეის შემთხვევათა შეფარდება, რომელიც მსოფლიოს გამოცდილების თანახმად, 1:2,5-ს უნდა შეადგენდეს, საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონში გაცილებით ნაკლებია (ცხრილი 37).

ცხრილი 37

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ახალი შემთხვევები

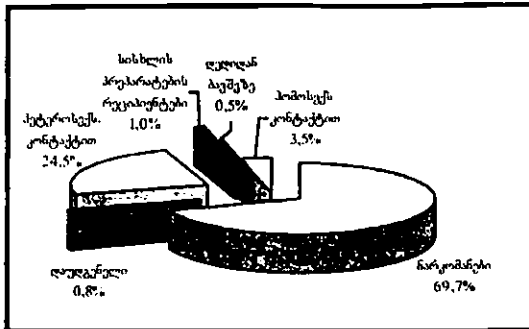
მხარე	სიფილისი		გონოკოკური ინფექციები		სიფილისის და გონოკოკური ინფექციების შეფარდება
	სულ	100000 მოსახლეზე	სულ	100000 მოსახლეზე	
თბილისი	596	55,1	487	45,0	1:0,8
აჭარა	190	50,5	122	32,5	1:0,6
გურია	23	16,0	15	10,5	1:0,7
სამეგრელო	39	9,6	51	12,6	1:0,3
იმერეთი	252	36,0	205	29,3	1:0,8
კახეთი	57	14,0	100	24,6	1:1,8
მცხეთა - მთიანეთი	1	0,8	54	43,1	1:54
სამცხე - ჯავახეთი	96	46,2	21	10,1	1:4,6
ქვემო ქართლი	71	14,3	135	27,1	1:1,9
შიდა ქართლი	34	10,8	4	1,3	1:8,5
სხვა უწყება	5	-	7	-	1:1,4
საქართველო	1366	31,2	1259	28,8	1:0,8

ძლიერმოქმედი ანტიბიოტიკების ხელმისაწვდომობამ, კერძო პრაქტიკის ფართო გავრცელებამ, ავადმყოფთა კონტაქტების არასრულმა დადგენამ, სერიოზულად იმოქმედა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ფარული და ქრონიკული ფორმების ხვედრითი წილის ზრდაზე. მნიშვნელოვნად შეიცვალა დაავადებულთა სტრუქტურა, თუ წინა წლებში ავადმყოფების ძირითადი ნაწილი წარმოდგენილი იყო მამაკაცებით (მპლოლები, მეზღვაურები, სეზონურ სამუშაოზე წასული ადამიანები და სხვ.), დღესდღეობით მკვეთრად იმატა ქალთა მოსახლეობის დასახეობებამ. ნ. ცხოვრებაძის მიერ 500-ზე მეტი პროფესიონალი და არაპროფესიონალი მეძავი ქალის სოციოლოგიური გამოკვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ 35%-მა სექსუალური ცხოვრება დაიწყო 13-16 წლის ასაკში, მხოლოდ 22% იყენებდა ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებს, თითქმის ნახევარი სხვადასხვა დროს მკურნალობდა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გამო და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, გამოკითხულთა მხოლოდ 60%-მა იცოდა, თუ ვისგან დაავადდა.

თავისთავად ესეოდენ მძიმე სიტუაცია შიდსის გავრცელების რეალურ საშიშროებას ქმნის. მიუხედავად იმისა, რომ შიდსი მსოფლიოში პირველად მხოლოდ 1981 წელს გამოვლინდა, დღესდღეობით ინფიცი-რებულია 20 მლნ.-ზე მეტი ადამიანი, რომელთაგანაც ყოველწლიურად 8-12%-ი იღუპება. საგულისხმოა, რომ თუ შიდსის ეპიდემიის გავრცელების პირველ ეტაპზე რისკის ჯგუფს, ძირითადად, არატრადიციული სექსუალური ორიენტაციის პირები წარმოადგენდნენ, დღესდღეობით, აივ-ინფიცირებულთა

ნახატი 21

აივ-ით ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულთა განაწილება საქართველოში ინფექციის წყაროების მიხედვით



შორის უპირატესად ნარკომანები და მეძავი ქალები არიან. 2002 წლის მონაცემებით საქართველოში ინფიცირებულთა 7%-მდე ინტრავენური ნარკომანია.

აღსანიშნავია, რომ დაავადება არათანაბრად ვრცელდება მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში, თუ თავდაპირველად ინფიცირებულთა და ავადმყოფთა უმეტესობა კონცენტრირებული იყო განვითარებულ ქვეყნებში, უკანასკნელ პერიოდში დაავადებამ საგანგაშო ხასიათი მიიღო აფრიკაში, სამხრეთ აზიისა და დსთ-ს ქვეყნებში,

განსაკუთრებით, უკრაინასა და რუსეთში. საქართველოში 2002 წლის ბოლოსათვის რეგისტრირებული იყო აივ-ით ინფიცირებული ან შიდსით დაავადებული 375 პირი.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯერჯერობით შიდსი მნიშვნელოვან ადგილს არ იკავებს ქვეყნის მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში და საქართველო მიეკუთვნება შიდსის დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს, ჩატარებული სიტუაციური ანალიზით გამოვლენილი რისკ-ფაქტორების გადაცემის მაჩვენებლების (ინტრავენური ნარკომანიის და აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის მაღალი რისკის ქცევების გავრცელების დონე და სხვ.) გათვალისწინებით, საქართველოში არსებობს აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიის სწრაფი გავრცელების ყველა წინაპირობა. ამიტომ უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას, კერძოდ, სისხლისა და მისი პრეპარატების უსაფრთხოების გარანტირებას, მოსახლეობის განათლებას, ნარკომანიის პროფილაქტიკას და სხვ. მით უმეტეს, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მოწოდებაა ამ მიმართულებით განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიენიჭოს საქმიანობის ისეთ მიმართულებებს, როგორიცაა: სხვადასხვა სამედიცინო სამსახურების ინტეგრაცია (პროფილაქტიკური, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, პირველადი ჯანდაცვის, შიდს-ის, პათიმართა სამედიცინო მომსახურების და სხვ.); ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სრულყოფა; აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული ქცევითი რისკ-ფაქტორების კვლევა, ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება, კერტიკალური გადაცემის პროფილაქტიკა, სანგანათლების გაუმჯობესება და სხვ.

11.8. ფსიქიკური აშლილობები

მსოფლიოში ყოველწლიურად მატულობს ფსიქიკურ აშლილობათა რიცხვი. მათ გავრცელებას XX საუკუნის ყველაზე ფართო ეპიდემიას ადარებენ. ფსიქიკურ აშლილობებს ხშირად ცივილიზაციის დაავადებებსაც უწოდებენ.

ფსიქიკურ აშლილობათა გავრცელების ზრდის ტენდენცია მსოფლიოს ყველა რეგიონში აღინიშნა, განსაკუთრებით ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც მათი მატების ტემპი მოსახლეობის საერთო რიცხვის მატების ტემპს ბევრად სჭარბობს. მაგალითად, აშშ-ის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ყოველწლიურად 1,2 მლნ. ავადმყოფი მკურნალობს. ინგლისის სპეციალიზირებულ პოსპიტლებში ყოველწლიურად 150 ათასზე მეტი, ხოლო თავშესაფრებში – 54 ათასამდე ავადმყოფია. ამის გარდა, 63 ათასამდე ავადმყოფი საექიმო მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფება. საკმარისადაა გავრცელებული ეს პათოლოგია საქართველოშიც.

ეპიდემიოლოგიური კვლევების თანახმად, განსაკუთრებით სწრაფად იზრდება ისეთი პათოლოგიების რიცხვი, როგორიცაა შიზოფრენია, მოხუცებულობის ფსიქოზები – გონებაჩლუნგობით და არაფსიქოზური ხასიათის ფსიქიკური მოშლილობით. დეპრესიები, ნევროტიული დაავადებები, დისფუნქციები, შეზამებული სომატურ მოშლილობასთან, ხშირია სხვადასხვა ასაკის ადამიანებში, მაგრამ განსაკუთრებით იზრდება ხანდაზმულთა შორის. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ფსიქიკურ ავადმყოფთა გამოვლენა და

აღრიცხვა არცთუ იოლი საქმეა, რამდენადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის განსაზღვრის უდავო და ზუსტი კრიტერიუმები არ არსებობს.

არაერთმნიშვნელოვანია ფსიქიკურ დაავადებათა გავრცელების სტატისტიკაც. ზოგიერთ ქვეყანაში არ ხდება ფსიქიკურ დაავადებათა სრული რეგისტრაცია, არ აღირიცხება მიმართვები კერძო პრაქტიკის ექიმებთან, ზოგჯერ ჰოსპიტალიზებული ავადმყოფებისაც კი. ბევრი ავტორი აღნიშნავს ფსიქიკურ აშლილობათა გავრცელების მნიშვნელოვან განსხვავებას ქალაქისა (1,5-2-ჯერ მეტი) და სოფლის მოსახლეობას შორის, რაც ადამიანის ჯანმრთელობაზე ურბანიზაციის მავნე გავლენას უკავშირდება.

შეიმჩნევა ნეიროფსიქიკურ დარღვევათა გავრცელების სხვაობა მამაკაცებსა და ქალებს შორის. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ავთვისებიანი სიმსივნეებისა და ტრავმებისაგან განსხვავებით ნერვულ-ფსიქიკური აშლილობებით უფრო ხშირად ავადდებიან ქალები (ფსიქოზებითა და ნევროზებით 1,2-2-ჯერ მეტად). ამასთან, ყველაზე ხშირად ეს დაავადებები რეგისტრირდება 25-65 წლის ასაკში.

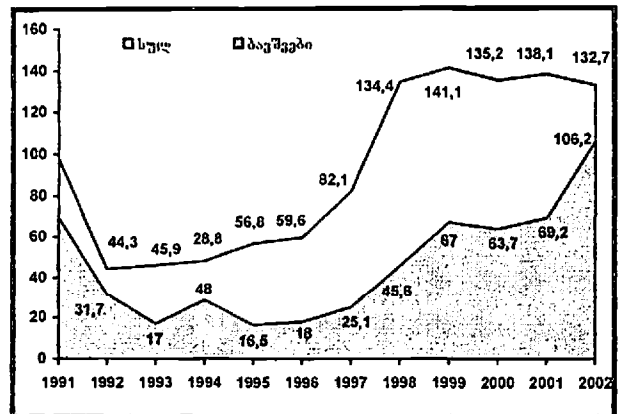
ფსიქიკური აშლილობების წარმოშობისა და გავრცელების რისკ-ფაქტორთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მემკვიდრეობას, სოციალური გარემოს ზემოქმედებას, სტრესებს, ტრავმულ დაზიანებებს და ა.შ. დადგენილია, რომ ფსიქიკურ ავადმყოფთა ყოველ მეხუთე წევილს ავადმყოფი ბავშვი ებადება.

ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაძლიერდა საზოგადოების ყურადღება ფსიქიკურ ავადმყოფთა მდგომარეობის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საკითხების მიმართ.

საერთაშორისო და ეროვნული სამედიცინო და იურიდიული ორგანიზაციები დიდ მუშაობას ეწევიან ფსიქიკურ ავადმყოფთა უფლებების დაცვისა და მათი სოციალური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად, შესაბამისი კანონმდებლობის სრულყოფისათვის. ამ კუთხით არც ჩვენი ქვეყანა წარმოადგენს გამონაკლისს. მიღებულია ადამიანის უფლებათა მსოფლიო დეკლარაციიდან გამომდინარე დებულებები; გაუმჯობესებულია ფსიქიკურად ჯანმრთელობის განსაზღვრის კრიტერიუმები; ხორციელდება ფსიქიკურ ავადმყოფთა პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სათანადო ღონისძიებები.

ნახატი 22

ფსიქიკური აშლილობებით ავადობის დინამიკა საქართველოში



თავი 12. ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი დეტერმინანტები

12.1. შესავალი

ნებისმიერი სახელმწიფო იქმნება ადამიანის მიერ, ადამიანისთვის და მის ძირითად სიმდიდრესაც ადამიანი წარმოადგენს. ადამიანის სიცოცხლის ჯანსაღი საწყისი, მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების ამოცანების გადაწყვეტა განსაკუთრებულ მოთხოვნებს უყენებს საზოგადოებას და განსაზღვრავს მისი განვითარების დონეს, რადგანაც ნებისმიერი საზოგადოების უმთავრესი ფასეულობაა – ადამიანების ჯანმრთელობა, მათი კეთილდღეობა, პირადი უსაფრთხოება, სოციალური მხარდაჭერა, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის უფლება და სხვ. ამ ფაქტორებს შორის არსებული ურთიერთობები ძალიან რთულია და მათ უდიდესი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლიათ მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

ბოლო ათწლეულში მიმდინარე რთული და მრავალმხრივი პოლიტიკური მოვლენები შეეხო ჩვენი ქვეყნის დიდ ნაწილს. შეიცვალა დარგობრივი და დარგთაშორისი სტრუქტურები, დაირღვა ათწლეულების მანძილზე მოქმედი ეკონომიკური ურთიერთობები, რამაც ურთულესი ცვლილებები გამოიწვია საზოგადოებრივი ცნობიერების ყველა სფეროში. სიტუაცია კიდევ უფრო გამძაფრდა ფინანსური, ეკოლოგიური, დემოგრაფიული და ეთნიკური პრობლემების ფონზე, რომელიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს არამარტო ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის მაჩვენებლებზე, არამედ მოსახლეობის ჯანმრთელობაზეც. ამკარაა რომ, ავადმყოფ ადამიანს აქვს უფრო დიდი შანსი გადარიბდეს, ღარიბს კი – დაავადდეს და დაკარგოს შრომისუნარიანობა, და პირიქით. კარგი ჯანმრთელობის მქონე ადამიანებს შეუძლიათ უკეთესი განათლების მიღება, უფრო პროდუქტიული მუშაობა და მეტი დოვლათის შექმნა.

ამიტომ მთელ მსოფლიოში უკვე ტრადიციად იქცა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას ისეთი **დეტერმინანტების** გაანალიზება, როგორიცაა გენეტიკური და ინდივიდუალური ფაქტორები, ცხოვრების წესი, გარემო, ჯანდაცვის სამსახურების ეფექტურობა და სხვ. ყველა ზემოჩამოთვლილი დეტერმინანტი დაკავშირებულია სოციალურ და ეკონომიკურ ფაქტორებთან, რომლებსაც, თავის მხრივ, უმნიშვნელოვანესი ადგილი უკავიათ პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ განვითარებაში.

12.2. ოჯახის გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე

მედიცინისა და საექიმო პრაქტიკის სოციალიზაციის პროცესი გულისხმობს ყურადღების აქცენტირებას არამარტო პაციენტზე, არამედ მის სოციალურ გარემოსა და, პირველ რიგში, ოჯახზე. დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის საქმეში მაქსიმალური ეფექტი მიიღწევა, თუ ექიმის ძალისხმევა პაციენტთან მიმართებაში ოჯახის წევრთა თანამონაწილეობას ითვალისწინებს. რამეთუ ოჯახი, თავისი ცხოვრების წესით, გადამწყვეტ გავლენას ახდენს ცალკეული წევრის ჯანმრთელობის ფორმირებაზე.

ოჯახის ძირითადი ფუნქციებია:

- **პირველადი სოციალური კონტროლი** (ოჯახის წევრების მიერ სოციალურ ნორმათა შესრულების უზრუნველყოფა);
- **ადამრდებლობითი** (ბავშვების აღზრდა და სოციალიზაცია);
- **საყოფაცხოვრებო და სამეურნეო** (ოჯახის წევრთა მატერიალურ მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება);

- **ემოციური** (პატივისცემის, აღიარების, თანადგომის, დაცვის მოთხოვნების დაკმაყოფილება);
- **სოციალური**;
- **სექსუალურ-ეროტიკული** და სხვა.

საზოგადოების განვითარებაზე და მისი ცალკეული წევრების ჯანმრთელობაზე განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს ოჯახის **რეპროდუქტიული** და **საგანმანათლებლო** ფუნქციები. ეს უკანასკნელი მჭიდროდაა დაკავშირებული ოჯახის ავადმყოფი წევრის სამედიცინო დახმარების ეთიკურ და ფინანსურ უზრუნველყოფასთან.

ადამიანის ჯანმრთელობაზე განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს საოჯახო კრიზისი, რომელსაც შესაძლოა სხვადასხვა მიზეზი ჰქონდეს. საოჯახო კრიზისის ყველაზე ხშირი მიზეზია ავადმყოფობა. ოჯახის ჯანმრთელი წევრებისათვის დაავადების წარმოჩინება წარმოადგენს არამართო ფიზიკურ, არამედ ფსიქოლოგიურ დატვირთვასაც – რაც უფრო მძიმე და ხანგრძლივია დაავადება, მით მეტად უძნელდება პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს ახალ მდგომარეობასთან შეგუება. ამის მიზეზია სხვადასხვა შეზღუდვის წარმოქმნა (ეკონომიკური, სექსუალური და სხვ.), ჩვეული ცხოვრების წესის შეცვლა, ავადმყოფის სოციალური კავშირების შეზღუდვა და სხვ.

მაგალითად, ოჯახებში, სადაც ავადმყოფი ბავშვია, რისკის ჯგუფს ხშირად მისი და-ძმანი შეადგენენ. ეს განპირობებულია იმით, რომ ავადმყოფი ბავშვის პრობლემებით დაკავებული მშობლები ხშირად სათანადო ყურადღებას ვერ უთმობენ ჯანმრთელ ბავშვებს. მეუღლის ავადმყოფობა არაიშვიათად წარმოშობს ადამიანისათვის ისეთ პრობლემებს, როგორიცაა დეპრესია, ქრონიკული დაავადების გამწვავება, შრომის უნარის დაქვეითება, დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა და ა.შ.

ბოლომდე ნათელი არ არის, თუ რომელი მახასიათებელი და რა ეტაპზე განსაზღვრავს ოჯახის წევრის ავადმყოფობის შემთხვევაში წარმოჩინებულ სოციალურ დეზადაპტაციას. ამ საკითხის დასადგენად იხმარება სპეციალური მეთოდი, რომელიც **დაავადების ტრაექტორიის** (ე.ი. მიმდინარეობის) ანალიზის შედეგებს ეფუძნება.

განვიხილოთ ავადმყოფობის ე.წ. **ნორმალური ტრაექტორია**, რომელიც **ჯ.ბარის** მიერ იყო შემოთავაზებული 1983 წელს:

1. **ავადმყოფობის დასაწყისი**: შესაძლოა, პირველად ოჯახის წევრმა შეამჩნიოს, და არა უშუალოდ პაციენტმა. პრემორბიდული მდგომარეობა უფრო ხშირად გამოვლინდება არა გარკვეული ჩივილების არსებობით (რაც ექიმთან მიმართვის საფუძველი ხდება), არამედ ჩვეული ქცევის ან თუნდაც სახის ფერის შეცვლით, რაც ახლობლების ყურადღებას იპყრობს. რეაქცია დაავადების წარმოშობაზე დამოკიდებულია მის სიმძიმესა და განვითარების სისწრაფეზე, ავადმყოფობის შესახებ ოჯახის წევრთა ან ახლობელთა შორის არსებულ წარმოდგენაზე.

2. **დიაგნოზის დადგენა**. თუ როგორ აღიქვამენ ოჯახის წევრები ინფორმაციას დიაგნოზის შესახებ, დამოკიდებულია მის სიმძიმეზე. ექიმის მიერ დასმული დიაგნოზი ხშირად მძიმე დანაკარგის ანალოგიურად აღიქმება. ოჯახის წევრთა ტიპური რეაქცია შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს: დაუჯერებლობა, უარყოფა, შოკი, დანაშაულის გრძნობა („ვერ მოვუარეთ“) და სხვ.

3. **მკურნალობის გეგმა** უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტის ოჯახის ცხოვრების წესის თავისებურებებს და ორიენტირებული უნდა იყოს საბოლოო შედეგების მიღწევაზე. უფრო ხშირად პასუხისმგებლობა სამედიცინო რეკომენდაციის შესრულებაზე ექიმს, პაციენტსა და მის ოჯახს შორის ნაწილდება. ავადმყოფის მკურნალობა მოითხოვს ოჯახის წევრთა ცხოვრების წესის გარდაქმნასა და მათი სოციალური ფუნქციების გადანაწილებას. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ, რაც უფრო მნიშვნელოვანია პაციენტის როლი ოჯახში, მით მეტად მტკივნეულად მიმდინარეობს ეს პროცესი.

4. **ადაპტაციის დაწყება, გამოჯანმრთელება**. თუ ავადმყოფი პოსპიტალიზებული იყო, ამ ეტაპზე იგი ბრუნდება შინ, რის შედეგადაც ოჯახის ცხოვრება ხელახლა გარდაიქმნება. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფის სრულ გამოჯანმრთელებასაც კი თან სდევს ოჯახში თავისებური პრობლემების წარმოქმნა. გასათვალისწინებელია, რომ ავადმყოფობის დროს ყურადღების ცენტრში მყოფი ოჯახის

წვერი ამ ეტაპზე კარგავს მიღებულ პრივილეგიებს, ის უნდა შეუდგეს თავისი სოციალური და ოჯახური ფუნქციების შესრულებას (მაგალითად, ავადმყოფობის შემდეგ ბავშვი საკმარისად ძნელად ეგუება სასკოლო განრიგს). რეადაპტაციის პროცესი შეიძლება საკმაოდ მტკივნეულად წარიმართოს, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ავადმყოფობის შედეგად წარმოიშობა მყარი შეზღუდვები, რომელთა თავიდან აცილება გარკვეულ დროს მოითხოვს. მოვლენათა ასეთი განვითარებისას ზედმეტი მნიშვნელოვანია პაციენტის ახალ სოციალურ როლთან შეჩვევა, ეს პრობლემები ოჯახის წევრთა მონაწილეობით უნდა გადაიჭრას.

5. საბოლოო ადაპტაცია. თუ ავადმყოფობის შედეგად აღვილი აქვს შექცევადი შეზღუდვების წარმოქმნას, ოჯახი კიდევ ერთ კრიზისს განიცდის. თუმცა, ზოგიერთ ოჯახში ეს კრიზისი მოსალოდნელია ავადმყოფის სრული გამოჯანმრთელების შემთხვევაშიც (მაგალითად, თუ ყურადღება ზედმეტადაა კონცენტრირებული ავადმყოფზე, რაც თავისთავად ცვლის მის სოციალურ როლს ოჯახში).

იმაზე, თუ რამდენად მაღალია ოჯახის წევრთა კულტურისა და განათლების დონე, ბევრადაა დამოკიდებული დაავადების ადრეული გამოვლენა. ოჯახი ზოგჯერ პროფესიონალებზე უკეთ ახერხებს ავადმყოფის მოვლითა და თანადგომით უზრუნველყოფას.

ავადმყოფისადმი ოჯახის წევრთა შესაძლებელი თანადგომის სახეებია:

- **ფინანსური** – სამედიცინო დახმარების მატერიალური უზრუნველყოფა;
- **ადვოკატური** – პაციენტის ახლობელთა მიერ მისი ინტერესების დაცვა;
- **სამედიცინო** – პაციენტის ახლობლების მიერ ზოგიერთი სამედიცინო პროცედურის შესრულება;
- **ემოციური**;
- **საინფორმაციო** – ავადმყოფის უზრუნველყოფა მის ჯანმრთელობასა და ავადმყოფობასთან დაკავშირებული ინფორმაციით;
- **სტრუქტურული გარდაქმნა** – ავადმყოფის ინტერესებიდან გამომდინარე, ოჯახის სხვა წევრთა ცხოვრების წესის შეცვლა.

ოჯახის წევრებს შორის კარგი დამოკიდებულება პაციენტის მიერ სამედიცინო რეკომენდაციათა შესრულების კეთილსასურველი პირობების საწინდარია. გენეტიკური დაავადების გამოცნობა შეუძლებელია ოჯახის გენეალოგიის შესწავლის გარეშე. ცხოვრების არაკეთილსასურველი პირობები ხელს უწყობს ე.წ. „ოჯახური“ ინფექციების გავრცელებას. კუჭის წყლულოვანი დაავადება, დიაბეტი, ასთმა, გულის იშემიური დაავადება, ანორექსია, შაკიკი – ყველა ამ დაავადების პათოგენეზში არსებითი როლი ოჯახური ცხოვრებით განპირობებულ სტრესებს მიეკუთვნება: ქრონიკული სტრესით გამოწვეული სიმპტომები (დაღლილობა, ალგზებულობა, უძილობა, მკერდის ან მუცლის არეში დაუდგენელი ეტიოლოგიის ტკივილი, დისპეფსია, თავის ტკივილი) ხშირად გადაუწყვეტელი ოჯახური პრობლემების შედეგია. მაგალითად, ალიმენტური სიმსუქნის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი ქორწინებით დაუკმაყოფილებლობასთან დაკავშირებული სტრესული მდგომარეობაა. ნერვული დაძაბულობის მოხსნის მიზნით ყალიბდება ისეთი მავნე ჩვევები, როგორიცაა ხშირი და ჭარბი კვება, ალკოჰოლიზმი, თამბაქოს მოხმარება.

ისეთ პრობლემათა უმრავლესობას, როგორიცაა სექსუალური დაუკმაყოფილებლობა, ცოლ-ქმრული კონფლიქტი, განქორწინება, ბავშვის არასწორი აღზრდა, გამოხატული სამედიცინო ასპექტები გააჩნია. ამიტომ, მთელი რიგი დაავადების მკურნალობა უცილობლად მოითხოვს ექიმისაგან ოჯახში შექმნილ პრობლემათა გათვალისწინებას.

პ.ლისკმა (1982) გამოყო შემდეგი ძირითადი ამოცანები, რომლებიც უნდა შეასრულოს ექიმმა იმ ოჯახთან მუშაობისას, სადაც ავადმყოფი იმყოფება:

- ოჯახის წევრებში ავადმყოფობაზე სწორი წარმოდგენის ფორმირება;
- ოჯახის წევრთა დახმარება მათი სოციალური როლების გადანაწილებასა და ცხოვრების წესის შეცვლაში;

- ოჯახის წევრთა სწორი სოციალური და ფსიქოლოგიური ორიენტაცია, საჭირო შემთხვევაში ფსიქოთერაპიის ჩატარება;
- ავადმყოფობისადმი შეგუების რეაქციის სტიმულირება;
- არასწორი ქცევის თავიდან აცილება;
- პაციენტის სოციალურ-ფსიქოლოგიური ორიენტაცია ოჯახის ცხოვრებაში მისი სრული ჩართვის მიზნით.

12.3. სიღარიბე და ჯანმრთელობა

უკანასკნელ ათწლეულში მსოფლიოში მიმდინარე გლობალური პროცესების ფონზე საქართველოში, ისევე როგორც გარდამავალი ეკონომიკის მქონე სხვა ქვეყნებში, აღინიშნა სიღარიბის დონის მნიშვნელოვანი ზრდა. ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტის მოცულობა მნიშვნელოვნად შემცირდა გარდამავალ პერიოდამდე არსებულთან შედარებით, რაც, ძირითადად, პოლიტიკურ, ეკონომიკურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მომხდარმა ცვლილებებმა განაპირობა.

სიღარიბე და ცუდი ჯანმრთელობა, როგორც ცნობილია, ერთგვარ მანკიერ წრეს კრავს. ღარიბი მოსახლეობა მძიმე საყოფაცხოვრებო პირობების, დაბალკალორიული კვების რაციონის, ჯანდაცვის სამსახურებისადმი ეკონომიკური ხელმიუწვდომლობისა და, ყოველივე აქედან გამომდინარე, არსებული ფსიქოლოგიური სტრესის გამო ჯანმრთელობის გაუარესების მაღალი რისკის მატარებელია. თავის მხრივ, ოჯახის ერთი წევრის ავადმყოფობასაც კი შეუძლია სიღარიბის ზღვართან ახლოს მყოფი ოჯახის გაღარიბება, ვინაიდან მნიშვნელოვნად ამცირებს საოჯახო მეურნეობის შემოსავალს.

სიღარიბე არამარტო დაავადების წარმოშობა ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია, არამედ მის პოტენციურ შედეგსაც წარმოადგენს, შესაძლოა ზოგიერთი დაავადების წარმოჩინების ერთდერთ უმთავრეს ფაქტორს წარმოადგენს. სიღატაკე ასოცირდება მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის უფრო დაბალ დონესთან, ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელთან, ინფექციური და არაინფექციური დაავადებებით დასნეობვების მაღალ რისკთან, თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ხშირ მოხმარებასთან, დეპრესიების, სუიციდების, ძალადობის შემთხვევების გახშირებასთან, გარემოს მავნე ფაქტორების უფრო გამოხატულ ხანგრძლივ მოქმედებასთან და სხვ.

მიუხედავად იმისა, რომ შინამეურნეობების ნომინალური შემოსავლების მოცულობა ჩვენს ქვეყანაში გარკვეული ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, ის არ არის საკმარისი სიღარიბის პრობლემის არსებითი შერბილებისათვის. ამის გამო ბოლო წლების განმავლობაში მოსახლეობაში მკვეთრად იმატა სოციალურ-ეკონომიკურმა უთანაბრობამ, სიღარიბის დონის ზრდამ.

ქვეყანაში სიღარიბის მასშტაბის შესაფასებლად აუცილებელია საარსებო მინიმუმის დადგენა, რომელიც შრომისუნარიანი ასაკის ადამიანის არსებობისათვის საჭირო მინიმალური სამომხმარებლო კალათის ღირებულებას წარმოადგენს. ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, სხვადასხვა ქვეყანაში, როგორც სამომხმარებლო კალათის შემადგენლობა, ისე მისი ღირებულება და, აქედან გამომდინარე, საარსებო მინიმუმიც სხვადასხვანაირია.

სიღარიბის ცნება, თავის მხრივ, გულისხმობს მისი დონის, სიღრმის და სიმწვავის არსებობას. სიღარიბის დონე გულისხმობს ღარიბთა წილს მთელ მოსახლეობაში, სიღარიბის სიღრმის მაჩვენებელი წარმოადგენს სიღარიბის ზღვარს დაშორებული ღარიბი

მოსახლეობის წილს, ხოლო **სიღარიბის სიმწვავის მაჩვენებელი** თავისი შინაარსით მოიცავს, როგორც სიღარიბის სიღრმეს, ასევე ღარიბთა შორის არსებულ უთანაბრობას.

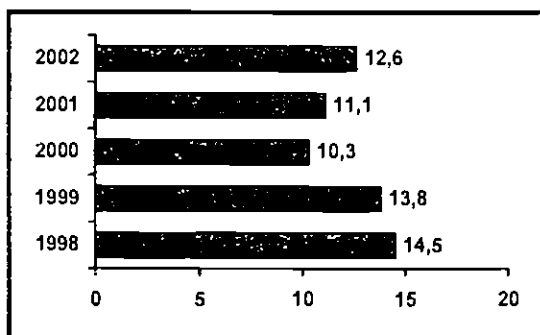
სიღარიბის დონის შეფასების პროცესში ზედმიწევნით ინფორმატიულია ე.წ. **ჯინის ინდექსი** (ანუ შემოსავლების კონცენტრაციის მაჩვენებელი), რომელიც გვიჩვენებს მოსახლეობის შემოსავლების ფაქტიური განაწილების გადახრას თეორიულად გამოთვლილი შემოსავლების თანაბარი განაწილების დონიდან. მოსახლეობაში შემოსავლების თანაბარი განაწილების შემთხვევაში ჯინის ინდექსი ნულის ტოლია, აბსოლუტური უთანაბრობის შემთხვევაში კი ერთის. ნათელია, რომ არც პირველი ვარიანტი (როდესაც ყველა შემოსავალი თანაბრად ნაწილდება ქვეყნის მოსახლეობაზე) და არც მეორე (როდესაც არც ერთ მოქალაქეს არ გააჩნია საარსებო სახსრები) მხოლოდ თეორიულად არის დასაშვები, მაგრამ ჯინის ინდექსის მეშვეობით შესაძლებელია ზედმიწევნით ზუსტად დავადგინოთ, თუ საზოგადოებრივი და ეკონომიკური განვითარების რა საფეხურზე იმყოფება ქვეყანა და როგორია მისი მოსახლეობის სიღარიბის დონე.

2002 წლის მდგომარეობით საქართველოში ოფიციალურად დადგენილი საარსებო მინიმუმით (თვეში 124 ლარი) არ იყო უზრუნველყოფილი მოსახლეობის 48%, ამასთან უკიდურესი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთმოყვითა (ვინც თვეში 50-55 ლარზე ნაკლებს მოიხმარდა) ხვედრითი წილი 14%-ს შეადგენს.

სიღარიბე ქალაქად და სოფლად მნიშვნელოვნად განსხვავებულ მოვლენას წარმოადგენს. საქართველოში სიღარიბე ქალაქად, ძირითადად, დაკავშირებულია არასრულფასოვან კვებასთან, რაც უფრო მწვავე და ღრმა სიღარიბის მაჩვენებელია. სოფლად კი სიღარიბე კვებასთან იშვიათადაა დაკავშირებული, თუმცა ეს მხოლოდ იმ ფაქტითაა განპირობებული, რომ სოფლად კვების პროდუქტების მოხმარებას უმეტესად საკუთარი წარმოების სურსათი განსაზღვრავს. სოფლად მოსახლეობის უმთავრეს პრობლემას ფულადი რესურსების დეფიციტი და ინფრასტრუქტურის არასაკმარისი განვითარება განპირობებს, რაც შესაბამისად ამცირებს ხელმისაწვდომობას მომსახურების ძირითად სახეობებზე.

სიღარიბის დონის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორი უმუშევრობაა. რაც უფრო მეტია შინამეურნეობაში უმუშევარი წევრები, მით უფრო მეტია ასეთი შინამეურნეობების სიღარიბის ზღვარს მიღმა მოხვედრის რისკი. საქართველოში 2002 წელს სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი შინამეურნეობების თითქმის 40%-ში არცერთი წევრი არ იყო დასაქმებული. ღარიბი შინამეურნეობების თითქმის 45%-ში ერთ მომუშავეს საშუალოდ 2 ან მეტი სული ჰყავდა სარჩენი.

ნახატი 23
უმუშევრობის დონე საქართველოში (%)



1998-2002 წწ. განმავლობაში ოფიციალურად რეგისტრირებული უმუშევრების რიცხვი ქვეყანაში 10,9%-ით გაიზარდა (ნახატი 23).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, როგორც უმუშევრობა, ისე სამუშაოს დაკარგვის შიში უარყოფითად მოქმედებს ჯანმრთელობაზე, ზრდის ფსიქოლოგიური დარღვევებისა და სუიციდების რისკს, განურჩევლად ადამიანის განათლების დონისა და საცხოვრებლის საკუთრებისა.

საბაზრო ეკონომიკის პირობებში სახელმწიფოს მთავარ ფუნქციას შორის მინიმალური სოციალური გარანტიების დადგენაც არის, რომელთაგან ერთ-ერთს **მინიმალური ხელფასი** წარმოადგენს. მისი დაწესება სახელმწიფო რეგულირების მნიშვნელოვანი მექანიზმია, ამავე დროს, იგი დაქირავებულთა სოციალური დაცვის საშუალებაა და გადახდისუნარიანი მოთხოვნების ფორმირებაზე ახდენს გავლენას. მინიმალური ხელ-

ფასის სიდიდე განსაზღვრავს საზოგადოებრივ წარმოებაში ყველა დასაქმებულის ანაზღაურებას, ვინაიდან ნებისმიერი მუშაკის ხელფასი უნდა იყოს მინიმუმზე იმდენად მაღალი, რამდენადაც მისი შრომა განსხვავდება მარტივისაგან თავისი ხარისხობრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლებით.

12.4 მოსახლეობის განათლება

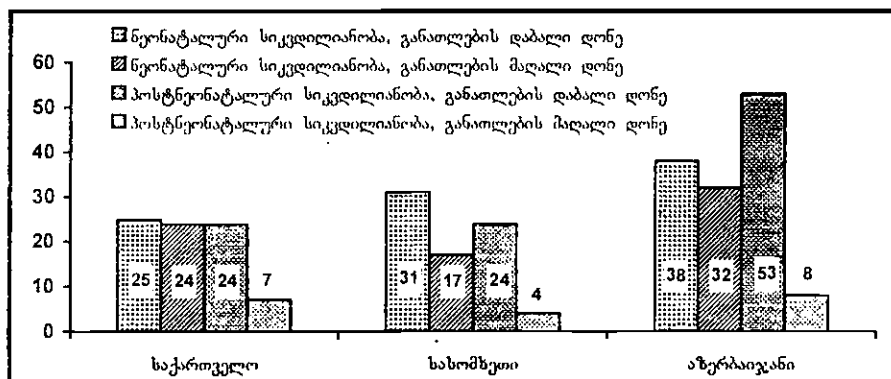
ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დეტერმინანტს მოსახლეობის განათლების დონე წარმოადგენს. განათლება ბევრად განსაზღვრავს ადამიანის დასაქმებას, შემოსავლის დონეს, უზრუნველყოფს მის სოციალურ ადაპტაციას და, საბოლოო ჯამში, გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის ძირითად ინდიკატორებზე. ოჯახის მატერიალური მდგომარეობა და კულტურული პოტენციალი მნიშვნელოვნად განაპირობებს ბავშვის განათლების დონეს, რაც, თავის მხრივ, აისახება მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

საქართველო ტრადიციულად ხასიათდება განათლების ფართო გავრცელებით. ბავშვების თითქმის 98% დადის სკოლაში, თუმცა ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ მათი 2% არ იღებს საბაზისო განათლებას. მოსახლეობის არა უმეტეს 5%-ს აქვს მხოლოდ დაწყებითი ან ნაკლები განათლება, 15 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობის 40%-ს აქვს საშუალო, 20%-ს საშუალო-სპეციალური, ხოლო 24%-ს უმაღლესი განათლება. თუმცა, განათლების ხარისხი საკმაოდ ჩამორჩება საერთაშორისო დონეს. ქვეყანაში სოციალური უთანასწორობის ერთ-ერთ შედეგად აღიარებულია ღარიბი ახალგაზრდობისათვის სწავლის გაგრძელებასთან დაკავშირებული პრობლემები.

მრავალრიცხოვანი კვლევები ადასტურებს, რომ მშობლების განათლების მაღალი დონე, თავის მხრივ, გავლენას ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობაზე. მაგალითად, სამხრეთ კავკასიის ქვეყნებში ჩატარებული ნეონატალური და პოსტნატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შედარება დედის განათლების დონის გათვალისწინებით კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ სხვა რისკ-ფაქტორებთან ერთად ეს სოციალური დეტერმინანტი გადამწყვეტ მნიშვნელობას იძენს (ნახატი 24). ამასთან, კვლევით დადგინდა, რომ ნეონატალური სიკვდილიანობა ნაკლებადაა დაკავშირებული დედების განათლების დონესთან, ვიდრე პოსტნეონატალური. ცხადია, რომ ბავშვის ზრდასთან ერთად სულ უფრო მეტი მნიშვნელობა ენიჭება მშობელთა ცოდნას ისეთ სფეროებში, როგორიცაა მათი კვება, ჰიგიენა, გარემოსთან დაკავშირებული რისკები, რაც დიდ როლს თამაშობს ჯანმრთელი თაობის აღზრდაში.

ნახატი 24

ბავშვთა სიკვდილიანობა დედათა განათლების დონესთან მიმართებაში (1000 ცოცხალშობილზე)



მშობლების განათლება და სოციალური მდგომარეობა გარკვეულწილად განაპირობებს ბავშვის მიერ პროფესიის არჩევას. ბავშვებს, რომლებსაც განათლების ან პროფესიული მომზადების უფრო მაღალი დონე აქვთ, მეტი შესაძლებლობა ეძლევათ პროფესიული საქმიანობისათვის და, შესაბამისად, შემოსავლის მისაღებად, რაც საბოლოო ჯამში, ჯანმრთელობის უფრო უკეთესი დონის აღბათობასაც ზრდის.

12.5. ფსიქო-სოციალური ფაქტორები

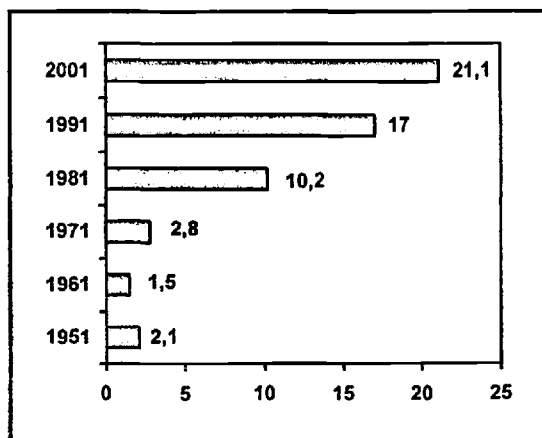
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ფსიქო-სოციალური სტრესი მიჩნეულია ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორად, რომელიც ხელს უწყობს მთელი რიგი მდგომარეობების განვითარებას, მათ შორისაა: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (განსაკუთრებით, არტერიული ჰიპერტენზია), კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, ნევროზი, თვითმკვლელობები, უბედური შემთხვევები, და სხვ. აღნიშნული დაავადებები ხასიათდება ზრდის ტენდენციით იმ ქვეყნებში, სადაც მწვავე სოციალურ-ეკონომიკური გარდაქმნები ადეკვატური სოციალური პოლიტიკის არარსებობის ფონზე მიმდინარეობს. ამ ქვეყნებში ჯანმრთელობის გაუარესებას ხელი შეუწყობს ისეთი ფსიქო-სოციალური სტრესული მდგომარეობების განვითარებამ, რომლებიც განპირობებული იყო უმუშევრობის მოსალოდნელი მატებით, დასაქმების არასტაბილურობით, ოჯახის ინსტიტუტის შესუსტებით, გაღატაკების მასშტაბების ზრდით, მოსახლეობის მიგრაციით და სხვ.

საქართველოში 90-იანი წლებიდან დაწყებულმა ფაქტორებმა დიდი გავლენა მოახდინა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებაზე. განშირდა პოსტტრავმული სტრესული დარღვევები, დეპრესიები, სხვა ნერვულ-ფსიქიკური აშლილობები, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში. შექმნილი ვითარება კიდევ უფრო ართულებს ქვეყანაში არსებულ დემოგრაფიულ მდგომარეობას. როგორც ცალკეული ადამიანისათვის, ისე მთლიანად საზოგადოებისათვის მეტად მწვავე სოციალური და ფსიქიკური პრობლემაა დაუქორწინებლობა. 2002 წელს საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის აღწერის მონაცემებით ირკვევა, რომ მაღალ ასაკობრივ ჯგუფებში ათიათასობით მამაკაცი და ქალი არასოდეს ყოფილა დაქორწინებული. კიდევ უფრო დამაფიქრებელია ის, რომ ამ კატეგორიის მოსახლეობაში მეტისმეტად მაღალია სიკვდილიანობის დონე. ქართველი დემოგრაფების კვლევებით დადგენილია, რომ დაქორწინებულ მამაკაცებთან შედარებით, დაუქორწინებელ მამაკაცებში ორჯერ უფრო მაღალია სიკვდილიანობა. ასევე მაღალია ქვრივი მოსახლეობის სიკვდილიანობის დონეც.

12.6. იძულებითი მიგრაცია, როგორც სოციალური პრობლემა

მიგრაციული პროცესები სერიოზულ გავლენას ახდენენ ქვეყნების სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. მოსახლეობის დიდი მასების გადაადგილება ჯერ კიდევ შუა საუკუნეებში დაიწყო და პიკს მე-XIX საუკუნის მეორე ნახევარში მიაღწია. საკმარისია აღინიშნოს, რომ მხოლოდ 1901-1915 წლებში მსოფლიოში იძულებით გადაადგილდა 10 მილიონზე მეტი ადამიანი. მეორე მსოფლიო ომმა მოსახლეობის გაცი-

ნახატი 25
დეგნილობა რაოდენობა მსოფლიოში (მლნ)

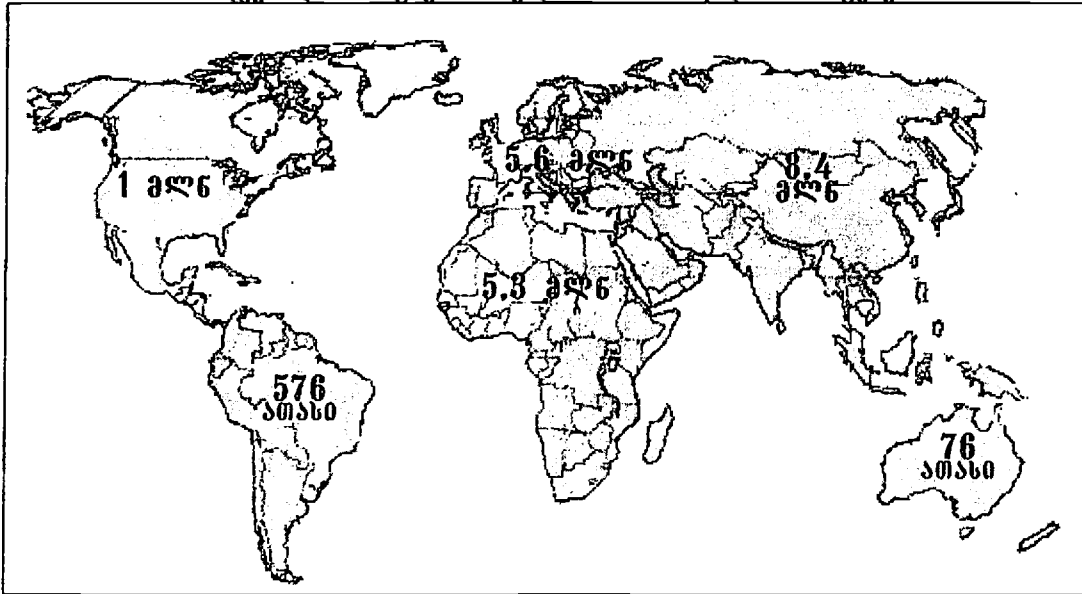


ლებით დიდი მასების გადაადგილება გამოიწვია. კერძოდ, დაახლოებით 30 მილიონი ადამიანი (რაც მთელი ევროპის მოსახლეობის 10% შეადგენდა) საომარი მოქმედების ან პოლიტიკური მიზეზით იძულებულები გახდა დაეტოვებია მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი, რამაც მთლიანად შეცვალა ევროპისა და ახლო აღმოსავლეთის ეთნიკური შემადგენლობა. საომარი კონფლიქტებითა და სხვა მიზეზებით განპირობებულმა იძულებითი მიგრანტების რიცხვმა გასული საუკუნის 50-60-იან წლებში მკვეთრად იკლო, მაგრამ 80-იანი წლებიდან კვლავ დაიწყო ზრდა და 2001 წელს 21 მილიონს გადააჭარბა (ნახატი 25).

მათ შორის აზიის ქვეყნებში 8,4 მლნ მიგრანტი იყო, ევროპაში – 5,6 მლნ, აფრიკაში – 5,3 მლნ, ჩრდილოეთ ამერიკაში – 1 მლნ, სამხრეთ ამერიკაში – 576 ათასი, ზოლო ავსტრალიაში – 76 ათასი (ნახატი 26).

ნახატი 26

დეენილთა რიცხვ მსოფლიოში (2001 წლის მონაცემებით)



მსოფლიო თანამეგობრობა უდიდეს ყურადღებას უთმობს იძულებით გადაადგილებულ პირთა მდგომარეობას. ჯერ კიდევ 1951 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის გადაწყვეტილებით შეიქმნა დეენილთა უმაღლესი კომისარიატი. ამ ორგანოს მეშვეობით შესაძლებელი გახდა ადამიანთა უფლებათა დაცვის გლობალური მექანიზმის ამოქმედება. პრობლემის ჰუმანიტარული, ეკონომიკური და პოლიტიკური ასპექტების გარდა, დეენილთა უმაღლესი კომისარიატის ერთ-ერთ ძირითად ფუნქციას სხვადასხვა ქვეყანაში ფეთქებად სიტუაციებზე დაკვირვება წარმოადგენს. ასეთი სისტემის შემოღება განაპირობებს ყოველგვარი დარღვევების ნაადრევ გამოვლენას, მოსახლეობის იძულებით გადაადგილების პრევენციას. სამწუხაროდ, საკითხის საბოლოო გადაჭრა ხშირად ვერ ხერხდება. ამ შემთხვევაში დეენილთა უმაღლესი კომისარიატი ახორციელებს მიგრანტებისათვის ცხოვრების სათანადო პირობების შექმნაზე მიმართულ აქციებს. მის კომპეტენციაში შედის ისეთი საკითხების მოგვარება, როგორიცაა მიგრანტების გადაადგილება იმ ქვეყნებში, სადაც მათ უკეთესი პირობები ექნებათ.

აფხაზეთსა და სამაჩაბლოში მომხდარი შეაიარაღებული კონფლიქტის შედეგად 300 ათასზე მეტი უსახლკაროდ დარჩენილი ადამიანი იძულებით გადაადგილდა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში. მიუხედავად სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული მრავალმხრივი ღონისძიებებისა, იძულებით ადგილნაცვალ პირთა მდგომარეობა არასასურველია. მათი დიდი ნაწილი განსახლებულია საავადმყოფოებში, სასტუმროებში, სანატორიუმებში, საერთო საცხოვრებლებში და სხვა, სადაც არ არის ხანგრძლივი ცხოვრებისათვის შესაფერისი საყოფაცხოვრებო პირობები. თუ ყოველივე ზემოაღნიშნულს დაემატებთ იმას, რომ მოსახლეობის ამ ნაწილში დარღვეულია ყოფა-ცხოვრების ელემენტარული ნორმები (არასაკმარისი კვება, ოჯახის სტრუქტურის დაშლა, ჩვეული სოციალური სტერეოტიპების რღვევა, უმუშევრობა და სხვ.), არ არის გამორიცხული, რომ უახლეს დროში ამ კონტინგენტის ფსიქოლოგიური, სომატური და სოციალური მდგომარეობა კიდევ უფრო დამძიმდეს.

აქვე უნდა დავძინოთ, რომ ომის დამთავრების პირველსავე წლებში სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებმა ჩაატარეს რიგი ღონისძიებები, მიმართული დეენილთა ადაპტაციაზე. პირველ ეტაპზე ორგანიზებულ იქნა სპეციალიზირებული საავადმყოფო და სპეციალური პოლიკლინიკები დეენილთათვის,

რომელთაც ჰუმანიტარული ორგანიზაციები პერიოდულად აწვდიდნენ მედიკამენტებსა და სამედიცინო აღჭურვილობას.

უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად გატარებული ზომებისა, საქართველოს მოსახლეობის სხვა ჯგუფებთან შედარებით, დევნილებში ავადობის განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნება. მაგალითად, 2002 წლის მონაცემებით, დევნილებში ინფექციური და პარაზიტული დაავადებებით ავადობა 2,9-ჯერ მაღალია ქვეყნის ანალოგიურ საშუალო მაჩვენებლებთან შედარებით, ნერვული სისტემისა და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები – 2-ჯერ, სასუნთქი ორგანოების დაავადებები – 1,3-ჯერ, საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები – 1,6-ჯერ, შარდსასქესო სისტემის დაავადებები – 2,4-ჯერ, კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადებები – 2,7-ჯერ, ტრავმები და მოწამვლები – 1,2-ჯერ, განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობა აღირიცხება დევნილი ოჯახების ბავშვებში, რომელთა ავადობის მაჩვენებლები 2002 წელს 10%-ით აღემატებოდა ქვეყნის ანალოგიურ მაჩვენებლებს.

12.7. გენდერული ფაქტორები

ჯანმრთელობის ერთ-ერთ ძირითად დეტერმინანტს გენდერული კუთვნილება წარმოადგენს, რომლითაც განპირობებული უთანასწორობა გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკების წარმოქმნაზე.

სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მონაცემებით, 2002 წელს საქართველოს მოსახლეობის 53,8%-ს ქალები შეადგენდნენ. იმისდა მიუხედავად, რომ სქესობრივი ნიშნით დისკრიმინაცია შრომის ანაზღაურების სფეროში საქართველოს კანონმდებლობით აკრძალულია, ქალებსა და მამაკაცებს შორის რეალურად არსებობს შემოსავლების სხვაობა მათი თანაბარი განათლებისა და პროფესიონალიზმის შემთხვევაშიც კი. დასაქმებული ქალების ხელფასი, საშუალოდ, მამაკაცის ხელფასის 57%-ს შეადგენს. ქალთა დიდი ნაწილი თვითდასაქმებულია ან არასტაბილურ სამუშაო ადგილზე მუშაობს, გარკვეული ნაწილი კი მძიმე ფიზიკურ შრომას აგრძელებს ორსულობის პერიოდშიც.

გენდერულმა კუთვნილებამ შეიძლება განაპირობოს სხვაობა ქალთა და მამაკაცთა ავადობის სტრუქტურაში, ქცევის სტერეოტიპების თავისებურება სამედიცინო დახმარებისათვის მიმართვის დროს, სხვადასხვაგვარი რეაგირება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მხრიდან.

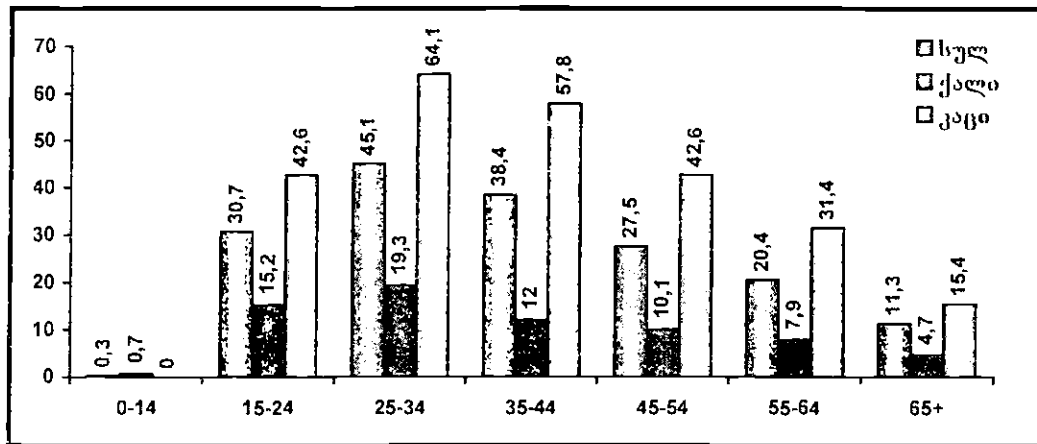
არსებობს ნათლად გამოხატული სხვაობა სხვადასხვა სქესის წარმომადგენელთა ჯანმრთელობის ინდიკატორებში, გამოწვეული ბიოლოგიური მახასიათებლებით, რომელთაც თან ერთვის სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორებიც. მამაკაცებთან შედარებით ქალების სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 5-8 წლით მეტია, მაგრამ ის ორმაგი დატვირთვა, რომელიც გააჩნიათ ქალებს (სამსახური და ოჯახი), მკვეთრ ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს მათ ავადობაზე. მაგალითად, ქალებში უფრო ხშირია დეპრესიული მდგომარეობები, ფსიქო-ემოციური დარღვევები და სხვ. ამავე დროს მამაკაცებში უფრო ხშირია უბედური შემთხვევები. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, უკანასკნელ წლებში ყოფილ სოციალისტურ ქვეყნებში აღინიშნება შრომისუნარიანი ასაკის მამაკაცთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება.

მაგალითად, საქართველოში 2002 წელს ფილტვის ტუბერკულოზით ავადობა მამაკაცებს ყველა ასაკობრივ ჯგუფში უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ქალებში (ნახ. 27).

ყურადღებას იპყრობს სიმსივნური დაავადების გავრცელების თავისებურებები სქესის მიხედვით. ასე, მაგალითად, 2002 წელს საქართველოში ქალთა ავთვისებიან სიმსივნეებით ავადობის სტრუქტურაში 60,2% რეპროდუქციული ორგანოების კიბოს (36% ბუბუს და 24,2% ქალის სასქესო ორგანოების კიბო) წილად მოდიოდა. მაშინ, როდესაც მამაკაცებში ლოკალიზაციის მიხედვით პირველ ადგილზე იყო ფილტვის (32,1%), შემდგომ კი საჭმლის მომნელებელი ორგანოების კიბო – 26,9%. მამაკაცის მაღალი მობილურობით, შრომისა და ქცევის თავისებურებებით აიხსნება ტრავმატიზმის (განსაკუთრებით საგზაო-სატრანსპორტო ტრამევატიზმის) მაღალი მაჩვენებლები. ალკოჰოლიზმთან, ნარკომანიასთან და ტოქსიკომანებთან დაკავშირებით ნარკოლოგიური დისპანსერებში აღრიცხვაზე მყოფი პაციენტების მხოლოდ 2,9%-ს შეადგენენ ქალები.

ნახატი 27

ფილტვის ტუბერკულოზით ავადობა სქესისა და ასაკის მიხედვით (საქართველო, 2002)



ზაზგასასმელია ის გარემოებაც, რომ ქალები გაცილებით ხშირად მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს, ვიდრე მამაკაცები, მათ შორის უფრო გავრცელებულია ხანგრძლივად მიმდინარე ქრონიკული დაავადებები. იმავდროულად, შრომისუნარიან ასაკში ქალებთან შედარებით მაღალია გარდაცვლილ მამაკაცთა წილი. კერძოდ, 2002 წელს საქართველოში 15-59 წლის ასაკში გარდაცვლილთა 70,6%-ს მამაკაცები შეადგენენ. საშუალოდ საპენსიო ასაკის მიღწევის შემდეგ მამაკაცები კიდევ, საშუალოდ, 13,7 წელს, ხოლო ქალები კი – 20,2 წელს ცოცხლობენ.

სწორედ ამიტომ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გენდერულ ფაქტორებზე ორიენტაცია გამოცხადებულია ერთ-ერთ ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებად, რათა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და დაცვაზე ორიენტირებული საკმიანობა უფრო მიზანმიმართულად და ეფექტურად განხორციელდეს.

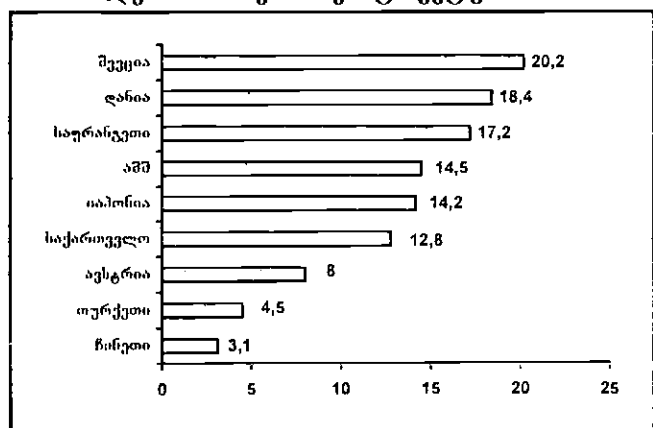
12.8. სიბერე, როგორც სოციალური პრობლემა

მთელ რიგ ქვეყანაში, სადაც მოსახლეობის კვლავწარმოებას კლების ტენდენცია ახასიათებს, ხანდაზმული მოსახლეობის ხვედრითმა წილის მატება აღინიშნება. მეცნიერთა პროგნოზით, მოხუცებულთა რიცხვი ამ ქვეყნებში მომავალშიც მოიმატებს, რაც ახალი ეპიდემიური გადასვლის საწინდარი გახდება, ანუ დაავადებათა უმეტესობა დაკავშირებული იქნება სიბერესთან. დაბერების პროცესი სრულიად ჯანმრთელ ადამიანებშიც კი ადრეული პერიოდიდან იწყება. მისი ცალკეული ნიშნები კონკრეტული ქრონიკული დაავადების ჩამოყალიბებამდე შეიძლება გამოვლინდეს.

საღლეისოდ ხანდაზმულთა რიცხვი სწრაფად იზრდება, მაგრამ განსაკუთრებული ინტენსიურობით ის გამოხატულია ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში (ნახატი 28).

ნახატი 28

65 და მეტი წლის ასაკის პირთა ხვედრითი წილი მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაში (2002)



მოსახლეობის დაბერების პროცესის დაჩქარება ზოგიერთ ქვეყანაში დიდი ხანია უკვე უმწვავეს სოციალურ-პოლიტიკურ პრობლემად იქცა. პირველ რიგში ეს შეეხება სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის მქონე ქვეყნებს, რადგან პენსიებსა და სიბერესთან დაკავშირებულ დაავადებათა მკურნალობაზე დახარჯული თანხები პროგრესულად მატულობს და ზოგჯერ ბიუჯეტის მწვავე დეფიციტს განაპირობებს. ამასთან, ძირითადი ფინანსური სიმძიმე მომუშავე მოსახლეობაზე გადადის, რომელიც სხვადასხვა შესატანის სახით აფინანსებს ხანდაზმულთა სოციალურ და სამედიცინო მომსახურებას.

50 წელს გადაცილებული ასაკის ადამიანებში ჩატარებულმა საერთაშორისო კვლევის შედეგებმა ცხადყო, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობაში მომავლის შიში დაკავშირებულია არა სიკვდილის, არამედ ქრონიკული დაავადების წარმოჩინების საშიშროებასთან და მასთან დაკავშირებულ სოციალურ-ეკონომიკურ სიძნელეებთან.

ბევრ ქვეყანაში ჩამოყალიბებულია ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის სოციალური და სამედიცინო მომსახურების მძლავრი, მაგრამ ძვირადღირებული ინფრასტრუქტურა. ქრონიკული დაავადებების მოზღვავენამ განაპირობა, როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული დახმარების პრიორიტეტების შეცვლა. წინა პლანზე წამოიწია სარეაბილიტაციო სამსახურმა, ხანგრძლივი დაყოვნების სტაციონარების გაშლის აუცილებლობამ. ბევრ ქვეყანაში სოციალური დაზღვევის სისტემა მთლიანად ვერ ახერხებს ამ სახის მომსახურების საფასურის ანაზღაურებას, ამიტომ დანახარჯების ნაწილი ხანდაზმულთა პირადი დანაშოგებით ან ოჯახის დახმარებით იფარება.

სოციალური დახმარების სისტემა, ჩვეულებრივ, წარმოდგენილია პანსიონატებით, მოხუცებულთა სახლებით, ე.წ. „მოხუცებულთა სოფლებით“ და ა.შ., სადაც ხანდაზმულებს, სათანადო ანაზღაურების შემთხვევაში, შეუძლიათ სიცოცხლის ბოლომდე დაჰყონ, იცხოვრონ იზოლირებულად, ან სხვებთან ერთად. ამ სახის დაწესებულებებში მომსახურება უფრო ხშირად ქვეყანაში არსებული სტანდარტების მიხედვით ზორციელდება, თუმცა დამატებითი ანაზღაურების შემთხვევაში შესაძლებელია მისი მოცულობის გაზრდაც.

ამიტომ, ზოგიერთ ქვეყანაში არსებული სოციალური დაზღვევის სისტემის პარალელურად მოქმედებს კერძო სადაზღვევო სქემები, რათა საჭიროების შემთხვევაში დაზღვეულებმა დაგროვილი თანხა გამოიყენონ.

გასაგებია, რომ პირადი დანაშოგები ან დამატებით გაღებული კერძო დაზღვევის შესატანები მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის შესაძლებლობებს აღემატება. ამიტომ მოხუცებში ხშირია მომავლის შიში და დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა საკუთარი მდგომარეობის გამო, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

თავი 13. მოსახლეობის ცხოვრების წესი

13.1 შესავალი

დაავადებათა წარმატებული პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მათი გამომწვევი ფაქტორების ცოდნას. თუ ინფექციური დაავადებების შემთხვევაში ძირითადად დადგენილია ის მიკროორგანიზმი ან ვირუსი, რომელიც განაპირობებს ამა თუ იმ პათოლოგიას, არაინფექციურ დაავადებების ეტიოლოგიაში ხშირად მრავალი ფაქტორია ჩართული (სოციალური, ფსიქოლოგიური, გენეტიკური და სხვ.). ამ ფაქტორების გამოვლენას და შესაბამის პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს შეუძლიათ მთელი რიგი დაავადებების თავიდან აცილება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება შრომისა და დასვენების ნორმალური პირობების შექმნას, უსაფრთხო კვების პროდუქტებითა და სასმელი წყლით უზრუნველყოფას, გააზრებული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, მოსახლეობის წვრთნას პირველადი სამედიცინო ცოდნის და ჩვევების მისაღებად, სოციალური სტრესების მოხსნას. მით უმეტეს, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე უდიდეს ზემოქმედებას ახდენს ცხოვრების წესი და პირობები (48-50%), გარემო (20-22%) და გენეტიკური ფაქტორები (18-20%), ჯანმრთელობის დაცვის წილი კი მხოლოდ 12-14%-ს შეადგენს (ცხრილი 38).

ცხრილი 38

ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები

ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები	ძირითადი რისკ-ფაქტორები	%
სოციალური	სტრესი, შრომის მანერა პირობები, პიპოლინამია, ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობები, დაუბალანსებელი კვება, არამყარი ოჯახური კავშირი, მარტოობა, კულტურისა და განათლების დაბალი დონე, ურბანიზაცია, თამბაქოს, ალკოჰოლის ნარკოტიკების მოხმარება	48-50
გარემო	პაერის, წყლის, ნიადაგის დაბინძურება; ატმოსფერული მოვლენების მკვეთრი ცვალებადობა, პელიოკოსმიური, რადიაციული და მაგნიტური გამოსხივების მომატება	20-22
გენეტიკური	მემკვიდრეობითი დაავადებები, გენეტიკურად განპირობებული მიდრეკილება გარკვეული პათოლოგიის წარმოჩინების მიმართ	18-20
ჯანდაცვითი ღონისძიებები	არაეფექტიანი პროფილაქტიკური ღონისძიებები; სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი, დაგვიანებული სამედიცინო მომსახურება	12-14

ცხოვრების წესი უდიდეს ზეგავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. საზოგადოების განვითარების ისეთი ასპექტები, როგორიცაა ეკონომიკური განვითარება, სოციალური სტატუსის ან ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ხშირად განიხილება განცალკევებით, მაგრამ თითოეული მათგანი მოქმედია და წარმოადგენს ერთსა და იმავე მთელის ნაწილს. ამასთან არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ ეკონომიკური ზრდა ყოველთვის არ ნიშნავს პროგრესს, მაშინ, როდესაც ჯანმრთელობისათვის ზრუნვა, როგორც ადამიანის განვითარების აუცილებელი ასპექტი, გულისხმობს საზოგადოებრივ პროგრესს. ამ თვალსაზრისით ჯანმრთელობის დაცვა არ განიხილება როგორც მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება.

ცხოვრების წესს გარკვეულად განაპირობებს **ცხოვრების პირობები**. ხშირად ამ ტერმინებს ერთმანეთში ურევნენ, რაც არასწორია. ცხოვრების პირობების ცნებაში

გაერთიანებულია მატერიალური (საყოფაცხოვრებო პირობები, კვება, ოჯახის ბიუჯეტი და სხვ.) და არამატერიალური (განათლება, აღზრდა, მორალი, ტრადიციები და სხვ.) ფაქტორები, რომელნიც მოქმედებენ ცხოვრების წესზე, ე.ი. ადამიანის ქცევაზე, მოღვაწეობაზე. ცხოვრების წესის ცნებასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული ისეთი ცნებები, როგორიცაა „ცხოვრების წყობა“, „ცხოვრების დონე“, „ცხოვრების სტილი“ და სხვ. ამ საკითხებს შეისწავლის „სანოლოგია“ – მეცნიერება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და მისი გაუმჯობესების ანუ ჯანმრთელთა ჯანმრთელობის შესახებ.

ცხოვრების წესის განხილვისას განსაკუთრებით გამოყოფენ მოსახლეობის **სამედიცინო აქტივობას**, რადგან მას პირდაპირი დამოკიდებულება აქვს ადამიანის ჯანმრთელობასთან. საკუთრივ სამედიცინო აქტივობა მოიცავს პიროვნების, ადამიანთა ჯგუფების, მთლიანად მოსახლეობის ურთიერთობას ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებულ პერსონალთან და ცალკეულ დაწესებულებასთან. მისი მთავარი ელემენტებია **ჰიგიენური** ქცევა, რომლის დამკვიდრება უზრუნველყოფს ცალკეული პიროვნების და მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობას, მის სამედიცინო ქცევას, რაც თავისთავად გულისხმობს სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებში დროულ მიმართვას, საექიმო დანიშნულების შესრულებას, სამედიცინო პერსონალთან თანამშრომლობას. სამედიცინო აქტივობა დამოკიდებულია პიროვნების საერთო კულტურაზე, განათლების დონეზე, ფსიქოლოგიურ განწყობაზე, ცხოვრების პირობებზე, ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობაზე და ა.შ.

13.2. მოსახლეობის კვება

კვება გარემოს ერთ-ერთი ყველაზე მძლავრი ფაქტორია, რომელიც გავლენას ახდენს, როგორც ჯანმრთელ, ასევე ავადმყოფ ადამიანზე, იგი აკავშირებს გარემოსა და ორგანიზმს, უზრუნველყოფს ორგანიზმში საკვები პროდუქტებიდან რთული ორგანული ნივთიერებების (ცილა, ცხიმი, ნახშირწყლები, ვიტამინები) და სხვა ქიმიური ელემენტების, მინერალური ნივთიერებებისა და წყლის მიწოდებას. თითოეული ინგრედიენტის ხანგრძლივი დეფიციტი ან სიჭარბე შეიძლება ქრონიკული არაინფექციური დაავადების ერთ-ერთი გამომწვევი მიზეზი გახდეს.

დღეისათვის კვების ფაქტორებით გამოწვეულ დაავადებებს (ალიმენტარულ დაავადებებს) ჯერ კიდევ დიდი წილი უძევთ მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში. თუ განვითარებული სახელმწიფოებისათვის პრობლემის სიმწვავე გამოიხატება, ძირითადად, რაციონის ჭარბი კალორიულობისა და ზოგიერთი საკვები ინგრედიენტის ფართო მოხმარების შედეგად გამოწვეული ისეთი არაინფექციური ქრონიკული დაავადებების განვითარებით, როგორიცაა სიმსუქნე, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და სხვა, განვითარებადი ქვეყნებისათვის, მ.შ. საქართველოსათვისაც, ამ მხრივ აქტუალურია შიმშილის პრობლემა, მთელი რიგი კვებითი ფაქტორების (ცილები, ცხიმები, მიკროელემენტები და სხვ.) დეფიციტი, რაც თავის მხრივ მოსახლეობაში იწვევს ავიტამინოზს, ანემიებს, ბავშვებში ზრდისა და განვითარების დაქვეითებასა და სხვა.

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის მოსახლეობის კვების სტრუქტურის თავისებურებებთან ერთად, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში საკვები პროდუქტების მწარმოებელი და გადამამუშავებელი სფეროს განვითარებას, მოსახლეობის ხარისხიანი საკვები პროდუქტებითა და საარსებო ფინანსური საშუალებებით უზრუნველყოფას.

საქართველოში სიღარიბის დონის მატებასთან ერთად უკანასკნელ წლებში მკვეთრად შეიცვალა მოხმარებული კვების პროდუქტების სპექტრი. 2002 წლის მონაცემებით მოსახლეობის უმეტესი ნაწილის ყოველდღიურ რაციონში, ძირითადად, შედის პური და პურპროდუქტები – 28,2%, ბოსტნეული

(მათ შორის კარტოფილი) – 29,9%, ხილი – 8,4%. ამასთან მეკეთრად იკლო რძისა და რძის პროდუქტების – 17,1%, ხორცისა და ხორცის პროდუქტების – 4%, შაქრისა და საკონდიტრო ნაწარმის – 4,4% მოხმარებამ.

ცხრილი 39

კვების პროდუქტების მოხმარება (კგ ერთ სულზე წელიწადში)

პროდუქტის დასახელება	კგ	%
საკვები მარცვლეული და ბურღულეული	6,8	1,4
პური და პურპროდუქტები	138,9	28,2
მაკარონი და სხვა ანალოგიური ნაწარმი	5,3	1,1
ხორცი და ხორცის პროდუქტები	19,9	4,0
თევზეული	3,8	0,8
რძე და რძის პროდუქტები	84,5	17,1
კვერცხი (ცალი)	105	
მეთი და ცხიმები	12,7	2,6
ხილი, ყურძენი	41,3	8,4
ბოსტნეული, კარტოფილი, ბალახეულის ჩათვლით	147,3	29,9
შაქარი, ჯემი, თაფლი, შოკოლადი, საკონდიტრო ნაწარმი	21,7	4,4
კვების სხვა პროდუქტები	7,4	1,5
ყავა, ჩაი, კაკაო	0,6	0,1
მინერალური წყალი, უალკოჰოლო სასმელი, ნატურალური წვენები	2,6	0,5
სულ (კვერცხის გამოკლებით)	492,8	100

მოუხდავად იმისა, რომ ევროპის სხვა ქვეყნებისაგან განსხვავებით ხორცისა და რძის პროდუქტებში შემავალი აუცილებელი ამინომჟავების, ცილებისა და ვიტამინების შევსება, საქართველოს მოსახლეობის ტრადიციული კვების რაციონიდან გამომდინარე, მეტწილად ხერხდება (პარკოსანთა, სხვადასხვა სახის მარცვლეულის, ბოსტნეულის, ხილის ხარჯზე), კვების რაციონის გამოხატული გაღარიბება განპირობებულია ხორცისა და რძის პროდუქტების ნაკლებობით. ზემოაღნიშნული პროდუქტების ჩამონათვალი თავისი ენერგეტიკული ბალანსით დღე-ღამეში უზრუნველყოფს 1800-2500 კკალ, თუ გავითვალისწინებთ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებს, რომლის თანახმადაც განვითარებად ქვეყნებში ადამიანის ორგანიზმის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საშუალო სადღეღამისო ენერგეტიკული მოთხოვნილება უნდა შეადგენდეს 2300-დან 3050 კკალ-მდე, მაშინ ცხადი ხდება, რომ ქვეყნის მოსახლეობის კვებაში გამოხატული იყო დისბალანსი, რაც საშიშროებას უქმნის ადამიანის სიცოცხლეს.

შექმნილი მდგომარეობა ნაწილობრივ განაპირობებს ე.წ. დეცელერაციის პროცესსაც (ბავშვთა და მოზარდთა ფიზიკური განვითარების პროცესის შენელებას), რომელიც უკვე აისახა ახალგაზრდა თაობის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლების გამოხატულ ჩამორჩენაში. ამასთან, საკმარისად გაზვიადდა ის პათოლოგიური მდგომარეობებიც, რომლებიც მჭიდროდაა დაკავშირებული კვების ნაკლებობასთან ან მის არასრულფასოვნებასთან.

13.3. თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით საზოგადოების დანაკარგები წლიდან წლამდე იზრდება. დადგენილია, რომ სიგარეტის შეძენაზე დახარჯული თანხები მწვეველთა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საფასურის ტოლია. ამას ემატება არაპირდაპირი ხარჯებიც, რომლებიც მწვეველთა შრომისუუნარობისა და ნაადრევ სიკვდილიანობის მაღალი დონით არის განპირობებული. თამბაქოს მწვეველებში შრომისუუნარო დღეთა რიცხვი 25-50%-ით უფრო მაღალია, ვიდრე არამწვეველებში.

გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიურ დაავადებათა განვითარების ერთ-ერთი ყველაზე კარგად შესწავლილი რისკ-ფაქტორია ნიკოტინის ზემოქმედება ადამიანის ორგანიზმზე. გარდაცვლილ ონკოლოგიურ ავადმყოფთა 30% თამბაქოს მოიხმარდა, ფილტვის კიბოს დროს კი მწვეველთა ხვედრითი წილი 80%-ს აღწევს.

თამბაქოს კვამლი სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ე.წ. პასიური მწევრელები-სათვის, რომლებიც ხშირ შემთხვევაში უფრო დიდი რისკის ქვეშ იმყოფებიან, ვიდრე აქტიური მწევრელები. ამ კუთხით განსაკუთრებულ რისკის ჯგუფს ის ბავშვები წარმოადგენენ, რომელთა მშობლებიც ეწევიან. ოჯახებში, სადაც ერთი ან მეტი ოჯახის წევრი ეწევა, ბრონქოპნევმონიებისა და ბრონქული ასთმის გავრცელება ბავშვებში ორჯერ მეტია, ვიდრე არამწევრე ოჯახებში. თამბაქოს მოხმარება უარყოფით ზემოქმედებას ახდენს ადამიანის რეპროდუქციულ ფუნქციასა და მის შთამომავლობაზე. იგი ხელს უშლის ჩასახვას, ორსულობას, ლაქტაციას და აფერხებს ბავშვის ზრდა-განვითარებას. არსებული მონაცემების მიხედვით, სიკვდილი, გამოწვეული ნებისმიერი მიზეზით, მათ შორის უბედური შემთხვევითაც, უფრო ხშირია მწევრელებში, ვიდრე არამწევრელებში.

ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში მამაკაცთა მიერ თამბაქოს ფართო მოხმარება დაიწყო პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ და ყველაზე მაღალ დონეს 1970-იან წლებში მიაღწია. ქალებში ეს პროცესი შედარებით გვიან დაიწყო. ამჟამად თამბაქოს მთავარი მომხმარებელია ჩინეთი (915 მლრდ. ლერი), ღსთ-ს ქვეყნები (360), ინდოეთი (335), იაპონია (225), ბრაზილია (164). განვითარებადი ქვეყნები მსოფლიოში წარმოებული თამბაქოს ნახევარს მოიხმარენ, რომლის მოცულობა ყოველწლიურად 2,1%-ით იზრდება, მაშინ, როდესაც განვითარებულ ქვეყნებში იგი 1,1%-ით მცირდება. ამის ძირითადი მიზეზი აქტიური ანტინიკოტინური კამპანიებია, რომელთა მეშვეობით აშშ-სა და კანადაში 10 წლის განმავლობაში თამბაქოს მოხმარება 9%-ით შემცირდა, ფინეთსა და ინგლისში – 8,5%-ით, ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში – 6%-ით და ა.შ. განვითარებული ქვეყნების გასაღების ბაზრის შემცირებამ თამბაქოს მწარმოებელი ტრანსნაციონალური კომპანიების ყურადღების ცენტრში განვითარებადი ქვეყნები მოახვედრა, სადაც არც კანონმდებლობა და არც საზოგადოებრივი აზრი საკმარისად მზად არ იყო ანტინიკოტინური პროპაგანდის ეფექტიანი გატარებისათვის. შედეგად, ამავე პერიოდში სიგარეტზე მოთხოვნილება აფრიკაში გაიზარდა 42%-ით, ლათინურ ამერიკაში – 29%-ით, აზიაში – 22%-ით. ანალოგიური ტენდენცია აღინიშნება ღსთ-ს ქვეყნებშიც.

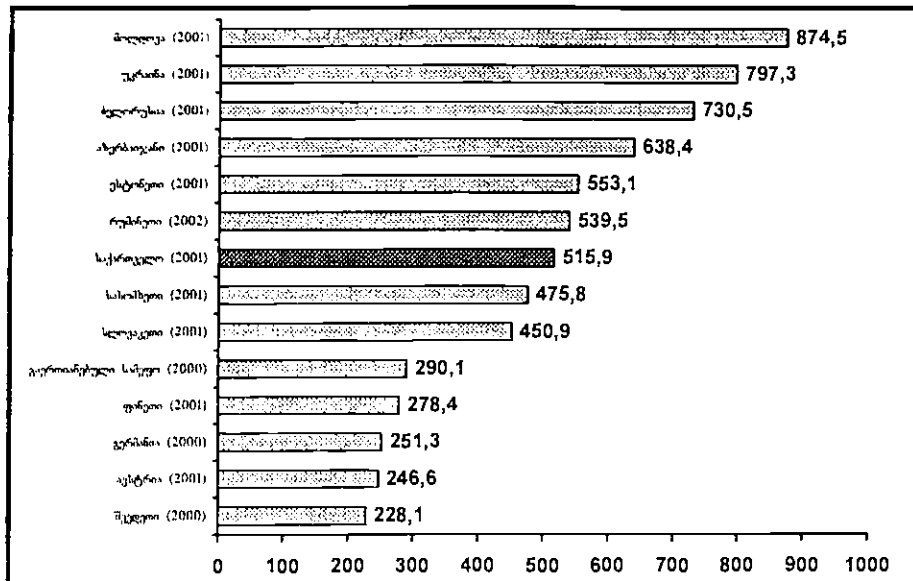
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ევროპაში 215 მლნ. ადამიანი მოიხმარს თამბაქოს ნაწარმს (მათ შორის 130 მლნ. მამაკაცია), ყოველწლიურად 1,2 მლნ. სიკვდილის შემთხვევა დაკავშირებულია სიგარეტის მოწვევასთან. თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გაცილებით უფრო მაღალია ყოფილ სოციალისტურ ქვეყნებში, რაც, თავის მხრივ, ამ ქვეყნების განვითარების დონეს უკავშირდება (ნახატი 29).

სხვადასხვა კვლევით დადასტურდა, რომ საქართველოს მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი თამბაქოს პერმანენტული და ინტენსიური მომხმარებელია. თამბაქოს მოხმარების სიხშირე როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში, ყველაზე მაღალია 26-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ისინი ეწევიან მთელი მოხმარებული სიგარეტის 60,5%-ს. მათზე მოდის სიგარეტის შეძენაზე დახარჯული მთელი თანხის ორი მესამედი. 13-15 წლის მოზარდებს შორის მწევრელია 22,1% (მათ შორის 32,6% ბიჭი და 12,1% გოგონა).

საქართველოს მოსახლეობა წლის განმავლობაში სულ შეისყიდის 364,3 მლნ. კოლოფ (ანუ, დაახლოებით, 7,3 მილიარდ ლერ) სიგარეტს, რაც ერთ მწვერულზე, საშუალოდ, 387,0 კოლოფს შეადგენს. თბილისის მოსახლეობა წელიწადში მოიხმარს, დაახლოებით, ორ მილიარდ ლერ სიგარეტს, რაშიც 90 მილიონ ლარამდე თანხას ხარჯავს. სოფლის მოსახლეობა გაცილებით მეტ სიგარეტს მოიხმარს (დაახლოებით, 3,4 მილიარდ ლერს), მაგრამ მის შეძენაზე ხარჯავს ოდნავ ნაკლებს, ეს იმითაა გამოწვეული, რომ სოფლის მოსახლეობა ეწევა უფრო იაფფასიან სიგარეტს. სხვადასხვა კვლევით დგინდება, რომ თამბაქოს ლეგალური პროდუქტის წილი ბაზარზე 57%-ს შეადგენს.

ნახატი 29

**თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი
ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში**



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, კონტრაბანდის მასშტაბების ზრდა, უკანონო ვაჭრობა, თამბაქოს მოხმარების ახალი ფორმების შემოღება ხელს უშლის ამ მოვლენის სრულ სტატისტიკურ შეფასებასა და დინამიკის მონიტორინგს. ამიტომ, თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული ძირითადი ამოცანები რეკლამის რეგლამენტირებას, კონტრაბანდის ბრძოლას, საგადასახადო პოლიტიკას და ა.შ. უკავშირდება. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ახალგაზრდებისათვის გამიზნული საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და ირიბი რეკლამირების წარმართვა.

13.4. ალკოჰოლის მოხმარება

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, ევროპის რეგიონში ავადობის ტვირთის, დაახლოებით, 9% მოდის სპირტიანი სასმელების მოხმარებაზე, რაც სხვა რისკის ფაქტორებთან ერთად, განაპირობებს ისეთი დაავადებების განვითარებას, როგორიცაა: ღვიძლის ციროზი, ჰიპერტენზია, ინსულტი, გულის იშემიური დაავადებები, პანკრეატიტი, კუჭის, ღვიძლის, სწორი ნაწლავის, ხორხის სიმსივნეები და სხვ., ასევე იწვევს ფსიქომოტორული და კოგნიტიური ფუნქციების სერიოზულ დარღვევებს. ალკოჰოლურ თრობას მოჰყვება ემოციური თვითკონტროლის შესუსტება, რაც შეიძლება ძალადობის გამოვლინების ბიძგი გახდეს.

ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების სოციალური შედეგების დასახასიათებლად გამოიყენება შემდეგი მონაცემები:

- ალკოჰოლიზმით დაავადებულთა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი (პირველად რეგისტრირებული და ქრონიკული ალკოჰოლიკი 100000 მოსახლეზე);
- ალკოჰოლიზმით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (100000 მოსახლეზე);
- სიმთვრალით განპირობებულ უბედურ შემთხვევათა რაოდენობა (100000 მოსახლეზე);
- სიმთვრალეში ჩადენილ ბოროტმოქმედებათა რაოდენობა;
- მეუღლის ლოთობასთან დაკავშირებულ განქორწინებათა რაოდენობა.

გამომდინარე იმ ზიანიდან, რომელიც საზოგადოებისთვის მოაქვს ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენებას, მისი პროფილაქტიკა სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის საქმეა და მოითხოვს ორი ძირითადი სტრატეგიის განხორციელებას:

- სპირტიანი სასმელებით მოსახლეობის მომარაგების შეზღუდვას მათი წარმოებისა და გასაღების შეზღუდვის გზით;
- ალკოჰოლზე მოთხოვნილების შემცირებას მის მავნე გავლენაზე სწორი საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბების მიზნით.

ეს სტრატეგიები ურთიერთშემავსებელია და დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ პოლიტიკაზე. მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყანაში არსებული, ე.წ. სააქციზო გადასახადების გარდა, შემოღებულია მთელი რიგი დამატებითი დანარიცხები, რომლებიც ზრდის ალკოჰოლური სასმელის საბაზრო ღირებულებას, რის შედეგად ამოღებული თანხების ნაწილი გამოიყენება უალკოჰოლო სასმელებზე შეღავათიანი ფასების შესანარჩუნებლად, მეწარმეებისათვის სათანადო კომპენსაციების დასაწესებლად და ა.შ. ზოგიერთი ქვეყნის კანონმდებლობა ითვალისწინებს სავაჭრო ორგანიზაციებში სპეციალური რეჟიმის დარეგულირებას, მყიდველის მინიმალური ასაკის დადგენას, სასმელში სპირტის შემცველობის შემცირებას და ა.შ. მკაცრად ისჯებიან სპირტიანი სასმელების უკანონო მწარმოებლები და რეალიზატორები.

ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემასთან დაკავშირებით ორი სახის ღონისძიების განხორციელებაა შესაძლებელი:

- პირველადი პროფილაქტიკა, როგორც რისკ-ჯგუფებში, ისე მთლიანად მოსახლეობაში;
- უშუალოდ ალკოჰოლიზმთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრა.

ალკოჰოლიზმის პირველადი პროფილაქტიკა შეიძლება მიმართული იყოს:

- სპირტიანი სასმელების წარმოებისა და რეალიზაციის შემცირებაზე;
- უშუალოდ ადამიანზე, რომელიც ხშირად მოიხმარს სპირტიან სასმელებს;
- რისკ-ჯგუფის წარმომადგენლებზე ან მთლიანად საზოგადოებაზე.

ღვინისა და სხვა სპირტიანი სასმელების ზომიერი მოხმარების დიდმა ისტორიულმა ტრადიციებმა ხელი შეუწყო საქართველოში ალკოჰოლიზმის დაბალი დონის შენარჩუნებას 90-იან წლებამდე. ამასთან ერთად საქართველოსათვის გაცილებით დამახასიათებელია სპირტიანი სასმელების, განსაკუთრებით ღვინის, ე.წ. საყოფაცხოვრებო მოხმარება, რაც საკმარისად დიდ ზიანს აყენებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

ცხრილი 40
ალკოჰოლიზმის გაგრძელება
მხარეების მიხედვით

რეგიონები	2001	2002
საქართველო	182,0	188,8
თბილისი	261,4	310,8
აჭარა	162,3	155,6
კახეთი	249,4	228,9
იმერეთი	240,3	219,0
სამეგრელო	82,1	80,0
შიდა ქართლი	38,0	39,2
ქვემო ქართლი	86,9	100,3
გურია	144,2	139,6
სამცხე-ჯავახეთი	59,2	61,7
მცხეთა-მთიანეთი	356,6	353,3
რაჭა-ლეჩხუმი	125,3	265,4

მომდევნო წლებში მდგომარეობის გამწვავებას ხელი შეუწყო ქვეყანაში პოლიტიკური და განსაკუთრებით ეკონომიკური სიტუაციის გამძაფრებამ, მაგარი სპირტიანი სასმელების ღებ-პინგურ ფასებში გასაღებამ, რასაც თან სდევდა შიდა ბაზარზე მაღალხარისხიანი ღვინის ნაწარმის არასაკმარისი გამოშვება. ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს საზოგადოებრიობის ღმობიერი დამოკიდებულებაც ახალგაზრდების მიერ სპირტიანი სასმელების გადაჭარბებული მოხმარების მიმართ. შემოაღნიშნულმა მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი მაგარი სპირტიანი სასმელების მოხმარების ზრდას მოსახლეობაში და განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, მათ შორის ქალებშიც.

13.5. ნარკოტიკების მოხმარება

მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში აღინიშნება წამალთდამოკიდებულებისა და, განსაკუთრებით, ნარკომანიის ზრდის ტენდენცია. ამასთან დაკავშირებით გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია და ყველა ქვეყნის მთავრობა განაგრძობდა წამალთდამოკიდებულებასთან ბრძოლის ღონისძიებების ინტენსიფიკაციას, რადგანაც ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება არამარტო ქრონიკული დაავადება, არამედ სოციალური პრობლემაც არის.

ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის პრიორიტეტული მოთხოვნაა და იგი ორ ძირითად მიმართულებას მოიცავს. პირველი – მოსახლეობისათვის ნარკოტიკული ნივთიერებების ხელმისაწვდომობის აღკვეთა (რაც პრაქტიკულად შეუძლებელია) ან მნიშვნელოვნად შემცირება, რაც, ძირითადად, ძალოვანი სტრუქტურების მოვალეობაა, მეორე – ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებაზე მოსახლეობის მოთხოვნილების მოსპობა (რაც პრაქტიკულად შეუძლებელია) ან მნიშვნელოვნად შემცირება.

მოსახლეობაში ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე მოთხოვნილების შემცირება, თავის მხრივ, ორ ძირითად ფაქტორზეა დამყარებული. პირველადი პრევენცია, ანუ მოსახლეობაში ნარკოტიკების მოხმარებისადმი ნეგატიური დამოკიდებულების გამომუშავება, და ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დაავადებების მკურნალობა.

ნარკომანიის პროფილაქტიკა ითვალისწინებს შემდეგი ღონისძიებების გატარებას:

- ახალგაზრდობასთან აღმზრდელობითი მუშაობა;
- ნარკომანიის საწინააღმდეგო პროპაგანდა მცირე სოციალურ ჯგუფებში;
- ნარკოტიკულ ნივთიერებათა ნედლეულის მოყვანის, გადამუშავების ცენტრების, ტრანსპორტირებისა და გასაღების გზების გამოვლენა და განადგურება;
- ნარკოტიკების ლეგალურ ბრუნვაზე მკაცრი კონტროლის დამყარება;
- შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის მიღება.

ნარკოტიკული ნივთიერებების მომხმარებელთა მკურნალობის ორგანიზაციაში იგულისხმება:

- სპეციალიზირებულ ნარკოლოგიურ დაწესებულებათა ქსელის ჩამოყალიბება, რომელსაც ევალება სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისა და საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფთა იზოლაციის ჩათვლით;
- ექიმ-ნარკოლოგების მომზადება;
- დაავადებულთათვის დახურული ტიპის სამკურნალო-შრომითი დაწესებულებების შექმნა და სხვ.

ბოლო წლებში საქართველოში აღინიშნა ნარკოსიტუაციის გაუარესება, რაც განპირობებულია რიგი გარემოებით, რომელთაგან, გარდა საერთო მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, გადამწყვეტი მნიშვნელობა იქონია ორმა ფაქტორმა: აზია-ევროპის სატრანზიტო მარშრუტის გახსნამ საქართველო ნარკომაფიის ინტერესების სფეროში მოახვედრა და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ცენტრალური აზიიდან (ძირითადად, ავღანეთიდან) დიდი რაოდენობით ჰეროინის შემოღწევამ, რასაც, ფაქტობრივად, ადგილი არ ჰქონია 1998 წლამდე.

2002 წელს საქართველოში აღირიცხა ნარკომანიის 5783 შემთხვევა (დაავადებიანობა – 132,29), მათ შორის, პირველად დადგენილი დიაგნოზით 481 (ავადობა – 11,0). ნარკომანიის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (379,8) აღირიცხა თბილისში. ქვეყნის საშუალოზე მაღალი მაჩვენებელი იყო სამცხე-ჯავახეთშიც (150,3). დანარჩენ რეგიონებში ნარკომანიის მაჩვენებელი დაბალი იყო (ცხრილი 41).

ექსპერტთა შეფასებით, საქართველოში ყველაზე მეტად გამოიყენება მარიხუანა და ჰეროინი, ხოლო ნარკოტიკების მომხმარებელთა საერთო რაოდენობა 120-140 ათას ადამიანს უნდა შეადგენდეს. ვითარება გაამძაფრა ჰეროინის შემოღწევა-გამ საქართველოში, რომელიც ბევრად უფრო ნარკოგენული პოტენციალის

მქონე საშუალებაა, ვიდრე ოპიუმი, და ამდენად, უფრო მოკლე დროში იწვევს დამოკიდებულების განვითარებას. გამოვლენის თვალსაზრისით მეორე ადგილზე არის მცენარე კანაფის შემადგენლები (ანაშა, მარიხუანა და სხვ.). საქართველოში უკვე გვხვდება შერეული მოქმედების სტიმულატორული საშუალება ექსტაზი, რომელსაც, ძირითადად, მოზარდები მოიხმარენ. აძლიერებს რა სქესობრივ ლტოლვას, ექსტაზი, ერთი მხრივ, ხელს უწყობს მოზარდებში სექსუალური ურთიერთობის ნაადრევ განვითარებას, მეორე მხრივ კი, ახალგაზრდებს უფრო მძიმე ნარკოტიკების მიღებისაკენ უბიძგებს.

ცხრილი 41

ნარკომანიის გავრცელება

რეგიონები	2002	
	სულ	მაჩვ.
საქართველო	5783	132,29
თბილისი	4108	279,77
აჭარა	220	58,51
გურია	31	21,63
სამეგრელო	111	27,42
მცხეთა-მთიანეთი	135	107,66
სამცხე-ჯავახეთი	312	150,29
ქვემო ქართლი	141	28,34
იმერეთი	304	43,45
კახეთი	190	46,66
შიდა ქართლი	215	68,47
ფოთი	16	33,97

ნარკომანია აღიარებულია შიდსის და C-ჰეპატიტის გავრცელების ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორად. ჩვენს ქვეყანაში აღრიცხულ აივ-ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა 72,8% ინტრავენური ნარკომანია, ხოლო C-ჰეპატიტი, რომელიც ორგანიზმზე დამანგრეველი ზემოქმედებითა და გავრცელების გზებით შიდსს არ ჩამოუვარდება – ნარკომანებს შორის უკვე ეპიდემიის ხასიათს იღებს, ვინაიდან ნარკომანების თითქმის 50% C-ჰეპატიტით არის დაავადებული.

13.6. კონტრაცეფცია და აბორტი

კონტრაცეფცია არასასურველი ორსულობისაგან თავის დაცვის საშუალებას წარმოადგენს. მისი ზოგიერთი მეთოდის აღწერა ჯერ კიდევ **ჰიპოკრატეს** (V ს. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე), **არისტოტელეს** (IV ს. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე), **სირანოსის** (II საუკუნე ჩვენს წელთაღრიცხვამდე) და, მოგვიანებით, **ალი-იბნ-აბასის** (X ს.), **ავიცენას** (XI ს.) ნაშრომებშია აღწერილი.

არსებობს კონტრაცეფციის მრავალი მეთოდი, რომელთა შორის აღსანიშნავია:

- პერიოდული თავშეკავება (მოითხოვს მენსტრუალური ციკლისა და ფერტილობის შესახებ გარკვეულ ცოდნას), კოიტუსის შეწყვეტა, კოიტუსის შემდგომი გამორეცხვა, ლაქტაციის გახანგრძლივება;
- ბარიერული მეთოდები (მამაკაცის ან ქალის პრეზერვატივი – კონდომი, საშოს დიაფრაგმა, საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი, საშვილოსნოს კონტრაცეპტული ღრუბელი);
- სპერმიციდული მეთოდები (სპერმიციდული აქტივობის ვაგინალური ქაფების, სანთლებისა ან ტაბლეტების ინტრავაგინალური გამოიყენება);
- ორალური კონტრაცეფცია (კონტრაცეფციული აბების გამოყენება);
- საშვილოსნოსშიდა საშუალებები (სპირალი, მედიკამენტოზური საფარველით ან მის გარეშე);
- სტერილიზაცია (მამაკაცის – ვაზექტომია, ქალის – ფალოპის მილებზე ლიგატურის დადება).

ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებების ხმარების შესახებ მსჯელობისას ხშირად კეთდება მცდარი დასკვნა, რომ მათ გამოყენებას მივეყვართ შობადობის შემცირებისაკენ. სინამდვილეში კონტრაცეფტივები არასასურველი ან არადროული ორსულობის თავიდან აცილებისა და შობადობის რეგულირების შესაძლებლობას იძლევა.

კონტრაცეფციის მეთოდებისაგან განსხვავებით, რომელთა გამოყენება ყველა ეპოქაში იყო დაშვებული, ხელოვნურ აბორტს სოციალურ ბოროტებად მიიჩნევდნენ. ორსულობის

ხელოვნური შეწყვეტა ცნობილი იყო უკვე შორეულ წარსულში. ამასთან, თითქმის ყველა ქვეყანაში, როგორც კანონმდებლობა, ისე საზოგადოებრიობა მას ნეგატიურად აფასებდა. მაგალითად, ჰიპოკრატე აბორტს თვლიდა არაზნეობრივ, ექიმისათვის შეუფერებელ და, რაც მთავარია, კანონსაწინააღმდეგო ქმედებად და ფიცსაც კი ადებინებდა თავის მოწაფეებს, რომ არ გააკეთებდნენ აბორტს.

ქრისტიანობამ გარკვეული გავლენა მოახდინა აბორტების რიცხვის შემცირებაზე. ბიზანტიის იმპერატორ იუსტინიანეს კანონმდებლობით (დაახლოებით 482-565 წწ.), ნაყოფი ორსულობის 40 დღემდე ითვლებოდა უსულოდ, 41-ე დღიდან კი სულიერად. სასჯელიც „მუცლის გაცუდებისათვის“ ამის მიხედვით სხვადასხვანაირი იყო (კონსტანტინოპოლის VI ტაძრის დადგენილებით (629წ.), სულიერი ჩანასახის განადგურებისათვის დაშნაშავე სიკვდილით ისჯებოდა, ხოლო უსულო ჩანასახისა – გადასახლებით).

თანამედროვე განმარტებით აბორტი ეწოდება ორსულობის შეწყვეტას 28 კვირამდე. განასხვავებენ თვითნებურ (სპონტანურ) აბორტს და ხელოვნურ აბორტს. ეს უკანასკნელი შეიძლება იყოს:

- **მედიკამენტოზური აბორტი** (ორსულობის 8 კვირამდე) – ორსულობის შეწყვეტა სპეციალური პრეპარატებით;
- **მინი-აბორტი** (ორსულობის 5 კვირამდე) – ვაკუუმით ასპირაცია;
- **სამედიცინო აბორტი** (6 – 28 კვირამდე) –
 - ✓ ორსულობის ადრეულ პერიოდში ჩატარებული (12 კვირამდე);
 - ✓ ორსულობის გვიან პერიოდში ჩატარებული (12-28 კვირამდე).

იმის მიხედვით, თუ სად ტარდება აბორტი, არჩევენ სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარებულ აბორტს და არასამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარებულ ანუ **კრიმინალურ აბორტს**.

ბევრი ქვეყნის გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ ვერც აბორტის მკაცრმა აკრძალვამ და ვერც მისმა ლეგალიზებამ ვერ მოახდინა გამოხატული გავლენა მთლიანად დემოგრაფიული სიტუაციის შეცვლაზე. მართალია, აბორტის შეზღუდვის შემდეგ პირველი წლების განმავლობაში შობადობის დონე იზრდება, მაგრამ შემდგომ წლებში ისევ მცირდება. ამასთან, აბორტის აკრძალვის შემდეგ შობადობის კოეფიციენტის მოკლევადიანი მატება შეიმჩნევა იმ შემთხვევაში, თუ ეს ოპერაცია ოჯახის დაგეგმარების ერთადერთ საშუალებას წარმოადგენს.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა აბორტის ოპერაციის შესახებ არაერთხელ შეიცვალა, რაც გარკვეულწილად ასახავდა ქვეყანაში შექმნილ საზოგადოებრივ აზრს. თუ გასაბჭოებამდე ეკლესიის მოთხოვნით აბორტის ოპერაცია ზოგიერთდებოდა მხოლოდ ერთეულ შემთხვევაში, უკვე 1922 წლიდან მისი სრული ლეგალიზაცია მოხდა. ამ ღონისძიებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა კრიმინალური აბორტების რიცხვი, რაც ქალთა ჯანმრთელობას დიდ ზიანს აყენებდა. მიუხედავად აბორტის სრული ლეგალიზაციისა, შობადობის კოეფიციენტი საქართველოს გასაბჭოების პირველ წლებში თითქმის არ შეცვლილა. 1936-1955 წწ. აბორტი თითქმის სრულად აიკრძალა და მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაში იყო ნებადართული. ამ პერიოდში მკვეთრად გაიზარდა არალეგალური აბორტების რაოდენობა, რამაც იმდენად დიდი ზიანი მოიტანა, რომ აბორტის ლეგალიზაციის საკითხი ისევ დადგა.

1955 წლიდან ძალაში შევიდა სპეციალური კანონი, რომლის მიხედვითაც დამკვიდრდა აბორტის ოპერაციის უფასოდ ჩატარება, ამასთან, გათვალისწინებული იყო მომუშავე ქალის მიერ გაცდენილი სამუშაო დღეების ფულადი ანაზღაურებაც. კანონი, ერთი მხრივ, ავალდებულებდა სამედიცინო დაწესებულებებს აბორტის წარმოებას და, მეორე მხრივ, მათვე ავალდებდა აბორტის წინააღმდეგ ბრძოლას. ბუნებრივია, საკითხის ამგვარმა დაყენებამ მხოლოდ ზიანი მოუტანა საზოგადოებას.

თუმცა უკანასკნელ წლებში აბორტის ოპერაციაზე დაწესდა სათანადო ფასი, რამაც, არსებული ეკონომიკური სიძნელეების გათვალისწინებით, იგი ნაკლებად ხელმისაწვდომი გახადა, აბორტების რიცხვი საქართველოში მაინც ზედმიწევნით დიდია. აღნიშნული გარკვეულწილად განპირობებულია იმ

გარემოებიც, რომ მოსახლეობა შედარებით იშვიათად მოიხმარს კონტრაცეფტიულ საშუალებებს, რისი მიზეზიც თაობების მანძილზე გამომუშავებული ქცევის სტერეოტიპია (ცხრილი 42).

ცხრილი 42

აბორტები და კონტრაცეფტივების გამოყენების დინამიკა საქართველოში

	ცოცხალ- შობილთა რიცხვი	აბორტები სულ	აბორტები 1000 ცოცხალ- შობილზე	მექანიკური კონტრაცეფტივების გამოყენება	ჰორმონალური კონტრაცეფ- ტივების გამოყენება
1992	72631	50748	730.8	9588	5419
1993	61594	45131	789.4	8379	3468
1994	57311	45858	857.9	9127	3983
1995	56341	39538	715.2	9538	5181
1996	53300	30003	554.1	10817	3699
1997	52851	23403	447.6	8171	4869
1998	49588	21018	423.8	9148	6276
1999	46827	18306	390.9	11539	9142
2000	46765	14951	319,7	9120	7865
2001	46006	15008	326,2	9032	8755
2002	45033	13908	308,8	8252	8143

თავი 14. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა

14.1. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა სახელმწიფო პოლიტიკის შემადგენელი ნაწილია და მიზნად ისახავს ისეთი სტრატეგიის განხორციელებას, რომელიც მიმართულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

- სამედიცინო მომსახურებისადმი თანასწორუფლებიანობა;
- მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსების და მისი ავტონომიის აღიარება;
- ექიმის და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობის ცნობა კანონით დაშვებულ ფარგლებში;
- მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო მომსახურების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობების შესახებ;
- სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედებისათვის კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება.

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკისა და სტრატეგიის შემუშავება ხდება ეროვნულ დონეზე, ხოლო შემდეგ მას ქვეყნის ხელისუფლება და ჯანდაცვის სექტორი ახორციელებს. საჭიროების შემთხვევაში, მასში საერთაშორისო სააგენტოები და დონორი ორგანიზაციებიც მონაწილეობენ.

მრავალრიცხოვანი კონსულტაციების საფუძველზე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გენერალურმა ასამბლეამ 1990 წელს მხარი დაუჭირა სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სტრატეგიების შეჯერების აუცილებლობას, რის შედეგად გლობალური მასშტაბით მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად შემუშავდა შემდეგი დებულებები:

- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგია უნდა ითვალისწინებდეს ცალკეული ქვეყნის ან რეგიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის თავისებურებებს, სისტემაში არსებულ შრომით და მატერიალურ რესურსებს და ქვეყნის ინფრასტრუქტურის შესაძლებლობებს (ტრანსპორტი, კავშირგაბმულობა, წყალმომარაგება);
- მთავრობა სამედიცინო პროგრამებს აქტიურად უნდა უჭერდეს მხარს, რათა მოხდეს საჭირო რესურსების მობილიზაცია და დაინტერესებული სექტორების საქმიანობის კოორდინაცია;
- ჯანდაცვის სტრატეგია უნდა ითვალისწინებდეს სისტემურ მიდგომას და ხორციელდებოდეს სახალხო მეურნეობის სხვა სექტორებთან მჭიდრო თანამშრომლობის საფუძველზე, რაც გულისხმობს:
 - ✓ ჯანდაცვითი პროგრამებისათვის განკუთვნილი რესურსების კონცენტრაციას;
 - ✓ დარგის განვითარების კონცეფციის შემუშავებას და მის ცხოვრებაში გატარებას;
 - ✓ მომსახურების ახალი სახეების დანერგვას;
 - ✓ სხვა სისტემებთან საქმიან ურთიერთთანამშრომლობას (საზოგადოებრივი და კერძო სექტორების ჩათვლით);
 - ✓ ჯანდაცვითი პროგრამების ფარგლებში შესრულებულ სამუშაოთა მონიტორინგს;

- უნდა განხორციელდეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გარდაქმნა, მისი დეცენტრალიზაცია (ეს განსაკუთრებით საგულისხმოა, ვინაიდან ხშირად ყველაზე რთული მართვის სისტემის რეორგანიზაციაა. იგი მოითხოვს უკვე ჩამოყალიბებული მუშაობის სტილის შეცვლას, რაც მრავალ წინააღმდეგობას იწვევს, როგორც პერსონალის მხრიდან, ასევე ახალი მენეჯერული ტექნოლოგიების დანერგვის თვალსაზრისით);
- უნდა დაინერგოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სტრატეგიული დაგეგმვის ახალი ტექნოლოგიები (კარგად ორგანიზებულმა ადმინისტრაციულმა სისტემამ უნდა დაუშვას მრავალგანზომილებადი დაგეგმვა. შეფასების მეთოდები უნდა ასახავდეს რეალურ პრობლემებს და მათი გადაწყვეტის გზებს);
- უნდა მოხერხდეს კადრების მრავალსაფეხურიანი სტრუქტურის განვითარება (კადრების რაციონალური ინფრასტრუქტურის შექმნა და სისტემის ყველა დონისათვის კომპეტენტური მუშაკების მომზადება. თითოეული დონის მუშაკს უნდა შეეძლოს ქვემდგომი მუშაკისათვის დახმარების გაწევა, საჭიროების შემთხვევაში კი – მათი გაკონტროლება);
- ჯანდაცვის სისტემისათვის პერსონალის მომზადებისა და გადამზადების პროცესში აუცილებელია ხელსაყრელი და ეფექტიანი მეთოდების გამოყენება;
- ქვეყნის ან ცალკეული რეგიონის განვითარების პროცესში აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის საჭიროებათა გათვალისწინება.

მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული დებულებები გაიზიარა ქვეყნების უმრავლესობამ, სათანადო მატერიალური, ფინანსური და საკადრო რესურსების ნაკლებობის გამო ბევრ ქვეყანაში ისინი უფრო ხშირად დეკლარაციულ ხასიათს ატარებს. ძირითად პრობლემებს, რომლებიც ამუხრუჭებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების ფუნქციონირებას, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში და მათ შორის საქართველოშიც, მიეკუთვნება:

- ფრაგმენტული მიდგომა ჯანდაცვის სექტორის განვითარებისადმი (ხშირად ჯანდაცვითი პროგრამების შეუსრულებლობას რესურსების ნაკლებობა განაპირობებს. განვითარებადი ქვეყნებისათვის დამახასიათებელია მსხვილი სადემონსტრაციო პროექტების დაგეგმვა, რაც ხშირად პოლიტიკური მოსაზრებებითაა განპირობებული. მაგრამ სათანადო სამართლებრივი ბაზის უქონლობა, უკონტროლობა, კორუფცია, ამ პროექტების არარეალურობა იწვევს მათი განხორციელების შეჩერებას ან საერთოდ შეწყვეტას);
- ცენტრის ნაკლები დაინტერესება ადგილობრივი ჯანდაცვითი პროგრამების განხორციელებით (ხშირ შემთხვევაში, სამთავრობო გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ ადგილებზე, ფინანსური სახსრების ნაკლებობის გამო, დაგეგმილი პროექტები ვერ ხორციელდება. ამიტომ ადგილებზე იძულებული ხდებიან, მოკლევადიანი ან დროებითი ღონისძიებების გატარებით შემოიფარგლონ, რაც ნაკლებად უწყობს ხელს საერთო სიტუაციის გაუმჯობესებას);
- მოძველებული ორგანიზაციული სტრუქტურების გამოყენება დასახულ ამოცანათა განსახორციელებლად (ეს პრობლემა განსაკუთრებით ძნელად გადასაჭრელია, რადგან ტრადიციული ორგანიზაციული სტრუქტურები ხელს უწყობენ ცენტრალიზებული სისტემის შენარჩუნებას, რომელიც უფრო ორიენტირებულია სადამსჯელო ფუნქციების შესრულებაზე, ვიდრე ადგილობრივ სტრუქტურებთან თანამშრომლობის ახალ მიმართულებათა განვითარებაზე, მათთვის ფართო ავტონომიის მინიჭებაზე);
- სისტემის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებული პრობლემები (ადგილობრივი ადმინისტრაციის ეფექტიან მუშაობას ხელს უშლის საშუალო და ქვედა დონის ხელმძღვანელთა დაბალი პროფესიონალიზმი, თანამედროვე საინფორმაციო სისტემების არარსებობა, სიძნელებები მომარაგებასა და დაფინანსებაში);
- დაგეგმვასთან დაკავშირებული პრობლემები (სამედიცინო პროგრამებზე საჭირო რესურსების გამოყოფა ხშირად ყოველგვარი დაგეგმვისა და საჭიროებათა ობიექტური შეფასების გარეშე ხორციელდება. ამით საფრთხე ექმნება, როგორც ცალკეული პროგრამის განხორციელებას, ასევე მთლიანად სისტემის არსებობას);

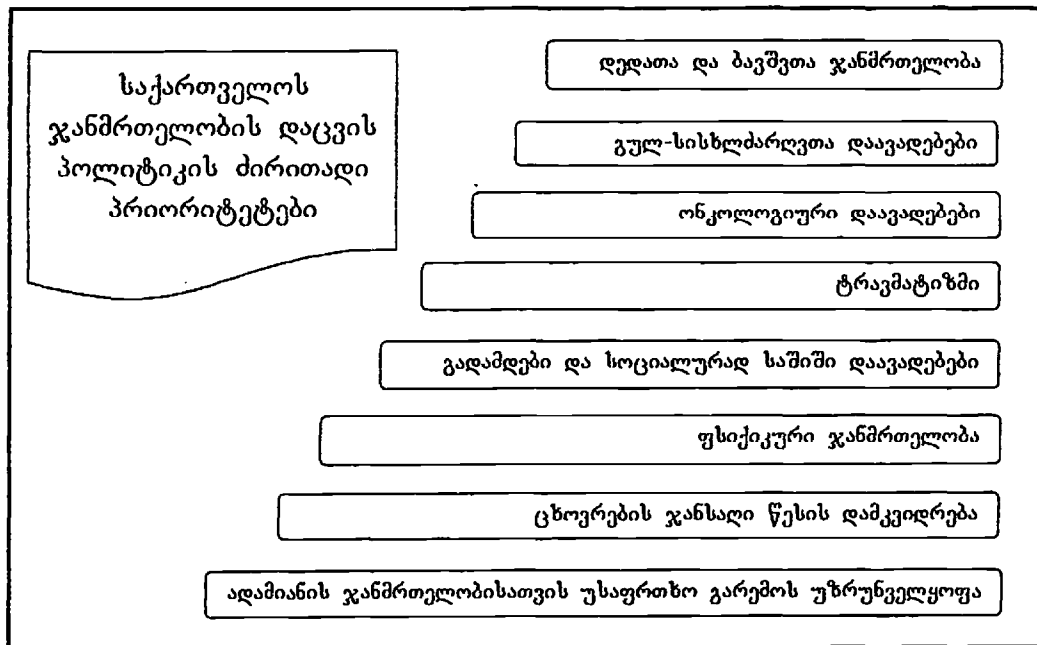
- კადრების მომზადებისა და გამოყენების პრობლემები (სამედიცინო პერსონალის გამოცდილებისა და ცოდნის გამოყენების დასაბუთებული დაგეგმვის გარეშე შეუძლებელია კადრების ოპტიმალური მომზადება და გამოყენება);
- ფინანსური სიძნელეები (პირველსაწყისი კაპიტალური დანახარჯები მსხვილმასშტაბიანი პროგრამების განსახორციელებლად ხელს აძლევს როგორც ქვეყნის მთავრობას, ისე დონორებს. ამავე დროს, პროგრამების მიმდინარე დანახარჯებს დონორები ხშირად არ გამოყოფენ, რაც აფერხებს ან აჩერებს პროექტის შესრულებას, ვინაიდან ადგილობრივი მთავრობა, უმეტესწილად, არ არის დაინტერესებული საკუთარი თანხების ხარჯვით, დონორი კი თვლის, რომ საკმარისი მუშაობა ჩაატარა).

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნის ჯანდაცვის სტრატეგიის განხორციელება ყველა სახელმწიფო სტრუქტურის საქმეა, მისი კოორდინაცია, ძირითადად, ჯანდაცვის სამინისტროს კომპეტენციაში შედის. რიგ ქვეყნებში (მათ შორის საქართველოშიც) შექმნილია სოციალური პოლიტიკის წარმმართველი ერთიანი სახელმწიფო სტრუქტურა, რომელშიც გაერთიანებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საკითხები.

ამ პრინციპების გათვალისწინებით, 1999 წელს შემუშავდა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“ და „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა 2000-2009 წ.წ.“. ამ დოკუმენტების თანახმად, 2010 წლამდე მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ძირითად პრიორიტეტებად აღიარებულია (ნახატი 30).

ნახატი 30

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტები



დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება. საქართველოში არსებული მწვავე დემოგრაფიული სიტუაციის ფონზე განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას. მოსახლეობის საერთო გაჯანსაღების თვალსაზრისით ძალზედ მნიშვნელოვანია „კეთილსამიერო სტარტი“, ანუ განსაკუთრებული ზრუნვა და კონტროლი პიროვნებაზე პრე- და პოსტნატალურ პერიოდებში, როდესაც მრავალი დაავადების საფუძველი ყალიბდება.

გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება. ისევე, როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში (განსაკუთრებით განვითარებულ ქვეყნებში),

საქართველოშიც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს პირველი ადგილი უჭირავს სიკვდილიანობის სტრუქტურაში, ამიტომ ამ დაავადებათა პროფილაქტიკასა და თანამედროვე მეთოდებით მკურნალობას ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებასა და საერთო გაჯანსაღებაში.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციის, გამოვლინებისა და მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესება. ონკოლოგიური დაავადებები გამოსავლის მიხედვით მძიმე პათოლოგიათა რიცხვს მიეკუთვნება. ამ დაავადებებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა დამოკიდებულია სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალებათა ხელმისაწვდომობაზე, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მათ პრევენციას, ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ავადობის თავიდან აცილება შემთხვევათა 1/3-ში შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებით, ხოლო დროული გამოვლინების ორგანიზაციას (მათ შორის, სკრინინგ-ტესტების გამოყენებით) შეუძლია სიკვდილიანობის შემცირება 30%-ით.

ტრავმატიზმის შემცირება. საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურაში ტრავმატიზმს მესამე ადგილი უჭირავს. სატრანსპორტო საშუალებათა მნიშვნელოვან ზრდას და ქვეყნის სატრანსპორტო ფუნქციის გაფართოებას თან სდევს ტრავმების მატება. ამავე დროს, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დასაქმებულთა შრომის უსაფრთხოების უზრუნველყოფას, ვინაიდან ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასთან ერთად წარმოჩინდება საწარმოო ტრავმატიზმის პრობლემა. ტრავმატიზმით გამოწვეული ინვალიდობა და შრომის უუნარობა საკმაოდ მძიმე ტვირთად აწევს ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სფეროებს.

გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებების შემცირება. ბოლო წლების მანძილზე საქართველოში მიმდინარე პოლიტიკურმა და სოციალურ-ეკონომიკურმა პროცესებმა გამოიწვია, როგორც მთლიანად მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესება და იმუნური სტატუსის დაქვეითება, ასევე ჯანდაცვის სისტემის ბევრი რგოლის მუშაობის დასუსტება. როგორც შედეგი, მკვეთრად გაიზარდა ზოგიერთი ინფექციური და სოციალურად საშიში დაავადებით ავადობის სიხშირე. ამიტომ ძალზე დიდ მნიშვნელობას იძენს ინფექციურ სნეულებათა გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლა, პროფილაქტიკა, დროული დიაგნოსტიკა და ავადმყოფების კვალიფიციური დახმარება, ვინაიდან სწორედ ინფექციური სნეულებებით ავადობის მაჩვენებელი ასახავს ქვეყნის განვითარებისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის რეალურ დონეს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება. როგორც მთლიანად სახელმწიფოში, ასევე ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილი მძიმე მატერიალური მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმწვავეთა აისახა ისეთ სპეციფიკურ დარგზე, როგორიც არის ფსიქიატრია. დაავადებათა ქრონიკულმა ბუნებამ, მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის საჭიროებამ, ავადმყოფთა სოციალურად საშიშმა ქმედებებმა და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში შექმნილმა კრიტიკულმა სიტუაციამ განაპირობა ამ დარგის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსების აუცილებლობა.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება. ეს პრობლემა განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოსათვის, სადაც ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება დეფიციტური და არასტაბილურია. მრავალი მწვავე თუ ქრონიკული დაავადების პრევენცია შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და მოსახლეობაში ფართოდ დანერგვის გზით, რასაც მთლიანობაში შეუძლია „ავადობის ტვირთის“ შემცირება.

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა და მავნე ფაქტორების ზეგავლენის ლიკვიდაცია. ეკონომიკური კრიზისის პირობებში უკანა პლანზე მოექცა და მოიშალა სხვადასხვა დონის სანიტარიულ-ჰიგიენური და გარემოს დაცვით ღონისძიებათა სისტემა, რამაც გამოიწვია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის აუცილებლობა, პირველ რიგში – ხარისხიანი სასმელი წყლითა და კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფა. ამასთან, მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ განაპირობა შიმშილთან, დაბალკალორიულ კვებასთან, საკვების სხვადასხვა კომპონენტის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემები (მაგალითად, იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტი). არანაკლებ მნიშვნელოვანია ბუნებრივი და ტექნოგენური (ქიმიური და რადიაციული) და სხვა კატასტროფების, აგრეთვე საომარი კონფლიქტების შედეგების ლიკვიდაცია.

14.2. საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

ნებისმიერი დარგის, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს, ფუნქციონირების ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა მისი საკანონმდებლო რეგულაცია. ამ კუთხით საქართველოს კონსტიტუციისა (1995 წლის 24 აგვისტო) და სამოქალაქო კოდექსის (1997 წლის 26 ივნისი) მიღება უდავოდ მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯი იყო საქართველოს სახელმწიფოებრიობის ჩამოყალიბების გზაზე.

საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობის შექმნის ძირითადი მიზანია საერთაშორისოდ აღიარებული ნორმებისა და პრინციპების დაცვა და მათი რეალიზაციისათვის საჭირო სამართლებრივი მექანიზმების განსაზღვრა. შესაბამისად, საქართველოს კანონმდებლობის ჩამოყალიბებაზე დიდი გავლენა იქონია დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში წარმოებულმა საკანონმდებლო საქმიანობამ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, ევროსაბჭოს, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის, ევროკავშირის და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ მომზადებულმა დოკუმენტებმა.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში არსებულ საქართველოს კანონმდებლობის კონცეფციას საფუძვლად უდევს ისეთი საერთაშორისო აღიარებული დოკუმენტები, როგორიცაა:

- ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია (1948);
- ევროპის კონვენცია ადამიანის უფლებების და ძირითადი თავისუფლებების შესახებ (1950);
- ევროპის სოციალური ქარტია (1961);
- მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის ჰელსინკის დეკლარაცია ადამიანის მონაწილეობით წარმოებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის შესახებ (1964);
- გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის სამედიცინო ეთიკის პრინციპები (1983);
- ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დეკლარაცია ევროპაში პაციენტთა უფლებებისათვის ხელშეწყობის შესახებ (1994) და სხვ.

საბჭოთა სახელმწიფოს არსებობის 70-წლიანი ისტორიის პერიოდში საქართველოში კანონშემოქმედებითი საქმიანობა მხოლოდ ცენტრალური ხელისუფლების მიერ მოწოდებული ჩარჩო კანონების მცირეოდენ ადაპტაციას გულისხმობდა.

საქართველოს, ისევე, როგორც პოსტკომუნისტური სივრცის სხვა ქვეყნებს საბჭოთა კავშირისაგან მემკვიდრეობით ერგო მთელი რიგი პრობლემები, რომელთაგან ჯანდაცვის სფეროსათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო:

- ჯანდაცვის სისტემის ორიენტაცია საწოლების რაოდენობაზე და არა ავადმყოფთა მოთხოვნილებაზე;
- პაციენტისადმი პატერნალისტური დამოკიდებულებით გამსჭვალული სამედიცინო პერსონალი და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დამოუკიდებელი კანონშემოქმედებითი საქმიანობის ტრადიციის არარსებობა;
- სათანადო სპეციალისტების, პირველ რიგში, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი იურისტების, მწვავე ნაკლებობა;
- მოსახლეობის ინერტულობა და იზოლაცია ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაში.

1995 წელს დაწყებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის ერთ-ერთ ძირითადი სტრატეგიული მიმართულება ახალი საკანონმდებლო ბაზის შექმნა იყო.

დარგის სამართლებრივი უზრუნველყოფა გამოძინარეობს ქვეყნის კონსტიტუციიდან, რომლის მე-3 მუხლის თანახმად „მხოლოდ საქართველოს უმაღლეს სახელმწიფო ორგანოთა განსაკუთრებულ გამგებლობას მიეკუთვნება ფარმაცევტული პრეპარატების კანონმდებლობა“, ხოლო 37-ე მუხლი გვამცნობს:

1. ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.
2. სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებას და ამ საშუალებებით ვაჭრობას.
3. ყველას აქვს უფლება ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში.

ამ ფუძემდებლურ პრინციპებზე დაყრდნობით, შემუშავდა საკანონმდებლო ნორმატიული აქტები, რომელთა შორის ძირითადია კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. მისი მიზანია:

- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების სამართლებრივი რეგულირება;
- სამედიცინო მომსახურების თანასწორუფლებიანობის უზრუნველყოფა საკუთრების ფორმის მიუხედავად;
- ჯანდაცვის დაფინანსების სხვადასხვა ფორმის არსებობის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის უზრუნველყოფა;
- ადამიანის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების საკითხებში;
- სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის უზრუნველყოფა სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის ლიცენზირება-სერტიფიცირების პროცესების წარმართვაზე;
- სახელმწიფოს მონაწილეობის უზრუნველყოფა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასა და სიცოცხლისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნაში;
- ადამიანის, როგორც ბიო-სამედიცინო კვლევების სუბიექტის, უფლებების დაცვა.

კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ ძირითადი დებულებები ეხება სამედიცინო საქმიანობის სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების შესაბამისი პროფესიული განათლებისა და პრაქტიკული სწავლების უზრუნველყოფას, დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სერტიფიცირებასა და რესერტიფიცირებას, ექიმთა ვალდებულებებსა და სოციალურ უფლებებს.

თავის მხრივ, კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მიმართულია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვაზე, პაციენტთა სრულ ინფორმირებაზე, პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალობაზე და სხვ. გადადგმულია პირველი ნაბიჯები ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტის დასაფუძნებლად, რაც, უდავოდ, შეუწყობს ხელს სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტს შორის ურთიერთობების საკანონმდებლო ნორმებისა და ეთიკური პრინციპების შესაბამისად წარმართვას.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, საქართველოს პარლამენტმა მიიღო შემდეგი კანონები:

- სამედიცინო დაზღვევის შესახებ;
- წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ;
- საქართველოს სანიტარიული კოდექსი;
- სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ;

- ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;
- ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფიცირების (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ;
- ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ;
- სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ;
- ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ;
- ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ;
- სამედიცინო გადასახადების შესახებ.

ამ კანონებში სრულად არის ასახული სამედიცინო მომსახურების სფეროში აღიარებული და დანერგილი ნორმები, რომლებიც ხელს უწყობენ საქართველოში ჯან-დაცვის სისტემის სხვადასხვა მიმართულების სამართლებრივ ჩარჩოში ფუნქციონირებას.

14.3. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების თავისებურებები საქართველოში

ძველი ქართული სამედიცინო აზროვნება, ქართველი ერის უძველესი კულტურის განუყოფელი ნაწილი, უხსოვარი დროიდან იღებს საწყისს. ამაზე მეტყველებს არქეოლოგიური ნივთიერი მასალები, ეთნოგრაფიულ და მითოლოგიურ წყაროებში გადმოცემული მისტიკები, სამედიცინო ფოლკლორი, ბერძენ და რომაელ მწერალთა, მეცნიერთა და მოგზაურთა, ქართველ და უცხოელ მკვლევართა ნაშრომები.

როგორც ძველი მითებიდანაა ცნობილი, კოლხეთში ჰეკატეს ბაღში გაშენებული სამკურნალო მცენარეების თვისებების ცოდნა და გამოყენება მხოლოდ კოლხებს შეეძლოთ. კოლხეთის მეფის, აიეტის ასული **მედეა** იმგვარი მკურნალი იყო, რომლისათვისაც არ არსებობდა არავითარი საიდუმლოება მცენარეული სამყაროს ცხოველმოქმედი ძალების გამოვლინების ხელოვნებაში. „მედიცინად“ წოდებული ეს სიბრძნე სწორედ მედეას სახელსა და „ოქროს საწმისის“ მოდარაჯე გველს უკავშირდება. იმ უხსოვარი დროიდან სისხლის გადასხმის, გაახალგაზრდავების, გერონტოლოგიური პრობლემების, კოსმეტოლოგიის (თმის შეღებვის, სახისა და სხეულის მაღამოების) პრაქტიკაში განხორციელებული იდეები მსოფლიოს მედიცინის ისტორიაში დღესაც „Cura Mediana“-ს სახელით იწოდება, და მედიცინის სიმბოლოც ოქროს თასიდან ამომართული გველია.

საქართველო, რომლის მკვიდრთ გააჩნდათ საკუთარი სამედიცინო-ფილოსოფიური მსოფლმხედველობა სიცოცხლის ჩასახვა-განვითარების, დაბერების, სიკვდილის, დაავადების წარმოშობისა და მისი მკურნალობის, სამკურნალწამლო საშუალებათა დოზირებისა და სხვა საკითხების შესახებ, სამართლიანად დგას „მედიცინის მამათა“ წარმომშობი უძველესი სამედიცინო კულტურის მქონე ქვეყნებს შორის.

სულიერი სიბრძნის, კერძოდ კი, მედიცინის ხელოვნებამდე აყვანილ მითებსა და ლეგენდებს საფუძველს უმაგრებს ნივთიერი მასალები, რომლებიც მოპოვებულია არქეოლოგიური გათხრებისას არა მხოლოდ კოლხეთის, არამედ საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე. ძვ.წელთაღრიცხვის II ათასწლეულით დათარიღებულია ნაყენის დასამზადებელი ჭურჭელი ორმუცლიანი გველის გამოსახულებით, საწოვარა, ნემსები, ბრინჯაოსა და ოქროს დანები, პინცეტები, ქირურგიული დანიშნულების სხვა ინსტრუმენტები, ბრინჯაოს საწურები, შარდის საკვლევი მინის სინჯარები, ტრეპანირებული თავის ქალა,

რომელსაც აშკარად ატყვია დასტაქრის ხელი. ამავე პერიოდისათვის საქართველოში სამკურნალოდ გამოყენებული ყოფილა მინერალური წყლები, რასაც თვალნათლივ ადასტურებს ბორჯომსა და არმაზში აღმოჩენილი, ცხოველმოქმედი წყაროების სიახლოვეში აგებული უძველესი აბანოების ნაშთები.

ქართული სამედიცინო კულტურის, ცოდნისა და მისი გამოყენების მეთოდები ლიტერატურულ წყაროებშიც არის აღწერილი. ძვ.წ.ად. II ათასწლეულში ქართულ ენაზე შექმნილი თხზულება „ამირანი“ მოგვითხრობს დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის იმდროინდელი მეთოდებისა და მანიპულაციების შესახებ. მოტანილია ცნობები ხელოვნური მშობიარობის ანუ ე.წ. საკეისრო კვეთის შესახებ, წამოჭრილია დღენაკლული ახალშობილის ზრდისა და განვითარების დასასრულებლად ხელოვნური გარემოს (ინკუბატორის) შექმნის იდეა, ჭრილობის დამუშავების მატერიალისტური თუ მაგიური წესები, იკვეთება თვალის ამოღებისა და ჩასმის (ტრანსპლანტაციის) იდეა, მოწოდებულია გარკვეული წარმოდგენები ყვავილის ინფექციაზე, ლაპარაკია ბალახების სამკურნალო თვისებებზე. ჰავიოგრაფიულ ძეგლში „შუშანიკის წამება“ გადმოცემულია ავადმყოფი ადამიანის მკურნალობისა და მოვლა-პატრონობის ძირძველი ცოდნა.

საქართველოში სამედიცინო აზრის პრაქტიკული განხორციელების ახალი სიმაღლეები, საექიმო პროფესიის მნიშვნელობა, სარბიელზე გამოსული ექიმი-პროფესიონალები, უკვე გაჩენილი პირველი საავადმყოფოები მჭიდროდ უკავშირდება მსოფლიოში სახელგანთქმული ქართველი ფილოსოფოსისა და თეოლოგის, დიდი მკურნალის **პეტრე ობერისა** და მისი დედის, ქართლის დედოფლის **ბაკურდახტის** მოღვაწეობას.

ამავე პერიოდში პალესტინის წმინდა მიწაზე, ათონის ივერთა და პეტრიწონის ქართველთა მონასტრებში მოქმედებდა საავადმყოფოები, ლეპროზორიუმი კეთროვანთათვის, მოხუცთა და დავრდომილთა თავშესაფარი და აფთიაქი, ხოლო დასავლეთ საქართველოში გელათის აკადემიასთან XI საუკუნეში დაარსებული საავადმყოფო XVII საუკუნემდე განაგრძობდა ფუნქციონირებას. ამას ადასტურებს „ქართლის ცხოვრება“, რომლის მიხედვითაც ამ საავადმყოფოს გარდა, ქუთაისის მიდამოებში მოქმედებდა სამოქალაქო მნიშვნელობის „სასნეულოც“ (ახლანდელი „ინფექციური საავადმყოფოს“ პროტოტიპი).

გელათის, ისევე როგორც იყალთოს აკადემია-მონასტერში, სხვა საგნებთან ერთად ისწავლებოდა სამკურნალო საქმეც. იყალთოს აკადემიაში ანატომიას ასწავლიდა მოძღვართ-მოძღვარი **არსენ იყალთოელი**. საავადმყოფო-სასნეულო მოქმედებდა აგრეთვე ჯავახეთში ვარძიის მახლობლად, ვანისქვაბის მონასტერშიც. ვარძიაში არსებული აფთიაქის ნანგრევები კი დღევანდელ თაობებშიც იწვევს გაკვირვებას.

უცხოეთში მოღვაწე დიდმა ღვთისმეტყველმა, ქველმოქმედმა და უანგარო, ე.წ. „უვერცხლო“ მკურნალმა **ილარიონ ქართველმა** (822-875 წ.წ.) ბიზანტიაში დააარსა ორი ქართული მონასტერი, სადაც ხდებოდა „ხორცათა საღმომიერთა“ მკურნალობა.

ხანძთის სავანეებში – იშხანისა და შატბერდის მონასტრებში – ითარგმნა „კაცისა შესაქმე“, რომელიც თავისი არსით წარმოადგენს ტრაქტატს ადამიანის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური აგებულებისა და ფუნქციონირების შესახებ. ოშკის მონასტერში **სტეფანე ოშკელმა** თარგმნა და გადაწერა თხზულება „ლიმონარი“ („სამოთხე“), რომელშიც გაშუქებული იყო ქსენონების მოწყობისა და სამკურნალო საქმიანობის საკითხები.

სათვის ხელმოუწვდომელი იყო თანამედროვე ღონის წამლები, ექიმებისათვის კი – მოწინავე სამედიცინო ტექნოლოგიები. სასტიკად აკრძალული კერძო საექიმო საქმიანობა მაინც ხორციელდებოდა ექიმისათვის ჰონორარის ფარულად გადაცემის გზით.

სოციალისტური წყობის პირობებში, როგორც მთლიანად საბჭოთა სივრცეში, ისე საქართველოშიც, ჯანდაცვის სისტემა ფუნქციონირებდა სემაშკოს მიერ შემუშავებული მოდელის საფუძველზე, რომლისათვისაც დამახასიათებელი იყო:

- სამართავად მეტად რთული ბიუროკრატიული აპარატის მკაცრი ცენტრალიზაცია, რამაც გარკვეული პროგრესული მიღწევების შემდეგ თავისი დრო მოჭამა და უკვე განვითარების მუხრუჭის როლს თამაშობდა;
- სისტემის ბიუჯეტური დაფინანსება, რომელიც სამხედრო ხარჯების ზრდის პარალელურად „ნარჩენი“ დაფინანსებით ჩაინაცვლა;
- ფიქსირებული ხელფასები, რომელიც არ ითვალისწინებდა შესრულებული მუშაობის ოდენობასა და ხარისხს;
- კერძო სექტორის არარსებობა, რის გამოც ჯანსაღი კონკურენციის პრინციპები შეცვლილი იყო სოცშეჯიბრის დასაწყისში შედეგიანი, ხოლო შემდეგში ფორმალური პრინციპით;
- მოსახლეობისათვის უფასო სამედიცინო მომსახურება, რაც სამედიცინო პერსონალის ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობის პირობებში ხარისხის გაუარესებას იწვევდა.

1991 წელს საბჭოთა კავშირის დაშლისას არსებული ეკონომიკური კრიზისის გაღრმავებას შედეგად მოჰყვა საფინანსო და ფულად-საკრედიტო სისტემების სრული მოშლა, ტრადიციული სამეურნეო კავშირების რღვევა და წარმოების პარალიზება. ეკონომიკური ხასიათის პრობლემებს ამწვავებდა შიდა პოლიტიკური დაპირისპირებულობა, გარედან ინსპირირებული სეპარატისტული მოძრაობები და სამოქალაქო ომი, კრიმინალური ძალების აღზევა, რაც, ბუნებრივია, უარყოფითად მოქმედებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

შედეგად, მკვეთრად გაუარესდა საქართველოს მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები. გაიზარდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, დაირღვა ვაქცინაციის ვადები, რამაც ღიფთერიისა და სხვა საშიშ ინფექციათა აფეთქება განაპირობა. მკვეთრად შესუსტდა სანიტარული კონტროლის ქმედუნარიანობა. ერთჯერადი სამედიცინო ინვენტარის მწვავე ნაკლებობის გამო თითქმის არ კლებულობდა B-ჰეპატიტით ავადობის მაჩვენებელი. საგანგაშო გახდა სოციალურად საშიშ დაავადებათა ზრდის ტემპი.

ამ პერიოდის კრიზისს აღრმავებდა ჯანდაცვის ობიექტთა მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების არა მარტო მოძველება, არამედ, რიგ შემთხვევებში, სრული განადგურებაც კი, სამეცნიერო ბაზების გაღარიბება, კერძო სამედიცინო სასწავლებელთა რაოდენობის გაუმართლებელი ზრდა და კადრების მომზადების ხარისხის გაუარესება.

ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გამო 5-7 წლის განმავლობაში მკვეთრად შემცირდა და 1994 წელს ერთ სულ მოსახლეზე, დაახლოებით, 0,4 აშშ-ის დოლარის ეკვივალენტს უდრიდა. ასეთ პირობებში პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებისათვის აუცილებელი მატერიალური და შრომითი რესურსების მინიმალურ დონეზე ფუნქციონირებაც კი. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა „საყოველთაო და უფასო“ სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას.

მიუხედავად ჯანდაცვის სოციალისტური სისტემის ნაკლოვანებებისა, ხაზგასასმელია მისი მრავალი დადებითი მხარეც, რომელთა უკომპრომისო რეალიზაციამ უზრუნველყო არაერთი საორგანიზაციო საკითხის გადაწყვეტა, დაქსაქსული სამედიცინო ძალების გაერთიანება და კოორდინაცია, უახლოესი და პერსპექტიული ღონისძიებების დასახვა და ცხოვრებაში გატარება. სოციალისტური პერიოდის მედიცინა საქართველოში სტრუქტურითა და მიზანდასახულობით წარმოადგენდა სრულიად ახალს, არსებითად განსხვავებულს ადრინდელი პერიოდის მედიცინასთან შედარებით, ის, უპირველესად, ხალხის სამსახურში იდგა და თავისი ძირითადი პრინციპებით იყო სახელმწიფოებრივი, გეგმიური და უფასო მომსახურებას ექვემდებარებოდა.

1925 წლიდან ქვეყანაში, სახალხო მეურნეობის აღდგენის პარარელურად, დაიწყო ჯანპუნქტების შექმნა, რომლებსაც დაევალათ ფართო პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება. დიდი ყურადღება მიექცა სამედიცინო დაწესებულებათა მშენებლობასა და გაფართოებას. თუ საბჭოთა პერიოდის დასაწყისში საქართველომ მემკვიდრეობად მიიღო მხოლოდ 45 საავადმყოფო, 12 ამბულატორია, 37 საექიმო და 17 საფერშლო ჯანპუნქტი, 1940 წლისათვის აქ უკვე ფუნქციონირებდა 314 საავადმყოფო 13 ათასზე მეტი საწოლით, 73 სამშობიარო სახლი, 283 პოლიკლინიკა, ტუბდისპანსერი და ვენდისპანსერი. ამ პერიოდში საფუძველი ჩაეყარა ახალ, პროფილაქტიკური შინაარსის ისეთ სამედიცინო მიმართულებებსა და შესაბამის სტრუქტურებს, როგორიც იყო მალარიისა და შავი ჭირის საწინააღმდეგო სადგურები, სანიტარიული და ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიები, ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო და ვენერიულ სნეულებათა დისპანსერები, რომელთა შექმნამ, აღნიშნულ დაავადებებთან ბრძოლის შედეგად, მათი მნიშვნელოვანი კლება განაპირობა.

დაიწყო ქართული სამედიცინო მეცნიერების აღმასვლა, რაც გამოიხატა მთელი რიგი სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტების გახსნით. 30-მდე სამეცნიერო ინსტიტუტის, ცენტრისა და ლაბორატორიის სამეცნიერო საქმიანობის შედეგები ძალიან მალე ინერგებოდა პრაქტიკაში.

მეორე მსოფლიო ომის დროს უშუალოდ ფრონტის ხაზზე ათასობით ქართველი ექიმი თავგამოდებით იბრძოდა დაჭრილი მეომრების სიცოცხლის გადასარჩენად, ხოლო რესპუბლიკაში ყველანაირი პირობა იყო შექმნილი ბრძოლის ველიდან გამოყვანილ დაჭრილ მეომართა გაჯანსაღებისათვის. საქართველოს ჰოსპიტლებში მოთავსებულ დაჭრილთა 72% ქართველმა მედიკოსებმა განკურნებული დაუბრუნეს მოქმედ არმიებს.

1960-იან წლებში საქართველოში განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ დადგა მოსახლეობის სპეციალიზებული დახმარების ორგანიზაცია, რასაც მოყვა წამყვან კლინიკებში ინფარქტის, ნეფროლოგიური, ენდოკრინოლოგიური, ალერგოლოგიური, გულმკერდის ქირურგიის და სხვა განყოფილებების შექმნა. ჩამოყალიბდა ახალი სამსახურები — კარდიო-რევმატოლოგიური, იმუნოლოგიური, რეანიმატოლოგიური, შოკის საწინააღმდეგო და სხვა. ქალაქებისა და რაიონული დაქვემდებარების თითქმის ყველა საავადმყოფო აღიჭურვა სამედიცინო აპარატურით, გაიხსნა კლინიკო-დიაგნოსტიკური ლაბორატორიები, რომელთა უმეტესობაში ბიოქიმიური გამოკვლევებიც ტარდებოდა.

მიუხედავად მიღწევებისა, იმ პერიოდის ჯანდაცვის სისტემა ზედმიწევნით ინერტულ და ძნელად განვითარებად ორგანიზმს წარმოადგენდა. არ არსებობდა გეგმებისა და მიღწეული ეფექტიანობის თანხვედრა. სისტემა ადეკვატური იყო იმ წყობისა, რომელშიც ბატონობდა დანიშნული და არა რეალური ფასები, მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი-

წინააღმდეგ ბრძოლის, ქართველ. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებები, რომლებიც ინფორმაციის გაცვლისა და განზოგადების საშუალებას იძლეოდა.

1868 წელს თბილისში გაიხსნა „მიხეილის სახელობის საავადმყოფო“, რომელიც 1871 წელს ჩამოყალიბდა პათოლოგიური ანატომიის განყოფილება, ხოლო 1874 წელს – პირველი სამედიცინო სასწავლებელი საქართველოში – საფერშლო სკოლა 4-წლიანი სწავლებით. 1873 წელს თბილისში გაიხსნა 12-საწოლიანი სამშობიარო სახლი „მშობიარეთა დამხმარე დაწესებულება“, რომელიც 1875 წელს გადაკეთდა „ოლღას სახელობის საბებიო ინსტიტუტად“.

1861 წლიდან 1920 წლამდე ქართულ ენაზე გამოვიდა 170-მდე სამედიცინო წიგნი: ანატომიის, ფიზიოლოგიის და კლინიკური მედიცინის სხვადასხვა (თერაპია, ქირურგია, მეანობა, გინეკოლოგია და სხვა) დარგში.

საქართველოს დამოუკიდებლობის გამოცხადების შემდეგ, 1918 წელს საქართველოს მთავრობამ შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან შექმნა საექიმო-სასანიტრო განყოფილება, რომელიც განაგებდა ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის საქმეს.

საქართველოს დემოკრატიული რესპუბლიკის სამკურნალო ქსელი იყოფოდა სამ სექტორად: სახელმწიფო სამკურნალო დაწესებულებათა ქსელი, მუნიციპალური (საერობო) სამკურნალო ქსელი და კერძო სამკურნალო ქსელი. გარდა ამისა, სამკურნალო საქმეს ემსახურებოდა კერძო პრაქტიკის მწარმოებელ ექიმთა კორპუსიც.

1918 წლის 26 იანვარს (ძველი სტილით) საზეიმოდ გაიხსნა თბილისის უნივერსიტეტი. იმავე წლის სექტემბრიდან ჩამოყალიბდა საბუნებისმეტყველო-სამათემატიკო და სამედიცინო გაერთიანებული ფაკულტეტი, სასწავლო კლინიკებისათვის გამოიყო „მიხეილის სახელობის საავადმყოფო“, „ოლღას სახელობის საბებიო ინსტიტუტი“, ახლანდელი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ა.ა. ლადაშვილის სახელობის I კლინიკური საავადმყოფო, ამიერკავკასიის რკინიგზის თბილისის საავადმყოფო და სხვ. უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის პირველ დეკანად აირჩიეს **ალექსანდრე ნათიშვილი**. სამედიცინო ფაკულტეტზე დაარსების პირველივე წლებიდან მოღვაწეობდნენ: **გრიგოლ მუხაძე**, **ივანე თიკანაძე**, **მიხეილ წინამძღვრიშვილი**, **შალვა მიქელაძე**, **ალექსანდრე ალადაშვილი**, **სვიმონ ამირეჯიბი**, **ივანე ბერიტაშვილი**, **ნიკოლოზ კახიანი**, **ვარლამ მოსეშვილი**, **მიხეილ ასათიანი**, **ალექსანდრე მაჭავარიანი**, **გაბრიელ დამბარაშვილი**, **იოველ ქუთათელაძე**, **სიმონ გოგიტიძე**, **ვლადიმერ ფდენტი**, **ლევან მარუაშვილი** და სხვ. თითოეული მათგანი შემდგომში ცალკეულ სამედიცინო დარგში აღიარებული და სახელოვანი ქართული სამედიცინო სკოლების (ქირურგიული, თერაპიული, მეან-გინეკოლოგიური, კარდიოლოგიური, ფიზიოლოგიური, პათანატომიური, პიგიენისა და პროფილაქტიკური, ფარმაცოლოგიური და სხვა) შემქმნელი გახდა, სადაც ახალგაზრდა სამედიცინო კადრები ეზიარებოდნენ იმდროინდელი თეორიული ცოდნის უახლეს დონეს.

1918-21 წლებში მოხერხდა გადაჭრილიყო ათეული წლების მანძილზე დაგროვილი პრობლემები, რომლებიც ეროვნული სამედიცინო კადრების მომზადებას, მოსახლეობის გაჭირვებულ ფენებში პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა განხორციელებასა და სამედიცინო ქსელის გაფართოებას ეხებოდა.

1921 წელს, საქართველოს გასაბჭოების შემდეგ, სახალხო ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში ძირეული ცვლილებები დაიწყო, რაც უპირველესად გამოიხატა იმაში, რომ სახელმწიფომ ხელში აიღო მთელი სამედიცინო საქმის მართვა.

განვითარებული ფეოდალიზმის ხანაში გაჩნდა ჯარა ექიმის (ქირურგის), აქიმის (თერაპევტის) და მეანის ცნებები, რომლებიც მოიცავდა თითოეული მათგანის მკვეთრად გამოჯნულ ფუნქციებს.

X-XIII საუკუნეებში ჩნდება ორიგინალური, ქართულ ენაზე შექმნილი სამედიცინო ლიტერატურა. **ქანანელის** „უსწორო კარაბადინსა“ (X ს.) და **ხოჯაყოფილის** „წიგნი სააქიმო“-ში (XII-XIII ს.ს.) იმ დროისათვის საოცარი მეცნიერული სიღრმითაა გაანალიზებული მედიცინის ზოგადი და კერძო საკითხები.

XVI საუკუნეში **ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილი** 2-ტომიან „კარაბადინში“ აღწერს ადამიანის ანატომიისა და ფიზიოლოგიის საფუძვლებს, იმ დროში არსებული სხვადასხვა დაავადების დიაგნოსტიკის მეთოდებს, მკურნალობის თავისებურებებს, სამკურნალო საშუალებების მოპოვების, ხელმისაწვდომობისა და მოხმარების წესებს. ამავე პერიოდში **დავით ბატონიშვილმა** შექმნა სამედიცინო ტრაქტატი „იადიგარ დაუდი“, რომლის სამედიცინო-ფილოსოფიური იდეოლოგია მოიცავს წინამორბედ ქართულ სამედიცინო მიდგომებს, გაშუქებულს პიპოკრატესეული ჰუმორული თეორიის ჩარჩოებში. წიგნში დეტალურად არის განხილული ჰიგიენისა და ნუტრიციოლოგიის, დიეტეტიკის, კერძო პათოლოგიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები.

კანონმდებლად ცნობილმა ქართლის მეფე **ვახტანგ VI-მ** 1705-1708 წლებში შექმნა ფეოდალური სამართლის კოდექსი, რომელშიც შეტანილი იყო „სამედიცინო პარაგრაფები“. ამავე პერიოდში მსოფლიო სამედიცინო საზოგადოებას (რუსეთი, ინგლისი, საფრანგეთი) ეცნობა ქართველი ექიმების მიერ ყვავილის წინააღმდეგ ბრძოლაში მიღწეული წარმატებების შესახებ. მედიცინის ისტორიაში შემონახულია ქართველ მენეშტრეთა ანუ პროფესიონალ ამცრელთა გვარები: **იოსებ ყარაშვილი, პეტრე ხარისჭირაშვილი, მიხეილ თამარაშვილი** და სხვა.

რუსეთის იმპერიის მიერ საქართველოს ანექსიას შედეგად მოჰყვა ევროპული ანუ „ტრადიციული“ მედიცინის აქტიური შემოსვლა. 1801 წელს საქართველოში მყარდება შინამმართველობის სისტემა, რომლის შემადგენლობაში შედის „საქართველოს საექიმო სამმართველოც“, რაც უკვე მოასწავებს საექიმო სამსახურის, პრაქტიკული საქმიანობისა და მკურნალობა ახალი თაობების აღზრდის რუსულ-ევროპული სისტემის დამკვიდრებას.

1808 წელს თბილისში გაიხსნა პირველი სამკურნალო დაწესებულება – სამხედრო ჰოსპიტალი, 1820 წელს კი დაარსდა სამოქალაქო მომსახურების 12-საწოლიანი საავადმყოფო. ამავე პერიოდში უკვე ფუნქციონირებდა თბილისის სათავადაზნაურო გიმნაზიის, სასულიერო სემინარიისა და ციხის საავადმყოფოები, ამიერკავკასიის კეთილშობილ ქალთა ინსტიტუტთან არსებული საავადმყოფო. 1805 წელს, პირველად მთელ საქართველოში, გაიხსნა სამხედრო აფთიაქი.

ქართული მედიცინის განვითარებისათვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა სხვადასხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციის ჩამოყალიბებას, მათ შორის პირველი 1864 წელს თბილისში დაარსებული „კავკასიის სამედიცინო საზოგადოება“ იყო, რომელსაც ამიერკავკასიაში ერთგვარი „სამეცნიერო აკადემიის“ როლი ენიჭებოდა. მან 1928 წლამდე იარსება და თავისი პრაქტიკული საქმიანობით, სამეცნიერო დისკუსიების მაღალი ხარისხით, შრომათა კრებულებით სამუდამოდ დაიმკვიდრა ადგილი როგორც ქართული, ისე მსოფლიო მედიცინის ისტორიაში. ამის გარდა სხვადასხვა წლებში ჩამოყალიბდა მეან-გინეკოლოგთა, ქუთაისისა და ბათუმის საექიმო, კბილის ექიმების, ტუბერკულოზის

ამგვარი მდგომარეობის შემდგომი გაგრძელება, ერთი მხრივ, მოსახლეობას რეალურად დაუცველ მდგომარეობაში ტოვებდა ადვილად პროგნოზირებადი სავალალო შედეგებით, ხოლო მეორე მხრივ, საბოლოოდ გააპარტახებდა სამედიცინო დახმარების ისედაც სულთმობრძავ სისტემას. აუცილებელი გახდა რადიკალური ზომების გატარება, რათა მოსახლეობის წინაშე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი სახელმწიფო ვალდებულებები მის შესაძლებლობებთან დაბალანსებულიყო.

1995 წელს დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა, რომელიც მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ისეთი მოდელის დანერგვას, რომელიც უზრუნველყოფდა დარგში ახალი ეკონომიკური ურთიერთობების დამკვიდრებას, ადამიანის უფლებების დაცვასა და სახელმწიფოებრივი მართვისა და რეგულირების პროცესებში დემოკრატიული ბერკეტების გამოყენებას. საჭირო იყო ისეთი პოლიტიკის გატარება, რომელიც უზრუნველყოფდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის ღონის შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებას და კრიზისიდან გამოიყვანდა ქართულ მედიცინას.

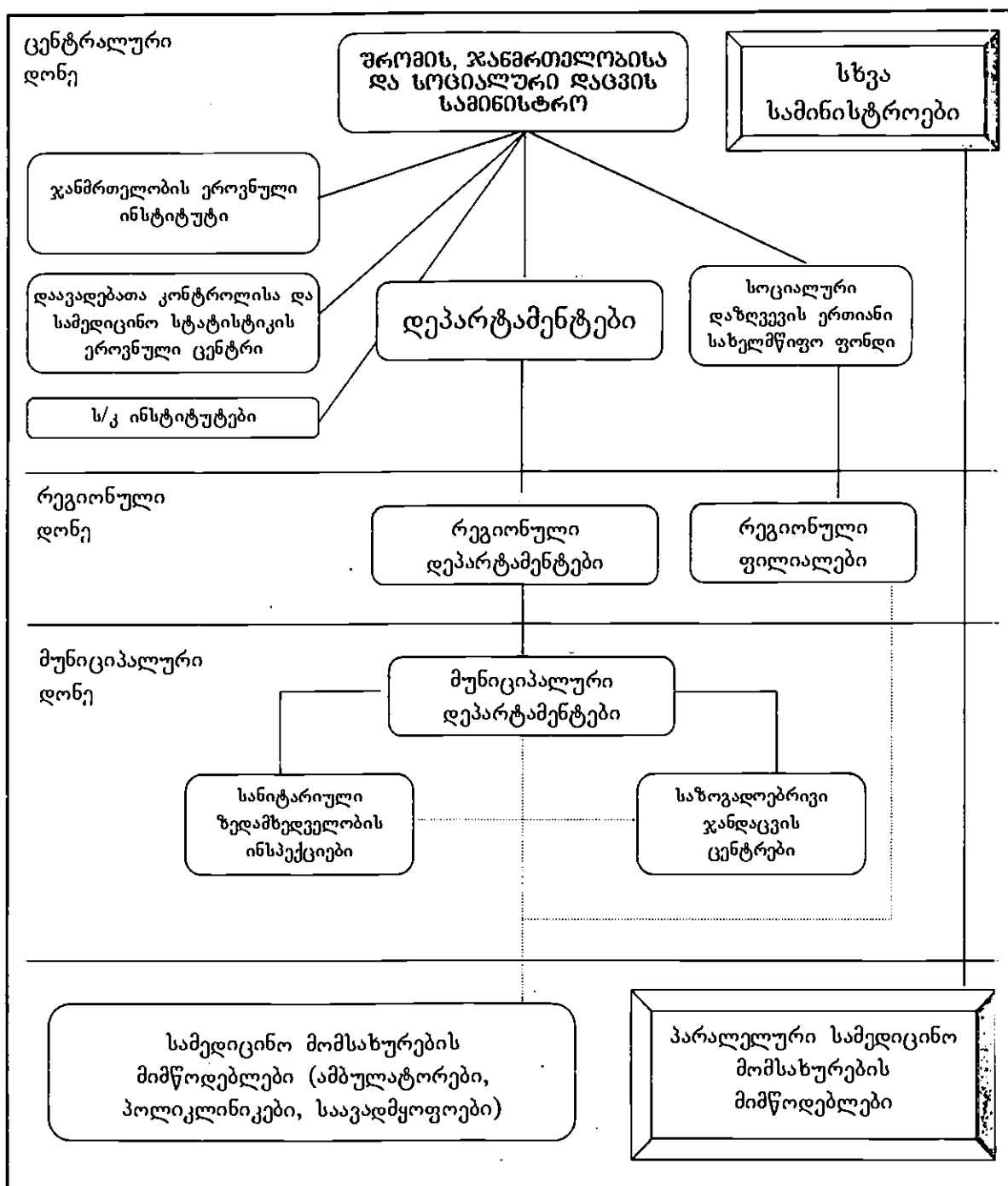
არსებული პრობლემებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა მოიცავდა დარგის განვითარების ძირითად სტრატეგიულ მიმართულებებს:

- ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;
- მართვის დეცენტრალიზაცია;
- ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა;
- სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;
- პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა;
- სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა;
- წამალთპოლიტიკის რეფორმა;
- პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაციის-ლიცენზირების დანერგვა;
- სამედიცინო განათლების რეფორმა;
- სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
- სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა;
- მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვა.

ჩატარებული ღონისძიებების შედეგად ჩამოყალიბდა ჯანმრთელობის დაცვის პრინციპულად ახალი სისტემა, თანამედროვე ინფრასტრუქტურით, ქვეყნისათვის შესატყვისი საკანონმდებლო ბაზითა და ინსტიტუციონალური მოწყობით (ნახატი 31). განისაზღვრა პრიორიტეტები და მოხდა მათზე ინტელექტუალური და მატერიალური რესურსების ფოკუსირება. შედეგად სისტემას შეძლო უაღრესად მწირი სახსრების შედარებით ეფექტური გამოყენება და სამედიცინო მომსახურების აუცილებელი მინიმუმის უზრუნველყოფა.

სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემის რეორგანიზაციის შედეგად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში განხორციელდა სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და გადანაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ხელისუფლებასა და მართვის ადგილობრივ ორგანოებს შორის. საქართველოს ბუნებრივ-სამეურნეო მხარეების მიხედვით ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის მართვის 12 რეგიონული დეპარტამენტი შესაბამისი სამსახურებით ქალაქებსა და რაიონებში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სტრუქტურა



შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო გახდა დარგის პოლიტიკისა და სტრატეგიის განმსაზღვრელი ორგანო, რომელიც უშუალოდ კი არ ერევა სამედიცინო საქმიანობის პროცესში, არამედ არეგულირებს მას სამართლებრივი ბაზის სრულყოფის, აკრედიტაცია-ლიცენზირების, ხარისხის კონტროლისა და სხვა მსგავსი მექანიზმებით.

მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი და, ამავე დროს, მტკივნეული საკითხი სისტემის ფუნქციონირების ფინანსური უზრუნველყოფის მექანიზმებს ეხება. ახალი ეკონომიკური ურთიერთობების პირობებში მკვეთრად შეიცვალა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოქმედი სახელმწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები. ცენტრალური, ბიუჯეტური დაფინანსების ძველი, მუხლობრივი სისტემის ნაცვლად დაინერგა პრიორიტეტული ჯანდაცვითი და სამედიცინო პროგრამების სახელმწიფო დაფინანსების სისტემა. შეიქმნა ახალი საფინანსო სამსახური – ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდი, რომელიც დარგისათვის გამიზნული ფულადი სახსრების აკუმულირების ორგანოს წარმოადგენდა და სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებას ახორციელებდა. ჯანდაცვის ფონდის შემოსავლების ძირითად წყაროს წარმოადგენდა საბიუჯეტო ასიგნებანი და მიზნობრივი სამედიცინო გადასახადები (დამქირავებელი იხდის ხელფასის ფონდის 3%-ს, ხოლო დაქირავებული – 1%-ს). შემდგომში ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის გადაკეთდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად, ჩამოყალიბდა მისი რეგიონული ფილიალები. 2002 წელს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიისა და სოციალური დაცვის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის გაერთიანების შედეგად შეიქმნა სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, რომელიც მთელ სოციალურ სფეროს აფინანსებს.

ჯანდაცვის ახალი ეკონომიკური მოდელის ყველაზე ეფექტურ მხარედ უნდა ჩაითვალოს მისი პროგრამულ მართვაზე გადასვლა, რამაც შესაძლებელი გახადა პრიორიტეტული პრობლემების გამოყოფა და მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ანუ ბაზისური პაკეტის განსაზღვრა, რომელსაც სახელმწიფო აფინანსებს ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების მეშვეობით.

ახალი მოდელის თანახმად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და მასზე ზრუნვა აგებულია სამი მხარის პასუხისმგებლობაზე. ესენია: სახელმწიფო, დამქირავებელი და მოქალაქე. სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანების გადაწყვეტა – პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და უმწეო მოსახლეობაზე ზრუნვა. დამქირავებელმა იტვირთა სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსება სოლიდარობის პრინციპით, ხოლო თითოეულმა ადამიანმა დაიწყო ფიქრი თავისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე, მასზე ზრუნვა, რათა შეამციროს ის დანახარჯები, რომლებიც ავადმყოფობის შემთხვევაში მის მკურნალობას შეიძლება მოჰყვეს.

მსოფლიოს წამყვანი ქვეყნებისა და ქართველი სპეციალისტების ერთობლივი ძალისხმევით შედეგად შესაძლებელი გახდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის დამუხრუჭება და მისი გაუჯობების, მართალია, უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც დაწყება. ქართული მედიცინის ფასეული ნაწილი გადაურჩა გარდაუვალ დაღუპვას. განვითარება დაიწყო ისეთმა მაღალტექნოლოგიურმა სამედიცინო დარგებმა, როგორიცაა ბავშვთა კარდიოქირურგია, გულის იშემიურ დაავადებათა ქირურგიული კორექცია, ორგანოთა ტრანსპლანტაცია და თირკმლის დიალიზი.

ქვეყანაში პრაქტიკულად გადაწყდა სამედიცინო მომსახურებისა და წამლებისადმი ფიზიკური ხელმისაწვდომობის პრობლემა. დღის წესრიგში დადგა მათდამი ეკონომიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საკითხი, რისთვისაც აუცილებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების გაზრდა. გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელების არსებული სქემა არ არის ხისტი, იგი ჩამოყალიბებულია არსებული სტრატეგიული მიმართულებების უზრუნ-

ველსაყოფად, ამიტომ ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების პარარელურად შესაძლებელია პრიორიტეტების გადანაწილება, რომლებიც მიმართული იქნება უკვე არა დარგის გადარჩენისაკენ, არამედ მისი თანმიმდევრული წინსვლისაკენ.

14.4. ჯანდაცვის სისტემათა თავისებურებანი სხვადასხვა ქვეყანაში

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, ძირითადად, ეფუძნება კერძო სადაზღვევო სქემებს. სახელმწიფო თავისთავზე იღებს მხოლოდ პენსიონერთა და უმუშევართა ჯანმრთელობის დაზღვევას.

აშშ-ში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 4887 დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 13,9%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 2168 დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 44,4%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა 77,3 წელია (ცხრილი 43).

ცხრილი 43

აშშ-ს ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2002		291,0
მოსახლეობის მატება – 1992-2002		1,1%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2002)	სულ	77,3
	კაცი	74,6
	ქალი	79,8
ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ს % (2001)		13,9
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		44,4
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		55,6
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების % მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში (2001)		17,6
ჯანდაცვის საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		4887
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		2168
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		2719

აშშ ჯანდაცვის სისტემის დადებითი მხარეებია:

- მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის შესაძლებლობა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, როგორც კერძო, ისე სახელმწიფო სექტორის მაღალი პასუხისმგებლობა;
- პაციენტთა სამართლებრივი დაცვის მაღალი დონე;
- სოციალურად დაუცველი ფენების (ხანშიშესული, უძლური და ღარიბი მოსახლეობა) ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფოებრივი სისტემის არსებობა. პროგრამა „მედიკიდ“-ის მიხედვით, ჯანდაცვის ფედერალური ბიუჯეტი შტატებს შორის ნაწილდება ერთ სულ მოსახლეზე არსებული შემოსავლების უკუპროპორციულად (მცირე შემოსავლის მქონე შტატებს მეტი სახსრები გამოეყოფა), რაც სოციალური სამართლიანობითაა განპირობებული;
- სამედიცინო კადრების მომზადებისა და გადამზადების ეფექტური ორგანიზაციული სისტემის არსებობა (აშშ-ში შემუშავებულია სამედიცინო სკოლების ატესტაციის ერთიანი ფორმები, შექმნილია სამედიცინო პრაქტიკის ლიცენზირების მდგრადი სისტემა);

- ბიო-სამედიცინო კვლევათა კოორდინირებული სისტემის არსებობა, რომელიც ფინანსდება, როგორც ფედერალური ბიუჯეტის, ასევე კერძო ბიზნესის საშუალებით;
- მოსახლეობის ფართო ინფორმირება სამედიცინო მომსახურების არსებულ ფორმებსა და მათი მიღების შესაძლებლობებზე;
- სამედიცინო დაწესებულებების კონტროლის ფართო სისტემის არსებობა, რომელსაც ახორციელებენ საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, პროფკავშირები, პროფესიული სამედიცინო ასოციაციები, პაციენტთა გაერთიანებები და სხვ.

აშშ-ის კანონმდებლობა ხელს უწყობს პაციენტებს, მომსახურებით უმაყოფილების შემთხვევაში, სათანადო სარჩელი შეიტანონ სასამართლოში, რაც, ერთი მხრივ, ამაღლებს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობას და მეორე მხრივ კი, იძულებულს ხდის მედიცინის მუშაკებს, დაიზღვიონ თავიანთი პროფესიული საქმიანობა, ვინაიდან, პაციენტის მიერ პროცესის მოგების შემთხვევაში, ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას შესაძლებელია უზარმაზარი სახსრების გადახდა დაეკისროს.

ამერიკელთა უმრავლესობა ჯანმრთელობისათვის გამოყოფილ სახელმწიფო სახსრებს ღებულობს ისეთი შეამავალების საშუალებით, როგორიცაა ეროვნული სააგენტოები და 1000-ზე მეტი კერძო სადაზღვევო კომპანია.

აშშ-ის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ნაკლოვანებებია:

- ჯანდაცვის სისტემაზე დანახარჯების მატების მაღალი ტემპი, რომელიც ხშირად არ შეესაბამება სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების დონესა და ტემპებს;
- ჯანდაცვის სისტემის არასაკმარისი ეფექტიანობა, რის გამოც აშშ-ის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები გამოკვეთილად ჩამორჩება სხვა ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნების ანალოგიურ ინდიკატორებს;
- ჯანმრთელობის დაზღვევის რთული სისტემა, რის გამოც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს უამრავ სადაზღვევო კომპანიასთან უხდებათ ურთიერთობა;
- ერთი და იმავე სახის სამედიცინო დახმარების ღირებულების მნიშვნელოვანი განსხვავება სხვადასხვა შტატში (ზოგჯერ იგი რამდენჯერმე აჭარბებს სტანდარტს);
- მედიცინის მუშაკთა შრომის ანაზღაურება ხორციელდება ჰონორარის სახით (ეს, ძირითადად, შეეხება საავადმყოფოებს, სადაც ექიმი კონტრაქტის მიხედვით იღებს გარკვეულ გასამრჯელოს ყოველი პროცედურის ჩატარებაზე), რის გამოც ექიმი დაინტერესებულია, პაციენტს მრავალრიცხოვანი, ზოგჯერ არასაჭირო პროცედურები ჩაუტაროს.

გერმანიაში მოქმედებს სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა. სადაზღვევო ფონდი, ზოგიერთი სხვა ქვეყნისაგან განსხვავებით, დეცენტრალიზებულია. არსებობს თითქმის 1200 ე.წ. **საავადმყოფო საღარო**, რომელიც ქვეყნის მოსახლეობის 88%-ს მოიცავს. აღნიშნული საღაროების დაფინანსება, ძირითადად, მომუშავეთა და მეწარმეთა სახსრებით ხდება. ყოველთვიური სადაზღვევო შესატანი საავადმყოფო საღაროებში მომუშავეთა შრომის ანაზღაურების ფონდის 13,5%-ს შეადგენს. საავადმყოფო საღაროების წევრთა 9% დამატებით კერძო დაზღვევითაც სარგებლობს.

გერმანიაში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 2412 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 10,8%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 1807 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 74,9%).

დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა საკმაოდ მაღალია და 78,7 წელს შეადგენს (ცხრილი 44).

ცხრილი 44

გერმანიის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2002		82,4
მოსახლეობის მატება – 1992-2002		0,2%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2002)	სულ	78,7
	კაცი	75,6
	ქალი	81,5
ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ს % (2001)		10,8
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		74,9
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		25,1
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების % მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში (2001)		16,6
ჯანდაცვის საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		2412
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		1807
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		605

ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარების სისტემა გერმანიაში მთლიანად გაყოფილია და ბიუჯეტში ცალკეული მუხლებით განისაზღვრება. საავადმყოფოებს არ გააჩნიათ ამბულატორიული განყოფილებები. საავადმყოფო საწოლების 51% საზოგადოებრივ (ფედერალურ, ადგილობრივ) საავადმყოფოებშია განლაგებული, კერძო და საქველმოქმედო საავადმყოფოები, რომლებსაც რელიგიური ორგანიზაციები მუშავებენ, ფლობენ საწოლთა ფონდის 35%-მდე, დანარჩენი საწოლები მუნიციპალიტეტებს ექვემდებარება.

სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ჯგუფების (DRG) სისტემის მეშვეობით ანგარიშობენ. ასეთი მიდგომა, ერთი მხრივ, ამცირებს ცალკეული სუბიექტის პასუხისმგებლობას საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ, მეორე მხრივ კი – ზრდის დანახარჯებს სამედიცინო მომსახურებაზე, ვინაიდან ამ უკანასკნელის მოცულობა მუდმივად ფართოვდება. გერმანიის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი შეიძლება ეფექტურად მოქმედებდეს სხვა ქვეყნებშიც, სადაც მაღალია ეროვნული შემოსავალი. მაგრამ არსებულ მოდელს ახასიათებს სერიოზული ნაკლოვანება. ეფუძნება რა რთულად სამართავ საავადმყოფო საღაროების სტრუქტურას, იგი ხელს უწყობს სისტემის ბიუროკრატიზაციასა და სახსრების არაეფექტურ გამოყენებას.

დიდი ბრიტანეთი მსოფლიოს ერთ-ერთ უმდიდრეს ქვეყნებს მიეკუთვნება, რომლის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ტრადიციულად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხორციელდება, თუმცა არსებობს კერძო სადაზღვევო სქემებიც.

დიდ ბრიტანეთში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 1835 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 7,6%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 1508 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის

82,2%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა 78,2 წელს შეადგენს (ცხრილი 45).

ცხრილი 45

დიდი ბრიტანეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2002		59,1
მოსახლეობის მატება – 1992-2002		0,3%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2002)	სულ	78,2
	კაცი	75,8
	ქალი	80,5
ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ს % (2001)		7,6
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		82,2
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		17,8
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების % მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში (2001)		15,4
ჯანდაცვის საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		1835
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		1508
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		327

ბრიტანული ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციისა და დაფინანსების საფუძველს პირველადი სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტულობა წარმოადგენს. ჯანდაცვის დაფინანსების საბიუჯეტო სისტემა 1948 წლიდან მოქმედებს.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმების (ოჯახის ექიმების) ხვედრითი წილი 50%-ს აღწევს. მათი მეშვეობით წყდება მოსახლეობის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემათა თითქმის 90%. ავადმყოფთა მიმართვა ექიმ-სპეციალისტებთან გულისხმობს პაციენტის აუცილებელ, წინასწარ კონსულტაციას ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან. მხოლოდ მისი მიმართვის საფუძველზე შეუძლია პაციენტს სპეციალისტის კონსულტაციის მიღება, რომელიც, ძირითადად, საავადმყოფოს ბაზაზე მუშაობს, მაგრამ აქვს ამბულატორიული მიღების უფლება.

დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი ღირსებებია:

- მდგრადი საკანონმდებლო ბაზა;
- ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფოებრივი ხასიათი;
- სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის რეგიონული ბიუჯეტების რეგულირება, რაც სტაბილური ფასების შენარჩუნების საშუალებას იძლევა;
- სხვა ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით საშუალო დონის დანახარჯები ჯანდაცვაზე. მიუხედავად ამისა, სისტემა ახერხებს საკმარისად კარგი ხარისხობრივი მაჩვენებლების შენარჩუნებას;
- სამედიცინო კადრების მომზადებისა და გადამზადების კარგი სისტემა;
- ექიმთა შრომის ანაზღაურების დიფერენცირებული სისტემა, დამოკიდებული მოსახლეობის რაოდენობასა და სტრუქტურაზე.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემას ახასიათებს მთელი რიგი ნაკლოვანებანი, რომელთაგან ძირითადია:

- არასაკმარისი დაფინანსება, რის გამოც გეგმიურ ოპერაციას ან გამოკვლევას პაციენტი ზოგჯერ თვეობით ელოდება (ე.წ. „დაცდის ფურცლის“ პრობლემა);
- სისტემის ბიუროკრატიზაცია და სხვ.

საფრანგეთში სამედიცინო დაზღვევა ერთიანი სოციალური დაზღვევის ნაწილს წარმოადგენს. ქვეყანაში შექმნილია ე.წ. მშრომელთა დაზღვევის ეროვნული საღაროები, რომლებიც მოსახლეობის 80%-ს ემსახურება.

საფრანგეთში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 2109 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 9,6%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 1603 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 76%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია ევროპაში და 79,7 წელს შეადგენს (ცხრილი 46).

ცხრილი 46

საფრანგეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მანკვებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2002		59,9
მოსახლეობის მატება – 1992-2002		0,4%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2002)	სულ	79,7
	კაცი	75,9
	ქალი	83,5
ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ს % (2001)		9,6
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		76
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		24
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების % მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში (2001)		13,7
ჯანდაცვის საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		2109
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		1603
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		506

ქვეყანაში მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალიზებული სისტემა. დაკანონებულია სამედიცინო მომსახურების საფასურის თანაგადახდა მოსახლეობის მხრიდან. ამასთან, მომსახურების უმეტესობაზე სახელმწიფო ატარებს ფასების მკაცრი რეგულირების პოლიტიკას, რაც ხელს უშლის ჯანდაცვითი დანახარჯების ზრდას.

რუსეთის ფედერაციაში მემკვიდრეობით მიიღო საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში დაგროვილი უზარმაზარი საკადრო და მატერიალური პოტენციალი. ეს შეეხება, როგორც მაღალი დონის პროფესიონალთა დიდ არმიას, ასევე სამედიცინო დაწესებულებათა კარგად განვითარებულ ქსელს და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ფარმაცევტული და ვაქცინების წარმოების ინდუსტრიას, რომელიც საჭირო პრეპარატებით უზრუნველყოფს მოსახლეობის დიდ ნაწილს. დსთ-ის სხვა ქვეყნებთან შედარებით, რუსეთში, ერთი შეხედვით, ძირეული ცვლილებები ნაკლებად შეიმჩნევა. თუმცა საბაზრო ურთიერთობების დამკვიდრების პარარელურად ფართოვდება კერძო სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი, განსაკუთრებით მსხვილ ქალაქებში. ამოქმედდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის

სისტემა, მასთან ერთად ჯანდაცვის დაფინანსებაში ვითარდება და ფართოვდება კერძო სამედიცინო დაზღვევის წილიც.

მიუხედავად ამისა, რუსეთში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები საკმაოდ მცირეა და მხოლოდ 115 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 5,4%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 78 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დანახარჯულის 68,2%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა მხოლოდ 64,8 წელია, ამასთან, მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 13,8 წლით ნაკლებია, ვიდრე ქალებში (ცხრილი 47).

ცხრილი 47

რუსეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2002		144,1
მოსახლეობის მატება – 1992-2002		-0,3%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2002)	სულ	64,8
	კაცი	58,4
	ქალი	72,1
ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ს % (2001)		5,4
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		68,2
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		31,8
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების % მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში (2001)		10,7
ჯანდაცვის საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		115
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		78
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		37

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდგომ რუსეთში საკმარისად ფართოდ დაიწყო სამედიცინო დაწესებულებათა სამეურნეო ანგარიშზე გადაყვანის პროცესი, რაც შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ჯგუფების (DRG) გათვლას ეფუძნება. ამასთან, მოსკოვში, სანქტ-პეტერბურგში, ყაზანსა და სხვა მსხვილ ქალაქებში შემოდებულია პაციენტის მიერ ძვირადღირებული მანიპულაციებისა და ოპერაციების ფასის თანაგადახდა, რაც ხელს უშლის მოსახლეობას, თანასწორი უფლებებით ისარგებლონ.

წარმოქმნილმა სიმძნელებმა განაპირობა სიკვდილიანობის მატება იმ მიზეზებით, რომელთაგან სხვა პირობებში შესაძლო იყო თავის დაღწევა (ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია, ტოქსიკომანიები, ტრავმები, გვიან გამოვლენილი სიმსივნური დაავადებები, არასრულფასოვანი კვებით გამოწვეული დაავადებები).

აშშ-ისა და რუსეთის ფედერაციის მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურის შედარება ცხადყოფს, რომ 2001 წელს რუსეთში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით განპირობებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი თითქმის სამჯერ აღემატება აშშ-ის ანალოგიურ მაჩვენებლებს (869,4 ყოველ 100 ათას მოსახლეზე რუსეთში, 303,2 – აშშ-ში). ტრავმატიზმით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი რუსეთში 132,1, ხოლო აშშ-ში

15,6 იყო, თვითმკვლელობებით – რუსეთში 39,7 და აშშ-ში 10,8, მკვლელობებით – 29,8 რუსეთში და 7,1 აშშ-ში და ა.შ.

როგორც რუსი, ასევე უცხოელი ექსპერტების აზრით, ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების ტენდენციებისა და ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილი პრობლემების დაძლევა შესაძლებელია, მაგრამ ეს საერთო სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაციის გაუმჯობესების აუცილებლობასთანაა დაკავშირებული.

იაპონიის ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი სოციალური დაზღვევის საერთო ეროვნული სისტემის ნაწილს წარმოადგენს, რომლითაც მოცულია მთელი მოსახლეობა.

იაპონიაში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 2627 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 8%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 2046 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 77,9%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია მსოფლიოში და 81,9 წელს შეადგენს (ცხრილი 48).

ცხრილი 48

იაპონიის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2002		127,5
მოსახლეობის მატება – 1992-2002		0,2%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2002)	სულ	81,9
	კაცი	78,4
	ქალი	85,3
ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ს % (2001)		8
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		77,9
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		22,1
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების % მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში (2001)		16,4
ჯანდაცვის საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		2627
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		2046
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		581

ჯანდაცვის სამინისტროსთან ფუნქციონირებს სამედიცინო დაზღვევის ცენტრალური ადმინისტრაციული ორგანო – დაზღვევის დეპარტამენტი, ხოლო პრეფექტურებში – სამედიცინო დაზღვევის ადგილობრივი ორგანოები. მუნიციპულურ დონეზე შექმნილია სამმართველოები, რომლებიც სოციალური დაზღვევის საკითხებს განაგებენ, უშუალოდ ამყარებენ კონტაქტს მოსახლეობასა და სამედიცინო დაწესებულებებთან.

სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში ჯანდაცვის მმართველობის სახელმწიფო ორგანოები კოორდინატორის როლს ასრულებენ. ყურადსაღებია, რომ ერთი და იმავე სახის სამედიცინო დახმარების ფასი არ იცვლება რეგიონების მიხედვით, როგორც ევროპის ქვეყნებში ან აშშ-ში. ჯანდაცვის სამინისტრო სამედიცინო დაწესებულების ტიპის მიხედვით ამტკიცებს ერთიან ფასებს სამედიცინო მომსახურებაზე.

იაპონიის ჯანდაცვის სისტემის საკვანძო საკითხებს წარმოადგენს დაავადებათა პროფილაქტიკა, რომელიც ე.წ. ჯანმრთელობის ცენტრების მეშვეობით ხორციელდება, სადაც საქმიანობენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმი და საშუალო სამედიცინო პერსონალი.

ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების ძირითადი პრობლემა გაწეულ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯების მკვეთრ ზრდას უკავშირდება. განსაკუთრებით მაღალია დანახარჯები სტაციონარულ დახმარებაზე, რაც განპირობებულია ხანგრძლივი დაყოვნების სტაციონარების ნაკლებობით (მაგალითად, თუ ავადმყოფის საწოლზე დაყოვნება იაპონიაში 37,2 დღეს შეადგენს, აშშ-ში იგი 9,2 დღეა). ამიტომ იაპონიაში მოქმედ საავადმყოფოთა და საწოლთა რიცხვი თითქმის ორჯერ მეტია სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით.

კანადაში მოქმედებს კარგად განვითარებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო სისტემა, რომელიც ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების დონის ამაღლებასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

კანადაში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 2163 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 9,5%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 1533 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 70,8%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა და 79,8 წელს შეადგენს (ცხრილი 49).

ცხრილი 49

კანადის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2002		31,3
მოსახლეობის მატება – 1992-2002		1,0%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2002)	სულ	79,8
	კაცი	77,2
	ქალი	82,3
ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ს % (2001)		9,5
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		70,8
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		29,2
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების % მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში (2001)		16,2
ჯანდაცვის საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		2163
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		1533
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		630

კანადის ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციისა და მართვის საფუძველს წარმოადგენს სხვადასხვა დონის მმართველობით ორგანოებს შორის კომპეტენციის გადანაწილება. მასში საკმაოდ მოქნილადაა შეთავსებული ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული მართვის ელემენტები. ამასთან, ფედერალური ხელისუფლება ინარჩუნებს პრიორიტეტს სტრატეგიული ხასიათის საკითხების გადაწყვეტაში, მაშინ, როდესაც ჯანდაცვის ობიექტების მიმდინარე საქმიანობა მუნიციპალური ორგანოების კომპეტენციაში შედის.

კანადაში კარგადაა განვითარებული სპეციალიზებულ საავადმყოფო დაწესებულებათა ქსელი. მაღალი ეფექტიანობით გამოირჩევა სამედიცინო მომსახურების ისეთი ფორმა, როგორიცაა „სტაციონარი ბინაზე“, სადაც მკურნალობა 10-ჯერ უფრო იაფია, ვიდრე საავადმყოფოს პირობებში.

კანადის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დადებითი მხარეებია:

- ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი დაფინანსება;
- სახელმწიფო კონტროლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე;
- სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის არსებობა;
- სამედიცინო დახმარების ხარჯების საერთო რაოდენობაში ადმინისტრაციული დანახარჯების სიმცირე.

ამასთან, ქვეყანაში გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულება საკმაოდ მაღალია და მუდმივი მატების ნეგატიური ტენდენციით ხასიათდება.

თურქეთში მოქმედებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების შერეული ტიპი, რომელიც ითვალისწინებს სახელმწიფო და კერძო დაფინანსებას. ამასთან, 1990-იან წლებში განხორციელებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შედეგად სწრაფად იზრდება დაფინანსებაში სავალდებულო დაზღვევის ფონდების მონაწილეობა.

თურქეთში ისევე, როგორც რუსეთის ფედერაციაში, ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები საკმაოდ მცირეა და მხოლოდ 109 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 5%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი 77 აშშ დოლარია (მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 71%). დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა მხოლოდ 70 წელია (ცხრილი 50).

ცხრილი 50

თურქეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2002		70,3
მოსახლეობის მატება – 1992-2002		1,6%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2002)	სულ	70
	კაცი	67,9
	ქალი	72,2
ჯანდაცვის დანახარჯები, როგორც მშპ-ს % (2001)		5
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		71
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		29
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების % მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში (2001)		9,1
ჯანდაცვის საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		109
ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2001)		77
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2001)		32

სამედიცინო მომსახურების ხარჯები შემდეგნაირად ნაწილდება: სახელმწიფო ბიუჯეტი მუნიციპალიტეტთა მოთხოვნებსა და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ განხორციელებუ-

ლი პროგრამებს აფინანსებს, მოსახლეობა საკუთარი სახსრებით ფარავს ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა, კერძო საავადმყოფოების და ლაბორატორიების მომსახურებას და წამლების საფასურს.

პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემა, ძირითადად, წარმოდგენილია საფერ-შლო-საბებიო პუნქტით (Post), სადაც, უმეტესად, ექთნები მუშაობენ და მათ ორსულთა ზედამხედველობისა და მშობიარობის მიღების უფლება გააჩნიათ. თითოეული პუნქტი 2500-3000 მოსახლეს ემსახურება. შემდეგ ღონეზეა ჯანმრთელობის ცენტრები, რომელიც, საშუალოდ, 5-10 ათას მოსახლეს უწევს მომსახურებას, აქ პერსონალი წარმოდგენილია ექიმით, ბებია ქალით, გარემოს დაცვის ტექნიკური სპეციალისტით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტითა და მდივნით.

პირველი და მეორე დონის დაწესებულებებს, ძირითადად, მუნიციპალური და ცენტრალური ბიუჯეტი აფინანსებს. ჯანმრთელობის ცენტრები, უმეტესად, დაავადებათა პირველად და მეორად პროფილაქტიკაზე მიმართულ ღონისძიებებს და დაავადებათა ადრეულ დიაგნოსტიკას ახორციელებენ. ცენტრების უმრავლესობა ეწევა აგრეთვე ექთნებისა და ბებია-ქალების გადამზადებას.

საავადმყოფოები, ძირითადად, ჯანდაცვის სამინისტროს საკუთრებაში, სოციალური დაზღვევის სისტემის ან კერძო სექტორის საკუთრებაში იმყოფებიან.

თურქეთი, როგორც ერთ-ერთი სწრაფად განვითარებადი ქვეყანა, უდიდეს ყურადღებას უთმობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის პროფილაქტიკასა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას. აქედან გამომდინარე, გასაგებია ის უდიდესი მნიშვნელობა, რომელიც ქვეყანაში ეთმობა ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ოპტიმიზაციას, დეცენტრალიზაციის პრობლემების გადაჭრას, სამედიცინო კადრების მომზადებას, თანამედროვე საინფორმაციო სისტემის დანერგვას და სხვ.

ნაწილი IV

ჯანდაცვის მენეჯმენტის საფუძვლები

თავი 15. ჯანდაცვის სისტემის მართვის თავისებურებები

15.1. შესავალი

მენეჯმენტი ორგანიზაციული მიზნების მიღწევის პროცესია. **მენეჯმენტის** ცნება ზედმიწევნით ფართოა და მართვასთან დაკავშირებული საქმიანობის მთელ სპექტრს მოიცავს. აქედან გამომდინარე, ამ დარგის სპეციალისტი უნდა ფლობდეს მართვის თეორიას, საქმის წარმართვის ხელოვნებას, დაგეგმვისა და კონტროლირების თანამედროვე მეთოდებს, სოციალურ ფსიქოლოგიასა და მარკეტინგს, რომლებიც მხოლოდ კომპლექსური გამოყენების შემთხვევაში უზრუნველყოფენ სამუშაოს ხარისხიანად შესრულებას მკაცრი ადმინისტრირების გარეშე.

მენეჯმენტი ინგლისური წარმოშობის სიტყვაა (management – მართვა, ხელმძღვანელობა, სიფრთხილე) და გულისხმობს ადამიანთა საქმიანობის მართვასა და ორგანიზებას. ხოლო მენეჯერი – პროფესიონალი მმართველია. ამავე დროს, მენეჯერის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქცია სამართავი ობიექტის საქმიანობაზე სათანადო კონტროლის გაწევის აუცილებლობაა.

მენეჯმენტი, როგორც მეცნიერება, ძირითადად, შეისწავლის ორგანიზაციის მოქმედების შიდა სფეროს, რომელიც, თავისთავად, ორ საყრდენზეა აგებული: ერთი მხრივ, ესაა წარმოების ან მომსახურების ურთიერთდაკავშირებულ საშუალებათა და პირობათა სისტემა, ხოლო მეორე მხრივ, გარკვეული მიზნის შესრულებაზე მიმართულ ინდივიდთა ურთიერთდაკავშირებული სისტემა. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ორი ასპექტი თითქოსდა ერთი მედლის ორ მხარეს წარმოადგენს, თითოეული მათგანი კვლევისა და პრაქტიკული საქმიანობის სავსებით დამოუკიდებელი სფეროებია.

ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ მენეჯმენტი, როგორც მეცნიერება, უფრო მეტად მიეკუთვნება სოციალურ-ჰუმანიტარულ, ვიდრე ტექნიკურ ან ეკონომიკურ დისციპლინას, ვინაიდან მისი ყურადღების ცენტრში ადამიანია.

მართვას ყველაზე ხშირად საქმე აქვს დინამიკურ სისტემებთან. შეიძლება ითქვას, რომ მართვა უზრუნველყოფს სისტემის მიზნების მიღწევას. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ სადაც სისტემა არ არის, იქ მართვის მექანიზმის დანერგვაც შეუძლებელია.

ტერმინი **სისტემა** ელემენტთა ორგანიზებულ მრავლობას, ან სხვაგვარად რომ ვთქვათ, დინამიკურად ურთიერთდაკავშირებულ ელემენტთა კომპლექსს წარმოადგენს. ამ ელემენტთა გარკვეული შეერთება და მათი ურთიერთზემოქმედება წარმოშობს პროცესებს, რომელთა მოქმედება მიმართულია გარკვეული ფუნქციის შესასრულებლად. ბუნებასა და საზოგადოებაში უამრავი ტიპის სისტემაა. ამასთან, ყოველი სისტემისათვის დამახასიათებელია სპეციფიკური შინაგანი ორგანიზაცია. სისტემა და ორგანიზაცია ერთ მთლიანობას წარმოადგენს. არ შეიძლება სისტემა იყოს ორგანიზაციის გარეშე, ისევე, როგორც სისტემის გარეშე წარმოუდგენელია ორგანიზაცია. სხვანაირად რომ ვთქვათ, ორგანიზაცია სისტემის მოწესრიგებულობაა. აქედან გამომდინარე გასაგებია, რომ მართვის დონე მჭიდროდაა დამოკიდებული ორგანიზაციის მოქმედების დონეზე.

ორგანიზაცია, თავის მხრივ, წარმოადგენს სტრუქტურას, რომლის ჩარჩოებშიც ხორციელდება გარკვეული ღონისძიებანი, ანუ მართვა. ბიოლოგიური ტერმინები რომ ვიხმაროთ, ორგანიზაცია წარმოების ანატომიაა, მართვა კი – ფიზიოლოგია. როგორც ყოველი ცოცხალი ორგანიზმის ანატომია გარკვეულად განსაზღვრავს ფიზიოლოგიურ ფუნქციებს, ასევე მართვის ხარისხი დამოკიდებულია მისი ორგანიზაციის ხასიათზე.

ამ კუთხით განსაკუთრებული როლი ენიჭება მართვის სისტემისა და მენეჯერის როლის განსაზღვრას.

15.2. მართვის სისტემის ძირითადი ელემენტები

ნებისმიერი ორგანიზაცია საზოგადოების, როგორც მთლიანი სისტემის, ერთ-ერთი რგოლია. მისი შემადგენელი ელემენტებია: ადამიანები, შრომის საგნები და საშუალებები და სხვ. თითოეული სამეურნეო სისტემა შედგება ორი ქვესისტემისაგან: მართვის სუბიექტისა და მართვის ობიექტისაგან.

მართვის სუბიექტი (მმართველი სისტემა) მართვის ფუნქციებით აღჭურვილ ადამიანთა (მენეჯერთა) ან მართვის ორგანოთა ერთობლიობაა, მაშინ, როდესაც **მართვის ობიექტი** წარმოადგენს ორგანიზაციაში (ან დაწესებულებაში) შემავალ ურთიერთდაკავშირებულ ქვედანაყოფებსა და სამსახურებს, რომლებიც მართვის სუბიექტისათვის სამართავ სისტემას წარმოადგენს. ამ სისტემების ერთმანეთთან ურთიერთკავშირი სხვადასხვა სახის ინფორმაციის გაცვლა-გამოცვლის საშუალებით ხორციელდება.

მართვის სუბიექტი, თუ იგი ექვემდებარება ზემდგომ მმართველობით ორგანოს ან ცალკეულ მენეჯერს, თავის მხრივ, მართვის ობიექტსაც წარმოადგენს. იგივე შეიძლება ითქვას მართვის ობიექტზეც, თუ მისი საქმიანობა ვრცელდება მისდამი დაქვემდებარებულ სისტემაზე. ასე, რომ მართვის სუბიექტი და ობიექტი არ იმყოფებიან სტატიკურ მდგომარეობაში, მათი უკუმოქმედება კი ვლინდება მართვის სისტემაში მოქცეულ ადამიანთა ურთიერთდამოკიდებულების საშუალებით.

მართვის თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ გარკვეული სუბიექტის ზემოქმედებას ერთდროულად მოჰყვება ობიექტის უკუქმედება (ე.ი. სისტემის მოქმედება შესაძლოა მხოლოდ მჭიდრო დინამიკური კავშირის არსებობის დროს). ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგები ხდება, თუ რა მიზეზით უნდა იცოდეს სუბიექტმა (ე.ი. ხელმძღვანელმა), თუ როგორ იცვლება ობიექტი მასზე მმართველობითი ზემოქმედების გატარების პროცესში. ამრიგად, შეიძლება ითქვას, რომ მართვა, როგორც სოციალური მოვლენა, საზოგადოების განვითარების აუცილებელი კომპონენტია, მისი შინაგანი, არსობრივი თვისებაა. იგი წარმოადგენს არა სუბიექტის ობიექტზე ზემოქმედების ეპიზოდურ შემთხვევას, არამედ ზემოქმედება-უკუქმედების უწყვეტ პროცესს.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ტერმინი „მენეჯმენტი“ შესაძლოა განვმარტოთ, როგორც დასმული მიზნებისა და ამოცანების შესრულებასთან დაკავშირებული ცალკეულ ადამიანსა ან მთლიანად კოლექტივზე მიმართული ზემოქმედება-უკუქმედების პროცესი, რომელიც საზოგადოების განვითარების ობიექტური ეკონომიკური კანონების საფუძველზე ხორციელდება.

15.3. ორგანიზაციის, როგორც სისტემის, საქმიანობის დახასიათება

ორგანიზაციის, როგორც სისტემის, საქმიანობა მოიცავს სამ ძირითად ელემენტს:

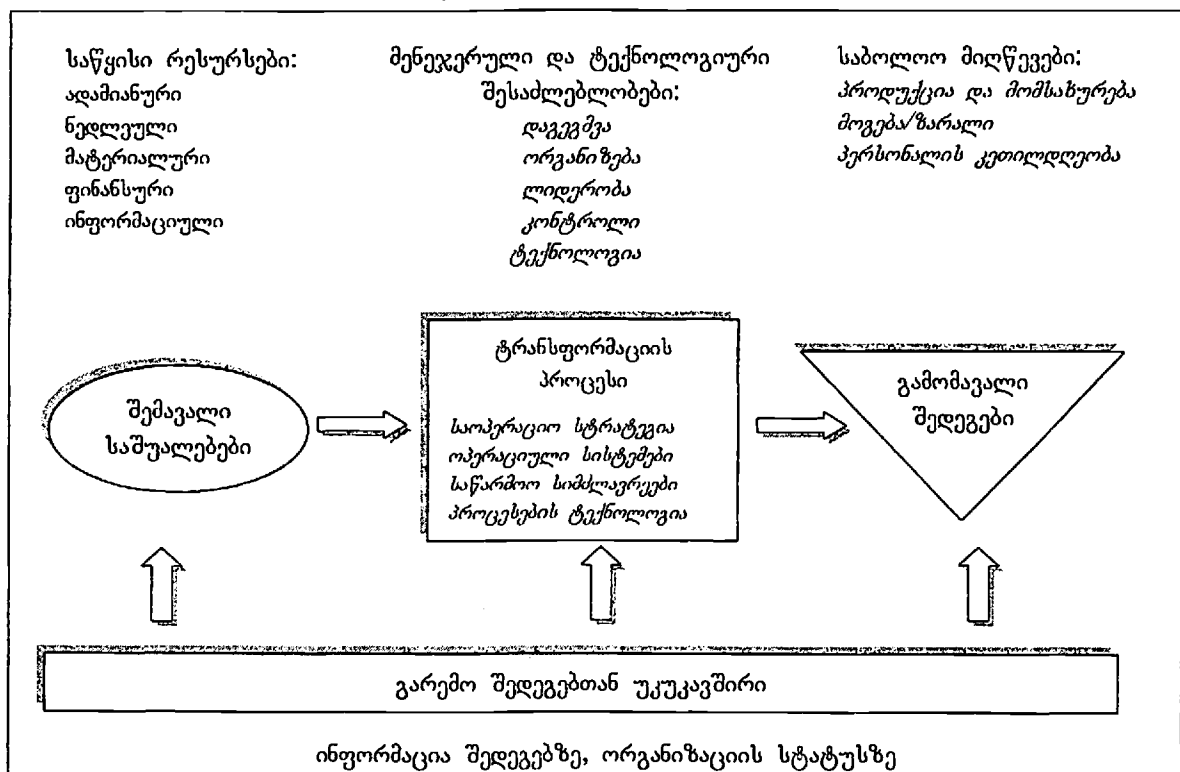
- **რესურსებს** (სამედიცინო საქმიანობის შემთხვევაში – პერსონალის ცოდნა და კვალიფიკაცია, დიაგნოსტიკური საშუალებები, სამკურნალწამლო საშუალებები და ა.შ.);

- **პროცესს** (დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების დაგეგმვა და განხორციელება);
- **პროდუქციას** (პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება).

სისტემისათვის დამახასიათებელია რესურსების ტრანსფორმირება პროდუქციაში. სტრუქტურად თუ წარმოვიდგენთ, სამედიცინო დაწესებულებაში სათანადო რესურსების არსებობა (კადრები, შენობა, დიაგნოსტიკური აპარატურა, საოპერაციოს მოწყობა, წყლით, ელექტროენერგიით, სამკურნალო აირით მომარაგება და ა.შ.) საშუალებას იძლევა დავგეგმოთ გარკვეული ოპერაციების ჩატარება (პროცესი), რომელიც საშუალებას მოგვცემს გამოვაჯანმრთელოთ N რაოდენობის ავადმყოფი (პროდუქცია) (ნახატი 32).

ნახატი 32

სისტემური შეხედულება ორგანიზაციაზე



ასეთი სისტემის მართვა მაქსიმალური შედეგის მიღების მიზნით უაღრესად რთულია, რადგან რესურსების შეზღუდვის შემთხვევაში იზრდება მოთხოვნა მომსახურებაზე, რაც, თავის მხრივ, იწვევს რესურსებზე მოთხოვნის შემდგომ ზრდას. გაზრდილი მოთხოვნის დაკმაყოფილება კი დეფიციტის შემთხვევაში ვერ ხერხდება (ე.ი. იქმნება თავისებური მანკიერი წრე). ამიტომ სამკურნალო დაწესებულების შემთხვევაში მართვის უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელსა და მომხმარებელს (ე.ი. პაციენტს) შორის ურთიერთსასარგებლო გაცვლის პროცესის უზრუნველყოფა, მოთხოვნისა და მიწოდების მაქსიმალური დაბალანსება.

ორგანიზაციაზე, როგორც სისტემაზე, მოქმედებს ე.წ. მიკრო-, მაკრო- და ჰიპერგარემო.

მიკროგარემო (მიკროსისტემა) წარმოდგენილია, როგორც ფუნქციონალური არეებით, რომლებიც საერთოა ყველა ორგანიზაციისათვის, ასევე გარემოს მდგომარეობით (მაგალითად, ორგანიზაციის მწარმოებლური ფუნქციებით).

მაკროგარემო (მაკროსისტემა) წარმოდგენილია ფაქტორებით, რომლებიც ორგანიზაციის გარემოცვას ქმნიან და უშუალო გავლენას ახდენენ მის ფუნქციონირებაზე.

ჰიპერგარემო (ჰიპერსისტემა) წარმოდგენილია, როგორც ეკოლოგიური ფაქტორებით (ატმოსფერო, ჰიდროსფერო, ბიოსფერო და ა.შ.), ისე ეკოსისტემაში ადამიანის სამეურნეო საქმიანობით განპირობებული ცვლილებებით.

ნებისმიერი სისტემა განიხილება, როგორც თვითმართვადი ერთეული. სისტემური მიდგომის მიხედვით, მენეჯერული გადაწყვეტილება მიიღება მიკრო, მაკრო და ჰიპერსისტემების ერთობლიობის გათვალისწინებით. სისტემები შესაძლოა, თავის მხრივ, დაეყოს დახურულ და ღია სისტემებად.

დახურულ სისტემებში მართვა ხორციელდება საკუთარი, ცალკე აღებული გარემოს გათვალისწინებით, მაშინ, როდესაც **ღია სისტემებში** მართვა გარემოს ცვალებადობის შესატყვისად ხორციელდება.

15.4. მართვის სისტემის ძირითადი მახასიათებლები

ორგანიზაცია რთული სისტემაა, რომელიც ყოველთვის მისი არსებობისათვის ოპტიმალურ გარემოში დარჩენას ცდილობს. იმის გათვალისწინებით, რომ მართვა უნივერსალური პროცესია, მისი ცალკეული ელემენტის განხილვა შესაძლოა, როგორც ცოცხალი ბუნების, ასევე საზოგადოებრივი საქმიანობის ნებისმიერი სფეროს მაგალითზე. საკმარისია გავიხსენოთ, რომ ცოცხალ ორგანიზმს გააჩნია, ერთი მხრივ, რეცეპტორები, რომელთა საშუალებითაც იგი აფასებს თავის მდგომარეობას ჰომეოსტაზის საზღვრებთან მიმართებაში და, მეორე მხრივ, გარკვეული მოქმედების უნარი, ანუ იგი მოქმედებს გარე სამყაროდან მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ახორციელებს.

ცოცხალი ორგანიზმის მოქმედებას მიზანდასახული ხასიათი აქვს. სახელდობრ, უკუკავშირის მექანიზმის მეშვეობით იგი თავისი ჰომეოსტაზის საზღვრებში დარჩენას ცდილობს. სხვა სიტყვებით, ორგანიზმი მართავს თავის მოქმედებებს, რათა მიაღწიოს გარკვეულ მიზანს – ჰომეოსტაზის შენარჩუნებას. ამრიგად, ორგანიზმი წარმოადგენს მართვის ბიოლოგიურ სისტემას, რომელიც მმართველურ პასუხს გამოიმუშავებს სხვადასხვა, მათ შორის რეფლექტორული გზითაც.

მაგალითად: გლუკოზა ორგანიზმისათვის ენერგიის ძირითადი წყაროა, ამიტომ საჭირო ენერგიით ნორმალური უზრუნველყოფისათვის აუცილებელია სისხლში გლუკოზის შემცველობის გარკვეული დონის შენარჩუნება, რაც ნეირო-ჰუმორალური რეგულირების მექანიზმების ჩართვით ხერხდება. გლიკოლიზის პროცესის გააქტიურება სხვადასხვა გზითაა შესაძლებელი, რაც იმითაა განპირობებული, რომ ჰომეოსტაზის აღდგენის პროცესის დუბლირების შესაძლებლობა გამოხატულად ზრდის ორგანიზმის ფუნქციონირების საიმედოობას.

განვიხილოთ კიდევ ერთი მაგალითი: ჯანდაცვის სფეროში კერძო მეწარმეობის სახელმწიფო რეგულირებას გარკვეული თავისებურებები გააჩნია. კერძო სექტორის მიმართ სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრისას შეიძლება არსებობდეს ორი უკიდურესი მიდგომა: პირველი – ჩაურევლობის პოლიტიკა, რომელიც საშუალებას იძლევა დამყარდეს მიწოდების ბალანსი თვითრეგულირების მეშვეობით (ბაზრის ფუნქციონირების ნორმალურ პირობებში) და მეორე – ფასებისა და მოსახლეობის შემოსავლების მდგრადი სახელმწიფო რეგულირება, რაც ეკონომიკურ სისტემაში ხელოვნური ჩარევის გამო იწვევს სხვადასხვა სახის დეფიციტსა და ინფლაციის ზრდას. გასაგებია, რომ ჯანდაცვის სისტემა არ ფუნქციონირებს აბსტრაქტული ეკონომიკური კანონების მიხედვით. ამიტომ საჭიროა ისეთი სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის გატარება, რათა მიღწეულ იქნას სათანადო ბალანსი იმ ძალებს შორის, რომელთაგანაც ერთნი სისტემას ფასების ზრდისკენ უბიძგებენ, ხოლო მეორენი უძრავობასა და დეპრესიას იწვევენ. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ სახელმწიფოს მიერ გატარებულმა სუსტმა კონტროლმა შესაძლებელია გამოიწვიოს სისტემის არასტაბილურობა, რისი კარგი მაგალითი ჩვენს ქვეყანაში დღესდღეობით შექმნილი ე.წ. „ველური“ ფარმაცევტული ბაზარია. მეორე მხრივ, გადამეტებული სახელმწიფო

დროის გარკვეულ მომენტში მართვის ობიექტის მდგომარეობას განაპირობებს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა წინა პერიოდის მდგომარეობა, გარე სამყაროს გავლენა და უშუალოდ მმართვეი სისტემის გავლენა. მმართვეი სისტემა აღწესდის, როგორც მართვის ობიექტის მდგომარეობას, ასევე თვალყურს ადევნებს გარემოს ცვალებადობასაც. საჭირო ზომების დროულად მიღების მიზნით მმართვეი სისტემის ინტერესებში შედის ამ ცვლილებებზე ობიექტის მხრიდან მოსალოდნელი რეაქციის პროგნოზირება. ამდენად, მმართვეი სისტემის ძირითადი ამოცანაა შემავალი ინფორმაციის საფუძველზე ისეთი ზემოქმედების შემუშავება, რომელიც მართვის მიზნების მიღწევას უზრუნველყოფს.

მმართვე ზემოქმედებათა ერთობლიობას, რომელიც დაფუძნებულია გარე სამყაროსა და მართვის ობიექტის მდგომარეობის შესახებ არსებულ ინფორმაციაზე და მიმართულია სათანადო მიზნის მისაღწევად, **მმართველობითი გადაწყვეტილება** (ან, უბრალოდ, გადაწყვეტილება) ეწოდება.

იმისათვის, რომ უფრო ნათლად გაგარკვიოთ ზემომოყვანილი ურთიერთობები, დაუბრუნდეთ მაგალითს, რომელიც სისხლში გლუკოზის შემცველობის მართვის სისტემას შეეხება. იგი შესაძლოა წარმოვიდგინოთ შემდეგნაირად:

- მმართვეი სისტემა – ჰიპოფიზი;
- სამართავი სისტემა – სისხლი და ის ორგანოები, რომლებიც გავლენას ახდენენ სისხლში გლუკოზის შემცველობაზე;
- გარე სამყარო – ორგანიზმის ცხოველმოქმედების გარემო;
- მართვის ობიექტი – სისხლში გლუკოზის შემცველობის დონე, რომელიც იცვლება მიღებული საკვების ან წამლების ზემოქმედების შედეგად;
- უკუკავშირის არხი – გზა, რომლითაც ჰიპოფიზს გადაეცემა ინფორმაცია სისხლში გლუკოზის შემცველობის შესახებ;
- პირდაპირი კავშირი – ნეირო-ჰუმორალური რეგულირების სისტემა, რომლის მეშვეობითაც ჰიპოფიზიდან წამოსული მმართვეი ზემოქმედება აღწევს მართვის ობიექტამდე.

მეორე მაგალითის მიხედვით, რომელშიც განიხილებოდა ჯანდაცვის სფეროში კერძო მეწარმეობის სახელმწიფო რეგულირების სისტემა, მმართვეი სისტემა წარმოდგენილია ზელისუფლების ორგანოთი; სამართავი სისტემა – კერძო სექტორით; გარე სამყარო – სახელმწიფოს საგარეო ეკონომიკური გარემოცვით; პირდაპირი კავშირი – რეგულირების ისეთი ბერკეტებია, რომლის მეშვეობითაც მმართვეი სისტემა გავლენას ახდენს კერძო სექტორზე (კანონმდებლობა, საგადასახადო პოლიტიკა და ა.შ.); გარემოს მხრივ მართვის ობიექტებზე ზემოქმედება ამ შემთხვევაში წარმოდგენილია სამედიცინო ბაზრის ან პოლიტიკური ვითარების შეცვლით.

მართვის სისტემის ძირითადი თავისებურებაა ურთიერთკავშირის სირთულე მმართველობით და სამართავ სისტემებს შორის. განხილული მაგალითებიდან პირველ შემთხვევაში ამ როლს რეცეპტორები ასრულებენ, ხოლო მეორეში – სპეციალურად შექმნილი ექსპერტთა ჯგუფი, რომელიც თვალყურს ადევნებს ეკონომიკურ მდგომარეობას და სათანადო რჩევებს აძლევს მმართველს.

15.5. მართვის ძირითადი ფუნქციები

მიზნობრივი მართვის კონცეფციიდან გამომდინარე, მენეჯერის მოქმედების არე ცალკეულ ფუნქციურ სეგმენტებად იყოფა. ამ ხერხის გამოყენებით, შესაძლოა გავაძლიეროთ ის ზემოქმედება, რომელიც მართვის ერთი რომელიმე ფუნქციის შესრულებას ემსახურება.

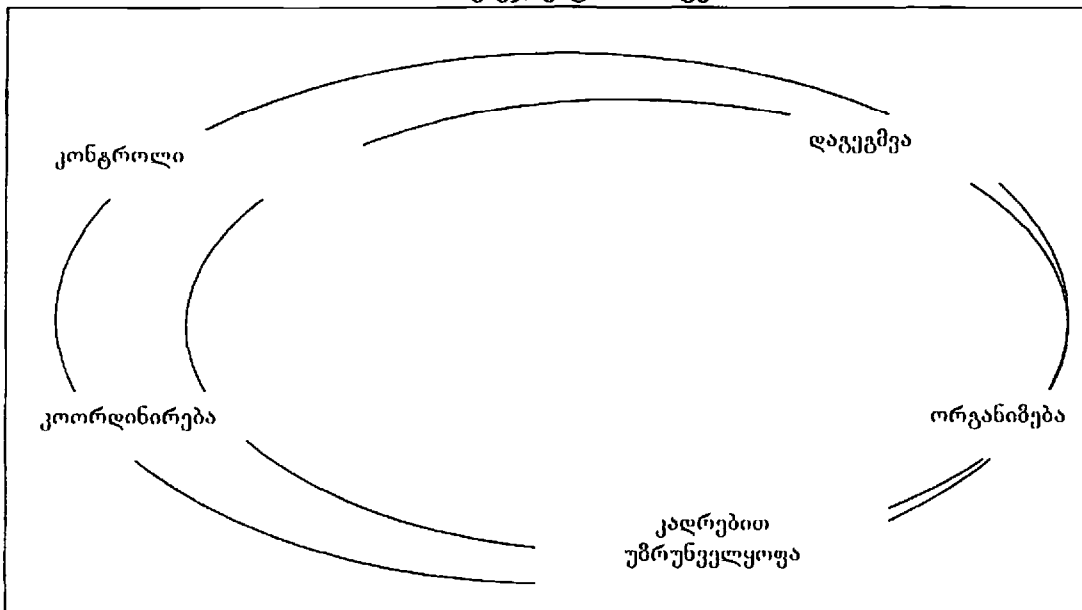
მართვის პროცესი გულისხმობს ყველა იმ ფუნქციის შესრულებას, რომელიც ორგანიზაციის საქმიანობას მიეკუთვნება. მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულებებში ზორციელდება სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის დაგეგმვა, მისი ორგანიზება, ხარისხის კონტროლი (ამა თუ იმ გამოკვლევის ან პროცედურის მნიშვნელობის დადგენა მკურნალობის დადებითი შედეგის მიღწევის საქმეში), საფინანსო-ეკონომიკური კონტროლი (მაგალითად, ამა თუ იმ გამოკვლევის ან სამედიცინო

მანიპულაციის თვითღირებულების შედარება არსებულ სტანდარტთან და სავარაუდო გადახრების მიზეზების გარკვევა), ტექნოლოგიური კონტროლის განხორციელება და სხვ.

მმართველობის არეში შესაძლოა გამოიყოს ხუთი ძირითადი ფუნქციური სეგმენტი: დაგეგმვა, ორგანიზება, კადრების შერჩევა და განლაგება, კოორდინირება და კონტროლი (ნახატი 34).

ნახატი 34

მენეჯმენტის პროცესი



I. **დაგეგმვა** წარმოადგენს მართვის ერთ-ერთ ძირითად ფუნქციას, რომელიც ორგანიზაციის საქმიანობის მიზნების განსაზღვრასა და კონკრეტული სიტუაციის შესატყვისი მეთოდების ამუშავებას გულისხმობს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, დაგეგმვა არის ორგანიზაციის საქმიანობის სრულყოფის ახალი გზებისა და მეთოდების დანერგვის უწყვეტი პროცესი.

დაგეგმვა წარმოადგენს საშუალებას, რომლის მეშვეობითაც ხორციელდება ორგანიზაციის ქვედანაყოფების შეთანხმებული მუშაობა, რესურსების მოთხოვნილების დადგენა, მუშაკთა საქმიანობის მატერიალური და მორალური სტიმულირება, მიღებული შედეგების კონტროლი და ა.შ.

დაგეგმვა, თავის მხრივ, შეიცავს ხუთ ძირითად ფუნქციას: პროგნოზირებას, მიზნების დასახვას, პროგრამირებას, სამუშაოთა შესრულების გრაფიკის შემუშავებას და ბიუჯეტის შედგენას.

- პროგნოზირება წარმოადგენს იმ პერსპექტივების შეფასებას, რომელნიც მოსალოდნელია დასახული გეგმის სრული განხორციელების შემთხვევაში;
- მიზნების დასახვა გულისხმობს განსაზღვრულ დონის მიზნების სასურველი შედეგების ფორმულირებას;
- პროგრამირება წარმოადგენს იმ სახის მოქმედებათა გეგმის შემუშავებას, რომელიც ხელს შეუწყობს მიზნის მიღწევას;
- სამუშაო გრაფიკის შემუშავება უზრუნველყოფს პროგრამის შესრულებაზე მიმართული მოქმედებების დროში დალაგებას, მათი თანმიმდევრობის განსაზღვრას;

- ბიუჯეტის შედგენა მოითხოვს დანახარჯების მოცულობის გაანგარიშებას და რესურსების განაწილებას.

II. ორგანიზება გულისხმობს შესასრულებელი მოქმედებების კლასიფიკაციას და მათ ხელსაყრელ ელემენტებად წარმოდგენას.

ორგანიზება არის მართვის ფუნქცია, რომლის ამოცანაა, ახალი მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე, ორგანიზაციის სტრუქტურის ჩამოყალიბება და მისი ნორმალური მუშაობისათვის საჭირო პირობების უზრუნველყოფა (პერსონალი, შენობები, დანადგარები, მასალები, ფულადი საშუალებები და სხვა).

ორგანიზების არანაკლებ მნიშვნელოვანი ამოცანაა ისეთი საორგანიზაციო კულტურის დანერგვა, რომელიც შეეთავსება მეცნიერულ-ტექნიკურ პროგრესს. ბევრი ორგანიზაცია უარს ამბობს თავისი სტრუქტურის აგებაზე ფუნქციონალური პრინციპით და ამცირებს რა ვერტიკალურ იერარქიას, უფლებამოსილების დელეგირებას ახდენს ზემოდან ქვემოთ.

ორგანიზება, თავის მხრივ, შეიცავს ორი ძირითადი სახის სამუშაოს შესრულებას: დაგეგმილი სამუშაოს სტრუქტურირებას და მის ინტეგრირებას. სტრუქტურირება წარმოადგენს მოქმედებათა ისეთ დაჯგუფებას, რომელიც უზრუნველყოფს მათ ეკონომიურ და ეფექტიან შესრულებას, ხოლო ინტეგრირება უზრუნველყოფს სათანადო პირობებს სხვადასხვა ორგანიზაციული ქვედანაყოფის ეფექტიანი ერთობლივი მუშაობისათვის.

III. კადრების შერჩევა და განაწილება მენეჯერის მუშაობის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულებაა. იგი გულისხმობს დაგეგმილი ღონისძიებების განხორციელების მიზნით კვალიფიციური კადრების მოზიდვას და საჭირო მოთხოვნილების განსაზღვრას. ეს მიმართულება, თავის მხრივ, შეიცავს სამ ელემენტს:

- შემსრულებელთა მიმართ მოთხოვნის განსაზღვრას, საჭირო კვალიფიკაციის, გამოცდილებისა და უნარის მქონე შემსრულებელთა გამოვლენას;
- კადრების კვალიფიკაციის ამაღლებას;
- პერსონალის შესაძლებლობების გამოვლინებასა და მათი განვითარების სტიმულირებას.

ეკონომიკურ სტიმულირებასთან ერთად მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს პერსონალის მოტივაციის გაძლიერებაზე მიმართული სხვა სახის ღონისძიებების გატარებაც. ამ მიმართულებით განსაკუთრებით ხშირად გამოიყენება ისეთი მეთოდები, როგორიცაა დავალებული სამუშაოს შინაარსის მრავალფეროვნება, მომუშავეთა პროფესიული კვალიფიკაციის ამაღლება, მუშაკის მიერ შესრულებული დავალების შედეგად მიღებული მორალური დაკმაყოფილება, საკუთარი ინიციატივის გამოვლენის შესაძლებლობა და ა.შ. აშკარაა, რომ პერსონალის მოტივაციის გაძლიერებაზე მიმართული გააზრებული ზომები ხელს უწყობს მენეჯერის საქმიანობას.

IV. კოორდინირება გულისხმობს ორგანიზაციაში საჭირო სამუშაო პირობების შექმნას, რაც ხელს უწყობს საბოლოო მიზნების მიღწევას. კოორდინირება უზრუნველყოფს მართვის პროცესის უწყვეტ ხასიათს და მის ცენტრალურ ფუნქციას წარმოადგენს. კოორდინირების ძირითადი მიზანია ორგანიზაციის ყველა რგოლის შეთანხმებული მოქმედების მიღწევა რაციონალური კავშირების (კომუნიკაციების) დამყარების გზით. ამ კუთხით ყველაზე ხშირად გამოიყენება მუშაობის ისეთი ფორმა, როგორიცაა ანგარიში, კრება, კომპიუტერული კავშირი, რადიო და ტელეკონფერენციები, დოკუმენტების ანალიზი, ინტერვიუ და სხვ. ეს მითუმეტეს მნიშვნელოვანია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ მართვის ყველა ღონის ხელმძღვანელთა და ხელქვეითთა დამოუკიდებლობისა და პასუ-

ხისმგებლობის ზრდის პირობებში მატულობს ე.წ. არაფორმალური კავშირების მნიშვნელობა. მათი მეშვეობით ხორციელდება, როგორც ვერტიკალური, ისე ჰორიზონტალური კოორდინირება.

კოორდინირება, თავის მხრივ, შეიცავს ოთხ ძირითად ელემენტს: დავალებათა განაწილებას, მოტივირებას, კომუნიკაციების უზრუნველყოფას და შეთანხმებულობის მიღწევას.

- დავალებათა განაწილებით მენეჯერი უზრუნველყოფს ცალკეული მუშაკის პასუხისმგებლობის ამალვებას კონკრეტული საქმის შესრულებაზე;
- მოტივირება გულისხმობს ისეთი სახის ზემოქმედების განხორციელებას, რომელიც ხელს შეუწყობს თანამშრომელთა მიერ საერთო საქმისათვის სასურველი ქმედებების შესრულებას;
- კომუნიკაციების უზრუნველყოფა იძლევა ინფორმაციის სასურველი მიმართულებით გაერცელების საშუალებას;
- შეთანხმებულობა გულისხმობს მუშაობის პროცესში წარმოქმნილი დისპროპორციების თავიდან აცილებას.

V. **კონტროლი** მართვის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა, რომლის ამოცანაა ორგანიზაციის მუშაობის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შეფასება და მისი შედეგების აღრიცხვა. მართვის პროცესში იგი წარმოადგენს უკუკავშირის ელემენტს, რომლის მიხედვითაც ხდება ადრე მიღებული გადაწყვეტილებების, გეგმებისა და ნორმების კორექტირება. კონტროლის მთავარი მოვალეობა დასახული მიზნების მიღწევისათვის საჭირო გარანტიების შექმნაა.

კონტროლი შეიცავს სამ ძირითად ელემენტს: ნორმატივების შექმნას, სამუშაოთა პარამეტრების გაზომვას, მაკორექტირებელი მოქმედებების შესრულებას.

- ნორმატივების შედგენა გულისხმობს მიზნის მისაღწევად გასატარებელ სამუშაოთა შედეგების პარამეტრების დადგენას;
- სამუშაოთა პარამეტრების გაზომა წარმოადგენს გეგმით გათვალისწინებული და ფაქტობრივად შესრულებული სამუშაოების შედარების შედეგებს;
- მაკორექტირებელი მოქმედებების შესრულება უზრუნველყოფს სამუშაოთა პარამეტრების მნიშვნელობების გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების დაგეგმვასა და რეალიზაციას.

15.6. მართვის ციკლი

სტრატეგიულ და ოპერატიულ მიზნებს შორის უაღრესად მჭიდრო კავშირი არსებობს. ისინი ერთმანეთისაგან გამომდინარეობენ და ზემოქმედებას ახდენენ ერთმანეთზე. ამიტომ მართვის პროცესი, თავისი არსით, წარმოადგენს შეკრულ, ანუ ე.წ. **მართვის ციკლს**. მართვის ციკლი ეფექტიანია, თუ მიიღწევა ძირითადი მიზანი — დახარჯული რესურსების მაქსიმალურად და ეფექტიანად გამოყენება.

მართვის ციკლის განხორციელება უაღრესად რთულია, რადგან ძნელია წინასწარ განისაზღვროს ყველა ის დადებითი და უარყოფითი სიტუაცია, რაც შეიძლება მომავალში შეიქმნას. მართვის ციკლი მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

- დაწესებულების მოქმედების მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა;
- დასმული მიზნის გადაწყვეტის პროცესში მოსალოდნელი პრობლემების გადაჭრა და მიღებული გამოცდილების საფუძველზე გეგმის შემდგომი სრულყოფა;

- მოსალოდნელი შედეგების პროგნოზირება;
- მოსალოდნელი პრობლემებისა და მათი გადაჭრის შესაძლებლობის სხვადასხვა ვარიანტის გაანგარიშება;
- ყოველი ვარიანტის შედეგის ანალიზი;
- ოპტიმალური ვარიანტის შერჩევა.

ჯანდაცვის სფეროში მართვის მიზნები შესაძლოა შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს:

- დაგეგმილ მიზანთან მაქსიმალურად მიახლოებული შედეგების მიღწევა;
- ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე მაღალი შედეგების შენარჩუნება;
- დაწესებულების ძირითადი ფონდების (შენობების, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მოწყობილობების, აპარატურის და ა.შ.) დაცვა;
- ახალი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მეთოდების დანერგვა, რაც უპირატესობას იძლევა სხვა დაწესებულებებთან შედარებით.

ზემოჩამოთვლილი ეტაპების განხორციელების შედეგად ირკვევა, თუ რა და როგორ უნდა გაკეთდეს. ამის შემდეგ შესაძლოა მომდევნო ეტაპების განხორციელება, კერძოდ:

- დაგეგმვა გულისხმობს საორგანიზაციო პროცესის განაწილებას დროსა და სივრცეში (მოცულობის განსაზღვრა, ბიუჯეტის შედგენა, შემსრულებლებს შორის დავალებათა განაწილება და ა.შ.);
- კავშირებისა და ხელმძღვანელობის გეგმების განსაზღვრის ეტაპზე საჭიროა, რომ ყოველი შემსრულებელი გაეცნოს შემდგომი მუშაობის გეგმას;
- ცალკეული შედეგის გაანგარიშება და პროგნოზირება, საბოლოო მიზნებთან მათი სრული მისადაგება;
- მაკროეკონომიკური და უშუალოდ დაწესებულებაში მიმდინარე ტენდენციებისა და მნიშვნელოვანი ცვლილებების შეფასება;
- მთელი ციკლის ან მისი ცალკეული ეტაპის თავიდან გამეორება.

15.7 მენეჯმენტის იერარქიული დონეები

ორგანიზაციის შიგნით ადამიანები სხვადასხვა როლს ასრულებენ. ერთი და იგივე თანამშრომელი, სიტუაციიდან გამომდინარე, შეიძლება პასუხისმგებელი იყოს, როგორც ხელმძღვანელობაზე, ისე დავალების შესრულებაზე, საქმის მოწესრიგებაზე, შეთანხმების მიღწევაზე და ა.შ. ამასთან აშკარაა, რომ იმისდა მიხედვით, თუ რა სახის საქმიანობას ეწევიან ორგანიზაციის თანამშრომლები დროის მოცემულ მონაკვეთში, ისინი იყოფიან შემსრულებლებად და ხელმძღვანელებად (ანუ მენეჯერებად). რაც უფრო მცირეა ორგანიზაცია, მით უფრო პირობითია ეს დაყოფა და პირიქით, მსხვილ ფირმებში მენეჯერებს ცალკეული სამუშაო ოპერაციის უშუალოდ შესრულებისათვის დრო პრაქტიკულად აღარ რჩებათ. მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, თითქმის ყველა ორგანიზაციის მართვის სისტემა, ძირითადად, აგებულია იერარქიული პრინციპით, მართვა კი წარმოდგენილია ცალკეულ დონეებად დაყოფილი რთული სისტემით.

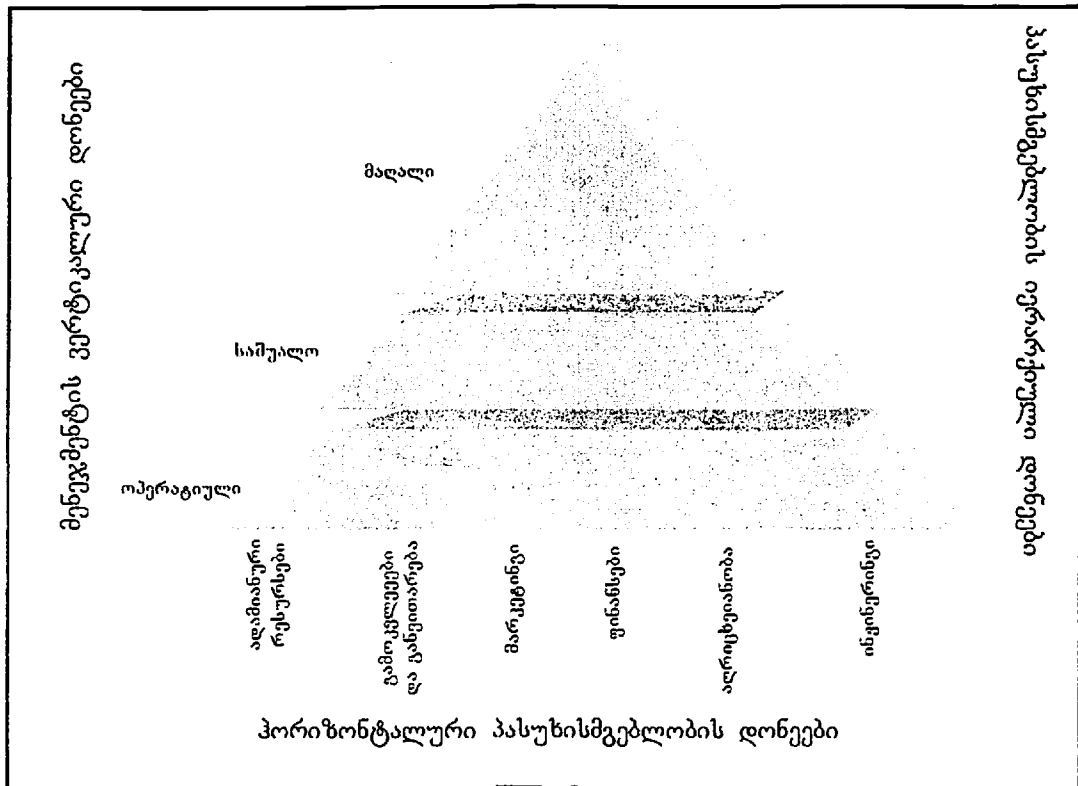
იერარქია წარმოადგენს მართვის ორგანიზაციულ სტრუქტურას, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელია მმართველობითი ზემოქმედების განხორციელება. იგი გულისხმობს მმართველობითი გადაწყვეტილების გატარებას „ზემოდან ქვემოთ“ ძალდატანების, კონტროლის ან წახალისების მექანიზმების გამოყენებით.

გამოყოფენ მენეჯმენტის სამ იერარქიულ დონეს: **მაღალს, საშუალოს და ოპერატიულს** (ძირითადად), რაც, თავის მხრივ, მმართველობითი მუშაობის განსხვავებულ სახეებს განაპირობებს. მენეჯერული ფუნქციების ან მათი ცალკეული ელემენტის შესრუ-

ლებაში მონაწილეობის მიღება დამოკიდებულია არა მარტო იმით, თუ რა იერარქიულ დონეზე (ვერტიკალური განზომილება) იმყოფება თანამშრომელი, არამედ პასუხისმგებლობის კონკრეტული არეალზეც (ჰორიზონტალური განზომილება) (ნახატი 35).

ნახატი 35

მენეჯმენტის ტიპები იერარქიული დონეებისა და პასუხისმგებლობის არეების მიხედვით



ყველა დონის მენეჯერი თავისი კომპეტენციის ფარგლებში და იერარქიული დონის შესაბამისად მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი ხელმძღვანელისათვის დამახასიათებელი ისეთი ფუნქციის განხორციელებაში, როგორიცაა ინოვაციების დანერგვა, რომლის დროსაც როლების პირობითი განაწილება ხდება შემდეგნაირად: იღებების განმახორციელებელი ანუ „მუსიკის უშუალო შემსრულებელი“ (მენეჯმენტის ოპერატიული დონე), „დირიჟორი“ (საშუალო დონე), და „კომპოზიტორი“ (მენეჯმენტის მაღალი დონე). მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია მენეჯმენტის მაღალი დონე, რომელზეც მუშავდება დაწესებულების განვითარების სტრატეგია. საშუალო დონე ამუშავებს სტრატეგიის განხორციელების გეგმას, ხოლო ოპერატიული (ძირითადი) დონე უზრუნველყოფს კონკრეტული სამუშაოს შესრულებას.

მაღალი დონის მენეჯმენტი წარმოდგენილია დაწესებულების ხელმძღვანელით და მისი მოადგილეებით. ეს მართვის პირამიდის თავია, სადაც, როგორც წესი, სტრატეგიული საკითხები მუშავდება.

საშუალო დონის მენეჯერი პასუხს აგებს ოპერატიული გეგმების დამუშავებასა და მათ რეალიზაციაზე. წესით, მას მინიჭებული აქვს მოქმედების ფართო უფლებები. იგი დამოუკიდებლად წყვეტს რესურსების გამოყენების, კადრების მიღებისა თუ დათხოვნის, წარმოების განვითარების და სხვ. საკითხებს. მართვის საშუალო დონე სხვადასხვა განყოფილებათა გამგეებს აერთიანებს.

მართვის ძირითად დონეს წარმოადგენს ოპერატიული მენეჯერები. მათ მიეკუთვნება ქვეგანყოფილების გამგეები, ცალკეული სამსახურის უფროსები, მართვის აპარატის სხვა მუშაკები, რომლებიც უშუალოდ აგებენ პასუხს თანამშრომელთა მუშაობაზე. ამ დონის მენეჯერები, ძირითადად, ასრულებენ ოპერატიულ გეგმებს, რომლებიც შემუშავებულია მმართველობითი იერარქიის საშუალო დონეზე. ამგვარაა, რომ მართვის ეფექტიანობა ფასდება დაწესებულების ან ორგანიზაციის მდგომარეობის სტაბილურობითა და მუშაობის მაღალი მაჩვენებლით, რაც ბევრადაა დამოკიდებული ოპერატიული მენეჯმენტის სრულფასოვნებაზე.

ვერტიკალური ურთიერთობათა გარდა მენეჯმენტის თეორიაში სერიოზული ყურადღება ეთმობა ე.წ. **ჰორიზონტალური ურთიერთობების** ეფექტურობის გაზრდას. პასუხისმგებლობის არელების მიხედვით ოპერატიული მენეჯმენტი, თავის მხრივ, შეიცავს მმართველთა სამ ძირითად ტიპს: ფუნქციონალურ, გენერალურ და საპროექტო მენეჯერებს. სხვადასხვა დონის მენეჯერები საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ძირითადად, ურთიერთობებს ახორციელებენ 3 დონეზე:

- მაკრო დონე – საქმიანი ურთიერთობების დამყარება სხვა ორგანიზაციებთან;
- საშუალო დონე – საქმიანი ურთიერთობების დამყარება საკუთარი ორგანიზაციის მმართველობითი პირამიდის სხვადასხვა დონესთან;
- მიკრო დონე – ურთიერთობების დამყარება ცალკეულ პიროვნებასთან ან თანამშრომელთა ჯგუფებთან.

მართვის პირამიდის მოქმედების ეფექტიანობა ბევრადაა დამოკიდებული საორგანიზაციო პროცედურების (გადაწყვეტილების მიღება და მასთან დაკავშირებული ამოცანების სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე დაყვანა) დახვეწაზე, რომლებიც რეგულარულად მეორდება დროში. საორგანიზაციო პროცედურები უნდა აკმაყოფილებდეს საკმარისი საიმედოობისა და ამავე დროს სიმარტივის პირობებს. ამასთან, საორგანიზაციო პროცედურების განხორციელება არ უნდა ითხოვდეს მენეჯერების გადამეტებულ ყურადღებას, რაც მათი სტანდარტების დანერგვით მიიღწევა.

თავი 16. ჯანდაცვის სისტემის ღაგეგმვა

16.1. შესავალი

მიზნის მიღწევა ხშირად დაკავშირებულია სხვადასხვა ვარიანტის არსებობასთან, რის გამოც მენეჯერი არჩევანის წინაშე დგება. ამიტომ მოქმედების დაწყებამდე აუცილებელი ხდება ღაგეგმვა, ე.ი. წინასწარი გადაწყვეტილებების მიღება იმის შესახებ, თუ რა, როდის, სად, ვინ და როგორ უნდა გააკეთოს.

ღაგეგმვა არის ურთიერთდამოკიდებული გადაწყვეტილებების მიღებისა და შეფასების პროცესი ისეთ სიტუაციაში, როდესაც ნავარაუდევია, რომ ამით გაიზრდება საქმის წარმატებით დასრულების ალბათობა, ან დასახული მიზანი ვერ განხორციელდება სპეციალური ზომების გატარების გარეშე.

ღაგეგმვის პროცესი მიმართულია მომავალში ისეთი სასურველი მდგომარეობის ან მდგომარეობების მიღწევისაკენ, რომლებიც თავისით ვერ წარმოიქმნება (ე.ი. მათ მისაღწევად სპეციალური ზომების მიღებაა საჭირო). ამიტომ ღაგეგმვა დაკავშირებულია, ერთი მხრივ, მცდარი მოქმედებების თავიდან აცილებასთან, ხოლო მეორე მხრივ – არსებული შესაძლებლობების სრულ გამოყენებასთან.

ღაგეგმვა მოითხოვს ისეთი წინაპირობების არსებობას, როგორიცაა ორგანიზაციის მისიისა და მიზნების განსაზღვრა.

მისია არის ორგანიზაციის არსებობის, მისი მიზნებისა და უნიკალობის დასაბუთება. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მისია განსაზღვრავს იმ საქმიანობის სფეროს, რომელიც მას განასხვავებს ამავე ტიპის სხვა ორგანიზაციებისაგან.

მიზანი არის სისტემატიზირებული, განჭვრეტილ ძალისხმევათა მამოძრავებელი ფაქტორი, მიმართული წარმოსახვითი, სამომავლო შედეგის მისაღწევად.

პოლიტიკა (ბერძნული *politike* – სახელმწიფოს მართვის უნარი) წარმოადგენს ფორმალურად დამტკიცებულ კანონებს, ქმედებათა სარეგულაციო და სახელმძღვანელო ნორმებს, რომლებიც განსაზღვრავს ქმედებების კურსს (ქვეყნის, რეგიონის, კომპანიის და სხვ.).

სტრატეგია (ბერძნული *strategia* – *stratos*-ჯარი, *ago* – მიმყავს) წარმოადგენს იმ მიზნებისა და ამოცანების შესასრულებლად ღაგეგმილ ქმედებებს, რომელთა შესრულება განსაზღვრულია გარკვეული ხელსაყრელი მომენტისათვის. მისი წარმატება დამოკიდებულია პოლიტიკური, სოციალური, ეკონომიკური, მმართველობითი და ტექნიკური ფაქტორების შესაძლო ურთიერთქმედების გათვლაზე.

ტაქტიკა (ბერძნული *taktike* – წესრიგში მოყვანა) არის მიზნის მისაღწევად საჭირო შედარებით მოკლევადიანი ამოცანების ერთობლიობა, რომლის შემუშავება, ჩვეულებრივ, საშუალო დონის მენეჯერის პრეროგატივაა.

16.2. გეგმის სახეები

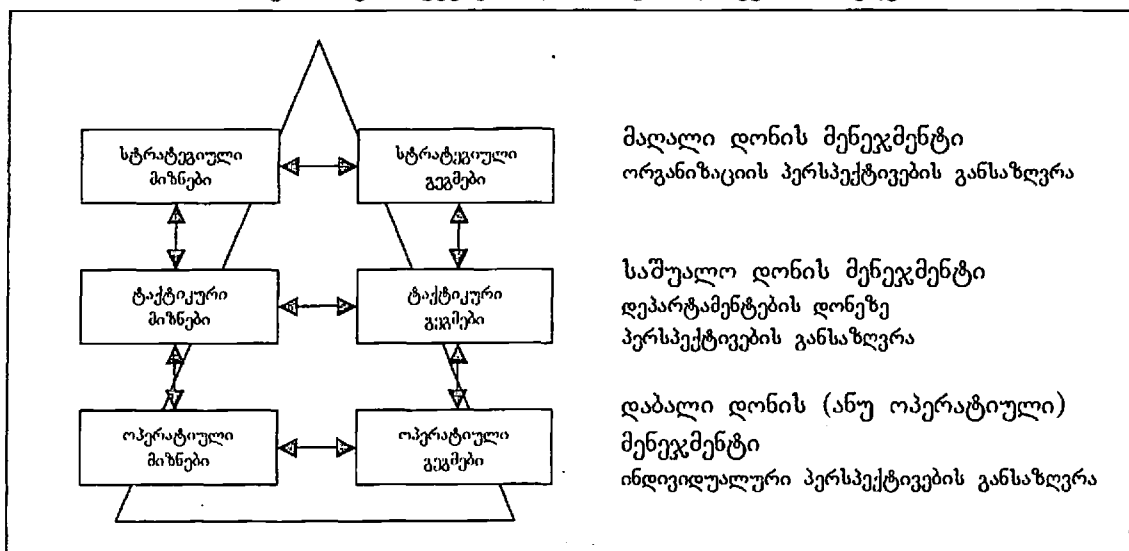
გეგმა წარმოადგენს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელიც საფუძვლად ედება ღაგეგმვას. მიზნების კლასიფიკაციიდან გამომდინარე, ძირითადად, განასხვავებენ სამი ღონის გეგმებს: სტრატეგიულს, ტაქტიკურსა და ოპერატიულს. ეს ღონეები შეიძლება ჩამოყალიბდეს, როგორც გეგმების იერარქია.

სტრატეგიული გეგმა, ჩვეულებრივ, ითვალისწინებს გრძელვადიანი ღონისძიებების გატარებას; **ტაქტიკური** – საშუალოვადიანს, ხოლო **ოპერატიული გეგმა** ორიენტირებულია უფრო მოკლე ვადაზე.

დაგეგმვის სამივე ფორმა ავსებს ერთმანეთს, ამასთან, სტრატეგიული გეგმის საფუძველზე ხდება ოპერატიული და ტაქტიკური გეგმების შემუშავება. როგორც წესი, მთლიანად ორგანიზაციისათვის უნდა შედგეს სტრატეგიული გეგმა, მაშინ, როდესაც მენეჯმენტის უფრო დაბალ დონეზე დგება ტაქტიკური ან ოპერატიული გეგმები, ვინაიდან მათი შემუშავება დასახული მიზნების მისაღწევად კონკრეტულ საშუალებათა შერჩევას უკავშირდება (ნახატი 36).

ნახატი 36

ორგანიზაციის გეგმები და მიზნები დონეების მიხედვით



იმის მიხედვით, თუ ვის ევალება გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების შესრულება, გეგმები შეიძლება იყოს ინდივიდუალური და საერთო. ინდივიდუალური გეგმა შეეხება ცალკეულ პირებს და მათ მიერ შესასრულებელ სამუშაოს. მის განხორციელებას ცალკეული შემსრულებლისათვის კანონის ძალა აქვს. საერთო გეგმა ითვალისწინებს მის შესრულებას მთლიანად კოლექტივის, ორგანიზაციის, უწყების მიერ.

საერთო გეგმის შედგენას, როგორც წესი, საფუძველად უდევს ისეთი აუცილებელი პირობები, როგორიცაა:

- განვლილ პერიოდში მიღებული გამოცდილების ანალიზის ჩატარება;
- ჩატარებული ანალიზის შედეგად ახლად გამოვლენილი მოთხოვნების განსაზღვრა;
- მეცნიერებისა და ტექნიკის თანამედროვე მიღწევების გათვალისწინება.

სწორი დაგეგმვა ხელს უწყობს სათანადო წარმატების მიღწევას, ვინაიდან, ერთი მხრივ, კონკრეტული მიზნების დასახვა საშუალებას აძლევს მენეჯერს, ნათლად წარმოიდგინოს, თუ რა მოვთხოვება მას, მეორე მხრივ, დასმული მიზნიდან გამომდინარე, კონკრეტული დავალეების მიღება ზრდის შემსრულებლის პასუხისმგებლობის გრძნობას.

გეგმები ყველაზე ხშირად დაიყოფა ვერტიკალური დონეების მიხედვით. მათზე მოთხოვნის სიხშირის მიხედვით ისინი იყოფიან მიმდინარე და გრძელვადიან (პერსპექტიულ) გეგმებად. მიმდინარე გეგმების საჭიროება მხოლოდ ერთხელ დგება და კონკრე-

ტული საკითხის განხორციელებისას გამოიყენება. გრძელვადიანი გეგმები კი განმეორებადია და შეიცავენ საორგანიზაციო, პოლიტიკურ, პროცედურულ და სხვ. შინაარსს.

მენეჯმენტი წარმოადგენს პროცესს, რომელიც ერთდროულად და ურთიერთშეთანხმებულად აწესებს მიზნების განხორციელების გეგმებს, როგორც მთლიანად ორგანიზაციისათვის, ისე მისი ცალკეული ერთეულისათვის. გეგმების გადაწყვეტაში მონაწილეობას იღებენ ყველა დონის მენეჯერები.

დაგეგმვის პრინციპული სირთულე მდგომარეობს სწორი გადაწყვეტილების მიღებაში, რაც გულისხმობს მრავალი ვარიანტიდან ერთის არჩევას. ამასთან მოსალოდნელი შედეგების პროგნოზირებისას გასათვალისწინებელია მიღებული გადაწყვეტილების ზეგავლენა მომავალში გადასადგმელ ნაბიჯებზე. მაგალითად, საცხოვრებელი ბინის დაგეგმვისას სასტუმრო ოთახის ადგილმდებარეობა განაპირობებს დანარჩენი ოთახების განლაგებას.

ამოცანის გამარტივების მიზნით საჭიროა სხვადასხვა სახის გადაწყვეტილებების დამოუკიდებელ კომბინაციებად დაყოფა.

დაგეგმვა შემდეგ პრინციპებს ემყარება:

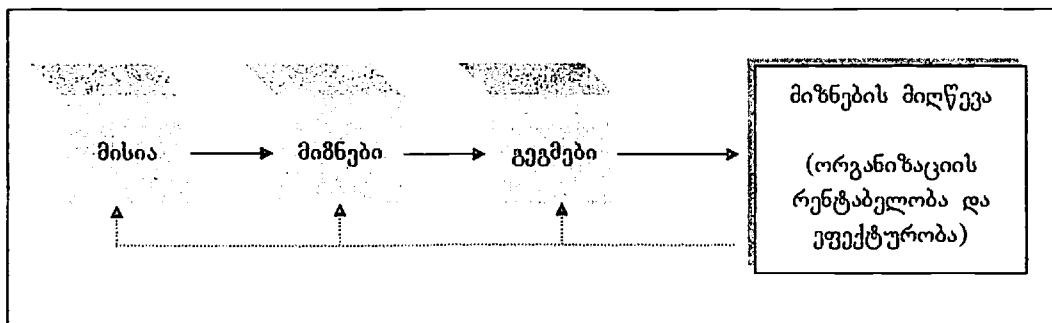
- დამტკიცების შემდეგ გეგმა შემსრულებლისათვის ღირეპტიულ ხასიათს ატარებს;
- დასახული ამოცანები რეალური უნდა იყოს;
- აუცილებელია გეგმის მეცნიერულ-ტექნიკური დასაბუთების წარმოდგენა;
- მიმდინარე და პერსპექტიული გეგმები მჭიდრო ურთიერთკავშირში უნდა იყოს;
- გეგმა უნდა ითვალისწინებდეს მისი შესრულების შემოწმების გზებს.

მიზნების განსაზღვრა და მათი მიღწევისათვის საჭირო საშუალებების შერჩევა მართვის მაღალ დონეზე ხორციელდება. მიზნების დასახვა მენეჯერს სასურველი შედეგების დაკონკრეტების საშუალებას აძლევს. პროგრამირება, გრაფიკების შემუშავება და ბიუჯეტის შედგენა კი შესაძლებელს ხდის წინასწარ განისაზღვროს, თუ როგორ, როდის და რა დანახარჯებით მიიღწევა დასახული მიზანი.

მართალია, დაგეგმვის პროცესის სხვადასხვა ეტაპი გულისხმობს მკაცრ თანამიმდევრობას, მაგრამ, რეალურად, ხშირად ხდება უკვე განვლილი ეტაპების გადასინჯვა, რის გამოც დაგეგმვა ატარებს ციკლურ ხასიათს.

ნახატი 37

დაგეგმვის პროცესი



დაგეგმვის პროცესში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სწორ პროგნოზირებას, იგი წარმოადგენს მენეჯერის საქმიანობის გარკვეულ სახეს, რომელიც წინ უსწრებს მიზნების დასახვას. დაგეგმვის თითოეულ ეტაპზე ჩვენ ვაღვენთ ამა თუ იმ სახის პროგნოზს.

სავსებით დასაშვებია, რომ სამუშაოთა პროგრამირების, სათანადო გრაფიკების შემუშავებისა და ბიუჯეტის შედგენის შედეგად საჭირო გახდეს მიზნების კორექტირება. ამავე დროს, გვემით გათვალისწინებულ სხვადასხვა სამუშაოთა შორის სრული შეთანხმებულობის უზრუნველსაყოფად მათი მიმდინარეობის მუდმივი ანალიზი და კორექტირებაა საჭირო.

16.3. დაგეგმვის მეთოდები

გადაწყვეტილების მიღების მომენტიდან შედეგის მიღწევის სავარაუდო მომენტამდე (რომელსაც დაგეგმვის პერიოდს უწოდებენ), როგორც წესი, ხორციელდება ორი სახის დაგეგმვა – სტრატეგიული და ოპერატიული. სტრატეგიული დაგეგმვა დაკავშირებულია ხანგრძლივ, ხოლო ოპერატიული – მოკლე პერიოდებთან. შესრულების მიხედვით არჩევენ პერსპექტიულ და მიმდინარე გეგმებს (ზოგიერთ შემთხვევაში პერსპექტიული გეგმა შესაძლოა წარმოჩინდეს როგორც სტრატეგიული, მიმდინარე კი – როგორც ოპერატიული).

პერსპექტიული. გეგმა გამოიყენება ხანგრძლივ პერიოდში, ამიტომ დროის თვალსაზრისით მისი მასშტაბი ფართოა.

მიმდინარე გეგმა პერსპექტიული გეგმის გათვალისწინებით ყალიბდება. ყველაზე ხშირად იგი განისაზღვრება ერთი წლის ვადით. მიმდინარე გეგმა პერსპექტიული გეგმის განუყოფელი ნაწილია და მისგან გამომდინარეობს, ამასთან, იგი მეტი დეტალიზაციით ხასიათდება.

როგორც მიმდინარე, ისე პერსპექტიული გეგმა შეიძლება იყოს დარგობრივი, ტერიტორიული და კომპლექსური.

დარგობრივი გეგმა განეკუთვნება რომელიმე დარგს. მაგალითად, ჯანდაცვის, მრეწველობის, სოფლის მეურნეობის განვითარების გეგმა და სხვ.

ტერიტორიული გეგმა ყალიბდება გარკვეული ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით. მაგალითად, ქვეყნის, ოლქის, ქალაქის და სხვ.

კომპლექსური გეგმა წარმოადგენს შესასრულებლად გათვალისწინებული ძირითადი ღონისძიებების ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებულ კომპლექსს. მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის განვითარების გეგმა, რომლის შესრულებაში მონაწილეობას ღებულობენ არამარტო ჯანდაცვის, არამედ სხვა უწყებები და ორგანიზაციები.

ჯანდაცვის სისტემაში სარგებლობენ დაგეგმვის სხვადასხვა მეთოდით, რომელთა შორისაა: ანალიზური, შედარებითი, საბალანსო, ნორმატიული, ეკონომიკურ-მათემატიკური, ექსტრაპოლაციური და სხვ.

ანალიზური მეთოდის გამოყენების აუცილებელი პირობაა არსებული მდგომარეობის შეფასება. მაგალითად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ანალიზის საფუძველზე საექიმო პერსონალსა და საავადმყოფო საწოლებზე მოთხოვნილების განსაზღვრა.

შედარებით ანუ თანაფარდობის მეთოდს აგრეთვე პროპორციულობის მეთოდსაც უწოდებენ. იგი ანალიზური მეთოდის შემადგენელი ნაწილია და საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ პროცესის განვითარების მიმართულება. მაგალითად, რაიმეს მატება ან კლება.

ანალიზური და შედარებითი მეთოდები გამოიყენება სხვადასხვა მაჩვენებლის შეფასებისათვის. მაგალითად, სიკვდილიანობის, ავადობისა, და სხვა მაჩვენებლების დინამიკა გარკვეულ სივრცესა და დროში, მათი თანაფარდობა სხვადასხვა ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში და ა.შ.

ბალანსური მეთოდი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია პროპორციულობის უზრუნველსაყოფად. გეგმის შედგენა-შემუშავების დროს ამ მეთოდით ხშირად სარგებლობენ დარგ-

თაშორისი ბალანსის შედგენისას. მაგალითად, სამუშაო ძალის, წარმოებისა და მოხმარების ბალანსის შეფასება.

ნორმატიული მეთოდი გამოიყენება ნებისმიერი გეგმის შედგენის დროს. იგი ეყრდნობა ბალანსურ მეთოდს, ანუ ყველა შემთხვევაში, როდესაც საჭიროა პროპორციული განვითარების უზრუნველყოფა.

ეკონომიკურ-მათემატიკური მეთოდები გამოიყენება გეგმის ოპტიმალური ვარიანტის დასასაბუთებლად.

ექსტრაპოლაციის მეთოდი ჯანდაცვის პრაქტიკაში შედარებით იშვიათად, მხოლოდ მაჩვენებლების ცვლილებათა ტენდენციების გამოსავლენად გამოიყენება. ასეთ შემთხვევაში დაგეგმვა ხდება მოსალოდნელი (პროგნოზული) მაჩვენებლების გათვალისწინებით. მაგალითად, შობადობის, სიკვდილიანობის და სხვ.

16.4. დაგეგმვის ძირითადი მაჩვენებლები

სხვადასხვა დაწესებულებისა თუ უწყების მუშაობის დაგეგმვის პრინციპები მჭიდროდ უკავშირდება მათ უშუალო დანიშნულებას, რომელთა განსხვავების მიუხედავად, არის მაჩვენებელთა გარკვეული ჯგუფები, რომლებიც ყველასათვის ერთნაირია.

I ჯგუფი – დაწესებულების მოცულობისა და სიმძლავრის მაჩვენებლები;

II ჯგუფი – დაწესებულების საქმიანობის მაჩვენებლები;

III ჯგუფი – დაწესებულების კადრებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლები;

IV ჯგუფი – დაწესებულების დაფინანსების მაჩვენებლები.

ცხადია, ჯანდაცვის სისტემის საერთო დაგეგმვაში წამყვანი როლი მოსახლეობის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარების დაგეგმვას აკისრია (თუ ეკისრება).

დაგეგმვის პროცესში ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია წინასწარ განსაზღვრული ნორმებისა და ნორმატივების დაცვა.

ნორმები არის ემპირიულად ან სპეციალურად ჩატარებული კვლევით დასაბუთებული რაოდენობრივი მაჩვენებლები, რომლებიც რეგლამენტირებულია პრაქტიკაში გამოყენებისათვის. ეს შეიძლება ეხებოდეს ფიზიკურ გარემოს, კადრებს, თანამდებობათა ფუნქციურ დანიშნულებას, პერსონალის დატვირთვას და ა.შ. მთელ რიგ შემთხვევებში ნორმა იგივე სტანდარტია. ნორმები გამოითვლება რომელიმე „პირობითი ერთეულების“ დადგენით. არჩევენ ნორმების ორ სახეს:

- **აუცილებელი ნორმები** (მაგალითად, ავადმყოფთა კვებისათვის ან მედიკამენტების შეძენისათვის განკუთვნილი ხარჯები, საწოლის თეთრეულით მომარაგება და ა.შ.).
- **სპეციალურად დაანგარიშებული ნორმები**, რომელნიც, ჩვეულებრივ, უკვე გაწეულ ხარჯებს ეფუძნება და შეთანხმებულია დამფინანსებელთან.

ნორმებისაგან განსხვავებით, **ნორმატივები** სპეციალურად გაანგარიშებული რიცხობრივი სიდიდეებია, რომელთა გამოყენება გეგმის მეცნიერული დასაბუთების საშუალებას გვაძლევს.

ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვისათვის საჭირო ნორმატივები, ძირითადად, შეეხება დაწესებულებათა ორგანიზაციას, მოსახლეობის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური და სტაციონარული დახმარებით უზრუნველყოფის დონეს, მათ დაფინანსებას და სხვ.

ჯანდაცვის სამსახურის დაგეგმვის პროცესი გაწეული დანახარჯებისა და მიღებული მოგების განხილვას ითვალისწინებს. გეგმის რეალობა ბევრად არის დამოკიდებული ამა თუ იმ ღონისძიებისათვის დახარჯული რესურსების ეკონომიკურ, სოციალურ ან სამედიცინო ეფექტიანობის განსაზღვრაზე. სამედიცინო საქმიანობაში ეს მოგება,

ჩვეულებრივ, მოსახლეობის გაჯანსაღებისა ან მისი შრომისუნარიანობის აღდგენისათვის საჭირო დანახარჯების შემცირებით ყალიბდება.

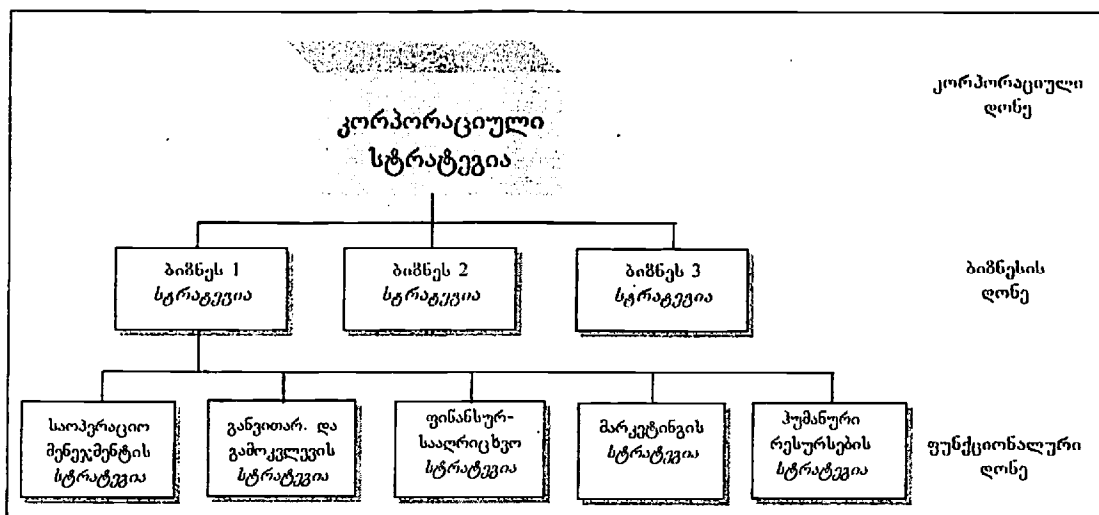
უკანასკნელ წლებში დიდი ყურადღება ეთმობა პროფილაქტიკური ღონისძიებების, მათ შორის მოსახლეობის მასობრივ პროფილაქტიკურ გამოკვლევათა პროგრამების განხორციელების ეკონომიკურ შეფასებას. მიუხედავად მათი მაღალი ეფექტიანობისა, უმეტეს ქვეყნებში ამ სახის პროგრამების შესრულება მხოლოდ მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების გამოკვლევით შემოიფარგლება (მაგალითად, დასავლეთ ევროპის უმეტეს ქვეყნებში აუცილებელ გინეკოლოგიურ გამოკვლევას ექვემდებარებიან მხოლოდ ხანდაზმული ასაკის ქალები ორ წელიწადში ერთხელ, სისხლში გლუკოზის რაოდენობის დადგენას – 45 წლის ასაკს გადაცილებული მამაკაცები და ა.შ.). ამავე დროს დაუსაბუთებლად დიდი ყურადღება ეთმობა სამკურნალო მედიცინას, რომლის ფასი აშკარა ზრდის ტენდენციას ავლენს (განსაკუთრებით სტაციონარულ დაწესებულებებში). რიგი ქვეყნების მონაცემებით, პაციენტთა თითქმის მესამედი ხდება საავადმყოფოში სათანადო სამედიცინო ჩვენებების გარეშე, ძირითადად სოციალური ან ადმინისტრაციული მიზეზების გამო (მაგალითად, მოხუცები ან ინვალიდები, რომელნიც მოვლას უფრო მოითხოვენ, ვიდრე ინტენსიურ მკურნალობას).

16.5. საორგანიზაციო სტრატეგიის სახეები. სტრატეგიული დაგეგმვა

საორგანიზაციო სტრატეგიის დაგეგმვა და მისი განხორციელება ხდება კორპორაციულ, ბიზნესისა და ფუნქციურ დონეზე (ნახატი 38).

ნახატი 38

სტრატეგიის დონეები



კორპორაციული დონის სტრატეგია საშუალებას იძლევა განვსაზღვროთ, თუ ბიზნესის რომელი მიმართულებით უნდა იმოქმედოს ორგანიზაციამ, როგორ უნდა გადანაწილდეს რესურსები დაგეგმილი საქმიანობის თითოეულ მიმართულებაზე. კორპორაციული სტრატეგიის ფორმულირება სამი ძირითადი მიმართულებით ხდება – ზრდის, სტაბილიზაციისა და დაცვითი სტრატეგიის გამოუმუშავების მიხედვით. გარდა ამ ვარიანტებისა, საკმაოდ ხშირად გამოიყენება ზრდის და წილის მატრიცა, ბიზნეს ეკრანი და პროდუქტ/ბაზრის განშლის მატრიცა და სხვ.

ბიზნეს-დონის სტრატეგია კონკრეტული საქმიანობის განხორციელებით, ხელსაყრელი პირობების მიღწევას ცდილობს. ის ითვალისწინებს კორპორაციული დონის სტრატეგიის მხარდაჭერას. ამ დონის სტრატეგიის განვითარება ხშირად ხდება ე.წ. პორტერის კონკურენციული სტრატეგიის მოდელის მიხედვით, რომელიც, თავის მხრივ,

შეიცავს ღირებულების, ლიდერობის (უზენაესობის), დიფერენციაციისა და ფოკუსირების (კონცენტრაციის) სტრატეგიას.

ფუნქციონალური დონის სტრატეგია უშუალოდ მიმართულია ბიზნეს-დონის სტრატეგიის ფარგლებში სამოქმედო გეგმების განხორციელებასა და კონკრეტული ფუნქციური არეების მართვაზე.

სტრატეგიული დაგეგმვა წარმოადგენს პროცესს, რომლის საშუალებითაც მენეჯერი აყალიბებს და შემდგომ ახორციელებს სტრატეგიული მიზნების მიღწევაზე მიმართულ ღონისძიებებს.

სტრატეგიული მენეჯმენტის ნაწილი, რომელიც ახდენს მისიისა და სტრატეგიული მიზნების განსაზღვრას, გარე ფაქტორებისა და ორგანიზაციული შესაძლებლობების შეფასებას, მათ შედარებით ანალიზსა და სპეციფიკური სტრატეგიების განვითარებას, **სტრატეგიის ფორმულირების** (ჩამოყალიბების) სახელითაა ცნობილი.

ღონისძიებებს, რომელნიც სტრატეგიული გეგმების განხორციელებასა და სათანადო კონტროლის დამყარებაზეა გაძიხნული (ე.ი. იმის განსაზღვრაზე, თუ როგორ ემთხვევა მათი შესრულება დასახულ გეგმებს) **სტრატეგიის განხორციელება** ეწოდება.

ეფექტური სტრატეგიის ჩამოყალიბების პროცესს აუცილებლად წინ უნდა უსწრებდეს ორგანიზაციის მისიისა და მიზნების გადახედვა. მისიიდან გამომდინარე, ყალიბდება მიზანი, რომლის მისაღწევად უნდა იყოს მიმართული ორგანიზაციის ძალისხმევა უახლოეს მომავალში.

თავის მხრივ, მიზნებიდან გამომდინარე განისაზღვრება ამოცანები, რომლებიც აკონკრეტებენ საჭირო მიმართულებების განხორციელებას. ყოველი ამოცანა გამოსახული უნდა იყოს რაოდენობრივი მაჩვენებლებით და მის გადასაჭრელად აუცილებელი კონკრეტული ვადებით. როგორც წესი, ყოველი ამოცანის შესასრულებლად ცალკე გეგმა უნდა შემუშავდეს.

მიზნებსა და ამოცანებს სახავს უმაღლესი და საშუალო დონის ხელმძღვანელობა, მაშინ, როდესაც მოქმედებათა გეგმის შემუშავება საშუალო დონის ხელმძღვანელებისა და მათი ხელქვეითების კომპეტენციაში შედის.

გარემო პირობებისა და საორგანიზაციო ფაქტორების შეფასების მეთოდის, ანუ **SWOT-ანალიზის** გამოყენებით ხდება ორგანიზაციაზე მოქმედი შიდა და გარე ფაქტორების ძლიერი (Strengths) და სუსტი (Weaknesses) მხარეების შეფასება. ამ სამუშაოს განხორციელების ძირითადი მექანიზმია ე.წ. ფუნქციონალური აუდიტი, რომლის მეშვეობითაც ფასდება გარემო-პირობების ხელსაყრელობა (Opportunities) და ზიფათი (Threats). SWOT-ანალიზი ძირითადად ხორციელდება **მ.პორტერის** მიერ მოწოდებული კონკურენტული ძალების შეფასების მოდელით.

სტრატეგიული დაგეგმვის დროს მენეჯერი ვალდებულია ყურადღება გაამახვილოს ისეთი ასპექტების მოწესრიგებაზე, როგორიცაა: ტექნოლოგია, ადამიანური რესურსები, ანაზღაურების სისტემები, გადაწყვეტილებების მიღება და მათი სტრუქტურა. ამავე დროს, ყურადღება უნდა გაამახვილდეს კონტროლის ეფექტური მექანიზმების დანერგვაზე, რაც გულისხმობს იმ ფაქტორების მონიტორინგს, რომელთაც შეუძლიათ არსებითი გავლენა მოახდინონ სტრატეგიული გეგმების განხორციელებაზე. ამავე დროს, სერიოზული ყურადღება უნდა დაეთმოს ე.წ. სტრატეგიული აქტიურობის ეფექტების (შედეგების) შეფასებას, რაც დასახული სტრატეგიული გეგმების გადამოწმებას გულისხმობს.

ამაყარა, რომ ნებისმიერი ორგანიზაციის კარგი ფუნქციონირება ხელმძღვანელის მიერ თავისი საქმიანობის სწორად დაგეგმვას მოითხოვს. თანამედროვე წარმოდგენით, სტრატეგიული დაგეგმვა ორგანიზებული და სისტემატური პროცესია, რომლის მიხედვით ორგანიზაცია თავის მომავალ საქმიანობას ეწევა. სტრატეგიული დაგეგმვის მეთოდების გამოყენება საშუალებას აძლევს ორგანიზაციას, ადეკვატურად უპასუხოს გარემოში მიმდინარე ცვლილებებს, უკეთესად შეაფასოს თავისი შესაძლებლობები.

ამ ამოცანის გადასაჭრელად საჭიროა განისაზღვროს ის ეკონომიკური, სოციალური თუ პოლიტიკური ტენდენციები, რომლებსაც ორგანიზაციის მიმდინარე და მომავალ საქმიანობაზე გავლენის მოხდენა ძალუძთ. სტრატეგიული დაგეგმვის პროცესში აუცილებელია ორგანიზაციის შინაგანი რესურსების ანალიზი და შეფასება. საჭიროა იმის ნათლად გააზრება, თუ როგორ გავლენას ახდენს იგი ორგანიზაციის მიერ აუცილებელი გადაწყვეტილებების შემუშავებაზე.

სტრატეგიული დაგეგმვა შესაძლებლობას აძლევს ხელმძღვანელობას, ჩამოაყალიბოს ორგანიზაციის მიზნებისა და ამოცანების დასახვის ზოგადი პრინციპები, განჭვრიტოს მოვლენათა განვითარება და განსაზღვროს შორეული პერსპექტივების ძირითადი ორიენტირები. სტრატეგიული გეგმის დეტალური შემუშავება და განხორციელება საჭიროების შემთხვევაში, ცვლილებებზე უბრალოდ რეაგირების მოხდენის ნაცვლად, ორგანიზაციას აქტიური პოზიციის დაკავების შესაძლებლობას აძლევს.

ნებისმიერ ორგანიზაციაში სტრატეგიული დაგეგმვის საფუძველზე ადგენენ ოპერატიულ გეგმებს. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან თუ სტრატეგიული დაგეგმვა საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ორგანიზაციის ადგილი და როლი საერთოდ სისტემაში, მისი საქმიანობის ძირითადი მიმართულებები (ე.ი. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მუშავდება ორგანიზაციის ზოგადი პოლიტიკა), ოპერატიული დაგეგმვა სტრატეგიული გეგმიდან გამომდინარე ცალკეული ამოცანის გადაწყვეტის გზების ძიებას გულისხმობს.

სტრატეგიული გეგმის შემუშავების პროცესი შეიცავს ოთხ ძირითად ეტაპს:

- გარე ფაქტორების შეფასება;
- შიდა ფაქტორების შეფასება;
- ძირითადი მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა;
- გეგმის განხორციელება და მისი შუალედური და საბოლოო შედეგების შეფასება.

ორგანიზაციის ხელმძღვანელობამ თავის თავზე უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა სტრატეგიული გეგმის შემუშავებაზე, რისთვისაც საჭიროა სათანადო ღროისა და რესურსების გამოყოფა. თუ ხელმძღვანელობის უმაღლესი რგოლი პასუხს აგებს სტრატეგიული გეგმის ძირითადი მიზნების განსაზღვრაზე, კონკრეტული ამოცანების დაგეგმვა საშუალო რგოლის მუშაკების ფუნქციაა. ისევე, როგორც მენეჯმენტის მაღალი დონე, საშუალო რგოლის ხელმძღვანელებიც, თავისი კომპეტენციის ფარგლებში, პასუხს აგებენ სტრატეგიული გეგმის განხორციელებაზე. სტრატეგიული გეგმის შეფასებისა და საჭირო ცვლილებების განსაზღვრის პროცესში შესაძლოა მონაწილეობდნენ სხვადასხვა დონის ხელმძღვანელები.

სტრატეგიული გეგმის შემუშავების პროცესი მოითხოვს სისტემური დაგეგმვისა და სისტემური აზროვნების ძირითადი კონცეფციების ფლობას, ფართო ერუდიციას, ორგანიზაციის მოქმედების ყველა მიმართულების კარგ ცოდნას.

სტრატეგიული გეგმის შემუშავების საწყის ეტაპზე საჭიროა ჩატარდეს ორგანიზაციის საქმიანობაზე მოქმედი გარე და შიდა ფაქტორების შეფასება. ე.ი. უნდა მოხდეს

ყველა იმ ელემენტის გამომჟღავნება, რომლებიც გავლენას ახდენენ დასახულ გეგმებსა და მათი რეალიზაციის შესაძლებლობაზე.

ნებისმიერი სტრატეგიის განხორციელების შესაძლებლობა დამოკიდებულია მრავალ **გარე ფაქტორზე**. ამიტომ უნდა განისაზღვროს იმ ორგანიზაციების გავლენა, რომლებთანაც დაწესებულებას საქმიანი ურთიერთობები აკავშირებს. მათი წრე საკმარისად ფართოა და მოიცავს, როგორც სახელმწიფო და საზოგადოებრივ ინსტიტუტებს (მაგალითად, ხელისუფლების ორგანოები, განათლების სისტემა და ა.შ.), ისე, საზოგადოებრივ სფეროს. ამავე დროს აუცილებელია ორგანიზაციის მოქმედების ყველა სფეროს დეტალური ანალიზის ჩატარება. ამგვარი ანალიზის პროცესში განისაზღვრება აღნიშნულ სფეროში მოქმედი ის ძირითადი ძალები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ორგანიზაციის მაქსიმალური მწარმოებლურობის მიღწევის უნარზე. ამ ძალებს მიეკუთვნება:

- კლიენტები ანუ ის ორგანიზაციები (სახელმწიფო ან საზოგადოებრივი სტრუქტურები, ფირმები) ან კერძო პირები, რომლებიც შეისყიდნიან ორგანიზაციის პროდუქციას (მაგალითად, სადაზღვევო კომპანია სამედიცინო დაწესებულებასთან დადებული ხელშეკრულების მიხედვით იხდის პოლისის მფლობელი პაციენტების მკურნალობის ღირებულებას);
- მიმწოდებლები ანუ ის ორგანიზაციები ან კერძო პირები, რომლებიც მიაწოდებენ თავის პროდუქციას აღნიშნულ ორგანიზაციას (მაგალითად, ფარმაცევტული და სამედიცინო აღჭურვილობის მწარმოებელი ფირმები, სატრანსპორტო ორგანიზაციები და სხვ.);
- ახალი სახის მომსახურება, რომელმაც უნდა შეცვალოს მომსახურების ტრადიციული სახე (მაგალითად, პაციენტის კონსულტაცია უცხოელი სპეციალისტების მიერ ტელეკონფერენციების ჩატარების მეშვეობით);
- ახლად შექმნილი ორგანიზაციები (მაგალითად, ახალი კერძო სამკურნალო დაწესებულების გახსნა, რომელიც, სავარაუდოდ, კონკურენციას გაუწევს არსებულ საავადმყოფოს);
- კონკურენცია სამკურნალო დაწესებულებათა შორის, რომელთა მიმდინარე და პერსპექტიული გეგმების განხორციელება გავლენას ახდენს კონკრეტულ მუშაობაზე.

აღნიშნული მეთოდი შეიძლება **მ.პორტერმა** და თავდაპირველად კონკურენციის მექანიზმის უკეთ გაგებას ისახავდა მიზნად, მაგრამ მოგვიანებით იგი დამკვიდრდა ყველა სფეროში, ვინაიდან საშუალებას აძლევს ორგანიზაციის ხელმძღვანელობას, აღიქვას დანახარჯების სტრუქტურა, რესურსების უკეთესად გამოყენების გზები, სხვა საკანძო ფაქტორების ზეგავლენა ორგანიზაციაზე, მის მოთხოვნასა და შესაბამისად – დასახული მიზნის მიღწევის უნარზე.

არსებობს გარე ფაქტორების ანალიზის სხვა მეთოდიც, რომელიც დაკავშირებულია მოთხოვნილებების შეფასების ჩატარებასთან. ამ მეთოდის თანახმად, საჭიროა ისეთი პროგრამების ან მომსახურების სახის შექმნა, რომელიც მოცემული სამკურნალო დაწესებულების მოქმედების არეალში მცხოვრებთა მოთხოვნილებებს უპასუხებს. ეს პროცესი უნდა შეიცავდეს მეორადი მონაცემების (მაგალითად, ეპიდემიოლოგიური და დემოგრაფიული მაჩვენებლები) ანალიზის ჩატარებას. საჭიროების შემთხვევაში დამატებით ხორციელდება პირველადი მონაცემების შეკრება, შეხვედრები სხვა დაწესებულების ხელმძღვანელებთან, აზრთა გაზიარება საზოგადო მოღვაწეებთან და მოსახლეობის წარმომადგენლებთან. მიზნის განსაზღვრის პროცესში ვლინდება ორგანიზაციის პრიორიტეტული ამოცანები და პოტენციური მოკავშირეები. მიღებული ინფორმაცია პრობლემის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ანალიზის საშუალებას იძლევა, რაც ხელს უწყობს მომავალი პროგრამებისა და მომსახურების დაგეგმვას. მაგალითად, ორგანიზაციის ზოგიერთი

ხელმძღვანელი გარკვეული გათვლებისა და წარსული გამოცდილების საფუძველზე შეიძლება დარწმუნებული იყოს ამა თუ იმ პროგრამის გატარების ან გარკვეული მომსახურების დანერგვის აუცილებლობაში. მაგრამ ახლად მიღებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე და მოსახლეობის მიზნობრივ ჯგუფებთან საკითხის განხილვისას შესაძლოა გაირკვეს, რომ საჭიროა სულ სხვა პროგრამისა და მომსახურების დანერგვა. ამ ორი ურთიერთგამომრიცხავი ინფორმაციის შერწყმისა და მის გაღრმავებულ ანალიზზე დაყრდნობით კეთდება საბოლოო დასკვნა, რომელიც სტრატეგიულ გეგმაში აისახება.

შიდა ფაქტორების შეფასება იძლევა ორგანიზაციის სტრუქტურული ქვედანაყოფების დეტალური ანალიზის ჩატარების საშუალებას. ეს პროცესი ითვალისწინებს პირველადი და მეორადი მონაცემებისა და ორგანიზაციის შესახებ არსებული ობიექტური და სუბიექტური ინფორმაციის შეგროვებას. საჭიროა ორგანიზაციის საქმიანობასთან დაკავშირებული ოფიციალური ანგარიშებისა და თანამშრომლებისაგან არაოფიციალური საუბრებით მიღებული ფაქტების საფუძვლიანი ანალიზი. ამას მიეკუთვნება მონაცემები ფინანსების, ბიუჯეტის, მწარმოებლურობის, ხარისხის კონტროლის, საკადრო საკითხების შესახებ და ა.შ. გრძელვადიანი ტენდენციების გამოვლენის მიზნით საჭიროა რამდენიმე წლის მონაცემების ანალიზის ჩატარება.

სტრატეგიული გეგმის ცხოვრებაში გატარება ორგანიზაციის ხელმძღვანელობის სრულ ძალისხმევას მოითხოვს. ორგანიზაციის მისიისა და მიზნების ფორმულირება უნდა დავიდეს კოლექტივის ყველა წევრამდე, რათა ნათლად დასაბუთდეს მიღებული გადაწყვეტილებების ლოგიკურობა. ასეთი მიდგომა დადებით გავლენას ახდენს მუშაობის ეფექტურ წარმართვაზე, ხელს უწყობს ორგანიზაციის კადრების მობილიზაციას დასახული მიზნის განხორციელების საქმეში.

სტრატეგიული დაგეგმვის პროცესის დასკვნით ეტაპს **შედეგების შეფასება** წარმოადგენს.

დაგეგმვის პროცესი უნდა შეიცავდეს გეგმის შესრულების უზრუნველყოფის მექანიზმს. სტრატეგიული გეგმის საბოლოო რედაქციაში მითითებული უნდა იყოს პასუხისმგებელი პირები და შესრულების ვადები. ორგანიზაციის ხელმძღვანელობა რეგულარულად უნდა იღებდეს წერილობით ანგარიშებს გეგმის შესრულების თაობაზე. ამგვარი ანგარიშის მიზანია არამართო წარმატებებისა და მიღწევების კონსტატაცია, არამედ მუშაობის პროცესში წარმოშობილ პრობლემებთან დაკავშირებით საჭირო კორექტივების შეტანა.

თავი 17. ინფორმაციული სისტემები მენეჯმენტში

17.1. შესავალი

ინფორმაციული სისტემა, თანამედროვე გაგებით, წარმოადგენს ინფორმაციის მოკრების (ან უკან დაბრუნების), დამუშავების, შენახვისა და დანაწილების პროცედურების ერთიანობას, მიმართულს დაგეგმვის, გადაწყვეტილების მიღების, კოორდინაციისა და კონტროლის სრულყოფის მისაღწევად.

ინფორმაციული სისტემის მეშვეობით ხდება მონაცემების ინფორმაციად გადამუშავება (ანგარიშები, დოკუმენტები, მოსაზრებები), რომლებიც გადაწყვეტილების მიღების დროს გამოიყენება.

ინფორმაციული სისტემების, როგორც ნებისმიერი სხვა სისტემის, ძირითადი კომპონენტებია: შემავალი მონაცემები, მათი ტრანსფორმაცია (პროცესი) და გამოშვებული შედეგები.

ინფორმაციულ სისტემებს, სადაც კომპიუტერულ ტექნიკას იყენებენ, კომპიუტერულ ბაზაზე მოქმედი ინფორმაციული სისტემები ეწოდებათ. ისინი განისაზღვრება ორი კატეგორიით: ინტელექტუალური (პროგრამული) და ტექნიკური (მოწყობილობები და მათი ცალკეული კომპონენტები) უზრუნველყოფით.

ინფორმაციული სისტემების ეფექტურობა განისაზღვრება ისეთი კრიტერიუმებით, როგორიცაა სიზუსტე, შესაბამისობა, დროულობა, სისრულე და კომპაქტურობა.

ინფორმაციული მოთხოვნები დამოკიდებულია მენეჯერულ დონეზე და განსხვავებულია სპეციალიზაციის არეების მიხედვით. სხვადასხვა საორგანიზაციო დონის შესაბამისი ინფორმაციული უზრუნველყოფა ხუთი ძირითადი ტიპის საოპერაციო სისტემის მეშვეობით ხდება. ესენია:

სისტემა პროცესი-საქმიანობა ითვალისწინებს ყოველდღიური, კონკრეტული საორგანიზაციო საქმიანობის დაფიქსირებას და ძირითადად გამოიყენება მენეჯმენტის პირველ დონეზე.

ოფისის ავტომატიზირებული სისტემა ითვალისწინებს იერარქიის ზედა დონიდან მიღებული მონაცემების დოკუმენტებად ან შეტყობინებებად დამუშავებას (რასაც საშუალო დონის მენეჯერები ახორციელებენ ცალკეული დარგის, პროფესიონალების ან ექსპერტების დახმარებით).

მენეჯერული ინფორმაციული სისტემა გულისხმობს საშუალო დონის მენეჯერების მიერ დადგენილი ფორმის მოხსენებების მომზადებას, სადაც პრობლემა ისტორიული ჭრილში კომპლექსურად განიხილება.

გადაწყვეტილებების მიღების დახმარე სისტემა ითვალისწინებს გადაწყვეტილებების მიღებისათვის საჭირო ანალიზის ჩატარებას საშუალო დონის მენეჯერებისა და მიწვეული ექსპერტების, ან ორგანიზაციაში მომუშავე ვიწრო სპეციალისტების მიერ.

ადმინისტრაციული ინფორმაციული სისტემა ეხმარება მაღალი დონის მენეჯერებს გადაწყვეტილების საბოლოო მიღებაში, ამიტომ მოსამზადებელი მასალაც უფრო ფართო (სტრატეგიული) ხასიათისაა.

თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიებს შეუძლია მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინონ ორგანიზაციის მოქმედების სხვადასხვა ასპექტზე, შეეხება ეს ორგანიზაციის სტრუქტურის შეცვლას (მაგალითად, ქსელური ტექნოლოგიის მეშვეობით ცალკეული პაციენტის ირგვლივ არსებული ინფორმაციის შეგროვებას), ინდივიდუალურ საქმიანობას თუ საორგანი-

ზაციო რისკის შეფასებას (შეცდომები, ფიზიკური დაზიანება, ტექნიკის დატაცება, სისტემაში არასანქცირებული შიდა და გარე შეღწევა და ა.შ.).

17.2. ინფორმაცია და ინფორმაციული სისტემა

ტერმინი **ინფორმაცია** იმდენად ნაცნობია, რომ თითქოსდა არ უნდა საჭიროებდეს განმარტებას. მიუხედავად ამისა, ამ ტერმინის განსაზღვრა უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად შეიცვალა. ინფორმაცია (informacio) ლათინური წარმოშობისაა და განმარტებას, გადმოცემას, თხრობას გულისხმობს. თუ ოციოდე წლის წინ გამოშვებულ განმარტებით ლექსიკონებში ტერმინი ინფორმაცია გულისხმობდა ცოდნას, რომელიც გადაიცემა ადამიანებს შორის ზეპირად, წერით ან სხვა ფორმით (პირობითი სიგნალების, ტექნიკური საშუალებებისა და სხვ. მეშვეობით), დღესდღეობით, კომპიუტერული ტექნოლოგიების განვითარებასთან ერთად, ამ ცნების ზოგადმეცნიერული გაგება საგრძნობლად შეიცვალა.

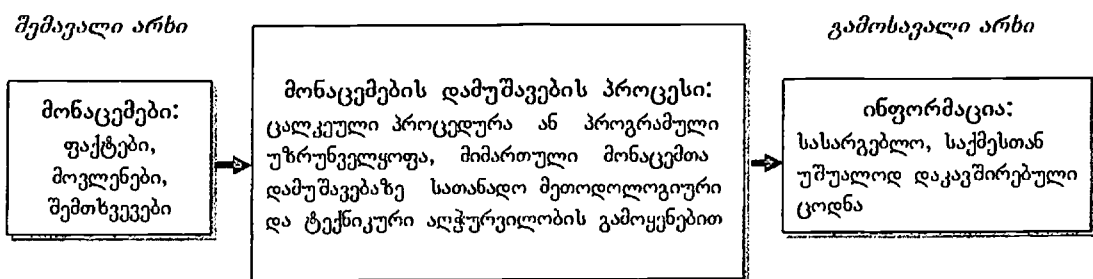
თანამედროვე განმარტებით ინფორმაცია წარმოადგენს ცოდნის გაცვლას არამარტო ადამიანებს შორის, არამედ ადამიანსა და მანქანას შორის, მანქანასა და მანქანას შორის. ინფორმაციული სისტემები კი განისაზღვრება როგორც ფორმალური სისტემები, რომელთა დანიშნულებაა, მიაწოდონ მომხმარებელს გადაწყვეტილების მიღებისათვის აუცილებელი ინფორმაცია.

ძალიან ხშირია შემთხვევები, როდესაც გაიგივებულია ტერმინები „მონაცემი“ და „ინფორმაცია“, რაც უხეშ მეთოდოლოგიურ შეცდომას წარმოადგენს.

მონაცემები ეს არის ფაქტები, ციფრები, მოვლენები, შემთხვევები და ა.შ., რომელნიც მიეწოდა მომხმარებელს, მაშინ, როდესაც ინფორმაცია, თავის მხრივ, წარმოადგენს მონაცემების ანალიზის საფუძველზე მიღებულ სასარგებლო ცოდნას (ნახატი 38). ცალკე აღებული მონაცემები (მაგალითად, მოსახლეობის რაოდენობა, საწოლთა რიცხვი და სხვ.) სათანადო გააზრებისა და დამუშავების გარეშე (რასაც მონაცემთა დამუშავების პროცესი ეწოდება) ვერ იქცევა ინფორმაციად, ე.ი. იმ ცოდნად, რომელიც ჩვენ გვჭირდება გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

ნახატი 39

მონაცემების ინფორმაციად გარდაქმნის პროცესი

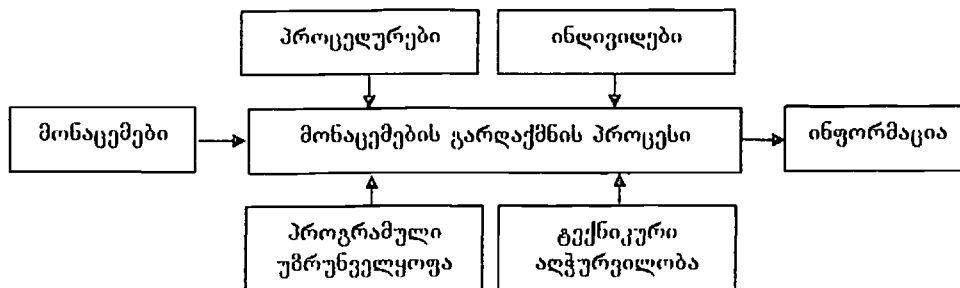


ხშირად, ორგანიზაციაში ინახება მონაცემთა დიდი მოცულობა, რომელთა პრაქტიკული გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ სათანადო დამუშავების შემთხვევაში. მაგალითისათვის მოვიყვანოთ იმ უზარმაზარ მონაცემთა ბაზას, რომელიც დაგროვილია ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში ავადმყოფობის ისტორიების ან ამბულატორიული ბარათების სახით. აშკარაა, რომ ცალკეულ ამბულატორიულ ბარათში დაფიქსირებული მონაცემები პაციენტის სისხლში გლუკოზის მოცულობის შესახებ მონაცემად დარჩება, თუ ჩვენ არ გავანალიზებთ მის დინამიკას თვეების ან წლების მიხედვით, პაციენტის რეაქციას დანიშნულ ანტიდიაბეტურ საშუალებებზე (მონაცემთა დამუშავების პროცესი) და მიღებული ინფორმაციის შეჯამების საფუძველზე დავტოვებთ ან შევცვლით დანიშნულებას (გამოსავალი).

ინფორმაციული სისტემის ფუნქციონირებისათვის, პირველ რიგში, უნდა მოხდეს მონაცემების შეგროვება, შემდეგ კი მათი გადარჩევა მომხმარებელთა ინტერესების გათვალისწინებით. ამის შემდეგ ხდება მონაცემების ინფორმაციად გარდაქმნა სხვადასხვა პროცედურების, პროგრამული პაკეტების, ტექნიკური აღჭურვილობისა და ადამიანური რესურსების გამოყენებით (ნახატი 40).

ნახატი 40

ინფორმაციული სისტემის ელემენტები



ინფორმაციული ნაკადი წარმოადგენს გადამუშავებულ მონაცემთა ერთობლიობას, რომელიც საჭიროა გადაწყვეტილების მიღების სხვადასხვა ეტაპზე.

ორგანიზაციაში შეიძლება თავს იყრიდეს მონაცემების დიდი ნაკადი, რომელიც მოედინება, როგორც მისი ქვედანაყოფებიდან, ასევე გარე სამყაროდან. მაგრამ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ განხორციელდება ამ მონაცემთა სათანადო დამუშავება და ანალიზი, შეიძლება მსჯელობა ინფორმაციის მიღების ფაქტის შესახებ.

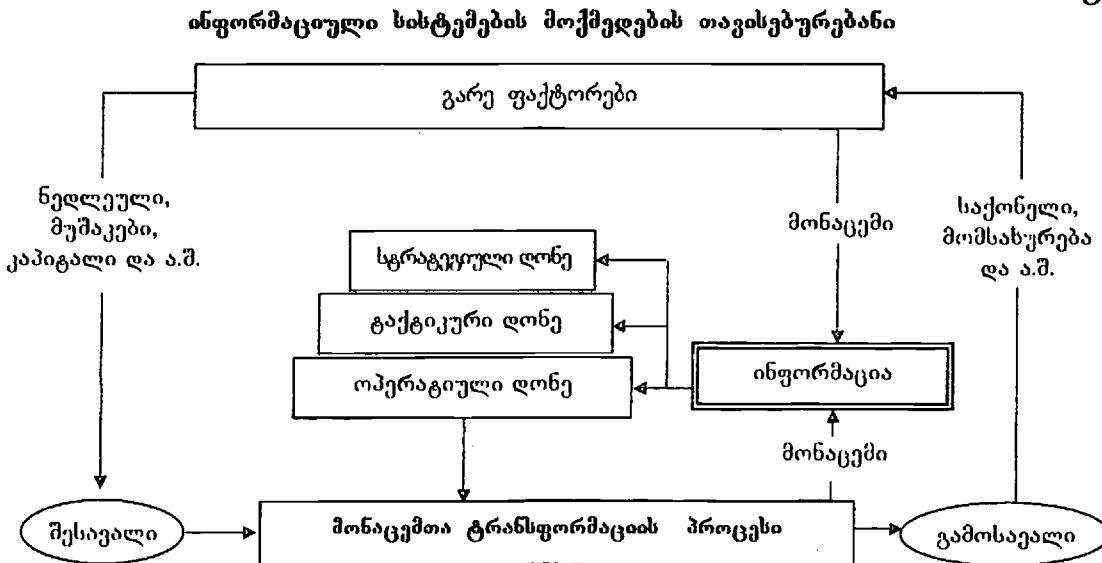
ამ კუთხით განსაკუთრებით დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს ინფორმაციის დამუშავების პროცესის გამოსავალს. მაგალითად, საავადმყოფოსათვის ან პოლიკლინიკისათვის ინფორმაციის დამუშავების „გამოსავალს“ წარმოადგენს პაციენტის გამოჯანმრთელების პროცესი, მაშინ, როდესაც „შესავალი“ წარმოადგენილია მონაცემებით ავადმყოფების მდგომარეობის, სამკურნალობის საშუალებების, სამედიცინო აღჭურვილობის, შენობა-ნაგებობების და ა.შ. შესახებ. მონაცემთა ტრანსფორმაციის (ე.ი. გარდაქმნის) პროცესში ყველა ეს ფაქტორი ერთიანდება, რაც პაციენტის მკურნალობის შეფასების საშუალებას იძლევა. ამკარაა, რომ ამ პროცესის მიმდინარეობაზე სათანადო ინფორმაცია უნდა მოგროვდეს კლინიკის ხელმძღვანელთან (რა წამლები გამოიყენება მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის დროს, სრულად ტარდება თუ არა დიაგნოსტიკა, კმაყოფილია თუ არა პაციენტი მომსახურებით, ზომ არ შეიმჩნევა რაიმე სირთულე პროცესის მართვაში და ა.შ.). მენეჯერისათვის აგრეთვე აუცილებელია გარე ფაქტორებით განპირობებული მონაცემების გათვალისწინებაც (მაგალითად, სხვა კლინიკებში მკურნალობის უახლესი მეთოდების დანერგვის შესახებ, პაციენტებისა და მათი ახლობლების მოლოდინი და ა.შ.).

ინფორმაციის ხარისხი განისაზღვრება შემდეგი კრიტერიუმებით:

- ინფორმაცია უნდა იყოს საიმედო, რადგან, თუ მომხმარებელი აღმოაჩენს შეცდომებს მიღებულ ინფორმაციაში, შემდგომში იგი ქვეცნობიერად უნდობლად მოეკიდება ამ გზით მიღებულ ყველა ცნობას;
- ინფორმაცია უნდა იყოს დროული და ფასეული. მომხმარებელმა ინფორმაცია უნდა მიიღოს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, რადგან მოგვიანებით იგი მისთვის ნაკლებად საჭირო და ღირებული ხდება;
- ინფორმაცია უნდა იყოს საჭირო მოცულობის. ზოგიერთი მენეჯერი ცდილობს მონაცემთა ჭარბი რაოდენობის თავმოყრას, რაც არასწორია, ვინაიდან ზშირად მონაცემთა დიდი მასივის დამუშავება ფიზიკურად შეუძლებელია, ხოლო დახარჯული რესურსების სანაცვლოდ მიღებული ინფორმაციის დიდი ნაწილი გამოუყენებელი რჩება.

- ინფორმაცია უნდა იყოს მნიშვნელოვანი და მიზანმიმართული, ვინაიდან სხვადასხვა დონის მენეჯმენტი განსხვავებული ხასიათის ინფორმაციას მოითხოვს. თუ მაღალი დონის მენეჯერს სჭირდება სტრატეგიული ხასიათის განზოგადებული ინფორმაცია, ორგანიზაციის იერარქიაში უფრო დაბალ საფეხურზე მყოფ მენეჯერს ესაჭიროება გაცილებით კონკრეტული ან ვიწრო სპეციალიზებული ინფორმაცია.

ნახატი 41



ამგვარად, შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ ინფორმაცია უნდა იყოს მიზანმიმართული, პრობლემაზე ორიენტირებული, სასარგებლო, ხარისხიანი, ხელმისაწვდომი, გასაგები, მკაფიო და ზედმეტი დეტალების გარეშე. იგი დროულად უნდა მიეწოდოს მომხმარებელს და არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს ეთიკურ ნორმებს (მაგალითად, ინფორმაცია პაციენტის დაავადების შესახებ, საექიმო ეთიკის პრინციპებიდან გამომდინარე, არ უნდა იყოს მისაწვდომი გარეშე პირისათვის).

17.3. ინფორმაციული სისტემების ფორმები

დღესდღეობით განიჩევა ინფორმაციული სისტემების შემდეგი ფორმები:

- ტრადიციული ინფორმაციული სისტემები (ინფორმაციის სიტყვიერი ან სხვა ფორმით გადაცემა);
- ინფორმაციული სისტემები ქაღალდის მატარებელზე;
- კომპიუტერიზებული ინფორმაციული სისტემები.

ტრადიციულ ინფორმაციულ სისტემას მიეკუთვნება ე.წ. მარტივი ინფორმაციული სისტემა, რომელიც გულისხმობს შერჩევით რეაგირებას ამა თუ იმ საინფორმაციო შეტყობინებაზე. მაგალითად, ყოველი ადამიანი გრძნობს ორგანოებს იყენებს გარე სამყაროდან სხვადასხვა სახის სიგნალის (მონაცემი) მისაღებად, რომელიც თავის ტვინში სათანადო ინფორმაციად გარდაიქმნება, მასზე რეაგირება ზდება გარკვეული მოქმედებით (რეფლექსი). ამ თვალსაზრისით, თითოეული ადამიანის ორგანიზმი ტრადიციულ ინფორმაციულ სისტემას წარმოადგენს.

ტრადიციული ინფორმაციული სისტემები საკმაოდ მრავალფეროვანია, შეეხება ეს ადამიანთა შორის საუბარს თუ მტრის გამოჩენის შესატყობინებლად მთებზე კოცონების ანთებას. იგივე ითქმის ხელმძღვანელზეც, რომელიც ყურადღებით აკვირდება ორგანიზა-

ციის შიგნით და გარეთ მიმდინარე პროცესებს და ინფორმაციას თავისი მოვალეობის შესასრულებლად გამოიყენებს.

უძველესი დროიდან ადამიანი არ ენდობოდა მხოლოდ თავის მეხსიერებას და ცდილობდა მიღებული მონაცემები აღენუსხა სხვადასხვა სახით (შეეხება ეს პირველყოფილი ადამიანის მიერ ქვაზე ასახული ნაღირობის ეპიზოდებს თუ „ვეფხისტყაოსნის“ თანამედროვე გამოცემას).

ინფორმაციული სისტემა, სადაც გამოყენებულია ქაღალდის ან სხვა სახის მატარებლები, ტრადიციული სისტემისაგან განსხვავებით, მოპოვებული მასალის სხვა პირებზე უფრო იოლად გადაცემის საშუალებას იძლევა, თანაც ხანგრძლივი დროის შემდეგ შესაძლებელია მისი ხელმეორე გამოყენება. ამ დროს ინფორმაციის დამუშავება ხშირად ხელით ხდება (მაგალითად, ყოველკვარტალური, ყოველწლიური ანგარიშების შედგენა, ავადმყოფთა ისტორიების შევსება და ა.შ.). მიუხედავად ამისა, რომ მონაცემთა ხელით დამუშავების პროცესში იხარჯება უამრავი დრო და დიდია შეცდომის დაშვების ალბათობა, ასეთი სახის სისტემა პოპულარობით სარგებლობს არამარტო ტექნოლოგიური ჩამორჩენილობის გამო, არამედ იმიტომაც, რომ საშუალებას იძლევა მარტივად შევინახოთ ინფორმაცია და იოლად გამოვიყენოთ იგი. გაიოლებულია საჭირო ინფორმაციის ნაკადის მოძრაობაზე კონტროლის დაწესებაც, სისტემა არ საჭიროებს მნიშვნელოვან დანახარჯებს და ა.შ.

თანამედროვე ინფორმაციულ სისტემებში ფართოდ გამოიყენება მონაცემთა შეკრებისა და ინფორმაციის წარმოდგენის ელექტრონული საშუალებები. პირველადი მონაცემების კომპიუტერში შეყვანისათვის ხშირად იყენებენ სკანერებს. საწყისი მონაცემების მიღების შემდეგ ელექტრონული სისტემები დამოუკიდებლად ამუშავებენ, ანაწილებენ და „მზა“ სახით ინახავენ ინფორმაციას მომხმარებლისათვის. აუცილებლობის შემთხვევაში ინფორმაციის გადმოტანა შესაძლებელია ქაღალდის მატარებელზედაც. ამასთან აღსანიშნავია, რომ თუმცა განვითარებულ ქვეყნებში ინფორმაციული სისტემების 70% კომპიუტერიზებულია, ქაღალდის მატარებლის გამოყენებაზე დამყარებულ სისტემებს ჯერ არ დაუკარგავს თავისი მნიშვნელობა.

ინფორმაციული სისტემის ტრადიციული ფორმის გამოყენების შემთხვევაში, ექიმი, პაციენტის ჩივილებიდან გამომდინარე, სიმპტომებსა და ფიზიკალურ მონაცემებს აანალიზებს და მას მკურნალობას უნიშნავს. ქაღალდის მატარებლებზე დაფუძნებული ინფორმაციული სისტემის მაგალითია ზემომოყვანილი ინფორმაციის დაფიქსირება სხვადასხვა სახის ჩანაწერების სახით (მიმართვა გამოკვლევაზე, რეცეპტი და სხვ.) და მისი სისტემატიზაცია. კომპიუტერიზებული ინფორმაციული სისტემის გამოყენებისას იგივე პროცესი ხორციელდება ელექტრონული გაცვლის მეშვეობით. ექიმი მუშაობს კომპიუტერთან დიალოგურ რეჟიმში, რაც გულისხმობს მანქანაში სათანადო პირველადი მონაცემების შეყვანას სპეციალური კითხვების მიხედვით.

შემდგომში მანქანა დამოუკიდებლად ან სხვა სისტემასთან ინფორმაციის გაცვლის საფუძველზე იძლევა სათანადო რეკომენდაციებს. გასაგებია, რომ ამ შემთხვევაშიც ადამიანური ფაქტორი წამყვან როლს ასრულებს, ვინაიდან, როგორც მონაცემთა შეგროვება, ასევე მათი დამუშავებისათვის სპეციალური პროგრამის შედგენა, ან მანქანის მიერ მოცემული რეკომენდაციების განხილვა, ექიმის კომპეტენციაში შედის.

17.4. ინფორმაციული სისტემების ტიპები

დამოუკიდებლად იმისა, თუ რა ფორმის ინფორმაციულ სისტემასთან გვაქვს საქმე, გამოიყოფა ინფორმაციული სისტემების 5 ტიპი: ოპერაციული, მონიტორინგის, გადაწყვეტილების მიღების უზრუნველყოფის, ცოდნის (ექსპერტული) და კომუნიკაციური. ინფორმაციული სისტემების ყველა ეს ტიპი ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია და ცალკე განხილვას მოითხოვს.

ოპერაციული სისტემა წარმოადგენს პროგრამულ დამატებას, რომელიც ასრულებს წინასწარ განსაზღვრულ ოპერაციებს, რითაც უზრუნველყოფს სასურველი შედეგის მიღებას. ის ეფექტურად, უნივერსალურად და საიმედოდ ახდენს პროცესის შესასრულებლად გათვალისწინებული ოპერაციების სტანდარტიზაციასა და რაციონალიზაციას.

მონიტორინგის სისტემის დანიშნულებაა დაკვირვების ობიექტზე შეკრებილი მონაცემების დამუშავება და მომხმარებლისათვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდება. დაკვირვების ობიექტებს შეიძლება წარმოადგენდეს ფინანსები, პროდუქციის ხარისხი, განყოფილების მუშაობის შედეგები, თანამშრომლების ინდივიდუალური მაჩვენებლები და სხვ. მონიტორინგის სისტემები გამოიყენება სხვა სისტემების პერიოდული შემოწმებისათვისაც.

გადაწყვეტილების მიღების უზრუნველყოფის სისტემები უფრო ხშირად წარმოდგენილია ინტერაქტიური სისტემებით, რომლებიც ეხმარება მენეჯერებს არსებული ალტერნატივების შეფასებასა და დასაბუთებული არჩევანის გაკეთებაში. კომპიუტერიზებულ ინფორმაციულ სისტემებთან გამოიყენება მოდელირებისა და ანალიზის სხვადასხვა მეთოდი. მაგალითად, სასწრაფო დახმარების სამსახური იყენებს მართვისა და კონტროლის სისტემებს, რომელიც განსაზღვრავს არამართო ბრიგადების მიზანმიმართულ გასვლას გამოძახებებზე, არამედ სათანადო ღონისძიებების გატარების მიზანშეწონილობასაც.

ექსპერტული სისტემის ფუნქციონირება დაფუძნებულია ექსპერტების მიერ გადაწყვეტილების მიღების ლოგიკის ანალიზზე.

1980-იან წლებში მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში, და მათ შორის საქართველოში, მიზნად დაისახეს ისეთი ექსპერტული სისტემების შექმნა, რომელიც შეძლებდა დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღებას. კომპიუტერული ტექნოლოგიების განვითარებასთან ერთად უკვე 1990-იან წლებში ამ მიზანმა უფრო რეალური სახე მიიღო, მაგრამ საბოლოო დასკვნა ასეთია: შეუძლებელია, რომ კომპიუტერმა მთლიანად შეცვალოს ადამიანი, ვინაიდან გამოთვლით ტექნიკას არ ძალუძს მოიცვას ცოდნის ყველა სფერო და ამ სფეროებში მოღვაწე ყველა ექსპერტის გამოცდილება. კომპიუტერს არ შეუძლია განახორციელოს ინფორმაციის ინტერპრეტაცია და ახალი ცოდნის გენერაცია, რაც მხოლოდ ადამიანისათვისაა დამახასიათებელი. ამჟამად, ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც, დამუშავდა და მოქმედებს საინფორმაციო სისტემები, რომელიც ხელს უწყობს ექიმის მუშაობას. მაგალითად, დასავლეთის საავადმყოფოებში ფართოდ გამოიყენება სისტემები, რომელიც საშუალებას აძლევს ნაკლებად გამოცდილ თანამშრომელს, სწრაფად და საკმარისად დასაბუთებულად დასვას დიაგნოზი და დაიწყოს პაციენტის ადეკვატური მკურნალობა. სისტემა დიალოგის რეჟიმში მუშაობს და თანამიმდევრულად დასმულ შეკითხვებზე პასუხის გაცემის საფუძველზე აგროვებს ანამნეზურ მონაცემებს, ფიზიკალური შემოწმების, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების შედეგებს. მიღებული პასუხების საფუძველზე კომპიუტერი ექიმს მოქმედების კონკრეტულ გეგმას სთავაზობს.

კომუნიკაციური სისტემები იძლევა გეოგრაფიული და ღრობის ბარიერის დაძლევის საშუალებას, აიოლებს ინფორმაციის გადაცემას ორგანიზაციის შიგნით და მის ფარგლებს გარეთ. ერთ-ერთ ასეთ სისტემას წარმოადგენს ელექტრონული ფოსტა, რომელიც საშუალებას იძლევა, ელექტრონული სახით მივიღოთ და გავავაზვნოთ ნებისმიერი შეტყობინება.

შესრულებული ოპერაციების მასშტაბების მიხედვით ინფორმაციული სისტემები შეიძლება იყოს ინდივიდუალური, ლოკალური, კორპორაციული, ორგანიზაციათშორისო და გლობალური.

ინდივიდუალური სისტემები (ტექსტური რედაქტორები, ელექტრონული ცხრილები, სხვადასხვა მონაცემთა ბაზები) ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა კონკრეტული ამოცანის გადასაწყვეტად. ამ ტიპის სისტემის უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ კომპიუტერის შესაძლებლობიდან გამომდინარე, მომხმარებელი თავად იღებს გადაწყვეტილებას

მონაცემთა დამუშავების ამა თუ იმ სისტემის გამოყენების შესახებ, თვითონ შეაქვს მონაცემები ინფორმაციულ სისტემაში, ამუშავებს მას და იღებს სათანადო ინფორმაციას.

ლოკალური სისტემები გამოიყენება ორგანიზაციის თანამშრომლებსა და ცალკეულ ქვეგანყოფილებებს შორის ინფორმაციის გასაცვლელად. ასეთი სისტემები შეიძლება იყოს, როგორც დამოუკიდებელი, ასევე გაერთიანებული სხვა ინფორმაციულ სისტემებში. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებულია, როგორც ლოკალური საინფორმაციო სისტემების შექმნა ცალკეულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ასევე მათი დაკავშირება სხვა საინფორმაციო ქსელებთან (შეეხება ეს სამინისტროს, მის უწყებებს, რეგიონებს თუ სხვ.).

კორპორაციული სისტემები აერთიანებენ ცალკეულ განყოფილებათა ქსელებს, ინფორმაციას კი მთელი ორგანიზაციის მუშაკები იყენებენ. ბევრ საავადმყოფოში შექმნილია ინფორმაციის განახლების ერთიანი ცენტრალიზებული სისტემა, რაც სხვადასხვა განყოფილების მდებარეობას ავადმყოფთა თანამიმდევრულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას უიოლებს.

ორგანიზაციათშორისო სისტემები ახალი ტელეკომუნიკაციური საშუალებების გამოყენებით სხვადასხვა ორგანიზაციათა ინფორმაციულ სისტემებს აერთიანებენ. ამის მაგალითია აშშ-სა და ევროპაში ე.წ. სისხლის ბანკების, დონორების ბაზების, ელექტრონული ავადმყოფობის ისტორიების არსებობა.

გლობალური სისტემები მსოფლიო მასშტაბით მუშაობენ. მაგალითად, ინტერნეტი დღესდღეობით მსოფლიოში ყველაზე უფრო გავრცელებული და ხშირად მოხმარებადი ინფორმაციული სისტემაა.

ორგანიზაციაში ახალი ინფორმაციული სისტემის შექმნისას ან არსებულის მოდერნიზებისას, პირველ რიგში, უნდა მოხდეს:

- მომხმარებლის მიერ გადაწყვეტილების მისაღებად ან ეფექტური მართვისათვის საჭირო ინფორმაციის ანალიზი. ამიტომ უკვე პირველ ეტაპზე სისტემის დამპროექტებლის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანაა, მკაფიოდ გაარკვიოს, თუ კონკრეტულად რას შეეხება დასმული ამოცანა, რა სახის ინფორმაციული ნაკადის მიწოდებაა აუცილებელი გადაწყვეტილების მიღების სხვადასხვა ეტაპზე და ა.შ.
- მომხმარებლის წინაშე მდგომი ამოცანებისა და მათი გადაწყვეტისათვის საჭირო ინფორმაციის ხასიათის ანალიზი. იგი ხორციელდება იმ შედეგებზე დაყრდნობით, რომლებიც მიღებულია ექსპერტთა, ორგანიზაციის ხელმძღვანელთა, ცალკეულ თანამშრომელთა დასკვნის საფუძველზე.

ჩატარებული ანალიზზე დაყრდნობით, შეიძლება დამუშავდეს ახალი ინფორმაციული სისტემის ე.წ. გეგმა-სქემა, რომელშიც ასახულია მონაცემთა ნაკადები და კავშირები ორგანიზაციის განყოფილებებს შორის.

სხვადასხვა სახის ინფორმაციაზე მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად გარკვეული ორგანიზაციები წინასწარ ქმნიან ე.წ. **გამოყენებით პროგრამულ პაკეტებს**. მაგალითად, საფთვიაქო ბაზისათვის განკუთვნილი გამოყენებითი პროგრამული პაკეტი ყურადღებას გაამახვილებს წამლების მიწოდების მუდმივ ხასიათზე, წამლის ფასების ცვალებადობაზე, მის გასაღებაზე და ა.შ., მაშინ, როდესაც საავადმყოფოს აფთიაქს, ცალკეულ განყოფილებათა ინტერესებიდან გამომდინარე, ესაჭიროება გაცილებით უფრო ფართო საინფორმაციო ნაკადის ანალიზი. მიუხედავად ამისა, ინფორმაციული სისტემები ორივე შემთხვევაში შეიძლება დაფუძნებული იყოს ერთსა და იმავე გამოყენებით პროგრამულ პაკეტზე, რომელიც შემდგომ ადაპტირებული იქნება ამ ორგანიზაციების სპეციფიკური მოთხოვნილებების შესაბამისად.

ამიტომ, სახსრების რაციონალური ხარჯვის მიზნით ხშირად ახორციელებენ არა ორიგინალური პროგრამის შექმნას, არამედ უკვე მომზადებული გამოყენებითი პროგრა-

მული პაკეტის ადაპტირებას ორგანიზაციის კონკრეტულ მიზნებთან. გამოყენებითი პროგრამული პაკეტების უპირატესობა მდგომარეობს შემდეგში:

- ორგანიზაციას მისი შეძენა უფრო იაფი უჯდება, ვიდრე საკუთარის შექმნა;
- მნიშვნელოვნად ჩქარდება ორგანიზაციაში თანამედროვე ინფორმაციული სისტემების შექმნა;
- გააჩნია უფრო მეტი შესაძლებლობები, ვიდრე ორგანიზაციის მიერ შემუშავებულ საკუთარ პროგრამულ პროდუქტს.

მიუხედავად გამოყენებითი პროგრამული პაკეტების უპირატესობისა, გამოცდილებამ აჩვენა, რომ მათი შეძენა დაკავშირებულია შემდეგი სახის რისკებთან:

- ფუნქციონალური რისკი, რომელიც გულისხმობს ისეთ სიტუაციებს, როდესაც კომპიუტერული ფორმების მიერ შემუშავებული გამოყენებითი პროგრამული პაკეტი ვერ ითვალისწინებს ორგანიზაციის მოთხოვნას, მიიღოს და საჭირო ჭრილში დაამუშაოს ინფორმაციის ფართო სპექტრი;
- მწარმოებლის შესაძლებლობებთან დაკავშირებული პრობლემები განპირობებულია იმით, რომ გამოყენებითი პროგრამული პაკეტები ზოგჯერ არასაკმარისია დასახული ამოცანის გადასაჭრელად. რაც, თავის მხრივ, აფერხებს პროგრამის ეფექტურ დაპროექტებას;
- ხელშეკრულებაში, რომელიც დადებულია მომხმარებელსა და დამპროექტებელს შორის, აუცილებლად გასათვალისწინებელია დანერგული გამოყენებითი პროგრამული პაკეტის ტექნიკური მხარდაჭერა, სისტემის სრულყოფა, მომსახურების ღირებულება, კონსულტაციები და ა.შ. ვინაიდან, არაიშვიათად დამკვეთი უფრო მეტ ყურადღებას უთმობს ძვირადღირებული ტექნიკისა და პროგრამების შეძენას, ვიდრე მათი პოტენციური შესაძლებლობების სრულ გამოყენებას, სწორ ტექნიკურ ექსპლუატაციას.

17.5. ინფორმაციული სისტემების დაგეგმვა

ინფორმაციული სისტემების დაგეგმვის პროცესი მოიცავს მრავალ მატერიალურ, ტექნიკურ და სოციალურ ასპექტს (კომპიუტერული ტექნიკის შერჩევა, პროგრამული უზრუნველყოფის შექმნა, თანამშრომლების მომზადება-გადამზადება და ა.შ.). დღესდღეობით, ძირითადად, გამოიყენება დაგეგმვის ორი მეთოდი – „ზემოდან ქვემოთ“ და „ქვემოდან ზემოთ“.

ინფორმაციული სისტემის „ზემოდან ქვემოთ“ დაგეგმვის მეთოდი უზრუნველყოფს სისტემის მოქმედებას, პირველ რიგში, ორგანიზაციის ხელმძღვანელობის ინტერესების გათვალისწინებით, რომელიც დაკავშირებულია სტრატეგიული საკითხების გადაწყვეტასთან. ამ შემთხვევაში, პერსონალის მოლოდინი ახალი ინფორმაციული სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებით ხშირად გადაჭარბებულია. ორგანიზაციებში ამ ტიპის პროექტების მხოლოდ 24% მოქმედებს მაქსიმალური ეფექტით, ხოლო 38% საერთოდ ვერ პასუხობს ორგანიზაციის მოთხოვნებს. ეს გასაგებია, ვინაიდან პროგრამული პაკეტის დაგეგმვაში მონაწილე ხელმძღვანელი ყოველთვის არ არის გათვითცნობიერებული იმ დეტალებში, რომელთა გარკვევა სათანადო ინფორმაციის ანალიზის საფუძველზე მართვის ქვედა რგოლების კომპეტენციაში შედის. შედეგად, პროგრამა არ აკმაყოფილებს არც ორგანიზაციის ხელმძღვანელს და არც მის ხელქვეითებს, რომლებიც იძულებული არიან, კომპიუტერის გასაკეთებელი შრომატევადი სამუშაო ხელით შეასრულონ.

ამ ნაკლის აღმოსაფხვრელად შემუშავებულია **ინფორმაციული სისტემის „ქვემოდან ზემოთ“ დაგეგმვის მეთოდი**, რომელიც მენეჯმენტის ოპერაციული დონის მუშაობის

გარდაქმნის აუცილებლობას ითვალისწინებს. ის გულისხმობს არსებული ინფორმაციული სისტემის თანდათანობით დახვეწას, ახალი მოთხოვნების, სამუშაო პროცედურების შეცვლის ან ორგანიზაციის შიგნით ახალი ურთიერთდამოკიდებულებების ჩამოყალიბების გათვალისწინებით.

ინფორმაციული სისტემის დაპროექტებისას გასათვალისწინებელია:

- სტრატეგიული მიზანი – სისტემის კონკურენტუნარიანობისა და ეფექტიანობის მიღწევა;
- გლობალიზაციის პრობლემა – სისტემა უნდა იძლეოდეს გარე სამყაროდან ინფორმაციის მიღების შესაძლებლობას;
- ინფორმაციის არქიტექტურა – სისტემა ხელს უნდა უწყობდეს მომხმარებლის მიზნების განხორციელებას;
- პასუხისმგებლობა და კონტროლი – სისტემა უნდა აკმაყოფილებდეს არსებულ ეთიკურ ნორმებს და შეესაბამებოდეს მოქმედ კანონმდებლობას.

ინფორმაციული სისტემის დახმარებით უნდა ხერხდებოდეს მონაცემების მოძიება არამარტო ორგანიზაციის შიგნით, არამედ მის გარეთაც, რაც ხელს შეუწყობს ორგანიზაციის კონკურენტუნარიანობის ამაღლებას. წინასწარ უნდა განისაზღვროს გამომავალი ინფორმაციის არქიტექტურა და ფორმატი, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ზედმეტი ინფორმაციის გაცემა. ამასთან, ინფორმაციის მიმწოდებელმა თავის თავზე უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა მის სისწორეზე, მოქმედ ეთიკურ და სამართლებრივ ნორმებთან შესაბამისობაზე და სხვ.

აქედან გამომდინარე, ინფორმაციული სისტემის დანერგვის აუცილებელი პირობებია:

- ტექნიკური – კომპიუტერების, პროგრამებისა და სხვა ტექნიკური რესურსების არსებობა;
- ეკონომიკური – სისტემის ამოქმედებით მიღებულმა მოგებამ უნდა გადააჭარბოს დანახარჯებს;
- მმართველობითი – სისტემამ ხელი უნდა შეუწყოს სათანადო გადაწყვეტილების მიღებას ყოველი ახალი პრობლემის წამოჭრის შემთხვევაში;
- ინფორმაციული – უნდა არსებობდეს სისტემის დაწვრილებითი აღწერა.

17.6. ინფორმაციული სისტემის დანერგვის ფსიქო-სოციალური ასპექტები

ახალი ინფორმაციული სისტემის დანერგვა არ შემოიფარგლება მხოლოდ პროგრამისტების შრომით ან გამოყენებითი პროგრამული პაკეტის შეძენით. ინფორმაციული სისტემების დანერგვა უშუალო გავლენას ახდენს ორგანიზაციის ყოველი თანამშრომლის მუშაობაზე. ამიტომ ახალი სისტემის დანერგვის პროცესში უნდა განიხილებოდეს არამარტო ორგანიზაციული, ეკონომიკური და ტექნიკური, არამედ ფსიქო-სოციალური ასპექტებიც.

საკმარისია ითქვას, რომ კომპიუტერიზებული ინფორმაციული სისტემები დიდ გავლენას ახდენს ორგანიზაციის მუშაობის ხარისხზე, სტილსა და კულტურაზე. მათი დანერგვა ხელს უწყობს პერსონალის ცოდნისა და კვალიფიკაციის დონის ამაღლებას. ინფორმაციული სისტემები წინა პლანზე წამოწევენ ახალ ამოცანებს, ხელს უწყობენ მათი გადაჭრის გზების ძიებას. მაგალითად, ინფორმაციული სისტემის ქსელური ტექნოლოგიის დანერგვა ხელს უწყობს არამარტო საჭირო ინფორმაციის ადგილებიდან ოპერატიულად მიწოდებას ცენტრალურ ოფისში, არამედ ამცირებს საკონტროლო აპარატსაც, ვინაიდან სხვადასხვა ფილიალის

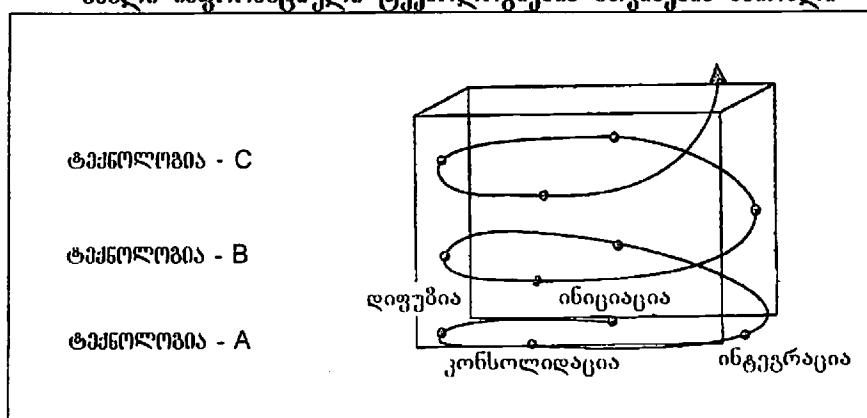
მიერ შესრულებული სამუშაოს შედარება საკონტროლო მაჩვენებლებთან სისტემატურად ხორციელდება ქსელური ტექნოლოგიის გამოყენებით. ცენტრი უკვე აღარ ელოდება ამ ინფორმაციის ადგილზე გადმოწმებას, რაც ძირეულად ცვლის მისი მუშაობის სტილსაც.

ინფორმაციული სისტემების დანერგვა მოითხოვს თანამშრომელთა სწავლების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებას, რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს არამარტო ახალი ტექნოლოგიების ათვისებას, არამედ პერსონალის მიერ მუშაობის თვისობრივად ახალი სტილის გამოუმუშავებასაც. ამასთან, სწავლება უნდა ხორციელდებოდეს რამდენიმე ეტაპად და ითვალისწინებდეს ორმხრივ ინიციატივებს, როგორც ადმინისტრაციის, ისე უშუალოდ პერსონალის მხრიდან.

კოლექტივში ახალი ცოდნის გავრცელება სპირალისებურად ხდება. პირველი ანუ **ინიციაციის** პერიოდი გულისხმობს პროექტის დანერგვის საწყის ეტაპს, როდესაც ინფორმაციული სისტემის დანერგვა ორგანიზაციაში ექსპერიმენტულ ხასიათს ატარებს და რამდენიმე თანამშრომელი, საკუთარი ინიციატივით, სისტემასა და მის შესაძლებლობებს ეცნობა. მას შემდეგ, რაც ახალ ინიციატივას მხარს დაუჭერს თანამშრომელთა დიდი ნაწილი, იწყება ახალი ტექნოლოგიის ე.წ. **დიფუზია**, რომელიც სწავლებისა და ტექნოლოგიის ათვისების პროცესს აჩქარებს. თანამშრომლები რწმუნდებიან, რომ ახალი ტექნოლოგია საკმაოდ ეფექტურია, მაგრამ მისი დამკვიდრებისათვის უნდა მოხდეს სწავლის ადეკვატური ორგანიზება, ე.წ. **კონსოლიდაცია**. ამის შემდეგ იწყება **ინტეგრაციის** პერიოდი, როდესაც პერსონალი ახალ ტექნოლოგიას უკვე ბუნებრივ სამუშაო ინსტრუმენტად აღიქვამს. ვინაიდან თანამედროვე ინფორმაციული სისტემები მუდმივ განვითარებას განიცდიან, გარკვეული პერიოდის შემდეგ ორგანიზაცია იწყებს არსებული სისტემების შეცვლა-განახლებას, რასაც პერსონალის სწავლების პროცესი სპირალის მომდევნო რკალზე აჰყავს და ა.შ. (ნახატი 42).

ნახატი 42

ახალი ინფორმაციული ტექნოლოგიების ათვისების სპირალი



თავი 18. სამედიცინო კადრების მენეჯმენტი

18.1. შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა სახალხო მეურნეობის იმ დარგს მიეკუთვნება, რომლის ინფრასტრუქტურაში მრავალი პროფესიის ადამიანია დასაქმებული. სამკურნალო და დიაგნოსტიკური პროცესის ძირეულმა შეცვლამ, თანამედროვე ტექნოლოგიებისა და ეკონომიკური ურთიერებების ახალი მოდელების დანერგვამ ხელი შეუწყო დარგში იმ სპეციალისტების მიზიდვას (ეკონომისტები, ინჟინრები, პროგრამისტები და სხვ.), რომლებსაც ადრე მედიცინასთან პროფესიული კავშირი ჰქონდათ.

მაგალითად, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებულია თითქმის 90 ათასი ადამიანი, რომელთაგან ექიმებისა და ექთნების რიცხვი მხოლოდ 44 ათასამდეა.

რა თქმა უნდა, დარგის ძირითად მამოძრავებელ ძალას ექიმი და ექთანი წარმოადგენს, თუმცა შეუძლებელია პარამედიკებისა და დამხმარე სხვა პერსონალის უდიდესი მნიშვნელობის გაუთვალისწინებლობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, **ექიმი** არის პირი, რომელმაც წარმატებით დაამთავრა ქვეყნის მთავრობის მიერ აღიარებული უმაღლესი სამედიცინო დაწესებულება, შეისწავლა პროგრამით გათვალისწინებული სასწავლო საგნები და მიიღო კვალიფიკაცია, რომელიც იძლევა დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის იურიდიულ უფლებას (პროფილაქტიკური, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო მუშაობის ჩათვლით).

ექთანი არის პირი, რომელმაც წარმატებით დაამთავრა ქვეყნის მთავრობის მიერ აღიარებული საშუალო ან უმაღლესი (დღესდღეობით ბევრ ქვეყანაში შემოღებულია უმაღლესი საექთნო განათლება) სამედიცინო სასწავლებელი, შეისწავლა პროგრამით გათვალისწინებული სასწავლო საგნები და მიიღო კვალიფიკაცია, რომელიც იძლევა დამოუკიდებელი საექთნო საქმიანობის უფლებას. ექთანს მოეთხოვება განავითაროს და განახორციელოს ჯანმრთელობის პროფილაქტიკაზე, დიაგნოსტიკაზე, მკურნალობაზე, რეაბილიტაციაზე, ავადმყოფის სწორ მოვლაზე მიმართული ღონისძიებები.

პარამედიკი არის პირი, რომელმაც წარმატებით გაიარა სწავლება სპეციალური პროგრამით, რომელიც აღიარებულია ქვეყანაში და მიიღო სათანადო კვალიფიკაციის დამადასტურებელი სერტიფიკატი, რომელიც აძლევს მას უფლებას – დამოუკიდებლად ან სხვა სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ განახორციელოს ღონისძიებები, მიმართული კონკრეტული სამედიცინო საქმიანობის შესრულებაზე. მაგალითად, საგზაო-სატრანსპორტო შემთხვევების დროს დაშავებული ადამიანების საავადმყოფოში გადაყვანის დროს კიდურის იმობილიზაცია, კარდიოგრამის გადაღება, ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება და სხვ.

ტექნიკური პერსონალი ჯანდაცვის სისტემაში წარმოდგენილია 150-ზე მეტი სპეციალობის ადამიანებით, რომელნიც სათანადო მენეჯერულ, ეკონომიკურ, საფინანსო, იურიდიულ, პროგრამულ, საინჟინრო, სატრანსპორტო და სხვა სახის უზრუნველყოფას ახორციელებენ.

მომიჯნავე სპეციალობის მქონე პერსონალი, რომელიც, აგრეთვე, შესაძლოა მონაწილეობდეს დამოუკიდებლად ან სამედიცინო პერსონალთან ერთად სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების განხორციელებაში (ფსიქოლოგები, სოციოლოგები, ფარმაცევტები და სხვ.).

ქვეყნის კულტურული ტრადიციებიდან გამომდინარე, გარკვეული სპეციალობით მუშაობის პირობა არ მოითხოვს საშუალო ან უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღე-

ბას. მაგალითად, აშშ-ში ექიმი-ოკულისტი, ძირითადად, დაკავებულია სამკურნალო საქმიანობით, მაშინ, როდესაც მხედველობის შემოწმებასთან დაკავშირებული საქმიანობას ოპტიმეტრისტი ახორციელებს.

18.2. სამედიცინო კადრების განვითარების მოკლე ისტორია

სამედიცინო პროფესიას ღრმა ისტორიული ფესვები გააჩნია. ძველ ეგვიპტეში, ბაბილონში, ჩინეთში, ინდოეთში 4-5 ათასი წლის წინ მოქმედებდა სპეციალური სატაძრო სკოლები, სადაც მკურნალებს ამზადებდნენ. აღმოჩენილია ჩინური მანუსკრიპტები, დათარიღებული XXX საუკუნით ჩვენს წელთაღრიცხვამდე, რომლებიც უძველეს სამედიცინო სახელმძღვანელოებს წარმოადგენს.

განსაკუთრებული განვითარების დონე ახასიათებდა ძველ ბერძნულ და რომაულ მედიცინას, სადაც ექიმის პროფესიას ეუფლებოდნენ, როგორც ტაძრებთან შექმნილ საავადმყოფოებში, ასევე სპეციალურ სკოლებში. სასწავლებლად მხოლოდ საექიმო დინასტიის წარმომადგენლებს იღებდნენ. საბერძნეთში ასეთი სახის ყველაზე განთქმულ სამედიცინო სასწავლებლებად ითვლებოდა მილეტის, კნიდისა და ქნოსის სკოლები (ამ უკანასკნელის წარმომადგენელი იყო ჰიპოკრატე). შუა საუკუნეებში ევროპაში ექიმების სწავლებამ თანდათან უნივერსიტეტებში გადაინაცვლა.

მოუხედავად ამისა, როგორც ქრისტიანულ, ასევე მუსლიმანურ სამყაროში საექიმო პროფესია ხელობად ითვლებოდა. მხოლოდ XVIII საუკუნეში ევროპის უნივერსიტეტებში შემოღებულ იქნა ქირურგიის სპეციალური კურსი. ამასთან დაკავშირებით, იმ პირებს, რომელთაც სათანადო საუნივერსიტეტო განათლება არ გააჩნდათ (მაგალითად, ყასბებს), ქირურგიული ოპერაციების ჩატარება აეკრძალათ.

სამედიცინო საქმე, თითქმის XIX საუკუნის ბოლომდე, მინდობილი ჰქონდათ ბებია ქალებს. მშობიარეობისათვის ექიმის დახმარება ქირურგიული ჩარევით შემოიფარგლებოდა. მხოლოდ XIX საუკუნის 80-იანი წლებიდან დაიწყო ექიმთა სამედიცინო-გინეკოლოგიური სპეციალიზაციის პროცესი.

XX საუკუნის მეორე ნახევარში მედიცინის სწრაფმა განვითარებამ ზედმიწევნით გააფართოვა საექიმო პროფესიის ფარგლები, მოითხოვა, ერთი მხრივ, მეცნიერების მრავალ დარგში დაგროვილი ცოდნის ინტეგრირება ერთ სპეციალობაში, მეორე მხრივ კი — ზედმიწევნით ვიწრო სპეციალობების ჩამოყალიბება.

მაგალითად, მხოლოდ ქირურგია სადღეისოდ დაყოფილია 20-ზე მეტ სხვადასხვა სუბსპეციალობად. ამასთან, კონვეიერული სისტემის დანერგვა მედიცინაში (განსაკუთრებით აშშ-ის, ევროპის ქვეყნების მსხვილ კლინიკებში), საშუალებას აძლევს მაღალკვალიფიციურ კარდიოქირურგს სამუშაო დღის მანძილზე სხვადასხვა საოპერაციო განახორციელოს 10-მდე რთული ოპერაცია (უფრო სწორად, ოპერაციის მხოლოდ ძირითადი, ყველაზე რთული ეტაპი). სამკურნალო პროცესი იმდენად შეიცვალა, რომ მას თავისუფლად შეიძლება ეწოდოს სამედიცინო წარმოება.

იგივე ტრანსფორმირება განიცადა საექიმო საქმეც. თუ ოდითგანვე ექიმს ესაჭიროებოდა დამხმარე, რათა განეხორციელებინა ესა თუ ის მანიპულაცია, უზრუნველყო ავადმყოფის მოვლა, ბოლო წლებში ექიმის პროფესია სულ უფრო მეტ დამოუკიდებლობას და პრაქტიკული ჩვევების ფართო სპექტრს და ცოდნას მოითხოვს. მოუხედავად იმისა, რომ საექიმო საქმეს განვითარების დიდი ისტორია გააჩნია, ექიმის პროფესია თანამედროვე გაგებით მხოლოდ XIX საუკუნეებში ჩამოყალიბდა.

1854 წელს დაწყებული ყირიმის ომის დროს, დაჭრილი მეომრის მოვლის გაუმჯობესების მიზნით, მდიდარმა ინგლისელმა ქალმა ფრაილანგელმა სპეციალურად მოამზადა 38 ექთანის, რომლებმაც მოკლე დროში შეძლეს გამოესწორებინათ ჰოსპიტ-

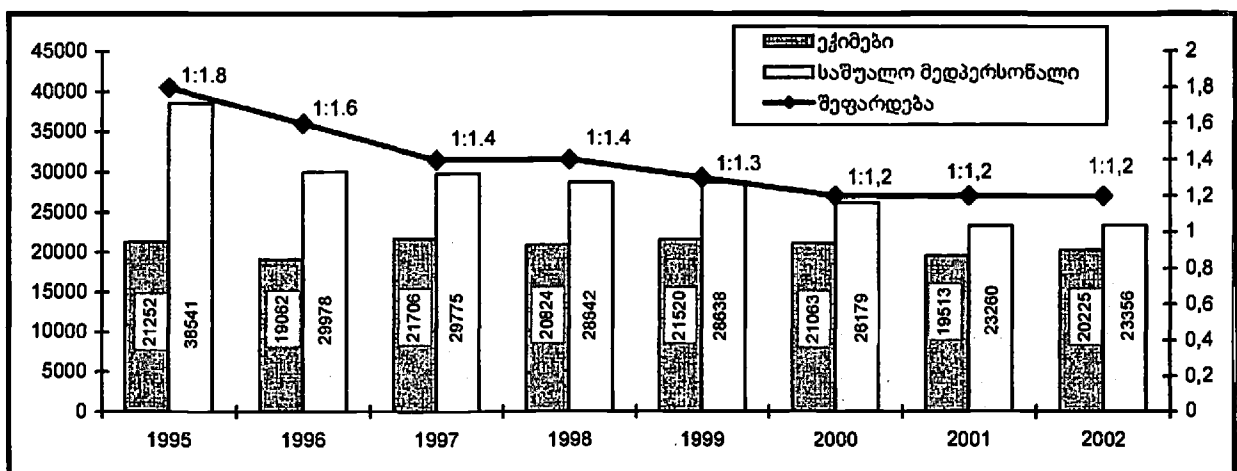
ლებში შემქნილი მძიმე მდგომარეობა. ომის დამთავრების შემდეგ მათ გააგრძელეს სხვა ავადმყოფების მოვლა. მოგვიანებით ფ.ნაიტიგელის მცდელობით, ლონდონის წმინდა თომას ჰოსპიტალში გაიხსნა პირველი საექთნო სკოლა, სადაც ჩამოყალიბდა სპეციალური ერთწლიანი სასწავლო კურსი. ფ. ნაიტიგელი ექთნის საქმეს განიხილავდა, როგორც პაციენტის გამოჯანმრთელების ხელოვნებას: „ექთანმა უნდა შეძლოს პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მისი მიახლოება ბუნებრივ მდგომარეობასთან, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო საშუალებების ზემოქმედებას“.

პირველმა ქართველმა მედიკოსებმა, რომელთაც სათანადო საშუალო სამედიცინო განათლება (ა.პეტრიაშვილი, მ.მაყაშვილი, თ.მუხამძე, ა.ანდრონიკაშვილი) გააჩნდათ საექთნო სკოლა რუსეთში დაამთავრეს. საქართველოში პირველი საფერშლო სკოლა გაიხსნა 1874 წელს მიხეილის საავადმყოფოს ბაზაზე. მომდევნო წლებში ქვეყანაში ინტენსიურად ხორციელდებოდა ექთნების მომზადება, რომელთა რიცხვმა 1980-იან წლებში 30 ათასს გადააჭარბა. დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში მწვავედ დადგა საექთნო საქმის დამოუკიდებელ პროფესიად ჩამოყალიბების საკითხი, რაშიც მნიშვნელოვანი წვლილი უნდა შეიტანოს ექთნების მომზადებისათვის უმაღლესი, ანუ საუნივერსიტეტო განათლების სტატუსის მინიჭებამ.

2002 წელს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მუშაობდა 20225 ექიმი და 23356 საშუალო სამედიცინო პერსონალი. განვითარებული ქვეყნების გამოცდილება მოწმობს, რომ სისტემის ოპტიმალური ფუნქციონირებისათვის ერთ ექიმზე ოთხი ექთანის მაინც უნდა მოდიოდეს. საქართველოში ეს შეფარდება 1995 წელს 1:1,8-ის ტოლი იყო, რომელიც 2002 წლისათვის 1:1,2-მდე შემცირდა, რაც ძირითადად, საშუალო მედპერსონალის რაოდენობის კლებით იყო განპირობებული (ნახატი 43). ეს კი მიუთითებს იმაზე, რომ ხშირ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალის ფუნქციური მოვალეობანი მთლიანი სპექტრით არ სრულდება ან ასიმეტრიულად არის გადანაწილებული.

ნახატი 43

სამედიცინო კადრების რაოდენობა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში



საყურადღებო ცვლილებები დაფიქსირდა სისტემაში დასაქმებულ ექიმთა რაოდენობაში სპეციალობის მიხედვით. 1998 წელთან შედარებით, 2002 წელს საქართველოში შემცირდა თითქმის ყველა სპეციალობის ექიმთა რიცხვი, გარდა კარდიოლოგთა, ონკოლოგთა, ფსიქიატრთა და ენდოკრინოლოგთა, რომელთა რაოდენობა ოდნავ გაიზარდა (ცხრილი 51).

ცხრილი 51

ექიმთა რაოდენობა საქართველოში

ექიმები (ფიზიკური პირი)	1998	2002
თერაპევტი	2473	2354
ქირურგი	1095	1057
ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი	929	905
ტრავმატოლოგ-ორთოპედი	338	305
კარდიოლოგი	574	576
უროლოგი	212	211
ონკოლოგი	225	227
პედიატრი	2271	2067
ინფექციონისტი	400	348
ოტოლარინგოლოგი	360	344
ნევროპათოლოგი	712	631
ოფთალმოლოგი	388	345
სტომატოლოგი	1614	1483
მეან - გინეკოლოგი	1663	1476
ფთიზიატრი	219	161
დერმატო-ვენეროლოგი	311	259
ფსიქიატრი	226	234
ენდოკრინოლოგი	267	275
სულ	20824	20225

18.3. კადრების სტრუქტურა და მართვა

საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, ნებისმიერი ორგანიზაციის ეფექტურობის ერთ-ერთი ძირითადი პირობაა დახვეწილი საკადრო პოლიტიკის არსებობა. კონკურენციას უძლებს ის ორგანიზაცია, რომლის მენეჯმენტი უფრო სწრაფად რეაგირებს ბაზრის კონიუნქტურაზე, მის მოთხოვნილებებზე, რაშიც ცენტრალური ადგილი დაწესებულებაში დასაქმებულ პერსონალს უკავია.

ადამიანური რესურსების მენეჯმენტის თეორიის ახლებური მიდგომა კადრების განვითარების პრობლემის მიმართ, როგორც მთლიანი სისტემის, ისე ნებისმიერი ორგანიზაციის სტრატეგიის ამოსავალ წერტილს წარმოადგენს. მისი განვითარება დაკავშირებულია დასავლეთში მომხდარ დემოკრატიულ გარდაქმნებთან. მენეჯმენტის თეორიაში გამოიკვეთა თეზისი, რომლის მიხედვითაც მაღალი შრომითი შედეგების მიღწევისათვის ყველაზე ძლიერი ფაქტორი კეთილსაიმედო სამუშაო კლიმატია, ვინაიდან უშუალოდ თანამშრომელი, მისი მოთხოვნილებები და ინტერესები ყველა რესურსზე უფრო მნიშვნელოვანია ორგანიზაციისათვის.

ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი ეკონომიკურ ცნებას წარმოადგენს. პერსონალზე მუდმივად ცვალებადი მოთხოვნილებების ანალიზი და საკადრო პოლიტიკის შემუშავება სისტემური და უწყვეტი პროცესია. მისი მიზანია სამედიცინო დაწესებულებაში შესაფერისი შრომითი კადრების მოზიდვა, კომპეტენტური და დაინტერესებული თანამშრომლების პროფესიული მომზადება და მათი ადგილზე დამაგრება.

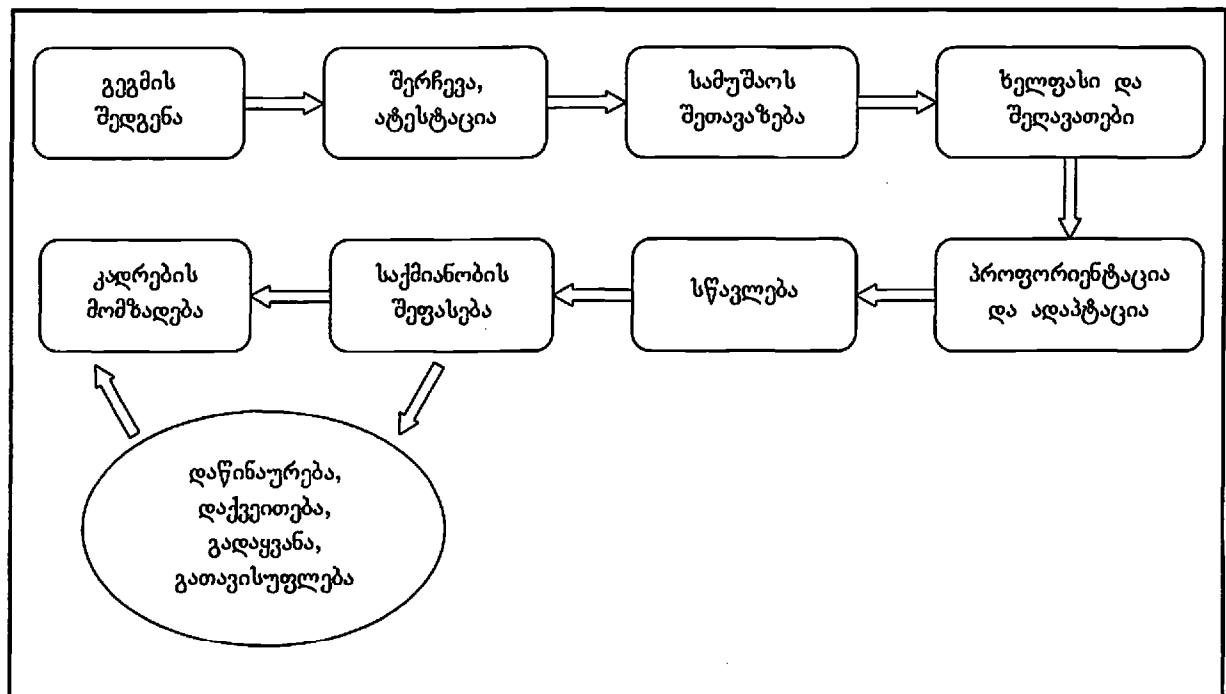
შრომითი რესურსების მართვა (ნახატი 44) შემდეგ ეტაპებს მოიცავს:

- შრომითი რესურსების დაგეგმვა, რაც გულისხმობს კადრებზე დაწესებულების სამომავლო მოთხოვნის დაკმაყოფილების გეგმის შემუშავებას;

- ახალი კადრების მოზიდვა, ცალკეული თანამდებობისათვის სათანადო რეზერვის გათვალისწინება;
- საჭირო კანდიდატების შერჩევა, რაც შესაძლებელია განხორციელდეს, როგორც ახალი კანდიდატების მოწვევით, ასევე, არსებული რეზერვის გამოყენებით;
- ხელფასისა და შეღავათების განსაზღვრა;
- კადრების პროფესიული ორიენტაცია, ადაპტაცია, მომზადება და გადამზადება;
- თანამშრომელთა შრომითი საქმიანობის შეფასება.

ნახატი 44

შრომითი რესურსების მართვის სქემა



მართვის თანამედროვე თეორიის თანახმად, ყველა თანამშრომელი მოწოდებული უნდა იყოს ორგანიზაციის მისიის შესასრულებლად, ამიტომ ხელმძღვანელიც და მისი მითითებების უბრალო შემსრულებელიც თანასწორუფლებიანი პარტნიორები არიან ერთობლივი შედეგების მიღწევის საქმეში. რიგითი მუშაკის ინიციატივასა და აქტივობაზე ბევრადაა დამოკიდებული საერთო საქმის წარმატება, მითუმეტეს, რომ თანამედროვე პირობებში მკვეთრად გაიზარდა შრომის შემოქმედებითი ხასიათის მნიშვნელობა, რომლის სტიმულირება შემსრულებლისათვის დამოუკიდებელი მოქმედების უფლების მინიჭებით მიიღწევა.

18.4. ადამიანური რესურსების დაგეგმვა

ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი შედგება მრავალმხრივი ღონისძიებებისაგან, რომელნიც მიმართულია ორგანიზაციის მოქმედების ეფექტურობისა და ხარისხის ამაღლებისაკენ. ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი მოიცავს ისეთ მიმართულებებს, როგორიცაა: ადამიანური რესურსების დაგეგმვა, კადრების მოზიდვა, კადრების განვითარება და შეფასება, შრომის ანაზღაურება, თანამშრომელთან საქმიანი დამოკიდებულების დამყარება.

ადამიანური რესურსების დაგეგმვისას განიხილება კადრების მოთხოვნისა და დასაქმების (დაბალანსების) საკითხები. იგი ემყარება მომავალი საქმიანობების ანალიზს, რომელიც დაგეგმილი სამუშაოების აღწერასა და მათ სპეციფიკაციას უნდა ითვალისწინებდეს.

სამუშაოს აღწერა გულისხმობს იმ უფლება-მოვალეობებისა და სამუშაო პირობების ჩამოყალიბებას, რომელიც აუცილებელია კონკრეტული საქმიანობების შესასრულებლად.

სამუშაოების სპეციფიკაცია განსაზღვრავს იმ პირობებს (სათანადო ჩვევები, ოსტატობა, შესაძლებლობები, განათლების დონე, გამოცდილება და სხვ.), რომლებიც აუცილებელია კონკრეტული სამუშაოს შესრულების უზრუნველსაყოფად.

მოთხოვნილების შეფასებისას აუცილებელია იმ გარემო ძალების გათვალისწინება, რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ სამუშაო ძალის მოთხოვნაზე და ხელი შეუწყონ სამომავლო მოთხოვნებზე სწორი პროგნოზის გაკეთებას.

ორგანიზაციას **საკადრო მოთხოვნების** დასაკმაყოფილებლად გააჩნია რესურსების შიდა და გარე წყარო, მაგრამ, მომავალი კადრების განსაზღვრის პროცესში, საჭიროა მოთხოვნისა და არსებული რესურსების შეფასება. თუ რესურსების შიდა წყარო აჭარბებს მოთხოვნას, მაშინ სასურველი ბალანსი მიიღწევა კადრების შემცირების გზით, და პირიქით, კადრების ნაკლებობისას, როგორც წესი, ჯერ მათი მოზიდვა უნდა მოხდეს შიდა რეზერვებიდან, შემდგომ კი სხვა სპეციალისტების მოწვევა.

კადრების მოზიდვა გულისხმობს არსებულ ვაკანსიებზე სპეციალისტთა პერსონალურ მოზიდვას ან მსურველთა წინასწარ სელექციას მათი სამუშაო ადგილზე დანიშვნამდე.

სელექცია გულისხმობს კანდიდატების შერჩევას, რის საფუძველზეც ხორციელდება მათი დანიშნის დასაბუთება ვაკანტურ ადგილზე. სელექციის პროცესში გამოიყენება შერჩევის ისეთი მეთოდები, როგორიცაა: ანკეტირება, გასაუბრება, ტესტირება, სარეკომენდაციო წერილების წარდგენა და ა.შ.

შეიძლება გამოვყოთ შრომითი რესურსების დაგეგმვის სამი ეტაპი:

1. არსებული შრომითი რესურსების შეფასება;
2. შრომით რესურსებზე მოთხოვნილების განსაზღვრა;
3. შრომით რესურსებზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილებაზე მიმართული ღონისძიებების შემუშავება.

შემსრულებლები მხოლოდ მაშინ მუშაობენ სრული უკუგებით, როდესაც გრძნობენ, რომ გაწეული შრომა მათ კეთილდღეობაზე უშუალო გავლენას ახდენს. ამიტომ, ეს საკითხი შრომითი რესურსების უკვე დაგეგმვის ეტაპზეა.

შრომის ანაზღაურების სისტემისა და სტრუქტურის შემუშავება, როგორც წესი, საკადრო სამსახურის კომპეტენციაში შედის. იგი ყალიბდება, როგორც შრომის ბაზარზე არსებული ანაზღაურების საშუალო დონის, ასევე ორგანიზაციაში არსებული შრომის მწარმოებლურობისა და რენტაბელობის დონის გათვალისწინებით. ადმინისტრაციულ-მმართველობითი პერსონალის შრომის ანაზღაურების სისტემის შემუშავება შედარებით უფრო რთულია, ვინაიდან ხელფასის გარდა ამ პერსონალზე გამოიყოფა სხვადასხვა სახის დამატებითი ანაზღაურება (მოგებაში მონაწილეობა, აქციების გაცემა და ა.შ.).

დამატებითი წახალისების ღონისძიებათა მიმართ ტრადიციული მიდგომა ითვალისწინებს ერთი დონის მუშაკების თანაბარი რაოდენობითა და ფორმით წახალისებას, შემსრულებელთა შორის არსებული განსხვავებანი კი მხედველობაში არ მიიღება.

ცხადია, რომ გათანაბრების ასეთი პრინციპები ყველგან ვერ გამოდგება, ამიტომ მენეჯერის მოვალეობაა, გამოძებნოს დამატებითი ბერკეტები პერსონალის წახალისებისათვის.

18.5. შრომითი რესურსების განვითარება

ნებისმიერი ორგანიზაცია წარმოადგენს საზოგადოებრივ სისტემას, რომელშიც ადამიანის, როგორც პროფესიული, ისე პიროვნული თვისებები ცენტრალურ ადგილს იკავებენ.

შრომითი რესურსების განვითარების ძირითადი მიზანია კადრების მომზადების ისეთი სისტემის შექმნა, რომელიც ხელს შეუწყობს თანამშრომელთა მიერ ორგანიზაციის მიზნების გადაჭრისათვის საჭირო შრომითი ჩვევებისა და ცოდნის დაუფლებას.

სწავლება განსაკუთრებით საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:

- ორგანიზაციაში ახალი თანამშრომლის აყვანისას;
- ორგანიზაციაში მომუშავე თანამშრომლის ახალ თანამდებობაზე გადაყვანის ან მისთვის ახალი ფუნქციის დავალების შემთხვევაში;
- თუ შემოწმებით დგინდება, რომ შემსრულებელს არა აქვს საკმარისი ცოდნა და ჩვევები თავისი სამუშაოს კარგად შესასრულებლად.

ცხადია, რომ პერსონალის სწავლებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების სისტემა საკმაოდ რთული სფეროა. მისდამი წაყენებული ძირითადი მოთხოვნებია:

- სწავლება აუცილებლად უნდა გულისხმობდეს მაღალ მოტივაციას. მუშაკს უნდა ესმოდეს სწავლების პროგრამის მიზანი და ის პერსპექტივები, რომლებიც მას შეეძლება მიღებული ცოდნის შედეგად;
- სწავლების პროცესში მუშაკი ნათლად უნდა ხედავდეს, თუ როგორ იზრდება მისი, როგორც სპეციალისტის, სტატუსი.

კადრების განვითარება და შეფასება წარმოადგენს წინასწარ დაგეგმილ პროცესს, რომელიც თანამშრომელთა შრომისნაყოფიერების ამაღლებას გულისხმობს. კადრების განვითარება, სხვა საკითხებთან ერთად, პერსონალის კვალიფიკაციის ზრდაზე მიმართული ღონისძიებების გატარებას მოითხოვს. ცხადია, ამ საქმიანობაშიც განსაკუთრებული ადგილი პერსონალის სწავლებას უჭირავს, რომელიც სხვადასხვა ტიპის სასწავლო პროგრამების მიხედვით მიმდინარეობს.

ფაზური სწავლება ითვალისწინებს თანამშრომლების განათლების დონის წინასწარ შეფასებას იმის განსაზღვრის მიზნით, თუ რა მეთოდებით უნდა განხორციელდეს სწავლება. სწავლების პროცესში მსმენელთა ცოდნას ხელმეორედ აფასებენ.

პროგრამული სწავლება მიმართულია თანამშრომლების მომზადებაზე კონკრეტულ, პრაქტიკულად მნიშვნელოვან საკითხებში.

შეფასება გულისხმობს თანამშრომლების საქმიანობის ანალიზს, მათ შესაბამისობას დაკავებული თანამდებობების მიმართ. არსებობს კადრების შეფასების სხვადასხვა მეთოდი: სარეიტინგო, სარეიტინგო ცხრილური, გრაფიკული და ა.შ., გამოიყენება კონკრეტულ შემდეგზე ორიენტირებული მიდგომებიც.

18.6. კადრების ატესტაცია ჯანდაცვის სისტემაში

პერსონალის შეფასება გულისხმობს პიროვნების ინდივიდუალური თვისებების, შესაძლებლობებისა და პროფესიული დონის დადგენას, იმის გარკვევას, თუ რამდენად

აქტიურად შეუძლია თანამშრომელს მუშაობის პროცესში საკუთარი ცოდნისა და გამოცდილების რეალიზება.

ატესტაცია წარმოადგენს პროცესს, მიმართულს თანამშრომელთა ცოდნის, გამოცდილების, შესაძლებლობისა და პირადი თვისებების გამოვლენასა და შეფასებაზე (ცხრილი 52). მისი მიზანია მენეჯერსა და თანამშრომელს შორის მისაღები ურთიერთობების დამყარება. ატესტაციის მეშვეობით შესაძლებელი ხდება ხელმძღვანელის მიერ თითოეული თანამშრომლის თანამდებობრივ ზრდასთან დაკავშირებული მიზნებისა და მათი განხორციელების გზების შეთანხმება.

ცხრილი 52

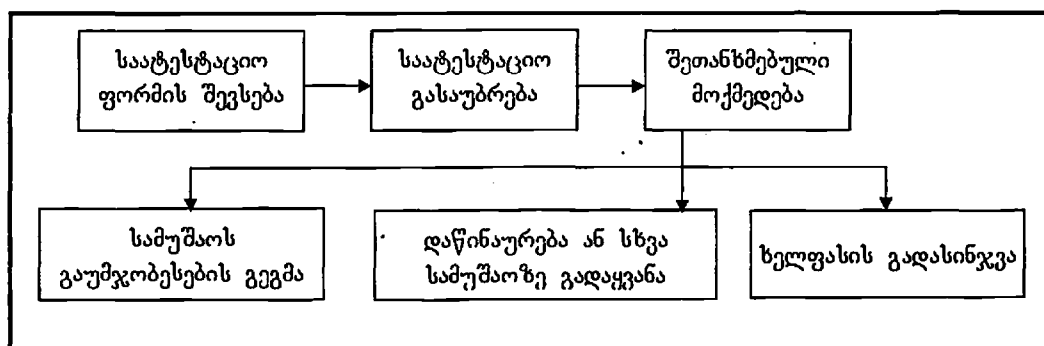
პერსონალის ატესტაციის მანველებები

ცოდნა და გამოცდილება	შესაძლებლობები	პირადი თვისებები და სურვილები
ზოგადი განათლება სპეციალური მომზადება სტაჟი თანამდებობრივი წინსვლა თანამდებობისადმი შესაგყვისობა	ორგანიზატორული შემოქმედებითი მმართველობითი ტექნიკური გონების გამჭრიახობა ფსიქოლოგიური მდგრადობა	ჯანმრთელობა პატიოსნება სიბეჯითე გარეგნული იერი მომავლისაკენ სწრაფვა

ატესტაცია, ერთი მხრივ, თითოეული თანამშრომლის მიერ განხორციელებული საქმიანობის ზუსტი შეფასების საშუალებაა და, მეორე მხრივ, კადრების უწყვეტი განათლებისა და პროფესიული ზრდის სტიმულირებას უწყობს ხელს (ნახატი 45).

ნახატი 45

ატესტაციის პროცესის ეტაპები



არსებობს ატესტაციის ორი ძირითადი ფორმა:

1. არაფორმალური (არაოფიციალური), რომელიც, თანამშრომელთა ყოველდღიური ურთიერთობებიდან გამომდინარე მათი პირადი და საქმიანი თვისებების შეფასების უწყვეტ პროცესს გულისხმობს. ატესტაციის ასეთი ფორმა არაერთგვაროვნებით გამოირჩევა, ვინაიდან ინდივიდუალურად განისაზღვრება და ბევრადაა დამოკიდებული ხელმძღვანელის სუბიექტურ შეხედულებებზე.

2. ფორმალური (ოფიციალური) ატესტაცია, არაფორმალურთან შედარებით, უფრო ობიექტურია. ამ შემთხვევაში თანამშრომლის მიერ შესრულებული სამუშაოს შეფასება გეგმიურ ხასიათს ატარებს და ნაკლებადაა დამოკიდებული ცალკეული ხელმძღვანელის სუბიექტურ თვისებებზე ან შეხედულებებზე.

ატესტაციის პროცესში ყურადღება უნდა გამახვილდეს არა ზოგადი საკითხების გარკვევაზე, არამედ თვით პიროვნების ან შესრულებული სამუშაოს შედეგების შეფასებაზე. ეს კი, თავის მხრივ, შესრულებული სამუშაოს შედეგებისათვის სათანადო კრიტერიუმების შერჩევას მოითხოვს, რაც, შესაძლოა, სხვა მეთოდებთან ერთად, რეიტინგული სისტემის გამოყენებით განხორციელდეს.

კადრების ატესტაცია ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემებისათვის. სამედიცინო პერსონალის ცოდნისა და კვალიფიკაციის არასათანადო დონეს საბედისწერო შედეგების მოტანა შეუძლია, ვინაიდან საფრთხეს უქმნის ადამიანის სიცოცხლეს. ქვეყნების უმრავლესობაში უმაღლესი განათლების მიღება საკმარისი არაა დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის წარმართვისათვის, რის უფლებასაც ექიმს შესაბამისი სპეციალობის სერტიფიკატი (ან ლიცენზია) ანიჭებს.

საქართველოში ექიმთა და ფარმაცევტთა სერტიფიცირების პროცესი 1998 წელს დაიწყო და მას მეტად შემამოთხლებელი შედეგები მოჰყვა. სხვადასხვა სპეციალობის მიხედვით სასერტიფიკაციო გამოცდა კერ დასძლია მაძიებელთა 30-50%-მა (ცხრილი 53).

ცხრილი 53

ექიმთა სასერტიფიკაციო გამოცდების შედეგები ზოგიერთი სპეციალობის მიხედვით (საქართველო, 2002)

სპეციალობა	გამოცდაზე გასულთა რაოდენობა	სერტიფიცირებულთა რაოდენობა	%
ანესთეზიოლოგია	202	110	54,5
გინეკოლოგია	761	428	56,2
ზოგადი ქირურგია	361	212	58,7
კარდიოლოგია	413	226	54,7
კრიტიკული მედიცინა	192	98	51,0
ნევროლოგია	275	141	51,3
ოფთალმოლოგია	130	96	73,8
ოტოლარინგოლოგია	84	60	71,4
პედიატრია	705	387	54,9
რენტგენოლოგია	350	248	70,9
სტომატოლოგია	613	420	68,5
ტრავმატოლოგია	115	59	51,3
ფარმაცია	774	597	77,1
შინაგანი მედიცინა	1431	701	49,0
ჯანდაცვის ორგანიზაცია	812	513	63,2

შექმნილი მდგომარეობა სერიოზულ პრობლემას უქმნის ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას, ვინაიდან კადრების კვალიფიკაცია მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ექიმთა რაოდენობა აშკარად სჭარბობს მოთხოვნილებას, რაზეც მიუთითებს თუნდაც ქირურგიული აქტივობის მაჩვენებელი. მაგალითად, თუ 1991 წელს ერთი ქირურგი წელიწადში, საშუალოდ, 78 ოპერაციას აკეთებდა (რაც ისედაც დაბალი მაჩვენებელია), 1995 წელს ერთ ქირურგზე, საშუალოდ, მოდიოდა 58, ხოლო 2002 წელს უკვე მხოლოდ 43 ოპერაცია. აშკარაა, რომ დაბალი ოპერაციული აქტივობა უარყოფითად მოქმედებს არამარტო ქირურგთა კვალიფიკაციაზე, არამედ სისტემის საკადრო მენეჯმენტის

სერიოზულ ნაკლოვანებებზე, ისედაც შეზღუდული მატერიალური და ფინანსური რესურსების უყარათო გამოყენებაზე მიუთითებს.

18.7. გუნდური მუშაობა

ექიმის პროფესიის ერთ-ერთ ძირითად ნიშან-თვისებას კოლეგიალობა, ნდობა და ურთიერთდახმარება წარმოადგენს. ნებისმიერი პაციენტის დიაგნოსტიკა და შემდგომი მკურნალობა ან რეაბილიტაცია რამდენიმე სამედიცინო მუშაკის ურთიერთმოქმედებაზეა დაყრდნობილი. ამიტომაც, სამედიცინო კადრების მენეჯმენტში გუნდის ჩამოყალიბების აუცილებლობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

გუნდი მენეჯმენტის თეორიის ერთ-ერთი ძირითადი ცნებაა. იგი შეკრული შრომითი კოლექტივის დახასიათების მიზნით გამოიყენება. გასათვალისწინებელია, რომ თუმცა გუნდის წევრები ემორჩილებიან ორგანიზაციაში მოქმედ წესებს, გუნდური მუშაობის პროცესში შექმნილი განსაკუთრებული დამოკიდებულებები ამ ფენომენის ცალკე დახასიათების საშუალებას იძლევა. გუნდს გააჩნია განსხვავებული სტრუქტურა, იერარქია, არაფორმალური შიდა კავშირი და მუშაობის კოორდინაცია, ორგანიზაციული კულტურა და ეთიკა, კონტროლის, კომუნიკაციის, მოტივაციის, ანაზღაურებისა და სტიმულირების თავისებური სისტემა.

გუნდის ჩამოყალიბება ხელს უწყობს ორგანიზაციაში დემოკრატიული საწყისების განვითარებას, შესაძლებელს ხდის ერთი თაობიდან მეორეში უმტკივნეულო გადასვლას. გუნდის ჩამოყალიბება არ ნიშნავს, რომ გუნდის ყველა წევრი ერთნაირად კომპეტენტური იყოს, ან ერთი დონის სამსახურებრივ საფეხურზე იმყოფებოდეს. გუნდის შექმნის ძირითად მოთხოვნას დაკისრებული საქმის განხორციელებისაკენ მისი წევრების ერთიანი სწრაფვა წარმოადგენს. ამ კონცეფციიდან გამომდინარე, ითვლება, რომ ხელმძღვანელი, მართალია, უნდა იყოს პირველი, მაგრამ პირველი თანასწორთა შორის.

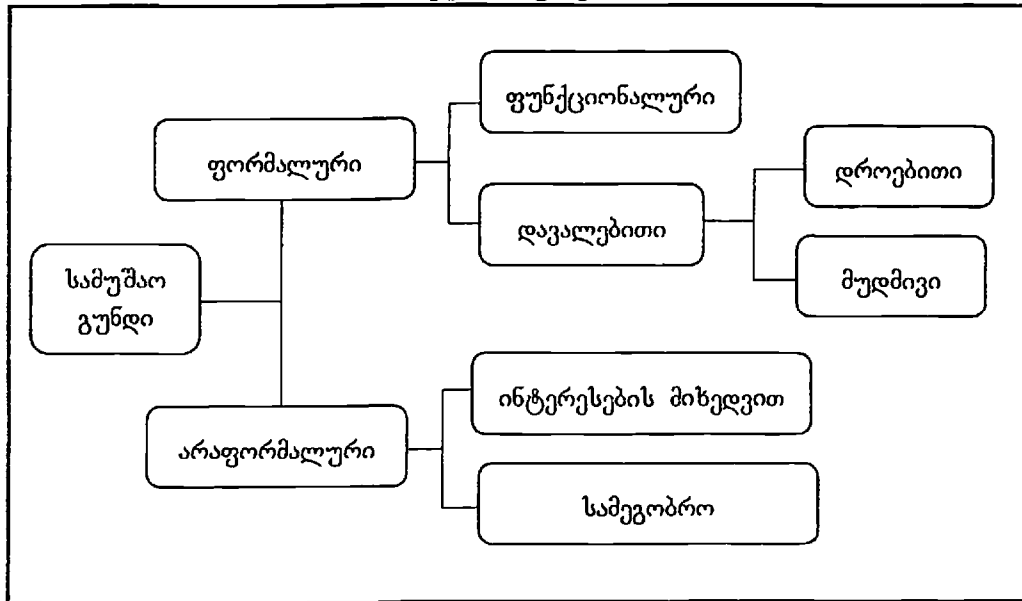
კადრების მენეჯმენტში სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება სოციალური ფსიქოლოგიის თანამედროვე მიღწევები, რომლის თანახმად, ხელმძღვანელი ორგანიზაციის იერარქიული კიბის ყველა საფეხურზე მდგარ თანამშრომლებთან არაფორმალური კონტაქტების დამყარებას უნდა ცდილობდეს. ეს სრულებით არ გულისხმობს, რომ მუშაკი, რომელიც შეცდომას დაუშვებს ან დაუდევრად მოეკიდება დაკისრებულ მოვალეობას, დასჯას აიცილებს უფროსთან კარგი დამოკიდებულების გამო. მაგალითად, ხშირად საავადმყოფოს მთავარი ექიმი იმავდროულად პრაქტიკული მედიცინით არის დაკავებული, რაც ზოგიერთ თანამშრომელთან მის სპეციფიკურ ურთიერთობებს განაპირობებს. შესაძლოა, როგორც მთავარი ექიმი იგი მწვავედ რეაგირებდეს თანამშრომელთა კრიტიკაზე, მაგრამ ქირურგიული ოპერაციის ჩატარებისას, იგი სულ სხვანაირად აღიქვამს თავისი ასისტენტის ან ანესთეზიოლოგის საქმიან შენიშვნას.

გუნდის შექმნა ხელს უწყობს პრობლემების გადაჭრის მიზანდასახული გზების ძიებას.

არსებობს ორი ტიპის გუნდი, რომელთაც თავიანთი ქვეტიპები გააჩნია (ნახატი 46):

- არაფორმალური გუნდი იქმნება პერსონალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების მიზნით (ასაკის, სქესის, მეგობრული დამოკიდებულების ან გუნდის საერთო ინტერესების მიხედვით);
- ფორმალური გუნდი იქმნება სპეციფიკური საორგანიზაციო მიზნების გადასაწყვეტად.

გუნდის ტიპები



გუნდის ჩამოყალიბება ხელს უწყობს მუშაობის პროდუქტიულობის ამაღლებას, ორგანიზაციაში კორიზონტალური ურთიერთობების გაძლიერებას, მოკლე დროში ოპტიმალური გადაწყვეტილების მიღებას, სამუშაო ძალების სწორ განაწილებას და მუშაობის ხარისხის გაუმჯობესებას და ა.შ.

გუნდის ჩამოყალიბების პროცესში მისი წევრების შერჩევა უნდა პასუხობდეს შემდეგ მოთხოვნებს:

- გუნდის წევრები უნდა იყვნენ ფსიქოლოგიურად შეთავსებადი;
- უნდა იცნობდნენ ერთმანეთს;
- უნდა ჰქონდეთ ერთმანეთთან ურთიერთობის გარკვეული გამოცდილება;
- უნდა ისწრაფოდნენ საერთო მიზნის მისაღწევად;
- უნდა ემორჩილებოდნენ საერთო წესებს;

საბოლოო ჯამში, გუნდის წევრები უნდა აღიქვამდნენ თავიანთ თავს, როგორც განსაკუთრებულ ერთეულს. დაწესებულებებში, რომლებიც უზრუნველყოფენ მომუშავეთა ერთიან გუნდად ჩამოყალიბებას, გაცილებით მეტი წარმატებებია, ვიდრე იქ, სადაც პერსონალი ერთმანეთისაგან გათიშულია.

გუნდი თავისი არსებობის მანძილზე ევოლუციის გარკვეულ ციკლს გადის, რომელშიც შეიძლება განვითარების სამი ეტაპის გამოყოფა – ჩამოყალიბების, სამუშაოს შესრულების და ეფექტიანობის ზრდის ეტაპები.

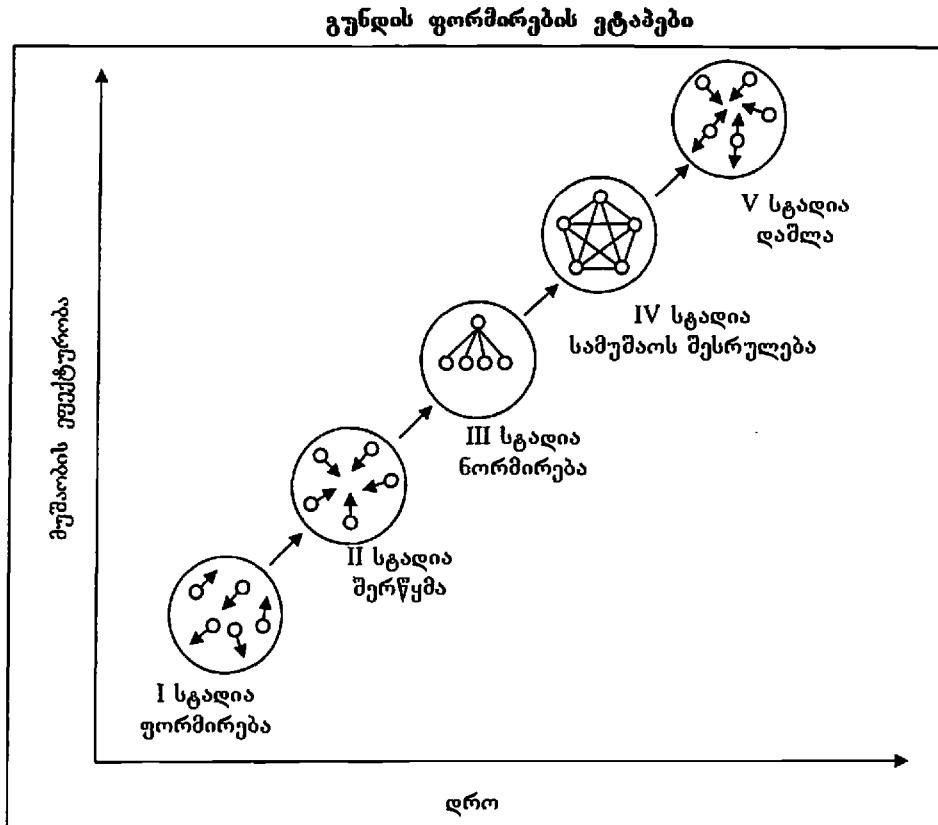
გუნდის შეთანხმებულობაზე, მოქნილობასა და მუშაობის ეფექტურობაზე მოქმედებს მასში გაერთიანებული წევრების რაოდენობა, მათი ურთიერთობის ხანგრძლივობა, ხასიათი, გუნდში გაერთიანების მიზეზი (მოხდა ეს ნებაყოფლობით თუ მმართველის გადაწყვეტილებით), სავარაუდო ურთიერთობის პერიოდი, ლიდერის მოქმედების სტილი, გუნდის წევრთა ინდივიდუალური ინტერესები და სხვ.

სადღეისოდ დამუშავებულია გუნდის მოქმედების ევოლუციის სხვადასხვა სქემა, რომელთა შერჩევის სისწორე და სათანადო ხელის შეწყობა მნიშვნელოვან გავლენას

აზღენს საბოლოო შედეგებზე. განვიხილოთ ორი ყველაზე გავრცელებული მოდელი, რომელიც შემოთავაზებულია ბოლო წლებში.

ტრადიციული მიდგომის (ე.წ. ბ.ტუკმანის) მოდელის თანახმად, გუნდის განვითარება გადის 5 სტადიას (ნახატი 47).

ნახატი 47



1. ფორმირების სტადიაზე ხდება გუნდის წევრების ნებაყოფლობითი ან სავალდებულო წესით შერჩევა (ტექნიკური ან ფუნქციონალური უნარ-ჩვევების მიხედვით). ამ ეტაპზე მიმდინარეობს:

- დავალების არსის გაგება;
- მიღებული დავალების შესრულების თავისებურებებისა და სათანადო შედეგის მიღწევის გზების შესახებ აზრთა ურთიერთგაზიარება;
- დროებითი ალიანსის შეკვრა „მსგავს“ გუნდის წევრებს შორის;
- არაფორმალური ლიდერის გამოკვეთა;
- ცალკეულ წევრთა როლების განაწილება;
- გადაწყვეტილების მიღების უფლების დაკისრება ადმინისტრაციის მიერ შემოთავაზებული ფორმალური ლიდერისათვის, ან იშვიათ შემთხვევაში გუნდის წევრების მიერ არჩეული არაფორმალური ლიდერისათვის.

ჩამოყალიბებული გუნდების ნაწილი ამა თუ იმ მიზეზის გამო ამ ეტაპს ვერ სცილდება, რაც მათი დაშლით ან უმოქმედობით მთავრდება.

2. შერწყმის სტადიას ახასიათებს გუნდის წევრებს შორის კონფლიქტების წარმოქმნის მაღალი რისკი. ამ ეტაპისათვის დამახასიათებელია:

- გუნდის წევრებს შორის შესაძლოა მოხდეს კონფლიქტი, შეხედულებათა პოლარიზაცია;
- გუნდის წევრებს დასმული ამოცანის მიმართ შესაძლოა ჩამოუყალიბდეთ გარკვეული რეზისტენტულობა;
- გუნდის წევრები იზიარებენ იმ აზრს, რომ ფორმალური ლიდერი ერთპიროვნულად არ უნდა იღებდეს ყველა გადაწყვეტილებას;
- იკვეთება არაფორმალური ლიდერი;
- იწყება გარკვეული მუშაობა.

ეს ეტაპი შეიძლება ხასიათდებოდეს დროისა და სახსრების არარაციონალური გამოყენებით, რაც, საბოლოო ჯამში, შესაძლოა, აგრეთვე, გუნდის დაშლით დამთავრდეს, თუმცა სახეზეა მისი შემჭიდროების ცალკეული ელემენტიც. ამიტომ მენეჯერის უპირველესი ამოცანაა, დაარეგულიროს შეუთანხმებლობა, კონფლიქტები.

3. ნორმირების ანუ მოქმედების ნორმალურ ფაზაში შესვლის ეტაპზე გუნდის წევრების მიერ გარკვეულია კოლეგების აზრი, მისწრაფებები, უმეტესობა ეგუება მათ ინდივიდუალურ თავისებურებებს, მუშავდება ქცევის სპეციფიკური ნორმები და ურთიერთდამოკიდებულება. ამ ეტაპზე:

- გუნდის წევრები რწმუნდებიან, რომ შეუძლიათ შეასრულონ დავალებული საქმე;
- იწყება საკითხის საქმიანი განხილვა;
- მკვიდრდება მუშაობის ახალი სტილი, რომელიც, მიღებული გამოცდილების ფონზე, ითვალისწინებს საჭირო ცვლილებების გატარებას;
- კონფლიქტები იშვიათად წარმოიქმნება და, ძირითადად, წყდება გუნდის წევრთა აქტიური მონაწილეობით;
- გუნდის წევრებში ჩნდება ერთმანეთის ნდობა;
- იზრდება მუშაობის შედეგიანობა.

4. შესრულების ეტაპზე გუნდი ასრულებს სამუშაოს მოცემული სტანდარტებისა და ამოცანების შესაბამისად. მის წევრთა შორის არის დიდი ნდობა, ისინი ბევრ ენერგიას ხარჯავენ საერთო საქმის შესრულებაზე და ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ საკუთარი ამბიციების დაკმაყოფილებას. ამ ეტაპზე:

- გუნდის წევრებში საბოლოოდ ნაწილდება როლები;
- გუნდის წევრები ცდილობენ, აიმაღლონ თავიანთი კომპეტენტურობა;
- გუნდის წევრებში ჩნდება ურთიერთგაგება;
- საბოლოო ჯამში, გუნდის მოქმედება მაღალი პროდუქტიულობით ხასიათდება.

ამასთან, საგულისხმოა, რომ წინა ეტაპებზე არსებული სიძნელების ან შეუთანხმებლობის გამო ყველა გუნდი ამ სტადიამდე ვერ აღწევს.

5. დაშლა ხდება დასახული მიზნების მიღწევის შემდეგ. თუმცა, გუნდის წევრების მიერ გაწეული ერთობლივი მუშაობა, ახალი არაფორმალური და სამსახურებრივი ურთიერთობების დამყარება ხელს უწყობს სათანადო გამოცდილების დაგროვებას, რაც ზედმიწევნით სასარგებლოა ორგანიზაციის სამომავლო გეგმების განსახორციელებლად.

მეორე მოდელი, მართალია, ნაწილობრივ იმეორებს ტუკმანის მოდელს, მაგრამ უფრო თვალსაჩინოდ წარმოადგენს მენეჯერის ამოცანებს გუნდის შექმნასა და მის ეფექტურ მუშაობაში.

ჩამოყალიბების ეტაპზე ხდება ფუნქციების არაფორმალური განაწილება გუნდის წევრთა შორის, ყალიბდება სასურველი შედეგის უზრუნველყოფისა და კონფლიქტის გარეშე მუშაობის სურვილი. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ, თუ გუნდი იქმნება სათანადო მოტივაციის გარეშე, მხოლოდ ფორმალური მახასიათებლების მიხედვით, უკვე ამ ეტაპზე შესაძლოა მოხდეს მისი დაშლა. გუნდისათვის, რომელიც მხოლოდ დავალებას ასრულებს, დამახასიათებელია:

- გუნდის წევრები ზოგჯერ კარგად არ იცნობენ ერთმანეთს და არც ცდილობენ გაცნობას;
- გუნდის წევრების დამოკიდებულება საერთო საქმის მიმართ ფორმალურია. ისინი ცდილობენ, არ აიღონ თავიანთ თავზე ზედმეტი დატვირთვა;
- გუნდის წევრები ცდილობენ, არ ჩაერიონ წარმოქმნილ კონფლიქტში;
- გუნდში შესაძლოა წარმოიქმნას ერთმანეთისადმი უნდობლობა.

ამ მახასიათებლების არსებობა უნდა მიუნიშნებდეს მენეჯერს, რომ გუნდი ეფექტურად ვერ მოქმედებს და საჭიროა მისი დაშლა ან გადახალისება.

განვითარების ფაზაში გუნდის გადასვლას განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები:

- გუნდის წევრთა ერთობლივი მუშაობა, მათი არაფორმალური ურთიერთობა, რაც ხელს უწყობს ერთმანეთის უკეთ გაცნობასა და ნდობის ჩამოყალიბებას;
- გუნდის მუშაობის დადებითი და უარყოფითი მხარეების ოფიციალური შეფასება;
- შესაძლო კრიზისი ან პრობლემა, რომელიც სასწრაფო გადაწყვეტას საჭიროებს (გუნდის აგების ტრადიციული მოდელები უმეტესწილად ამ მოვლენას ეფუძნება).

განვითარების ფაზაში კონფლიქტის გადაწყვეტა ხდება არა ცალკეულ პიროვნებებს შორის ან ხელმძღვანელის ჩარევით, არამედ გუნდის წევრთა შორის გამართული ერთობლივი დისკუსიით, რაც ხელს უწყობს გუნდის წევრების პასუხისმგებლობის ზრდას ერთმანეთისა და გუნდის მიმართ. ეს მახასიათებლები საშუალებას იძლევა, დადებითად შევაფასოთ გუნდის ჩამოყალიბების მცდელობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, საქმე ფერხდება, რაც ისევ და ისევ გუნდის გადახალისების აუცილებლობაზე მიუთითებს.

ეფექტიანობის ზრდის ფაზაში გუნდი უკვე გრძნობს, რომ თვისობრივად ახალ ერთობას წარმოადგენს. ამ ეტაპზე გუნდი ცდილობს მუშაობის დახვეწას, ახორციელებს საჭირო ცვლილებებს ნდობითა და ურთიერთმხარდაჭერით, ხელს უწყობს თავისი წევრების პროფესიონალურ განვითარებას. მიუხედავად იმისა, რომ გუნდის ყოველ წევრს მუშაობის ინდივიდუალური სტილი გააჩნია, ყველანი იზიარებენ საერთო ფუნდამენტურ ფასეულობებს. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ გუნდის წევრებს ურთიერთშეცვლის უნარი შესწევთ. ამ მდგომარეობის შეცნობა, თავის მხრივ, ხელს უწყობს მართვის უმაღლეს ეშელონში მშვიდი ატმოსფეროს დამყარებას. ხელმძღვანელმა შინაგანად უნდა აღიქვას, რომ ყველაფერი თვითონ არ უნდა აკეთოს. ამ მიზნით, გამოცდილი მენეჯერის განსაკუთრებული საზრუნავია განათლებული და ნიჭიერი ხალხის შემოკრება. შიში, გაურკვევლობა და ეჭვი ჩნდება იმ შემთხვევაში, თუ ლიდერი თვლის, რომ მას ნაკლებად კომპეტენტური თანამშრომლები ჰყავს, რომლებიც მის გარეშე საქმეს თავს ვერ გაართმევენ. ამიტომ გარკვეული ამოცანების შესასრულებლად გუნდის ჩამოყალიბება ხელს უწყობს საჭირო ღონისძიებების გატარებას.

გუნდის წევრთა ქცევას გარკვეული სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებები ახასიათებს. მიუხედავად იმისა, რომ გუნდი განსხვავებული პიროვნებებისაგან შედგება, მათი ქცევის თავისებურებები ქმნიან თვისობრივად ახალ ფენომენს, რომელიც საკუთარი

კანონებით მოქმედებს. გუნდისათვის დამახასიათებელია შემდეგი თავისებურებები, რომელთა გათვალისწინება საშუალებას აძლევს მენეჯერს, მკვეთრად გაზარდოს მუშაობის ეფექტიანობა:

- გუნდის წევრთა შორის საერთო აზრების შეჯერება – როცა გუნდში ყალიბდება ჰარმონია და ერთობა, მისი მუშაობა უფრო ეფექტურია;
- დასაბუთებული რისკი;
- გადაწყვეტილებათა მიღების მაღალი ხარისხი;
- გუნდის წევრთა შორის კოლექტივიზმის გრძნობის განმტკიცება;
- „მაძლარი კატის“ ფენომენი – პირველი წარმატების შემდგომ, გუნდის წევრები ზედმეტად თვითდაჯერებულნი ხდებიან, რამაც შესაძლოა წარმოქმნას ე.წ. „მაღალი მიღწევების სინდრომი“;
- გუნდის წევრთა შეთანხმებულობა – მუშაობის ნორმების დაცვა ხდება უშუალოდ გუნდის წევრთა შორის და არა სხვა პირთა კარნახით.

გუნდური მუშაობა სრულებით არ გულისხმობს მისი წევრების პიროვნული თვისებების მსგავსებას ან აზრთა ერთგვაროვნებას. კარგი გუნდი მის წევრებს ყოველთვის უტოვებს საკუთარი ნიჭის გამოვლენის შესაძლებლობას.

ნებისმიერი ცვლილებისა და განახლების გზაზე სერიოზულ წინააღმდეგობას წარმოადგენს პერსონალის გათიშულობა, შეცდომების ერთმანეთზე გადაბრალება, რასაც ორგანიზაციის სრულ კრახამდე მიყვანა შეუძლია. ამის მაგალითია მუშებისა და ადმინისტრაციის დაპირისპირების ფაქტები, ან კლასიკური ანტაგონიზმი სხვადასხვა დონის მენეჯერებს შორის. მიუხედავად იმისა, რომ მოწინააღმდეგეები ერთ საერთო საქმეს ემსახურებიან, კონფლიქტური სიტუაციის ჩაქრობა ვერ მოხერხდება, თუ არ ჩამოყალიბდება გუნდი, რომელსაც გააჩნია გარკვეული სოციალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლები.

თანამშრომელთა შორის არსებული განხეთქილების დამახასიათებელი ნიშანია არაფორმალური კონტაქტების დაკარგვა. ზოგ შემთხვევაში ის აშკარა მეტოქეობის სახეს იძენს, ზოგჯერ კი ფარულ ხასიათს ატარებს და ინიღბება საყოველთაო თანხმობით, რაც კიდევ უფრო დამანგრეველს ხდის ამ განხეთქილებას ორგანიზაციისათვის.

გუნდის წევრების პიროვნული თვისებები განაპირობებენ მათი ქცევის ტიპებს.

დავლებაზე ორიენტირებული ქცევის ტიპი ეხმარება გუნდს დაკისრებული ამოცანის შესრულაში. ასეთი სახის ქცევას მიეკუთვნება ინფორმაციის გაცემა და მიღება, აზრის გამოხატვა, ინიციატივის გამოჩენა, საკითხების დაზუსტება ან დამატებითი საკითხების დაყენება, გადაწყვეტილებაზე ყურადღების ფოკუსირება, შეფასება, შეჯამება და პრობლემის გადაჭრა.

პროცესზე ორიენტირებული ქცევის ტიპი ხელს უწყობს საბოლოო მიზნის მიღწევას, გუნდის ნორმალურ ფუნქციონირებას. იგი ეფუძნება გუნდის ქცევის შინაგან დინამიკას და გულისხმობს ცალკეული პიროვნების მიერ ინიციატივის გამოჩენას კოლეგების მხარდაჭერის ან დამშვიდების საჭიროების შემთხვევაში, კონფლიქტის მოგვარების ან რაიმე მოლაპარაკების დროს, რაც საბოლოო ჯამში, შესასრულებელი სამუშაო პროცესის განხორციელებას ან დაჩქარებას უწყობს ხელს.

ინდივიდუალურ, ანუ საკუთარ პრობლემებზე ორიენტირებული ქცევის ტიპი ხშირად ხელს უშლის როგორც გუნდის ჩამოყალიბებას, ასევე მის მუშაობასაც. იგი გულისხმობს: დომინირებისაკენ ლტოლვას, აშკარა ან ფარულ აგრესიას თანაგუნდელების მიმართ. სხვის მიერ მიწოდებული იდეების ბლოკირებას, ზედმეტად მომთხოვნ პოზიციას

გუნდის სხვა წევრების მიმართ, დაჯგუფების შექმნის მცდელობას, პირადი ინტერესების დაცვას და სხვა. მიუხედავად იმისა, რომ საკუთარ პრობლემებზე ორიენტირებული ქცევა საკმარისად ხშირი მოვლენაა, მას მაინც არ ენიჭება გადამწყვეტი მნიშვნელობა, ვინაიდან კარგად ორგანიზებულ გუნდს ძალუძს დაკისრებული ამოცანას შესრულება აღნიშნული დაბრკოლებების მიუხედავად.

გუნდის ჩამოყალიბებასა და მის მოქმედებაზე სერიოზულ გავლენას ახდენს გუნდის წევრთა შორის როლების განაწილება. პირობითად ეს როლები შემდეგნაირად შეიძლება დაიყოს:

ახალი იდეების გენერატორი არის შემოქმედებითი პიროვნება, რომელსაც შეუძლია რთული პრობლემის გადაჭრა. მისთვის დამახასიათებელია დეტალების უგულვებელყოფა, ნაკლები კომუნიკაბელობა, საკუთარი იდეის აუცილებელი დანერგვისაკენ ლტოლვა, რასაც შეუძლია ავნოს საერთო საქმეს;

რესურსების მაძიებელი არის თავისი საქმის ენთუზიასტი, კომუნიკაბელური, კონტაქტური პიროვნება. თუმცა მას ზედმეტად ოპტიმისტური განწყობა ახასიათებს. ამასთან, როდესაც საწყისი ენთუზიაზმი გაივლის, ზოგჯერ იგი კარგავს ინტერესს წამოწყებული საქმის მიმართ;

კოორდინატორი გუნდის ყველაზე სერიოზული, ჩამოყალიბებული, საკუთარ ძალებში დარწმუნებული წევრია, რომელიც საზღვრავს მიზნებს, ხელს უწყობს გადაწყვეტილების მიღებას, კარგად ახერხებს გუნდის წევრებზე უფლებამოსილების დელეგირებას. გასათვალისწინებელია, რომ კოორდინატორმა თავისი ავტორიტეტით ზოგჯერ შეიძლება დაახშოს გუნდის სხვა წევრთა ინიციატივა;

იდეებისათვის სათანადო სახის, ფორმის, მიმართულების მიმცემი პრობლემური და ამავე დროს დინამიური პიროვნებაა, რომლის მოქმედება ხშირად შემტვევი ხასიათისაა. აქვს წარმოქმნილი დაბრკოლებების გადალახვის დიდი უნარი. თავისი ქცევით მან შეიძლება გააღიზიანოს გუნდის სხვა წევრები, რაც გარე ჩარევას მოითხოვს;

შემფასებელი-დამკვირვებელი უმეტესად მშვიდი, კეთილგონიერი, გამჭრიახი პიროვნებაა, რომელიც ითვალისწინებს ყველას აზრს და ფრთხილად იღებს გადაწყვეტილებას. თავისი დიდი გამოცდილებიდან გამომდინარე, ხშირად ზედმეტად კრიტიკულ პოზიციას იკავებს. სიფრთხილის გამო მას ზოგჯერ არ ყოფნის ენერგია და უნარი, რათა დაარწმუნოს ან საქმეში ჩააბას სხვები;

„შავი მუშა“ კომუნიკაბელური, გაწონასწორებული პიროვნებაა, რომელიც თავს არიდებს უთანხმოებას. მასზე იოლია ზეგავლენის მოხდენა. კრიტიკულ სიტუაციებში მისთვის ძნელია დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღება;

იდეების დამწერგავი დისციპლინირებული, კვალიფიციური, მაგრამ კონსერვატიული პიროვნებაა, რომელიც ზრუნავს იდეების პრაქტიკულ განხორციელებაზე. ის შედარებით გვიან აღიქვამს ახალ შესაძლებლობებს, რის გამოც, გარკვეულწილად, მოუქნელია თავის მუშაობაში;

საქმის დამასრულებელი შრომისმოყვარე და კეთილსინდისიერი პიროვნებაა, რომელიც ცდილობს გამოავლინოს შეცდომები და ნაკლოვანებები, დროულად შეასრულოს დაკისრებული სამუშაო. ჩვეულებრივ, იგი ზომაზე მეტად განიცდის წარუმატებლობას და უგულვებელყოფს დაკისრებული ფუნქციების სხვებზე დელეგირების შესაძლებლობას;

სპეციალისტი თავისი საქმის ერთგული, მიზანმიმართული პიროვნებაა, რომელიც არ ელოდება სხვის მითითებას საქმის დასაწყებად და თავისი ცოდნის გაღრმავებას

ცდილობს. სპეციალისტი ხშირად ვიწრო ასპარეზზე მოქმედებს. მას საქმის ტექნიკური მხარე აინტერესებს და ზოგჯერ ვერ ხედავს „სრულ სურათს“.

როლების განაწილება გუნდის წევრებს შორის ზემოჩამოთვლილი იერარქიის მიხედვით, ერთი შეხედვით, თავისთავად, ვილაციის ჩარევის გარეშე ხდება, მაგრამ, თუ კოორდინატორი კარგად ფლობს მენეჯერულ თეორიასა და სოციალური ფსიქოლოგიის საფუძვლებს, მას არ გაუჭირდება, როგორც ცალკეული პიროვნების როლის განსაზღვრა, ასევე მოსალოდნელი კონფლიქტების ჩაქრობა. ეს კი გუნდის მიერ შესრულებული სამუშაოს ეფექტურობის საწინდარია.

გუნდში როლების გადანაწილებას ხშირად მოყვება მათი დაწყვილება, რომელიც, რ.ბელბინის აზრით, უფრო ხშირად ხდება შემდეგი სქემის მიხედვით:

- ლიდერები – კოორდინატორი და ფორმის მიმცემი;
- ინტელექტუალები – იდეების გენერატორი და შემფასებელ-დამკვირვებელი;
- განმახორციელებლები – იდეების დამწერგავი და საქმის დამასრულებელი;
- შეთანხმების უზრუნველყოფელები – რესურსების მაძიებელი და გუნდის მშენებელი.

გვგულის გვთავაზობს განსხვავებულ დაჯგუფებას, რაც გუნდისათვის დაკისრებული ამოცანების (დავალების) შესრულებას ეფუძნება.

- საკითხის გამოკვლევა – იდეების მომწოდებელი (იდეები) და რესურსების მაძიებელი (გარე კონტაქტები);
- ორგანიზება – შემსრულებელი (დაგეგმვა) და კოორდინატორი (შიგა კომუნიკაციების უზრუნველყოფა);
- კონტროლი – ფორმის მიმცემი (მოვლენების კონტროლი);
- მონიტორინგი – შემმოწმებელ-დამკვირვებელი (სტანდარტების დასახვა) და საქმის დამასრულებელი (დეტალებზე დაკვირვება);
- მხარდაჭერა – იდეების დამწერგავი და სპეციალისტი (ახორციელებს ექსპერტიზას).

აშკარაა, რომ გუნდის წარმატებული მუშაობის კრიტერიუმს დასახული მიზნის დროული მიღწევა წარმოადგენს. გუნდის მუშაობის სხვადასხვა ეტაპზე წარმოქმნილი სიძნელების გადალახვა ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად დროული იქნება მისი შემადგენლობის ცვლილება. თავისთავად, ეს არ ნიშნავს, რომ ხელმძღვანელმა გუნდის წევრებს ბრძანებით დააკისროს ამა თუ იმ როლის შესრულება, მით უმეტეს, რომ როლების განაწილების ზემომოყვანილი სქემა პირობითია და, რაც მთავარია, გუნდის წევრთა არაფორმალური ურთიერთობის პროცესში ყალიბდება. ხელმძღვანელის პირდაპირი მოვალეობაა, თვალყური ადევნოს გუნდის წევრთა ურთიერთობას, მათი მუშაობის ეფექტურობას, დროულად ჩამოაშოროს გუნდს ის პირები, რომელნიც აფერხებენ მუშაობას. ამ მხრივ, საგულისხმოა სქემა, რომელიც გუნდის წარმატებულ ჩამოყალიბებასა და მის შემდგომ მუშაობას აფასებს.

როგორც უკვე აღინიშნა, გუნდს ჰყავს კომპეტენტური კოორდინატორი, კარგი იდეების გენერატორი და გუნდის სხვა წევრები, რომელთა ერთობლივი მუშაობის ეფექტი ბევრადაა დამოკიდებული მათ პიროვნულ შესაძლებლობებზე, წამოჭრილი სიძნელების გადალახვისა და მოსალოდნელი კონფლიქტების რეგულირების უნარზე. ამასთან დაკავშირებით, უკანასკნელ პერიოდში ყურადღება ექცევა იმის გარკვევას, თუ რა უფრო მომგებიანია – ჩამოყალიბდეს ე.წ. კოოპერატიული გუნდი, რომელშიც გაერთიანებულია ერთი ღონისა და გამოცდილების პირები, თუ ე.წ. სუპერვარსკვლავების გუნდი, რომლის კოორდინატორიც სუპერვარსკვლავი უნდა იყოს. დასავლეთის ზოგიერთ მსხვილ ფირმაში

მოქმედებს ე.წ. „იდეების რეზერვუარების“ შერჩევისა და დასაქმების სისტემა. მათ მხოლოდ ახალი იდეების ჩამოყალიბება ევალებათ, მაშინ, როდესაც ამ იდეების დამუშავებასა და დანერგვაზე ფირმის სხვა სტრუქტურები არიან პასუხისმგებლები.

იმ შემთხვევაში, თუ სუპერვარსკვლავების გუნდს, იდეების გენერირების გარდა, დაეკისრება მათი დანერგვის ფუნქცია, იგი, ჩვეულებრივ, ვერ ამართლებს, ვინაიდან მაღალი ინტელექტი და კომპეტენტურობა იწვევს ხშირ კონფლიქტებს, საკუთარი მოსაზრების უპირატესობის დასამტკიცებელი, დამატებითი არგუმენტაციის ძიებასა და დროის არარაციონალურ ხარჯვას. ასეთმა გუნდმა წარმატებას შეიძლება მიაღწიოს, თუ კოორდინატორი შეძლებს გუნდის წევრთა ინდივიდუალიზმის დაძლევისა და მუშაობის საჭირო მიმართულებით წარმართვას.

18.8. ლიდერობა

ლიდერობა წარმოადგენს პროცესს, როდესაც პიროვნება გარკვეულ ზემოქმედებას ახდენს სხვა ადამიანებზე დასახული მიზნის განსახორციელებლად. სხვანაირად რომ ვთქვათ, ლიდერობა არის პიროვნებაზე ან ადამიანთა ჯგუფზე ფოკუსირებული ზემოქმედება ორგანიზაციული მიზნების მისაღწევად, რისთვისაც გამოიყენება ფსიქოლოგიური, ადმინისტრაციული ან სხვა სახის ძალაუფლება. პიროვნებას, რომელიც ამ ზემოქმედებას ახორციელებს, **ლიდერი** ეწოდება.

არსებობს ლიდერის ორი ტიპი: ფორმალური (ოფიციალური) და არაფორმალური. ოფიციალურ ლიდერს ეძლევა მისდამი დაქვემდებარებულ ხალხზე ზემოქმედების უფლება და მას წარმატების მით მეტი შესაძლებლობა აქვს, რაც უფრო მეტად აღიარებენ მას თანამშრომლები. არაფორმალურ ლიდერს არა აქვს ხალხზე ზემოქმედების ოფიციალური უფლება. მას შეუძლია, როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი როლი ითამაშოს ორგანიზაციის მუშაობაში.

ადამიანებზე გავლენის მოსახდენად ლიდერი, ძირითადად იყენებს შემდეგ ბერკეტებს:

- ლეგიტიმურ (ორგანიზაციულად დაკანონებულ, ფორმალურ) უფლებებს;
- წახალისებას;
- იძულებას, გაკონტროლებას;
- ინფორმაციის ძაღების, გაცემის, მოთხოვნისა და დაცვის უფლებას;
- მმართველის უფლებას (მაგალითად, დასჯა, ბრძანება და სხვ.);

თუ ლიდერი ფრთხილად არ გამოიყენებს ძალაუფლებას, შესაძლოა მან ამით დაასუსტოს, როგორც ორგანიზაცია, ისე, გარკვეულწილად, საკუთარი პოზიციაც შეარყიოს.

არსებობს რამდენიმე ფართოდ გავრცელებული თეორია, რომელთა მეშვეობითაც ლიდერობის ფენომენის სხვადასხვა კუთხით ახსნას ცდილობენ.

ლიდერის პიროვნულ თვისებებზე ორიენტირებული თეორია გულისხმობს, რომ ლიდერებად იბადებიან. ეს თვისება პიროვნების ბუნებიდან, მისი ქცევის თავისებურებიდან გამომდინარეობს. ზღი ეყრდნობა ლიდერისათვის დამახასიათებელი კონკრეტული პიროვნული თვისებებისა და ეფექტური ხელმძღვანელობისათვის საჭირო თვისებების შერწყმას. ამ თეორიის თანახმად, წარმატებული ლიდერისათვის დამახასიათებელია: მაღალი ინტელექტი, შთაბეჭდავი გარეგნობა, საღი გონება, პატიოსნება, პირადი ინიციატივა, კარგი განათლება, თავდაჯერებულობა.

ქცევითი თეორიის მიხედვით, სათანადო უნარისა და მოტივაციის არსებობა მხოლოდ აძლიერებს პიროვნების ქცევის განსაზღვრულ თვისებებს. თუ პიროვნებას არ გააჩნია

სათანადო თვისებები, მისი ლიდერად მომზადება არაეფექტურია. ამ თეორიის თანახმად, ხელმძღვანელობის სტილის მიხედვით პირობითად გამოიყოფა 4 ჯგუფის ლიდერი:

- ექსპლუატატორი (დიქტატორი) – გამორიცხავს საპირისპირო აზრს, მოითხოვს მოცემული დავალების უსიტყვოდ შესრულებას;
- ავტორიტარული ლიდერი – მეტნაკლებად ითვალისწინებს ხელქვეითთა მონაწილეობის აუცილებლობას გადაწყვეტილების მიღებაში;
- დემოკრატი ლიდერი – არ გამორიცხავს ხელქვეითებთან კონსულტაციებს, ნაწილობრივ ენდობა მათ;
- ლიბერალი ლიდერი – ცდილობს წახალისოს ხელქვეითთა მონაწილეობა მართვის პროცესში.

მიზანზე ორიენტირებული თეორია გულისხმობს, რომ ლიდერმა, პირველ რიგში, ზემოქმედება უნდა მოახდინოს თავის მიმდევრებზე, მათ უნარზე, რათა კარგად აღიქვან დასახული მიზნების მნიშვნელობა და მათი მიღწევის გზები.

სიტუაციური მიდგომის თეორია დაკავშირებულია ხელმძღვანელის ქცევის ისეთ ელემენტებთან, როგორიცაა მეგობრული დამოკიდებულება ხელქვეითთა მიმართ და ერთდროულად მაღალი მომთხოვნელობა, დასმული ამოცანების სტრუქტურირება, ყოველი შემსრულებლის, თანამდებობრივი უფლებამოსილებების გარკვევით ჩამოყალიბება. ამ თეორიის მიხედვით, ლიდერმა უნდა უზრუნველყოს ხელქვეითის მზადყოფნა დავალების შესასრულებლად. სიტუაცია ეხმარება მას, განსაზღვროს ხელქვეითის ჩაბმის დონე კონკრეტული გადაწყვეტილების განხორციელებაში. თუმცა, ლიდერი, რომელიც წარმატებით მოქმედებს კონკრეტულ სიტუაციაში, ხშირად ნაკლებად ეფექტურად მუშაობს სხვა პირობებში.

განიჩევა სიტუაციური ლიდერის სამი ტიპი:

- **სამუშაოზე ორიენტირებული ლიდერი**, რომელსაც ყურადღება გადატანილი აქვს დავალების აუცილებელ შესრულებაზე. მკაცრი ზედამხედველობის მიზნით იგი ხშირად იყენებს იბულებისა და წახალისების მეთოდებს, რათა გავლენა მოახდინოს პერსონალის ქცევაზე და მოვალეობების ეფექტურ შესრულებაზე;
- **მუშაკზე ორიენტირებული ლიდერი**, რომელსაც ყურადღება გადატანილი აქვს ცალკეულ ადამიანზე, გადაწყვეტილების მიღებას კი ხელქვეითებს ანდობს, აქტიურად იყენებს ხელქვეითთა პიროვნულ მიღწევებსა და პროფესიონალიზმს;
- **შემთხვევითი სიტუაციური ლიდერის** მოქმედების ეფექტურობა ეფუძნება ხელქვეითთა ქცევაზე და ზოგადი სიტუაციის სწორად გაგების შესაძლებლობას.

ხშირად ტერმინი მენეჯერი და ლიდერი არასწორადაა გაიგივებულია, შეიძლება პიროვნება იყოს ლიდერი, მაგრამ არ იყოს მმართველი და პირიქით. მენეჯერის მიერ თავისი ფუნქციების შესრულება მჭიდროდაა დაკავშირებული მის ირგვლივმოყვითა ადამიანებზე, პიროვნულ თვისებებზე, ცოდნაზე, გამოცდილებაზე, კულტურულ დონეზე და სხვ. თავისთავად, მენეჯერს უნდა ჰქონდეს ლიდერისათვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგიური თვისებურებები, რაც ხელს უწყობს მის მუშაობას, მაგრამ, პირველ რიგში, მას ესაჭიროება რესურსებისა და პერსონალის მობილიზების უნარის გამოუმუშავება.

მენეჯერი, როგორც ყოველი ადამიანი, თავისი საქმიანობის ცალკეულ მომენტში ასრულებს სხვადასხვა როლს, რომელიც ისეთი პიროვნული თვისებების გამოუმუშავებას მოითხოვს, როგორიცაა გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ლიდერობა, პრობლემისადმი სტრატეგიული მიდგომა და სხვ.

სხვადასხვა სიტუაციის ანალიზის საფუძველზე ჩამოყალიბებულია „იდეალური“ მენეჯერის მახასიათებლები, რომლის მიხედვით, იგი უნდა:

- ფლობდეს ყველანაირ ინფორმაციას, რომელიც ხელს შეუწყობს მიზნის მიღწევაში;
- მზად იყოს იმ ღონისძიებების განსახორციელებლად, რომელიც ეფექტური იქნება სათანადო სტრატეგიის მისაღწევად;
- იღებდეს საბოლოო გადაწყვეტილებას;
- განსაზღვრავდეს ყველაზე ხელსაყრელ და ნაყოფიერ სტრატეგიას;
- თავის თავზე იღებდეს წარმოქმნილი კრიზისის დაძლევის ინიციატივას;
- მობილიზებას უკეთებდეს პერსონალს დასმული მიზნის მისაღწევად;
- ხელს უწყობდეს მომავალი ლიდერების აღზრდას.

მენეჯერის საქმიანობა ზედმიწევნით მრავალფეროვანია, აქედან გამომდინარე, მენეჯერის უნარ-ჩვევები შეიძლება პირობითად დავყოთ შემდეგ კატეგორიებად:

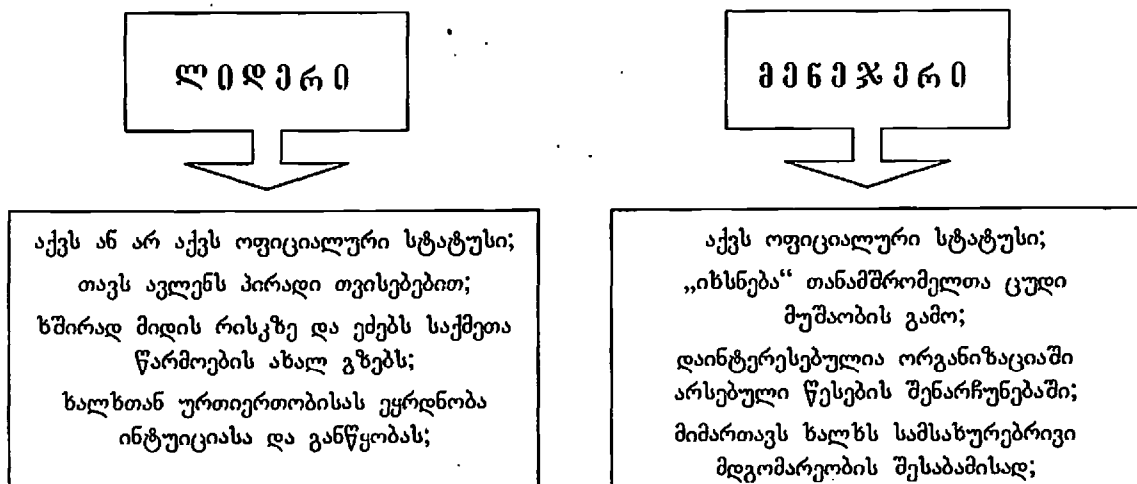
- **ტექნიკური**, რომელიც გულისხმობს უნარს, გამოიყენოს გამოცდილება, განათლება, ტექნოლოგიები და აღჭურვილობა სპეციფიკური სამუშაოების შესასრულებლად;
- **პიროვნული**, რომელიც გულისხმობს ადამიანებთან მუშაობის უნარს, მოტივაციისა და ლიდერობის აღქმას;
- **კონცეპტუალური**, რომელიც მოითხოვს, გაიაზროს ორგანიზაციის კომპლექსურობა და თითოეული თანამშრომლის ადგილი, აქცენტი გააკეთოს არა ცალკეული რგოლის, არამედ მთლიანად ორგანიზაციის წარმატებაზე.

მენეჯერის მუშაობა ეფექტურია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იგი გამოიჩენს მაღალი ინტელექტით, მაშინ, როდესაც ლიდერის ინტელექტუალური შესაძლებლობები დიდად არ განსხვავდება ჯგუფის წევრებისაგან, ის კარგად იყენებს ყველას პოტენციალს.

მ.ტომეის აზრით, „ლიდერი და მენეჯერი ძირითადად განსხვავდება იმით, რომ ლიდერი გავლენას ახდენს მიზნებზე, მენეჯერი კი იყენებს ძალაუფლებას და ზრუნავს ორგანიზაციის წარმატებაზე“, თუმცა უნარიან, მარჯვე პიროვნებას შეუძლია ორივე როლის შეთავსება. ლიდერისა და მენეჯერის ფუნქციების უდავო მსგავსების მიუხედავად მათ შორის არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება (ნახატი 48).

ნახატი 48

განსხვავება ლიდერსა და მენეჯერს შორის



18.9. ქცევის სოციალურ-ფსიქოლოგიური ასპექტები და ეთიკური ნორმები ჯანდაცვის სისტემაში

სამედიცინო პერსონალი დასაქმებულთა იმ კატეგორიას მიეკუთვნება, რომლის საქმიანობა ადამიანთა სიცოცხლესთანაა დაკავშირებული. ამიტომ პაციენტის ქცევის სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებებისა და ექიმის მიერ ეთიკური ნორმების დაცვა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მკურნალობის შედეგებზე.

ეთიკა (ethos – ბერძ. ჩვეულება, ხასიათი) წარმოადგენს საზოგადოებაში ჩამოყალიბებულ და აღიარებულ ქცევის ნორმებს, რომელიც აწესებს, თუ რა არის კარგი, მართებული, პატივსაცემი, ღირსეული.

სამედიცინო ეთიკა არის მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის სამედიცინო საქმიანობაში არსებული ზნეობისა და მორალის საკითხებს, ექიმის დამოკიდებულებას ჯანმრთელი და დაავადებული ადამიანისადმი, კოლეგებისა და საერთოდ საზოგადოებისადმი.

სამედიცინო ეთიკის მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს **საექიმო დეონტოლოგია** (deontos – ბერძ. საკადრისი, სათანადო მოვალეობა, ვალდებულება, logos – სწავლება), რომელიც შეისწავლის ექიმის პროფესიული ქცევის თავისებურებებს, არასრულფასოვანი დახმარების აღმოფხვრაზე მიმართულ გზებს.

თვით ტერმინი დეონტოლოგია ადამიანის პროფესიული ქცევის აღსანიშნავად XIX საუკუნეში ინგლისელმა ფილოსოფოსმა **ი. ბენტამმა** შემოიღო. დასავლეთში, სადაც ფართოდ შეისწავლება სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული ეთიკური პრობლემები, პაციენტისა და სამედიცინო პერსონალის ქცევის თავისებურებები, უფრო ხშირად იხმარება ტერმინები ბიოეთიკა (Bioethics) ან ქცევითი მედიცინა (Behaviour Medicine).

ბიოეთიკისა და ქცევითი მედიცინის ინტენსიური განვითარება მჭიდროდაა დაკავშირებული სამკურნალო პროცესის კომერციალიზაციასთან. ეს გასაგებია, ვინაიდან სამედიცინო პერსონალის ქცევა, პაციენტის მიერ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტა, საბოლოო ჯამში, ეკონომიკურ კატეგორიად გადაიქცა. მწვავე კონკურენციის პირობებში სამედიცინო დაწესებულების შემოსავალი მჭიდროდაა დამოკიდებული მასში მომუშავე პერსონალის არამარტო კლინიკურ აზროვნებასა და პრაქტიკულ ჩვევებზე, არამედ იმაზეც, თუ როგორ იცავს იგი ეთიკურ პრინციპებს, რამდენად დაუფლებულია ქცევითი მედიცინის მეცნიერულ საფუძვლებს.

მსოფლიოს ერთ-ერთი უძველესი წერილობითი წყარო – „კანონთა კრებული ვედები“ (ინდოეთი) გვაუწყებს, რომ ჯერ კიდევ IV ათასწლეულში ჩვენს წელთაღრიცხვამდე მკურნალის მიერ ეთიკური ნორმის დარღვევა განისაზღვრებოდა, როგორც ავადმყოფისადმი ზიანის მიყენება, და სათანადო დასჯასაც ითვალისწინებდა. ანტიკური სამყაროს მედიკოსთა ქცევის სათანადო ნორმების ჩამოყალიბებაზე უდიდესი ზეგავლენა მოახდინა **ჰიპოკრატეს ფიცმა**. უნდა აღინიშნოს, რომ ცალკეული ქვეყნები თავისი განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე ღებულობდნენ ექიმის ფიცის საკუთარ ვარიანტს. მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გენერალურმა ასამბლეამ 1948 წელს შეიმუშავა ექიმის ფიცის თანამედროვე ვარიანტი, რომელმაც საბოლოო სახე 1994 წელს მიიღო.

დეონტოლოგიის პრინციპების განმტკიცებაში წამყვანი როლი ექიმს ეკუთვნის. იგი პასუხისმგებელია შექმნას ისეთი გარემო, რომელმაც ავადმყოფზე დადებითი ფსიქოლოგიური ზემოქმედება უნდა მოახდინოს. მით უმეტეს, რომ ექიმის პროფესია, თავისი შინაარსიდან გამომდინარე, მოითხოვს ჰუმანური, კეთილშობილური თვისებების შერწყმას მორალურ სიწმინდესა და პროფესიონალიზმთან.

პირობათშეცვლა

ვფიცავ აპოლონ-მკურნალსა, ასკლეპიოსსა, ჰიგიასა და პანაცეას, და ყველა ღმერთსა და ქალღმერთს, მოწმეებად ვრაცხ რა მათ, რომ კეთილსინდისიერად, ჩემი ძალ-ღონისა და ჩემი მიხედვითობის შესაბამისად აღვასრულო ქვემოთ აღთქმა და წერილობითი ვალდებულება: ვინც შემასწავლა მკურნალობის ხელოვნება, ჩემი მშობლების თანასწორად მივიჩნიო იგი, გავეუნაწილო მას ჩემი მონაგარი და საჭიროებისას შევეწიო გასაჭირში, მისი შთამომავალნი ჩემს ძმებად მივიღო, და ეს ხელოვნება, თუკი ისინი მის დაუფლებას მოისურვებენ, შევასწავლო უსასყიდლოდ და ყოველგვარი პირობის გარეშე, რჩევა დარიგებანი, ზეპირი გაკვეთილები და ყოველივე დანარჩენი მოძღვრებისა, ვამცნო ჩემსა ძეთ, ძეთ ჩემი მასწავლებლისა, და მოწაფეებსაც, რომელნიც შემკულნი არიან ვალდებულებებითა და ფიცითა საექიმო კანონისადა კვალობაზე, და არავის ვამცნო სხვას.

ჩემი ძალ-ღონისა და მიხედვითობის შესაბამისად მხოლოდ და მხოლოდ სასარგებლო განწესება დაედგინო ავადმყოფს, და ავერიდო ყოველგვარი ენების მიყენებას და უსამართლობას. არ მივცე არც ერთ მთხოვნელს მომაკვდინებელი საშუალება და არცა გზა ვასწავლო ასეთი ზრახვის შესრულებისა, ასევე არ მივცე არც ერთ ქალს მუცლის მოსაშლელი პესარიუმი. სპეტაკად და უმწიკვლოდ მოვიხმარო ჩემი ცხოვრება და ჩემი ხელოვნება. რომელ სახლშიც შევიდე, მხოლოდ ავადმყოფის სასიკეთოდ შევადო ამ სახლის კარი, და არ იყოს გულსა ჩემსა წინაგანზრახვა, უმართებულობა და ავი სურვილი. მითუმეტეს ზრახვანი სამიჯნურონი ქალთა მიმართ და ბუშაობის ნდომა კაცთა მიმართ, არცა აზატთა და არცა მონათა მიმართ.

ოდეს მკურნალობის ჟამის - ან თუ სხვა დროს - ყური მოვკრა ანდა ვიხილო რაიმე კაცთა ცხოვრებიდან, რაიცა არ უნდა იქნეს გამჟღავნებული, საიდუმლოდ მივიჩნიო და არავის გავეუმხილო იგი. და მე, განუხრელად შემსრულებელსა ფიცისა, ბედნიერება მხედეს ცხოვრებაში და ჩემს ხელოვნებაშიც, და მაღიღონ კაცთა უკუნითი უკუნისამდე, ხოლო უკეთუ დავარღვიო ფიცი ანდა ცრუ აღთქმა დავდო, პირუკუ მომეგოს მე.

პირობის ფიცი

ვხდები რა სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელი, საზეიმოდ ვფიცავ:

- ჩემი ცხოვრება მივუძღვნა ადამიანის სამსახურს;
 - ღირსეული პატივი და მაღლიერება მივაგო ჩემს მასწავლებლებს;
 - კეთილსინდისიერად და ღირსეულად შევასრულო ჩემი პროფესიული მოვალეობა;
 - პაციენტის ჯანმრთელობა გავიხადო ჩემს უმთავრეს საზრუნავად;
 - შევინახო ჩემთვის მონდობილი საიდუმლო, პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც კი;
 - შეძლებისდაგვარად დავამკვიდრო საექიმო პროფესიის კეთილშობილური ტრადიციები;
 - კოლეგები მივიჩნიო ძმებად და დებად;
 - არ დავუშვა პაციენტის ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, აღმსარებლობის, რასის, სქესის, ეროვნების, პოლიტიკური შეხედულებების, სექსუალური ორიენტაციის, სოციალური მდგომარეობის ზეგავლენა ჩემი პროფესიული მოვალეობის აღსრულებაზე;
 - კვლავაც უსაზღვრო პატივი ვცე ადამიანის სიცოცხლეს მისი ჩასახვისთანავე, ვერავითარმა ძალამ ვერ მაიძულოს გამოვიყენო სამედიცინო ცოდნა კაცთმოყვარეობის კანონების წინააღმდეგ;
- ამ აღთქმას ვდებ საზეიმოდ, ნებაყოფლობით და უანგაროდ.

მხოლოდ სამედიცინო ასოციაციის 46-ე გენერალური ასამბლეა.
სტოკჰოლმი, შვედეთი, 1994 წლის სექტემბერი

საექიმო საქმიანობა წარმოდგენილია ავადმყოფთან მჭიდრო კავშირის, მისი სულიერი სამყაროს წვდომის გარეშე. ამიტომ, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს იმ მეთოდების ცოდნა, რომლებიც ხელს შეუწყობს მკურნალს ავადმყოფთან სათანადო კონტაქტის დამყარებაში. ექიმის რჩევის შესრულება ხშირად მნიშვნელოვან ცვლილებებს მოითხოვს პაციენტის ცხოვრებაში. აქედან გამომდინარე, მას უნდა ესმოდეს, რომ ექიმის რჩევის შესრულება გამართლებულია და მკურნალობა სათანადო შედეგს მოიტანს. სამედიცინო დახმარებაზე პაციენტს სხვადასხვა ტიპის რეაქცია შეიძლება ჰქონდეს.

პესიმიზტური რეაქცია – პაციენტს არა აქვს იმედი, რომ სამედიცინო რჩევის შესრულების შემდეგ თავს უკეთესად იგრძნობს.

რიტუალური რეაქცია – პაციენტს სჯერა, რომ ექიმი ყოვლისშემძლეა და მისი რჩევის შესრულება გამოაჯანსაღებს. ასეთი ავადმყოფები ეძებენ ექიმთან უფრო მჭიდრო კონტაქტის დასამყარებელ გზებს, რასაც რიტუალური ხასიათი აქვს.

იმპროვიზებული რეაქცია – პაციენტს მიაჩნია, რომ კარგად გაიგო ექიმის განმარტება, თუმცა მოგვიანებით შეიძლება გაირკვეს, რომ დასმული ამოცანა მას ბუნდოვნად ესმის. მართალია, ცდილობს, ზუსტად შეასრულოს ექიმის დარიგება, მაგრამ ამ მცდელობას უშედეგოს ხდის. მაგალითად, პაციენტს, რომელმაც მოკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანა, ექიმმა ურჩია ნაკლებად ემოძრავა. პაციენტი შეეცადა, ზუსტად შეესრულებინა ეს რჩევა, და რამდენიმე დღის განმავლობაში საერთოდ არ განძრეულა. მხოლოდ მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების შემდგომ მან ხელმეორედ მიმართა ექიმს, რომელმაც ვერ განსაზღვრა საკუთარი სიტყვის ზემოქმედების ძალა, არ გაითვალისწინა პაციენტის აღქმის დონე.

თანამშრომლობითი რეაქცია ყალიბდება იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტსა და ექიმს ერთნაირი წარმოდგენა აქვთ დაავადების მიმდინარეობის შესახებ, და ისინი თანამოაზრენი არიან სათანადო დანიშნულების შესრულების პროცესში. ეს რეაქცია ყალიბდება, თუ პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განათლებისა და საერთო კულტურის დონე მაღალია და ისინი ფლობენ საკმარისი მოცულობის სამედიცინო ინფორმაციას. ამ რეაქციის ჩამოყალიბების შემთხვევაში პაციენტი არამარტო ყურადღებით უსმენს ექიმის რჩევას, არამედ აზუსტებს გაურკვეველ საკითხებს, რაც, საბოლოო ჯამში, მკურნალობის ეფექტურობის საწინდარია.

საექიმო პრაქტიკაში გასათვალისწინებელია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთ-კავშირის თავისებურებებიც, რომელიც კარგად აღწერა ამერიკელმა მკვლევარმა **მ.პოლენდერმა**.

აქტიურობა-პასიურობის მოდელი უძველესი დროიდან მოსდევს ექიმ-პაციენტის დამოკიდებულებას. ძირითადად, იგი ითვალისწინებს ექიმის აქტიურ ზემოქმედებას (ფიზიკურს, ფსიქოლოგიურს და ა.შ.) პასიურ პაციენტზე. ეს მოდელი გამოიყენება ქირურგიაში, ანესთეზიოლოგიაში, პედიატრიაში და სხვა, განსაკუთრებით გადაუდებელი დახმარების გაწევის პროცესში. აშკარაა, რომ ჩვეულებრივ სიტუაციაში ექიმის ფსიქოლოგიური ზეწოლა, მბრძანებლური ტონი უკუერეაქციას იწვევს და ხშირად კონფლიქტის საფუძველი ხდება. თანამედროვე სამედიცინო ლიტერატურაში ამ მოდელს აგრეთვე **პატერნალური** (pater – ლათ. მამა) ეწოდება. ფროიდის აზრით, ეს დამოკიდებულება მშობლისა და ახალშობილის ურთიერთკავშირის პროტოტიპს წარმოადგენს.

ხელმძღვანელობა-თანამშრომლობის ანუ საინფორმაციო მოდელი ითვალისწინებს ქცევის ისეთ ხასიათს, როდესაც პაციენტი დარწმუნებულია, რომ საჭირო რჩევას მიიღებს და მის ზუსტ შესრულებას შეეცდება. ექიმი კი, თავის მხრივ, ცდილობს ავადმყოფს მაქსიმალურად სრული ინფორმაცია მიაწოდოს. ეს მოდელიც არათანასწორუფ-

ლებიანია, ვინაიდან ექიმი პაციენტს კარნახოს, თუ რა უნდა გააკეთოს მან, რის გამოც პაციენტის შინაგან პროტესტსა და უკმაყოფილებას იწვევს. ფროიდის წარმოდგენით, ამ მოდელის პროტოტიპია მშობლისა და მოზრდილი შვილის ურთიერთკავშირი.

ორმხრივი მონაწილეობის მოდელი ითვალისწინებს ისეთი ურთიერთობის დამყარებას, რომელიც ქმნის შთაბეჭდილებას, თითქოს სამკურნალო პროცესში ექიმი და პაციენტი თანასწორუფლებიანი არიან. იგი ხშირად გამოიყენება იმ დაავადებათა მკურნალობის პროცესშიც, როდესაც პაციენტის ქცევისა და აუცილებელი პროცედურების დამოუკიდებლად გატარებაზე (მაგალითად, ფსიქოტროპული ან ანტიდიპეტური პრეპარატების დროული მიღება) ბევრადაა დამოკიდებული დაავადების პროგნოზი. ეს მოდელი მოითხოვს ექიმის მიერ ფსიქოლოგიის კარგ დაუფლებას და პაციენტის საკმარისად მაღალ ინტელექტუალურ დონეს. ამ მოდელის ფსიქოლოგიური პროტოტიპია სრულწლოვანი ასაკის ადამიანთა ურთიერთკავშირი.

ინტერპრეტაციული მოდელი შემთხვევაში პაციენტს წინასწარ აქვს ჩამოუყალიბებული საკუთარი წარმოდგენა დაავადებასა და მის მკურნალობაზე. ამ შემთხვევაში ექიმის დარიგებას ის შეასრულებს მხოლოდ გარკვეული გადამოწმების შემდეგ, ზოგჯერ კი არასრულად. ურთიერთკავშირის ეს მოდელი განსაკუთრებით ხშირია ქრონიკულ დაავადებათა მკურნალობის პროცესში, როდესაც პაციენტი გარკვეულწილად კარგავს მკურნალობის ეფექტიანობის რწმენას.

სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებას მოჰყვა ექიმისაგან პაციენტის განცალკევება. პაციენტი ძველებურად ელის გაგებას, თანაგრძნობასა და მორალურ მხარდაჭერას, მაგრამ ხშირად მხოლოდ დანადგარს ამოფარებულ ექიმს ხედავს, თუმცა ცნობილია, რომ დაავადების შინაგანი სურათი მრავალრიცხოვანი გამოკვლევის შედეგებზე არანაკლებ ინფორმატიულია.

ექიმ-პაციენტის განცალკევება ზედმიწევნით რთულ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ პრობლემას წარმოადგენს, რომელიც სხვადასხვა მიზეზით შეიძლება იყოს განპირობებული. მათ შორის შეიძლება გამოვეყნოთ მკურნალობის პროგნოზზე ექიმისა და ავადმყოფის არაერთგვაროვანი შეხედულება, ექიმის ქცევის ავტორიტარული ხასიათი, ავადმყოფის მიერ სამედიცინო დახმარების სარგებლიანობაში რწმენის დაკარგვა, ექიმის რჩევის არასწორი ინტერპრეტაცია და სხვ.

ზოგჯერ ავადმყოფისათვის დიდი ზიანის მოტანა ექიმის სიტყვასაც შეუძლია. არსებობს ტერმინი **იატროგენური დაავადება** (iatros – ბერძ. ექიმი, genes – წარმოქმნა), რომელიც ექიმის ქცევით ან სიტყვით გამოწვეულ დაავადებას ნიშნავს. ექიმის სიტყვით განპირობებული დაავადების დამძიმება ან შეცდომით ჩატარებული მკურნალობის ფაქტის გამოაშკარავება საკმაოდ რთულია. სამაგიეროდ აღრიცხვიანობას კარგად ექვემდებარება სამკურნალო პრეპარატების ან ვაქცინების დამზადების ტექნოლოგიაში დაშვებული შეცდომები, რომელიც მრავალი ადამიანის დაავადების, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევაში სიკვდილის გამომწვევი მიზეზიც კი ხდება (ცხრილი 54).

ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის პატერნალური მოდელი, რომელიც XX საუკუნის 60-იან წლებამდე საყოველთაოდ იყო გამეფებული, არ ითვალისწინებდა ავადმყოფის მიერ თავისი მდგომარეობის სრულ გათვითცნობიერებას. გამოჩენილი რუსი თერაპევტი **ს.პოტკინი** ამის შესახებ წერდა: „დაუშვებლად მიმაჩნია, რომ ექიმმა ავადმყოფთან გამოთქვას თავისი აზრი დაავადების საბოლოო გამოსავლის შესახებ. იგი უნდა გაუფრთხილდეს ავადმყოფს და მის ირგვლივ მყოფ პირებს, რომელთაც ზოგჯერ შეიძლება დაუმალოს სიმართლე ისევ ავადმყოფის ინტერესებიდან გამომდინარე“.

იატროგენულ დაავადებათა მაგალითები

მიზეზი	იატროგენული დაავადება	შემთხვევათა რიცხვი
არასწორად დამზადებული BCG ვაქცინა (1930)	ტუბერკულოზი	ევროპის ქვეყნებში დაავადდა 251 ახალშობილი
დაბინძურებული ვაქცინა (1942)	პეპტიტი	დაავადდა 20 ათასი ადამიანი, 62 გარდაიცვალა
ლორის გრიპის ვირუსის შტამისაგან დამზადებული ვაქცინა (1976)	პიენ-ბარის სინდრომი	ვაქცინირებულ იქნა 40 მლნ ადამიანი, დაავადდა 160
ყვავილის საწინააღმდეგო აცრა (1981)	ვაქცინაციის შემდგომი ენცეფალიტი	ვაქცინირებული იყო 5 მლნ ადამიანი, დაავადდა 45, გარდაიცვალა 4
ქლორამფენიკოლი, ტალიდომიდი	სისხლის დისპლაზია, თანდაყოლილი სიმანჯრეები	1130 შემთხვევა მსოფლიოს მასშტაბით
ფეხბმძე ქალებისათვის დანიშნული ესტროგენები	ახალშობილთა სასქესო ორგანოების ანომალია, სასქესო ორგანოების სიმსივნური დაავადება ქალებში	ასეულობით შემთხვევა აშშ-ში
ასთმის მკურნალობისათვის გამოყენებული აზოპრენალინი	უეცარი ასთმა	ასობით შემთხვევა სხვადასხვა ქვეყანაში

სადღეისოდ პაციენტისა და ექიმის თანასწორუფლებიანობის პრინციპის გათვალისწინებით არსებული პოზიცია მკვეთრად შეიცვალა. დასავლეთ ევროპაში და, განსაკუთრებით, აშშ-ში, არსებული წესების მიხედვით ექიმი ვალდებულია პაციენტს არა მარტო აცნობოს მისი დიაგნოზი და დაავადების მოსალოდნელი პროგნოზი, არამედ მასთან ერთად გადაწყვიტოს მკურნალობის ტაქტიკა. უკუჩვენებელი სენით შეპყრობილ პაციენტთათვის სიმართლის გამჟღავნებას იმით ასაბუთებენ, რომ პაციენტმა დროულად უნდა გაამზადოს ანდერძი, მოაგვაროს თავისი ფინანსური საკითხები და სხვ. თუმცა სიმართლის თქმა არაიშვიათად უარყოფითად მოქმედებს ავადმყოფების ფსიქიკაზე, ისინი განიცდიან თავიანთ მდგომარეობას, აფასებენ მას როგორც ცხოვრების კრახს, ახასიათებთ დეპრესიული მდგომარეობა, მკურნალობაზე უარის თქმა, თვითმკვლელობის მცდელობა და ა.შ.

სამედიცინო ეთიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრინციპია საექიმო საიდუმლოების დაცვა. შემთხვევით არ არის, რომ მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ზემომოყვანილი ექიმის ფიცის ერთ-ერთ მუხლში წერია – „შევინახო ჩემთვის მონდობილი საიდუმლო, პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც კი“. ბევრ ქვეყანაში საექიმო საიდუმლოების გამჟღავნებისას, ექიმი დროებით ან ზოგჯერ სამუდამოდ კარგავს სამედიცინო პრაქტიკის უფლებას.

ბოლო ათწლეულების მანძილზე, მრავალ ქვეყანაში აღიარეს, რომ უიმედო ავადმყოფის სიცოცხლის დაჟინებული შენარჩუნება, მისი გახანგრძლივება მტანჯველ დასასრულამდე, ხშირად არ არის გამართლებული და გონივრული, ვინაიდან მომაკვდავ ადამიანს აქვს ღირსეული დასასრულის უფლება.

მრავალრიცხოვანი დებატების საგანია იმის გარკვევა, თუ რამდენად ეთიკურია ისეთი ღონისძიებების შეწყვეტა, როგორიცაა ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია, დამხმარე კვების ან რეჰიდრატაცია ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტისათვის. თუმცა არსებობს მოსაზრება პაციენტის თავისუფალი არჩევანის პატივისცემის შესახებ, რომლის მიხედვით მას აქვს უფლება დაავადდოს თავის რწმუნებულს (ამ შემთხვევაში ექიმს), შეუძისუბუქოს სიკვდილის პროცესი. ამ ორი თეზისის გათვალისწინებით ჩამოყალიბდა

ცნება ევთანაზიის (eu – ბერძ. კარგი, thanatos – სიკვდილი) შესახებ. სადღეისოდ, ევროპის ქვეყნებიდან ევთანაზია მხოლოდ ნიდერლანდებშია ნებადართული. სხვა ქვეყნებში ევთანაზია ითვლება სისხლის სამართლის დანაშაულად, რომელიც მკვლელობას უთანაბრდება.

აქტიური ევთანაზიის მომხრენი თვლიან, რომ სწრაფი, უმტკივნეულო სიკვდილი უფრო ჰუმანურია, ვიდრე ხანგრძლივი ტანჯვა, რომელსაც ხშირად განიცდის მომაკვდავი ადამიანი. მით უმეტეს, რომ თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით ავადმყოფის სიცოცხლე შესაძლოა მკვეთრად გახანგრძლივდეს. ამ აზრის საწინააღმდეგოდ არსებობს მრავალი არგუმენტი. კერძოდ, ევთანაზია ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის საფუძვლებს. ეს აქტი არ არის აუცილებელი, თუკი ექიმის განკარგულებაში პალიატიური დახმარების ადეკვატური საშუალებები იქნება. მსგავსმა პრაქტიკამ შესაძლოა მიგვიყვანოს არამართო პალიატიური დახმარების შესუსტებამდე, არამედ შექმნას მდგომარეობა, როდესაც პიროვნებაზე იწარმოებს ხელოვნური ზეწოლა ევთანაზიაზე დათანხმების მიზნით, მაშინაც კი, როდესაც მისი მდგომარეობა არც თუ ისე უიმედოა.

თავი 19. საკონფლიქტო სიტუაციების მენეჯმენტი

19.1. შესავალი

ნებისმიერი საქმიანობისას ადამიანთა ურთიერთობებში ყალიბდება განსაზღვრული დამოკიდებულებები, რომლებიც მოქმედებენ მათ განწყობაზე, შრომის ნაყოფიერებაზე ფიზიკურ და სოციალურ მდგომარეობაზე. არც თუ იშვიათია სიტუაციები, რომლებიც ადამიანებზე უარყოფითად მოქმედებენ და იწვევენ სტრესს. მენეჯერი თავის საქმიანობაში უნდა ითვალისწინებდეს ამ ფაქტორებს და ცდილობდეს მათ აღკვეთას.

სტრესი წარმოადგენს ორგანიზმის რეაქციას მისთვის უჩვეულო გარე გამღიზიანებელზე. სტრესი ვლინდება როგორც ყოველდღიურ ცხოვრებაში, ისე სპეციფიკურ სიტუაციებში. ის შეიძლება გამოიწვიოს როგორც სამწუხარო ამბის გაგება, ისე დიდმა სიხარულმა, ზედმეტმა სიცხემ ან სიცივემ, სამუშაოს მონოტონურმა ხასიათმა ან მისმა ხშირმა ცვლილებამ, ძნელი გამოცდის მოლოდინმა და სხვა.

თავისი ფუნქციების შესრულებისას ყველა ღონის ხელმძღვანელი აწყდება წინააღმდეგობებს, რომლებიც მენეჯმენტის თეორიაში ცნობილია საკონფლიქტო სიტუაციების სახელწოდებით.

კონფლიქტი ლათინური წარმოშობის ტერმინია და ნიშნავს მხარეთა ინტერესებისა და მოსაზრებების შეუსაბამობასა და დაპირისპირებას. არსებობს მოსაზრება, თითქოს კონფლიქტი მხარეთა შორის მწვავე, ზოგჯერ მტრული ურთიერთდაპირისპირებაა, მაგრამ კონფლიქტი ყოველთვის არ გულისხმობს უკომპრომისობასა და მკვეთრ კონფრონტაციას.

ამ მოვლენაში სიმძაფრის მიხედვით გამოიყოფა ორი ეტაპი – შეფერხება და უშუალო კონფლიქტი. თუ პირველი ხშირად დაკავშირებულია ხელმძღვანელის გამოუცდელობასთან, მეორე უფრო სერიოზული ფაქტორებითაა განპირობებული. ორივე შემთხვევაში წარმოქმნილ სირთულეებს ერთი საერთო მიზეზი აქვს: ორგანიზაციის მართვის სისტემის არაეფექტური ფუნქციონირება და მართვის კულტურის დაბალი დონე.

ხშირად კონფლიქტურ სიტუაციას ქმნის ადამიანთა მოტივაციათა განსხვავებულობა, სოციალური აკრძალვის ან ფიზიკური წინააღმდეგობის არსებობა, რომელიც ხელს უშლის მიზნის მიღწევას. ამ შემთხვევაში ადამიანს უძნელდება არჩევანის გაკეთება, მოტივაციათა წინააღმდეგობა კი შინაგან კონფლიქტსა და სტრესულ სიტუაციას ქმნის.

19.2. კონფლიქტის სახეები

ორგანიზაციაში კონფლიქტის ოთხი ძირითადი ტიპი შეიძლება იყოს:

- **შიდაპიროვნული კონფლიქტი** წარმოიქმნება, თუ მართვის პრინციპების უგულებელყოფის შედეგად შემსრულებელს ეძლევა ურთიერთსაწინააღმდეგო დავალებები, ან ორგანიზაციის ინტერესები არ ემთხვევა პიროვნების ინტერესებს;
- **პიროვნებათა შორის კონფლიქტი** ყველაზე უფრო გავრცელებული ტიპია, რომელიც ორგანიზაციაში სხვადასხვანაირად გამოვლინდება;
- **კონფლიქტი პიროვნებასა და ჯგუფებს შორის** შეიძლება წარმოიქმნას, თუ პიროვნება ჯგუფისაგან განსხვავებულ პოზიციას იკავებს ან პირიქით;
- **კონფლიქტი ჯგუფებს შორის** წარმოიქმნება ორგანიზაციაში არსებულ ფორმალურ ან არაფორმალურ ჯგუფებს შორის არსებულ ინტერესთა სხვაობის გამო. მაგალითად, თუ დაწესებულებაში ორი ცვლაა, მათ შორის თითქმის ყოველთვის იქმნება კონფლიქტი, თუნდაც, იმის გამო, რომ პირველმა ცვლამ მეორეს სამუშაო ადგილი ცუდ მდგომარეობაში დაახვედრა.

კონფლიქტების წარმოქმნის ძირითად მიზეზებს მიეკუთვნება:

- დასახული მიზნის განხორციელებისათვის გამოყოფილი რესურსების (შრომითი, მატერიალური და სხვ.) განაწილების საკითხები;
- დასახული ამოცანების გადაწყვეტის გზების მიმართ პერსონალის დამოკიდებულება;
- სხვადასხვა დონის მუშაკების განსხვავებული მიდგომა საკითხის გადაწყვეტისადმი ან განსხვავებული მიზნების არსებობა;
- სხვადასხვა წარმოდგენა ორგანიზაციაში არსებულ ფასეულობებზე;
- ქცევის განსხვავებული მანერა;
- კომუნიკაციის პროცესში წარმოქმნილი დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა.

კონფლიქტის განვითარებასა და შედეგებზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პერსონალის კულტურა, განათლება, კომუნიკაბელობა, აღქმის უნარი და ა.შ.

კონფლიქტი სხვადასხვა ფორმით გამოიხატება, დაწყებული მშვიდი განსჯიდან, დამთავრებული სიტყვიერი შეურაცხყოფებით თუ ფიზიკური ძალადობით. მისი წარმოქმნის გაღრმავების ან ესკალაციის მიზეზები შეიძლება იყოს:

- გადამეტებული კრიტიკა;
- უხეში შენიშვნები;
- მოქმედებები, რომლებიც ხშირად იწვევს „მეტოქის“ პროვოცირებას და მისი მხრიდან სათანადო უკუურეაქციას;
- ე.წ. მტრული აღიარების ფორმირება, როდესაც უშუალო მონაწილეთა გარდა, კონფლიქტში სხვა ადამიანებიც ჩაერთვებიან;
- კომუნიკაციის დამახინჯება (მაგალითად, ჭორები, მითქმა-მოთქმა);
- კონკურენცია და ა.შ.

კონფლიქტის ესკალაციაში ს.ლინმა გამოავლინა ხუთი დონე, რომლებიც წარმოდგენილია ცხრილი 55-ში.

ცხრილი 55

კონფლიქტის ესკალაციის დონეები

დონე	მთავარი მიზანი	მნიშვნელოვანი ვარაუდი	ემოციური კლიმატი	კომუნიკაციის სტილი
მწვავე დისკუსია	პრობლემის გადაწყვეტა	პრობლემის დაძლევის შესაძლებლობა	იმედი	ღია, პირდაპირი, მკაფიო, არამტრული, საერთო ინტერესთა აღიარება
შეთანხმება	თავდაცვა	საკამათო საკითხებთან დაკავშირებით კომპრომისის მიღწევის შესაძლებლობა	გაურკვეველი	აზრების გაზიარება, გაურკვეველი ურთიერთობა, შემდგომი მოქმედების რაციონალური გაანგარიშება
მეტოქეობა	გამარჯვება მეტოქესთან ბრძოლაში	პრობლემის გადაწყვეტა ვერ მოხერხდება დამატებითი ძალების და რესურსების მოზიდვის გარეშე	ფრუსტრაცია და გულისწყრომა (აღშფოთება)	მტრული დამოკიდებულება მოწინააღმდეგე მხარესთან, პირადი ურთიერთობების გაუარესება
ბრძოლა	მოწინააღმდეგე მხარის შეურაცხყოფა	მოწინააღმდეგე მხარეებს არ შეუძლიათ ან არ უნდათ არსებული მდგომარეობის შეცვლა	ანტაგონიზმი. მოკავშირეების მოზიდვა საკუთარი პოზიციის გასამაგრებლად	ვერბალური და არავერბალური შეურაცხყოფა. პასუხისმგებლობის თავიდან მოხსნა
ომი	მოწინააღმდეგის დამარცხება	კონფლიქტის დაძლევა უფრო ღირებულია, ვიდრე დასმული პრობლემის გადაწყვეტა	უიმედობა და შურისძიების წყურვილი	ემოციური ლაბილურობა

მიუხედავად იმისა, რომ კონფლიქტი უფრო ხშირად დესტრუქციული ფაქტორია, ზოგიერთ შემთხვევაში, მას შეიძლება დადებითი მხარეებიც ჰქონდეს:

- კონფლიქტი ავლენს იმ პრობლემებს, რომლებიც საჭიროებენ გადაჭრას;
- კონფლიქტი იძლევა ევოლუციური ცვლილების საშუალებას, რითაც ამცირებს ძალისმიერი გადაწყვეტის გარდაუვალობას. ცვლილებები ცხოვრების ნაწილია. იცვლებიან იდეები, სურვილები, ინტერესები, მოთხოვნები, მუშაობის პირობები, ოჯახის, მეუღლეებისა და მეგობრების პოზიციები და სხვა. ამიტომ, პიროვნება უნდა მოერგოს, შეეგუოს ამ ცვლილებებს. თუ გარდაუვალი ცვლილებები მცირე ნაბიჯებით ხორციელდება, მაშინ ურთიერთდამოკიდებულება სტატიკური რჩება. კონფლიქტის გამწვავების შემთხვევაში კი პირიქით, წარმოიქმნება ის ბაზისური ღირებულებები, რომელზედაც ახალი ურთიერთობები აიგება.
- ურთიერთშემზღუდველი ფაქტორების არსებობის გამო აღმოცენებული მტრობისა და წყენის პირობებში კონფლიქტს შეუძლია მდგომარეობის ერთგვარი განმუხტვა, ვინაიდან იძლევა შინაგანი დაძაბულობის გამოხატვის საშუალებას, რის შედეგადაც ჩნდება ურთიერთობების ახლებურად გაგრძელების სურვილი.
- კონფლიქტი შეიძლება გახდეს პრობლემის გადაწყვეტის სხვადასხვა გზის ძიების მასტიმულირებელი ფაქტორი.

19.3. კონფლიქტის გადაწყვეტის ძირითადი პრინციპები

საკონფლიქტო სიტუაციათა დაძლევის რამდენიმე საკმაოდ ეფექტური საშუალება არსებობს, მათ შორის: კონფლიქტისთვის თავის არიდება, კომპრომისი, ზეწოლა, პრობლემის გადაწყვეტა, მესამე მხარის მოწვევა, მოლაპარაკების ჩატარება და სხვ.

კონფლიქტის მოგვარების გზები შეიძლება სტრუქტურულ და პიროვნებათაშორისო ჯგუფებად დავყოთ. **სტრუქტურული** მეთოდები ოთხი სახის ზემოქმედებას მოიცავს:

- შესასრულებელი დავალების შესახებ განმარტების მიცემა კონფლიქტის მოგვარების ეფექტური საშუალებაა. ამ დროს ხელმძღვანელი შემსრულებელს განუმარტავს, რა პრეტენზიები გააჩნია მის მიმართ, როგორ შეიძლება ნაკლოვანებების აღმოფხვრა;
- საკოორდინაციო ფუნქციების ამოქმედება, რაც ნიშნავს უფლება-მოვალეობათა იერარქიის დადგენას, ორგანიზაციის შიგნით შემსრულებელთა ურთიერთკავშირების უზრუნველყოფას;
- კომპლექსური საორგანიზაციო მიზნების დადგენის მეშვეობით შესაძლებელია კონფლიქტის ყველა მონაწილის მობილიზება საერთო მიზნის მისაღწევად;
- ეკონომიკური და მორალური სტიმულირების გამოყენებას შეუძლია საკონფლიქტო სიტუაციების განმუხტვა.

პიროვნებათაშორისო კონფლიქტების გადაწყვეტის რამდენიმე გზა არსებობს:

- თავის არიდება. პიროვნება ცდილობს, არ მოხვდეს კონფლიქტურ სიტუაციაში და არ დაუპირისპირდეს სხვას;
- შერბილება. ამ მეთოდს ხშირად იყენებენ ადამიანები, რომელნიც ერიდებიან ერთმანეთის წყენას და კონფლიქტურ სიტუაციას არბილებენ;
- იძულება. მენეჯერი დაპირისპირებულ მხარეებს აიძულებს პრობლემაზე თავისი შეხედულების გაზიარებას. მას არ აინტერესებს ხელქვეითთა აზრი აღნიშნული საკითხის ირგვლივ. ამ მეთოდს შეუძლია სარგებლობის მოტანა, თუ ხელმძღვანელი სარგებლობს ფართო უფლებებით. თავის მხრივ, იგი ახშობს ხელქვეითთა ინიციატივას, რაც ამ უკანასკნელთა უკმაყოფილებას იწვევს;

- კომპრომისი ნიშნავს დაპირისპირებული მხარეებს შორის საერთო აზრის გამოძებნას. კომპრომისის უნარი ძალზე მნიშვნელოვანია მენეჯერის საქმიანობაში. მას შეუძლია წარმოქმნილი დაპირისპირება მინიმუმამდე შეამციროს. კომპრომისის შედეგად ხშირად ორივე მხარე რადიკალურად იცვლის პოზიციას და კონფლიქტიც მშვიდობიანად მთავრდება. იგი პოზიციათა ერთგვარ დათმობასა და ორივე მხარის დაკმაყოფილებას ნიშნავს. თუმცა ის ხელს უშლის უკეთესი ვარიანტების ძიებას;
- პრობლემის გადაჭრა ნიშნავს ისეთი გადაწყვეტილების მიღებას, რომელიც ემყარება კონფლიქტის მიზეზებისა და ორივე მხარისათვის ხელსაყრელი წინადადებების ღრმა ანალიზს.

ნებისმიერ კონფლიქტს გადაწყვეტის საკუთარი, სპეციფიკური გზა გააჩნია, რის გამოც ძნელია რომელიმე მათგანის უპირატესობის განსაზღვრა. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია კონფლიქტში ჩართული მხარეების ქცევის ბაზისური ფორმები, ინტერესები, განწყობა, ხასიათი, მოტივები და სხვა.

კონფლიქტში მონაწილე მხარეების შეთანხმების პროცესში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ე.წ. **ფასილიტატორს**, სპეციალისტს, რომელიც ხელს უწყობს ადამიანებს, ერთი შეხედვით დამოუკიდებლად გადაწყვიტონ ესა თუ ის პრობლემა (შეეხება ეს უკეთესი გამოსავლის ძიებას, კონფლიქტის მოგვარებას თუ სხვ.). ამასთან, ფასილიტატორი თვითონ გადაწყვეტილებას არ ღებულობს, თუმცა მას შეუძლია კონსულტაცია გაუწიოს მონაწილეებს სწორი გზის არჩევაში.

ფასილიტატორის მონაწილეობა განსაკუთრებით ეფექტურია:

- ღია შეკრებების, სემინარების ან ინფორმაციის გაცვლის დროს;
- პრობლემის ერთობლივი გადაწყვეტისას, როდესაც წარმოიქმნება სადავო საკითხები;
- შეხვედრების ჩატარებისას, რომლებიც მიმართულია გუნდის შესაქმნელად ანდა პარტნიორული ურთიერთობის დასამყარებლად;
- მრავალმხრივი შეხვედრების ჩატარებისას, როდესაც რომელიმე მონაწილის პრეტენზიებს – მეტი უფლებამოსილების მინიჭების შესახებ – მოპირისპირე მხარე მტკიცებულად აღიქვამს.

ფასილიტატორი ცდილობს დაეხმაროს მხარეებს კონსენსუსის მიღწევაში. მისი მიზანია, მოთათბირეთა ან მოკამათეთა შორის დაამყაროს ერთიანი სულისკვეთება საჭირო გადაწყვეტილების მისაღებად. იგი ცდილობს შექმნას ურთიერთპატივისცემისა და ფსიქოლოგიური უსაფრთხოების ატმოსფერო, რაც ხელს უწყობს ახალი, არასტანდარტული გადაწყვეტილებების მიღებას. ფასილიტატორმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს შეთანხმების მიღწევის ფორმულირებას და იმის შემოწმებას, თუ რამდენად აისახა მასში მხარეთა პოზიციები.

19.4. პრობლემის გადაწყვეტა

კონფლიქტურ სიტუაციათა უმრავლესობას საფუძვლად უდევს რაიმე პრობლემა, რომლის გადაწყვეტა უფრო ხშირად მხარეთა ერთობლივი ძალისხმევითაა შესაძლებელი. პრობლემის მოგვარების პროცესში გასახორციელებელი პროცედურებია:

- წინასწარი შეთანხმება, პრობლემის გადაჭრის აუცილებლობის შესახებ;
- პრობლემის გადაწყვეტის ალტერნატიული ვარიანტების შედგენა (ე.წ. **გონებრივი შტურმი**);

- იმის გარკვევა, თუ რომელი გადაწყვეტილება უფრო მეტად აკმაყოფილებს მხარეთა მოთხოვნებს;
- წინასწარი შეთანხმების მიღწევა გადაწყვეტილებათა რეალიზაციის შესახებ;
- მიღებული გადაწყვეტილების ეფექტურობის განსაზღვრა.
- დაწყებული მუშაობის ეფექტურობის შეფასება;
- გეგმაში სათანადო შესწორებების შეტანა.

პრობლემის ერთობლივი გადაწყვეტა საკმაოდ რთული და მრავალწახნაგოვანი პროცესია, რომელიც კონფლიქტური სიტუაციის წარმოქმნამდე შეიძლება მივიდეს. 1960 წელს **მ.გორდონმა** შეიმუშავა პრობლემის ერთობლივი გადაწყვეტის მრავალსაფეხურიანი სქემა, რომლის ძირითადი დებულებები შემდეგში მდგომარეობს:

I ნაბიჯი – პარტნიორებმა თავდაპირველად უნდა შეძლონ პრობლემის ფორმულირება, ერთობლივი მუშაობის პრინციპებისა და კრიტერიუმების დადგენა. მოთხოვნებისა და ინტერესების წინასწარი განხილვის საშუალებით უნდა გაირკვეს ის ძირითადი მომენტები, რომლებიც შემდგომში შესაძლოა კონფლიქტის საფუძველი გახდეს. პარტნიორთა ერთობლივი მუშაობა გადაწყვეტილების ისეთ ფორმულირებაზე, რომელიც აკმაყოფილებს საერთო ინტერესებს, ქმნის დადებით ემოციურ ფონს და ხელს უწყობს ურთიერთმისაღები გზების არჩევას.

II ნაბიჯი – გონებრივი შტურმის საშუალებით საჭიროა ალტერნატიული გადაწყვეტილებების ჩამონათვალის შედგენა. მართალია, გონებრივი შტურმი შემოქმედებითი აზროვნების გაღვიძებას გულისხმობს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს მხოლოდ რამოდენიმე იდეის შემოთავაზებას. ჯგუფის წევრებმა უნდა ჩამოაყალიბონ, რაც შეიძლება, მეტი ალტერნატიული წინადადება (ერთი შეხედვით, შესაძლოა, არარეალურიც). ამასთან, აუცილებელია, რომ ყველა იდეა ცალკე იყოს აღნუსხული. წინადადებათა აღნუსხვის პროცესი დამოუკიდებელია. არ დაიშვება მათი წინასწარი განხილვა, კრიტიკა, რედაქტირება და ა.შ., არ არის საჭირო იმის მითითებაც, თუ ვის ეკუთვნის ესა თუ ის იდეა. ასეთი მიდგომა საშუალებას იძლევა, რათა გუნდის ყოველმა წევრმა მეტი ყურადღება დაუთმოს პარტნიორის იდეას და არ დაფიქსირდეს მხოლოდ საკუთარი მოსაზრებების დაცვაზე. რაც უფრო მეტია შემოთავაზებული იდეა, მით უფრო მეტი სტიმული ეძლევა ყველა პარტნიორს – წამოაყენოს არა ერთი, არამედ რამდენიმე მოსაზრება. დასასვებია, რომ ერთმა პიროვნებამ წარმოადგინოს იდეების კომბინაცია, მათი ვარიაციები ან ერთი და იმავე იდეის ალტერნატიული ვარიანტები. როდესაც იდეების მიწოდება შეწყდება, ფასილიტატორმა უნდა შესთავაზოს ჯგუფის მონაწილეებს რამდენიმე ახალი მოსაზრება, რითაც მოხერხდება დამატებითი იდეების მიწოდების სტიმულირება. ზემოჩამოთვლილი პირობების შესრულების შემდეგ, შეიძლება ალტერნატიული გადაწყვეტილებების ვარიანტების განხილვის დაწყება. ერთობლივი განხილვა აწესრიგებს კონფლიქტს და აღრმავეს პარტნიორულ ურთიერთობებს ჯგუფის წევრთა შორის.

ჩამონათვალის შედგენის დროს არ დაიშვება არც ნეგატიური („რა სულელური იდეაა!“), არც პოზიტიური („შესანიშნავი აზრია“) გამოთქმები. იდეის კრიტიკის ან მის წინასწარ შეფასების აკრძალვა დაფუძნებულია იმ მოსაზრებაზე, რომ შემოქმედებითი საწყისი მჭიდროდაა დაკავშირებული ჯგუფის წევრებში არასტანდარტული მიდგომის ნიჭის განვითარებასთან. ევრეთწოდებული „ჭკვიანური“ იდეები უფრო ხშირად წარმოადგენენ პრობლემაზე ტრადიციულ შეხედულებას, მათ არსებული ცოდნის მხოლოდ გაღრმავება შეუძლიათ, მაშინ, როდესაც შემოქმედებითი არასტანდარტული იდეა ანგრევს ტრადიციულ შეხედულებებს პრობლემის შესახებ. თავდაპირველად თითქოსდა უცნაური, სასაცილო, არაპრაქტიკული იდეები შემოქმედებითი ნიჭით დაჯილდოებულ ადამიანებში ბადებს მათი გაანალიზების, გადმოწმების

სურვილს და პირიქით, კონსერვატიულ და ფსიქოლოგიურად შებოჭილ პირებს შინაგანი ცენზორი, უბიძგებს უცნაური იდეის უარყოფისაკენ.

III ნაბიჯი – იდეების განხილვის შემდეგ საჭიროა შეთანხმების მიღწევა იმის შესახებ, თუ როგორი გადაწყვეტილება (ან გადაწყვეტილებები) უფრო მეტად პასუხობს ორივე მხარის მოთხოვნილებებს. ამ ეტაპზე ხდება ალტერნატივების შეფასება და შეთანხმების მიღწევა ერთიანი გადაწყვეტილების მიღების შესახებ. ამასთან, საჭიროა ანგარიში გაეწიოს იმ მხარეს, რომელსაც გადაწყვეტილება ყველაზე მეტად შეეხება. სრულიად ბუნებრივია, რომ ადამიანი, რომელსაც პრობლემა უფრო მეტად აღელვებს, გაცილებით აქტიურად იმუშავებს მის განხორციელებაზე, მითუმეტეს, თუ ეს პარტნიორთა თანხმობით მოხდება. ბუნებრივია, ერთობლივი გადაწყვეტილებების მიღება პარტნიორებისაგან კომპრომისზე წასვლას მოითხოვს.

IV ნაბიჯი – პარტნიორების მოლაპარაკების შედეგად მიღწეული უნდა იქნეს შეთანხმება იდეის განხორციელების შესახებ. მიღწეულმა შეთანხმებამ შესაძლოა მარცხი განიცადოს უსაფუძვლო მოლოდინისა და მხარეებს შორის გაუგებრობის არსებობის შემთხვევაში. ამის თავიდან ასაცილებლად პარტნიორებმა, გადაწყვეტილების მიღებისთანავე უნდა მოილაპარაკონ, თუ ვინ, რას, სად და როდის შეასრულებს. იმ შემთხვევაში, თუ შეთანხმებული გადაწყვეტილების რეალიზაციას მხოლოდ ერთ-ერთი პარტნიორი ცდილობს, საჭიროა მიღებული გადაწყვეტილების გადახედვა. ზოგჯერ წამოჭრილი პრობლემა შედარებით იოლად წყდება. სხვა შემთხვევაში პარტნიორები იძულებული ხდებიან, ყველაფერი თავიდან დაიწყონ. დასაშვებია, რეალიზაციას მხოლოდ ერთი მხარე ახდენდეს ორივეს სახელით, მაშინ შემსრულებელს დაწვრილებით უნდა განემარტოს, თუ რას ელიან მისგან სხვა პარტნიორები.

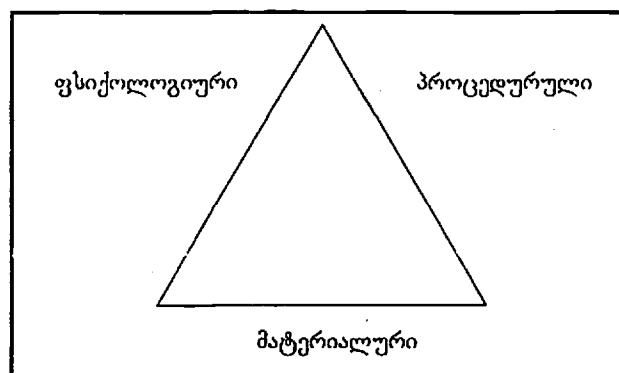
V ნაბიჯი – მოქმედების ეფექტურობის შეფასება. ამ ეტაპზე უნდა განხორციელდეს საკონტროლო ვადებისა და ნორმატივების დადგენა, რომლებიც ასევე საჭიროებენ ყველა მხარესთან წინასწარ შეთანხმებას.

კონფლიქტის ყველასათვის მისაღები გადაწყვეტა კომპრომისის პირობებში ხდება. საგულისხმოა, რომ კონფლიქტის მოგვარებაში მნიშვნელობა არა იმდენად კამათის შინაარსს აქვს, რამდენადაც მის წარმართვას. სწორედ ესაა კონფლიქტის ყველაზე მნიშვნელოვანი, კრიტიკული ფაქტორი.

გამოცდილება ცხადყოფს, რომ მოლაპარაკების შემდეგ დაკმაყოფილების გრძნობა ჩნდება იმ შემთხვევაში, თუ შედეგი შეესაბამება მონაწილეთა მატერიალურ, ფსიქოლოგიურ და პროცედურულ მოთხოვნებს, რასაც დაკმაყოფილების სამკუთხედს უწოდებენ (ნახატი 49).

ნახატი 49

დაკმაყოფილების სამკუთხედი



მატერიალური დაკმაყოფილება შეეხება კონფლიქტის დასრულების შედეგებს, მიიღეს თუ არა ადამიანებმა ის, რასაც ელოდნენ.

ფსიქოლოგიური დაკმაყოფილება განისაზღვრება იმით, თუ რამდენად აღიარა მოწინააღმდეგე მხარემ არსებული პრეტენზიები.

პროცედურული დაკმაყოფილება დამოკიდებულია იმაზე, იგრძნეს თუ არა ადამიანებმა, რომ შეთანხმების მიღწევის პროცესი იყო სამართლიანი, რაციონალური, ლოგიკური და ამომწურავი.

კონფლიქტური სიტუაციის გადაჭრის პროცესში შეთანხმება გულისხმობს ამ სამი კომპონენტის უზრუნველყოფის მცდელობას და არა მათ სრულ მიღწევას. სამივე კომპონენტის განუხორციელებლობის შემთხვევაში ადამიანები იმედგაცრუებულნი რჩებიან. ზოგჯერ, კონფლიქტის მოგვარების პროცესში ერთი ან ორი კომპონენტი განუხორციელებელი რჩება. ამ შემთხვევაში, კონფლიქტი შეიძლება ჩაქრეს, მაგრამ უფრო ხშირად მენეჯერი დაპირისპირებული მხარეების ხელახალი განხეთქილების მოწმე ხდება.

თავი 20. ხარისხის კონტროლი ჯანდაცვის მენეჯმენტში

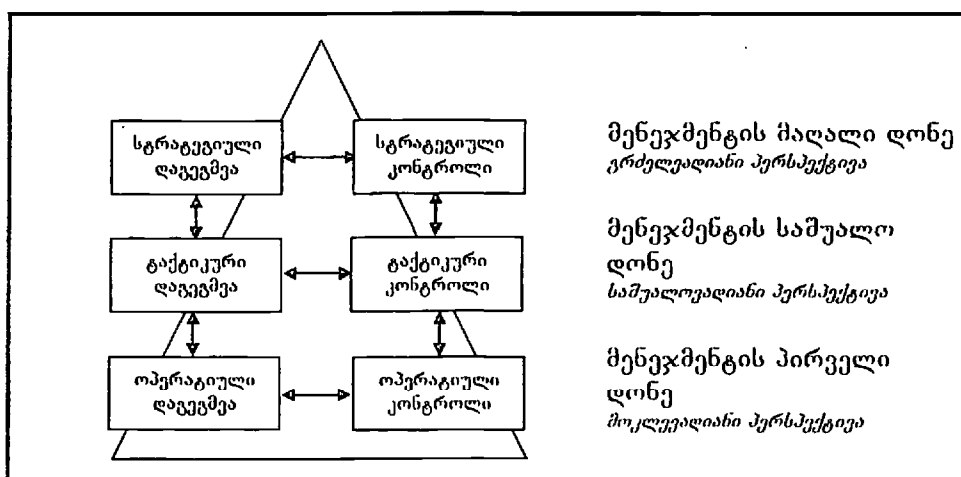
20.1. შესავალი

მართვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია ფუნქციაა კონტროლი, რომელიც საქმიანობის ფართო სპექტრს მოიცავს. თანამედროვე გაგებით კონტროლი წარმოადგენს საორგანიზაციო მოქმედების რეგულირების პროცესს, რომელსაც მიმდინარე საქმიანობა ორგანიზაციულ მიზნებთან და სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოჰყავს.

კონტროლი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მმართველობითი საქმიანობის განხორციელებაში, კერძოდ, მისი საშუალებით ხერხდება შეცდომების აღმოჩენა, შესაძლებლობების დადგენა, სიტუაციის კომპლექსური დაუფლება (კოორდინაციის მიღწევა), ძალაუფლების დეცენტრალიზაცია და სხვ. ისევე, როგორც დაგეგმვაზე, პასუხისმგებლობა კონტროლის გატარებაზე განსხვავებულია სხვადასხვა საორგანიზაციო დონეების მიხედვით ანუ კონტროლი ხორციელდება სტრატეგიულ, ტაქტიკურ და ოპერატიულ დონეებზე (ნახატი 50).

ნახატი 50

სტრატეგიული დაგეგმვისა და კონტროლის დონეები



თუ მართვის სხვა ფუნქციების (ორგანიზება, კადრების შერჩევა, კოორდინირება და სხვ.) არსი მდგომარეობს დაგეგმილი საშუალებების სასურველი სახით შესრულების უზრუნველყოფაში, კონტროლი გულისხმობს დასახულ მიზანთა მიღწევის შემოწმებას, ორგანიზაციული იერარქიის ნებისმიერ დონეზე.

ამგვარად, კონტროლი უზრუნველყოფს გარკვეული პრობლემის დროულ გამოვლენასა და გადაჭრას, რაც წარმატებული საქმიანობის სტიმულირების მიზნითაც შეიძლება იქნეს გამოყენებული.

მაგალითად, ქალაქის სისხლის გადასხმის სადგურის მოქმედების ძირითადი მიზანია სამედიცინო დაწესებულებების უზრუნველყოფა სისხლითა და მისი პრეპარატებით. აქედან გამომდინარე, მთავარი ექიმის მოვალეობაა გააკონტროლოს მარაგის შევსების, მისი შენახვის, გაცემის, ხარისხის კონტროლის საკითხები, რის შედეგად მიღებული ინფორმაცია ეხმარება მას საფინანსო, საკადრო (მაგალითად, საავადმყოფოების სისხლის გადასხმის კაბინეტებში მომუშავე პერსონალის გადამზადება), ტექნიკური და სხვა პრობლემების გადაწყვეტაში.

ძირითადად განიხილეთ კონტროლის სამი ტიპი – კონტროლი შესავალზე, პროცესსა და გამოსავალზე.

კონტროლი შესავალზე გულისხმობს სათანადო კორექტივების შეტანას სტანდარტიდან ან დასახული მიზნიდან გადახრის აღმოჩენის შემთხვევაში. ამ სახის კონტროლი გეგმის განხორციელებასთან დაკავშირებული ძირითადი საქმიანობის გაშლამდე უნდა ჩატარდეს. თუ დავუბრუნდებით ზემოთყვანილ მაგალითს, ის გულისხმობს ღონისძიების დადგენას, საჭირო სამედიცინო ინვენტარისა და კონსერვანტების საკმარისი რაოდენობით არსებობას, სისხლისა და მის პრეპარატებზე სამედიცინო დაწესებულებების მოთხოვნილების შეფასებას და სხვ.

კონტროლი პროცესზე ხორციელდება ორგანიზაციის ძირითადი საქმიანობის შესაბამისობის დასადგენად არსებულ სტანდარტთან. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, იგი განსაზღვრავს, თუ რამდენად მისაღებია პროცესის მიმდინარეობა, არის თუ არა გეგმაში დამატებითი კორექტივების შეტანის საჭიროება. კონტროლი პროცესზე ძირითადად დაკავშირებულია წარმოებისა და ხარისხის გაუმჯობესებასთან. ჩვენს მაგალითში ეს შესაძლოა იყოს სისხლის დამზადების ტექნოლოგიის შემოწმება.

კონტროლი გამოსავალზე დაკავშირებულია მიღებული საბოლოო პროდუქტის ანალიზთან ან მომსახურების მიღწეული ღონის შემოწმებასთან. სისხლისა და მისი პრეპარატების ხარისხის, მათი შენახვის, მომხმარებლისადმი დროული მიწოდების კონტროლი.

კონტროლის პროცესის კლასიფიკაცია შესაძლებელია შემდეგნაირადაც:

- **წინასწარი კონტროლი** ტარდება ორგანიზაციის მიერ განხორციელებული პოლიტიკის, პროცედურებისა და წესების განსაზღვრის მიზნით. იგი, პირველ რიგში, გამოიყენება შრომითი, მატერიალური ან ფინანსური რესურსების შესამოწმებლად.
- **მიმდინარე კონტროლი** ხორციელდება სამუშაოების მიმდინარეობის დროს. როგორც წესი, ხელმძღვანელი აკონტროლებს ხელქვეითს.
- **დასკვნითი კონტროლი** ტარდება სამუშაოს დამთავრების ან მისი შესრულებისათვის დადგენილი ვადების ამოწურვის შემდეგ.

მიმდინარე და დასკვნითი კონტროლი ეფუძნება მართვის პროცესის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციის შესრულების – უკუკავშირის დამყარების – აუცილებლობას.

კონტროლის ყოველ ტიპს გააჩნია თავისი საკუთარი სტანდარტები, პარამეტრების გაზომვის მეთოდები და შესაძლო მაკორექტირებელი მოქმედებები. ამ მიმართულებით გატარებული მოქმედებები, ძირითადად, დამახასიათებელია კონტროლის სამივე ტიპისათვის. მაგალითად, სისხლის გადასხმის სადგურში ხარისხის კონტროლი აუცილებელია ნედლეულის ინსპექციის გატარებისას (შესავალი), შესასრულებელი ოპერაციების შემოწმებისა (პროცესი) და საბოლოო პროდუქტის ანალიზის დროს (გამოსავალი).

20.2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მახასიათებლები

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი წარმოადგენს ჯანდაცვის გენეჯმენტის ერთ-ერთ ძირითად მიზანს, რომლის განხორციელება მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. ტერმინი **სამედიცინო მომსახურების ხარისხი** განისაზღვრება არამართო როგორც პროფესიული სამედიცინო სტანდარტების სათანადო დაცვის პროცესი, არამედ, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, გაწეული სამედიცინო მომსახურების პაციენტის მოლოდინთან შესაბამისობაში მოყვანა. ის გულისხმობს ისეთი პირობების დაცვას, როგორიცაა უსაფრთხოება, მისაღები დანახარჯები, პაციენტთა სიკვდილიანობის, ავადობისა და დაინვალიდების შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებები და სხვ.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი შესაძლოა აგრეთვე განისაზღვროს, როგორც სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების მაქსიმალურად სარგებლიანი გამოყენება რისკის მატების გარეშე. ან, სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ხარისხის ღონე წარმოადგენს,

როგორც სათანადო ბალანსს სამედიცინო მომსახურების პროცესში გაწეულ რისკსა და მის სარგებლიანობას შორის. არსებობს ხარისხის სხვა განმარტებებიც, რომელთა შორის ყველაზე მოკლე შემდეგია: „იმის სწორი გზით გაკეთება, რაც სწორია“.

ხარისხის კონცეფცია წარმოადგენს გლობალურ, კომპლექსურ პრობლემას, რომელიც მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. ხარისხის ძირითად მახასიათებლებს მიეკუთვნება: პროფესიული კომპეტენცია, სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა, შედეგიანობა, პიროვნებათშორისო დამოკიდებულებები, ეფექტურობა, უწყვეტობა, უსაფრთხოება, პაციენტისა და პერსონალისათვის კომფორტული პირობების უზრუნველყოფა და სხვ. ხარისხის უზრუნველყოფაზე მიმართული საქმიანობა, თავისი მრავალფეროვნების გამო, შესაძლოა მიმართული იყოს, როგორც ცალკეული ფაქტორის, ისე ფაქტორთა კომპლექსის იდენტიფიცირებაზე.

პროფესიული კომპეტენცია გულისხმობს სამედიცინო და დამხმარე პერსონალის სათანადო ცოდნასა და უნარ-ჩვევების არსებობას, რაც აუცილებელია განსაზღვრული ამოცანების თანმიმდევრული და განუხრელი შესრულებისათვის.

ხელმისაწვდომობა ნიშნავს, რომ პაციენტის მიერ სათანადო სამედიცინო მომსახურების მიღება არ უნდა იყოს შეზღუდული გეოგრაფიული, ეკონომიკური, სოციალური, კულტურული, ორგანიზაციული, ენობრივი ან სხვა სახის ბარიერებით. მაგალითად, გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას განსაზღვრავს მანძილი საცხოვრებელსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის, ტრანსპორტის არსებობა, გზაზე დახარჯული დრო, რამაც შეიძლება ხელი შეუშალოს პაციენტს სამედიცინო მომსახურების მიღებაში.

შედეგიანობა დამოკიდებულია სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების მოქმედ ნორმებთან შესატყვისობაზე. შედეგიანობის შეფასებისათვის საჭიროა პასუხი გაეცეს შემდეგ კითხვებს: მოიტანა თუ არა მკურნალობამ საჭირო შედეგი, ექიმმა რამდენად სწორად შეარჩია დანიშნულება და ა.შ. შედეგიანობა ხარისხის მეტად მნიშვნელოვანი მახასიათებელია, განსაკუთრებით მმართველობითი იერარქიის ცენტრალური ღონისათვის, სადაც ხარისხის შეფასების ნორმები და სტანდარტები მუშავდება. სტანდარტების შემუშავებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს რისკის ფაქტორებიც. მაგალითად, გადაწყვეტილების მიღება საკეისრო კვეთის შესახებ მოითხოვს ექიმისაგან ოპერაციის ჩატარებასთან დაკავშირებული შესაძლებელი რისკის განსაზღვრას, დროული გადაწყვეტილების მიღებას და არაიმპიათად ბოლო მომენტში ტაქტიკის მთლიანად შეცვლას (მაგალითად, ნაყოფის დაღუპვის შემთხვევაში).

პიროვნებათშორისო დამოკიდებულებები გულისხმობს ურთიერთდამოკიდებულებებს სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტებს შორის, მედმუშაკებსა და მათ ხელმძღვანელობას შორის, ჯანდაცვის სამსახურსა და მთლიანად მოსახლეობას შორის.

ეფექტურობა გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების შედეგების შეფარდებას დახარჯულ რესურსებთან. არჩევენ სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის სამ სახეს: **სამკურნალო, სოციალური და ეკონომიკური**, რომელთა შეფასება ხორციელდება ალტერნატიული გადაწყვეტილებების შედარების საფუძველზე. ამ მახასიათებლის მნიშვნელობას, პირველ რიგში, განაპირობებს ჯანდაცვის სისტემაში პერმანენტულად არსებული რესურსების შეზღუდვის ფაქტორი. თავის მხრივ, ეფექტურად მოქმედი ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს ოპტიმალურ (არსებული რესურსების პირობებში) და არა მაქსიმალურად ფართომასშტაბიან სამედიცინო ჩარევას.

უწყვეტობა გულისხმობს, რომ პაციენტმა უნდა მიიღოს სათანადო, აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება ყოველგვარი დაყოვნების, დიაგნოსტიკური და სამკურნალო

ლონისძიებების დაუსაბუთებელი გამეორებების გარეშე. გაწეული მომსახურება პაციენტისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნებისმიერ დროს.

უსაფრთხოება წარმოადგენს სამკურნალო პროცესის დროს შესაძლებელი ტრავმების, ინფექციების, გართულებების, გვერდითი მოვლენების რისკის მინიმუმამდე დაყვანას.

კომფორტი გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის სათანადო სტანდარტებთან შესატყვისობას (სისუფთავე, კონფიდენციალობის პრინციპის დაცვა).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განსაზღვრისას, ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია გაირკვეს, თუ რას გულისხმობს ამ კუთხით სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი და მომხმარებელი. პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების ხარისხი განისაზღვრება იმით, თუ რამდენად პასუხობს იგი მის მოთხოვნებს, რამდენად ყურადღებიანი და თავაზიანია მდპერსონალი. მაგალითად, თუ პაციენტს აკმაყოფილებს პერსონალის მოპყრობა, იგი უკეთ ასრულებს ექიმის დანიშნულებას. ამგვარად, დაკმაყოფილების დონე უშუალოდ მოქმედებს გაწეული მომსახურების ეფექტურობაზე. ამასთან, საზგასასმელია, რომ პაციენტები ვერ გამოდგებიან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ობიექტურ შემფასებლებად, ვინაიდან მათ ბოლომდე არა აქვთ გააზრებული, თუ რა ესაჭიროებათ და, მით უმეტეს, არ შეუძლიათ პერსონალის პროფესიული კომპეტენციის ადეკვატურად შეფასება.

სამედიცინო პერსონალი, როგორც წესი, მეტ ყურადღებას აქცევს პროფესიულ კომპეტენციას, ეფექტურობასა და უსაფრთხოებას. მათი თვალსაზრისით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გულისხმობს საქმისადმი აუცილებელი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების არსებობას, სათანადო რესურსებისა და პირობების შექმნას, რომლებიც ხელს შეუწყობენ პროფესიული მოვალობების უკეთესად შესრულებას.

20.3. ხარისხის კონტროლის ტიპები და განხორციელების ძირითადი ეტაპები

არსებობს კონტროლის რამდენიმე განსხვავებული ტიპი: **პროგნოზული კონტროლი** (აწესრიგებს საწყის შესაძლებლობებს, რათა ისინი შეესაბამებოდეს ტრანსფორმაციის პროცესით გათვალისწინებულ აუცილებელ სტანდარტებს), **მიმდინარე კონტროლი** (არეგულირებს მიმდინარე საქმიანობის ანუ ტრანსფორმაციის პროცესის შესაბამისობას ორგანიზაციულ სტანდარტებთან), **კონტროლი უკუკავშირით** (აწესრიგებს შექმნილი პროდუქციის ან სერვისის ხარისხის შესაბამისობას ორგანიზაციულ სტანდარტებთან და მიზნებთან) და **მრავალმხრივი კონტროლი**, რომელიც გულისხმობს სამივე ტიპის კონტროლის ერთდროულად განხორციელებას.

კონტროლის სისტემები შეიძლება იყოს ე.წ. კიბერნეტიკული და არაკიბერნეტიკული, იმისდა მიხედვით, თუ ხარისხობრივად სისტემის რა ნაწილს შეადგენს ადამიანური და მანქანური ფაქტორები.

კონტროლი ძვირადღირებული ფუნქციაა. ერთი შეხედვით, მას პირდაპირი წვლილი საბოლოო შედეგის მიღებაში არ შეაქვს, რის გამოც ზოგიერთი ავტორი არამწარმოებლურ ფუნქციადაც მიიჩნევს, მაგრამ მენეჯერს კარგად უნდა ესმოდეს, რომ ეფექტური კონტროლი უზრუნველყოფს პერსპექტივების შეფასებას, მატერიალური და ფინანსური სახსრების სწორ და ყაირათიან გამოყენებას.

რადგანაც კონტროლი დაკავშირებულია დანახარჯების არამწარმოებლური ნაწილის წარმოქმნასთან, მენეჯერმა თავად უნდა გადაწყვიტოს, თუ კონტროლის რა მეთოდები და საშუალებები გამოიყენოს კონკრეტულ სიტუაციაში. სხვანაირად რომ ვთქვათ, პროცესის

„ღირებულება – ეფექტიანობა“ შედარების ანალიზი კონტროლის სფეროშიც აუცილებელია. რიგი მიზეზების გამო, ასეთი მიდგომა გარკვეულ რისკთანაა დაკავშირებული.

კონტროლის სისტემის გათვალისწინება შესაძლებელია, თუ ვისარგებლებთ რაღაცის მოსაზრებებით იმის შესახებ, რომ საორგანიზაციო პროცესის განხორციელებისას მასზე მოქმედი ფაქტორების მხოლოდ მცირე ნაწილი ახდენს გადამწყვეტ გავლენას საბოლოო შედეგზე („მიზეზთა მინიმუმის პრინციპი“).

მოვიყვანოთ რამდენიმე მაგალითი: სტაციონარში ქირურგთა მხოლოდ მცირე ნაწილი ახორციელებს რთულ ოპერაციებს და პასუხისმგებელია დაშვებული შეცდომების მაღალ პროცენტზე, რაც სერიოზულ სიძნელეებს უქმნის განყოფილებას იმ თვალსაზრისით, რომ მობილიზებული უნდა იყოს ყველა სახის რესურსი, პერსონალის უმეტესობა და ა.შ., რაც არაიშვიათად განყოფილების მუშაობის დეზორგანიზაციას იწვევს. გინეკოლოგიურ განყოფილებაში აბორტები და არართული ოპერაციები, რომელსაც ახორციელებს პერსონალის მცირე ნაწილი, განყოფილების ძირითად შემოსავალს წარმოადგენს ანუ მომსახურების სახეობების მხოლოდ ნაწილი განსაზღვრავს თანამშრომელთა კეთილდღეობას.

აქედან გამომდინარე, აუცილებლად გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ეფექტურია ისეთი კონტროლი, რომელიც ხორციელდება უშუალოდ პერსონალის ძალისხმევით, ე.წ. სუსტი წერტილების ადგილებზე გამოვლენის გზით (კონტროლის წერტილის პრინციპი).

ამ პრინციპის თანახმად, საკონტროლო მონაცემები ერთდროულად უნდა აღწევდეს მართვის ზედა დონესა და ცალკეული უბნის მოქმედებაზე პასუხისმგებელ მენეჯერამდე. ეს წესი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს იმის გათვალისწინებით, რომ მენეჯერის საქმიანობაში ერთ-ერთი ყველაზე არასასიამოვნო სიტუაცია იქმნება მაშინ, როდესაც იგი თავის უბანზე არსებული სიძნელეების შესახებ იგებს უფროსისაგან. მაგალითად, ქირურგიული განყოფილების უფროსი ექთნისათვის მძიმე ფსიქოლოგიური ტრავმა იქნება, თუ დილის კონფერენციაზე იმსჯელებენ საოპერაციო დის დაუდევრობაზე ან შეცდომაზე, რომელიც მან წინა ღამის მორიგეობაზე დაუშვა.

გასაგებია, რომ საბოლოო შედეგების დადგენამდე გატარებული საკონტროლო ღონისძიებები მოითხოვს დამატებით დაფინანსებას, ზოგჯერ მუშაობის ტემპის შენელებას ან სრულ შეჩერებას, რაც ფინანსურ ზიანს აყენებს სამედიცინო დაწესებულებას, და პირიქით, კონტროლის შესუსტებამ, შესაძლოა, მკვეთრად გაზარდოს წუნი და სათანადო ფინანსური დანაკარგები.

კონტროლის პროცესი შედგება რამდენიმე ეტაპისაგან:

I ეტაპი – სათანადო სტანდარტების დაწესება;

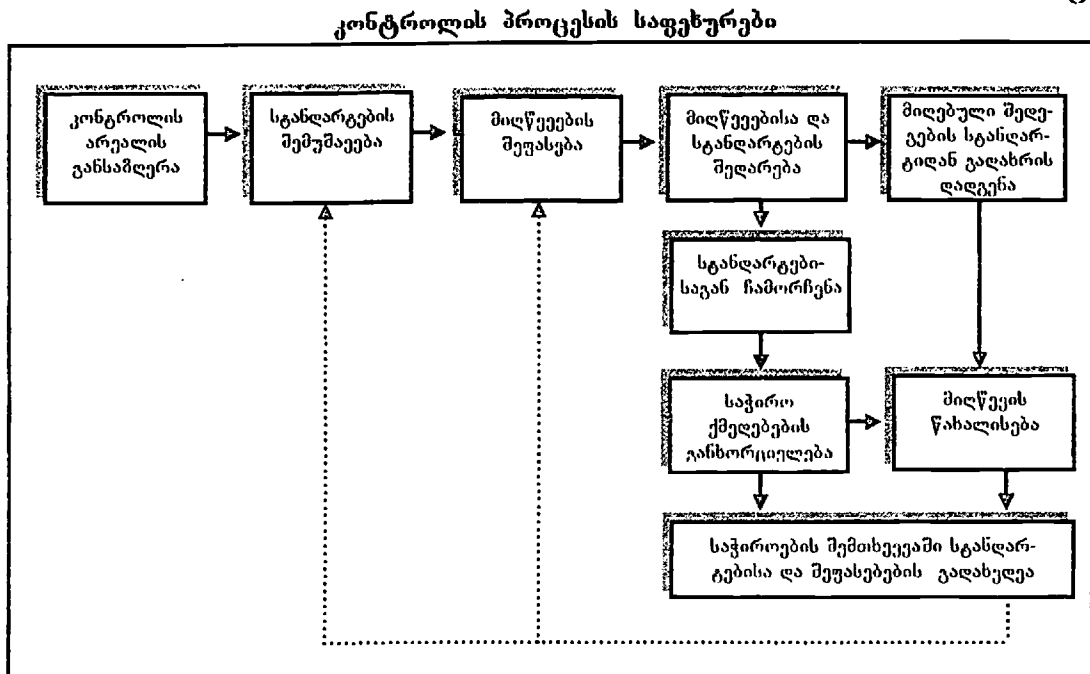
II ეტაპი – შემოწმების შედეგების დადგენილ სტანდარტებთან შედარება, დასაშვები გადახრების მასშტაბების განსაზღვრა;

III ეტაპი – შედეგების გაზომვა, რაც, ჩვეულებრივ, საკმაოდ ძვირადღირებულ პროცედურას წარმოადგენს.

შედეგების სტანდარტებთან შედარების შემდეგ მენეჯერი იღებს სათანადო გადაწყვეტილებებს.

უშუალოდ კონტროლის პროცესი ხორციელდება შემდეგი საფეხურების მიხედვით:

- საკონტროლო არეალის განსაზღვრა;
- სტანდარტების დადგენა;
- მიღწევების შეფასება;
- მიღწევებისა და სტანდარტების შედარება;
- მიღებული შედეგების სტანდარტიდან გადახრის დადგენა.



თუ მიღწეული შედეგები ემთხვევა სტანდარტებს ან აჭარბებს საკონტროლო მაჩვენებლებს, გაწეული მუშაობის შედეგები შეფასდება დადებითად, მიზანი კი – შესრულებულად, წინააღმდეგ შემთხვევაში, საქმის გამოსწორების მიზნით, საჭიროა განხორციელდეს სპეციალური ღონისძიებები. საბოლოოდ, ორივე შემთხვევაში აუცილებელია სტანდარტებისა და შეფასებების გადახედვა.

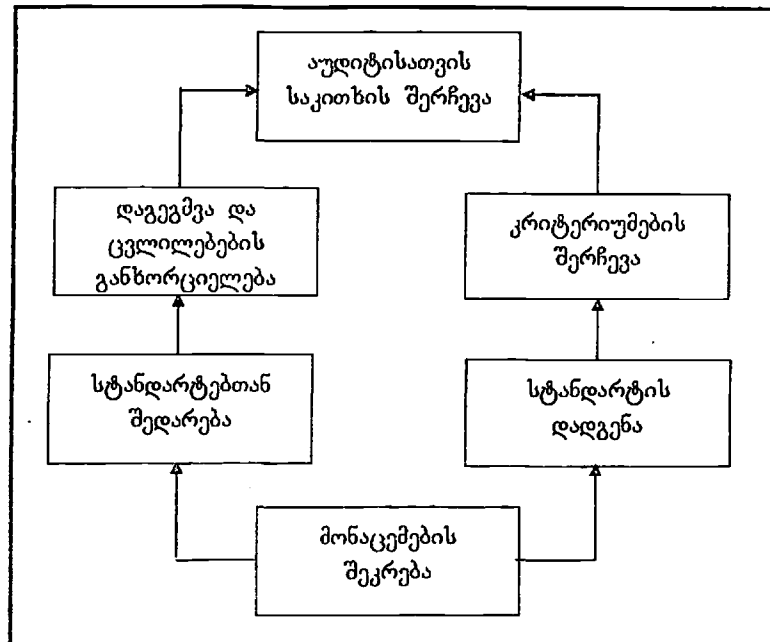
20.4. აუდიტი

აუდიტი წარმოადგენს კვალიფიციური სპეციალისტების (**აუდიტორების**) მიერ ორგანიზაციის ფინანსური მდგომარეობის დადგენას, საბუღალტრო ანგარიშის რევიზიას და დადგენილი სტანდარტებით სარგებლობის შემოწმებას. **სამედიცინო აუდიტი** არის ხარისხის კონტროლის ერთ-ერთ თანამედროვე მეთოდი, რომელმაც უნდა ასახოს სამედიცინო დაწესებულების როგორც სტრუქტურის, ისე მასში მიმდინარე პროცესისა და გამოსავლის შემოწმება. ეს უკანასკნელი ყველაზე რთული განსახორციელებელია, ვინაიდან ძნელია მოკლე ვადაში რაიმე კონკრეტული გამოსავლის ობიექტურად შეფასება. ამიტომ, აუდიტის ჩატარებისას ზოგჯერ უფრო მოსახერხებელია გამოსავალთან დაკავშირებული პროცესის შეფასება.

არსებობს აუდიტის ჩატარების მრავალი მეთოდი, რომელთაგან პრაქტიკაში, ძირითადად, გამოიყენება:

- **კრიტერიუმებზე დამყარებული** აუდიტი ადგენს არსებული მდგომარეობების შესაბამისობას დადგენილ სტანდარტებთან;
- **წყვილში მიმოხილვა** გულისხმობს პრაქტიკული მუშაობის მიმოხილვას წყვილებში;
- თანამშრომლებში **დისკუსიის** სახით გამართული აუდიტი;
- **კრიტიკული შემთხვევების** აუდიტი (მაგალითად, პაციენტის ჩივილი, გარდაცვალების, გამოძალის ფაქტი და სხვ.), რომელიც მოითხოვს უფრო ღრმა აუდიტის ჩატარებას.

აუდიტის ციკლი



აუდიტის ჩატარება უწყვეტი პროცესია, აუდიტორი კი მუდმივად უნდა უბრუნდებოდეს აუდიტის სფეროს. თითოეული აუდიტის ფონზე გამოვლენილი ნაკლოვანებების აღმოსაფხვრელად უნდა დაისახოს კონკრეტული ზომები, რომელთა შესრულების ხარისხსა და ეფექტურობას მომდევნო აუდიტი გამოავლენს.

20.5. ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები

ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესი გულისხმობს აღმოჩენილი ნაკლოვანებების ანალიზისა და მუშაობის შემდგომი გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ ღონისძიებებს, რომელთა დახმარებით შესაძლებელია ხარისხის ამსახველი ინდიკატორების განმეორებითი გაზომვა მოსალოდნელი გაუმჯობესების ფაქტის დასადასტურებლად.

რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფას, ის წარმოადგენს ორგანიზაციის საქმიანობის მთელ სპექტრს, რომელიც მიმართულია ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე, პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვასა და გაუმჯობესებაზე.

ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული საქმიანობა, თავის მხრივ, მოიცავს ხარისხის დიზაინს, ხარისხის გაუმჯობესებას და ხარისხის კონტროლს.

ხარისხის დიზაინი არის საქმიანობა, მიმართული ისეთი სისტემის შესაქმნელად, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების უკეთეს ხარისხს.

ხარისხის გაუმჯობესება წარმოადგენს საქმიანობას, მიმართულს არსებული სისტემის გაუმჯობესებისაკენ.

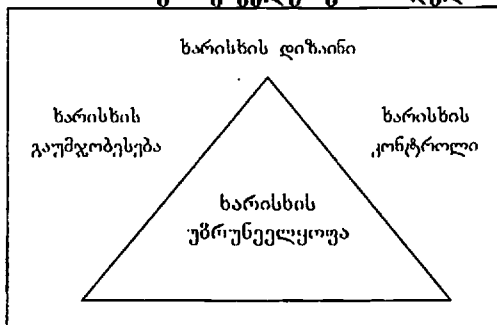
ხარისხის კონტროლი ამ შემთხვევაში ითვალისწინებს სამედიცინო პერსონალის მუშაობის შედეგების შედარებას არსებულ სტანდარტებთან.

მიუხედავად იმისა, რომ ხარისხის გაუმჯობესება ხორციელდება სხვადასხვა გზით. არსებობს ძირითადი პრინციპები, რომლებიც მნიშვნელოვანწილად განაპირობებენ სასურველი შედეგის მიღწევას, ესენია.

- საკითხისადმი სისტემური მიდგომა;
- გუნდური მუშაობა;
- მომხმარებლის მოთხოვნილებებზე ყურადღების კონცენტრირება;
- მეცნიერულად დასაბუთებული მეთოდების გამოყენება;
- ვარიანტურობის კონცეფციის გათვალისწინება;
- ფსიქოლოგიური ფაქტორების გათვალისწინება;
- ხელმძღვანელობის როლის განსაზღვრა ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელების პროცესში.

ტერმინი „პროცესი“, თანამედროვე გაგებით, გულისხმობს სხვადასხვა სახის მოქმედებების რთულ, ხშირად მრავალწახნაგოვან კომპლექსს (ნახატი 53). გასაგებია,

ნახატი 53
ხარისხის უზრუნველყოფის მოდელი



რომ მომხმარებლისათვის საჭირო მომსახურების გაწევა განსაზღვრული პროცესების ერთობლიობას წარმოადგენს. აქედან გამომდინარე, თვით მომხმარებელი ის პირია, რომელიც პროცესის შუალედური ან საბოლოო შედეგებით სარგებლობს.

ხარისხის გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი წინაპირობაა სამედიცინო პროცესის **ვარიანტურობის** გათვალისწინება, რომელიც გავლენას ახდენს ნებისმიერი სტანდარტულად მიმდინარე პროცესის განვითარებაზე. ის შეიძლება განპი-

რობებული იყოს ფაქტორთა კომპლექსით, რომელიც მოქმედებს ყოველ მოცემულ მომენტში და რომელიც მუდმივად იცვლება (მაგალითად, ისეთი სტანდარტული პროცედურების შესრულებისას, როგორიცაა ანამნეზის შეკრება). ვარიანტურობის ფაქტორის გაუთვალისწინებლობის შემთხვევაში მართვის ტრადიციული მეთოდების გამოყენება ნაკლებეფექტურია.

არსებობს ვარიანტურობის ორი ტიპი:

თავისუფალი ვარიანტურობა, რომელიც წარმოიქმნება სისტემის შიგნით არსებული რთული ურთიერთქმედებების შედეგად და პროცესის დაწყებისას ხშირად ამოუცნობია. როგორც წესი, ის არ განიცდის პროცესში მონაწილეთა ზეგავლენას და ვლინდება ვარიანტურობის მხოლოდ შინაგანი მიზეზის სახით. ასეთ შემთხვევაში ითვლება, რომ პროცესი სტაბილურია და „სტატისტიკურად კონტროლირებადი“, ვინაიდან შინაგანი მიზეზის დროულად დადგენა და აღმოფხვრა შედარებით ადვილია.

სპეციფიკური მიზეზით გამოწვეული ვარიანტურობა წარმოიქმნება სისტემაზე გარედან მოქმედი სპეციფიკური ფაქტორების არსებობისას. თვით პროცესი, რომელსაც გააჩნია ვარიანტურობის სპეციფიკური მიზეზები, არასტაბილურად და „სტატისტიკურად არაკონტროლირებადად“ ითვლება, რადგან საჭიროებს იმის განსაზღვრას, თუ რამდენად დამაკმაყოფილებლად მიმდინარეობს პროცესი. თუ იგი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება დაგეგმილისაგან, სათანადო ცვლილებების გატარება ნაკლებად მიზანშეწონილია, ხოლო თუ პროცესის მიმდინარეობა სერიოზულად აცდა სასურველ დონეს,

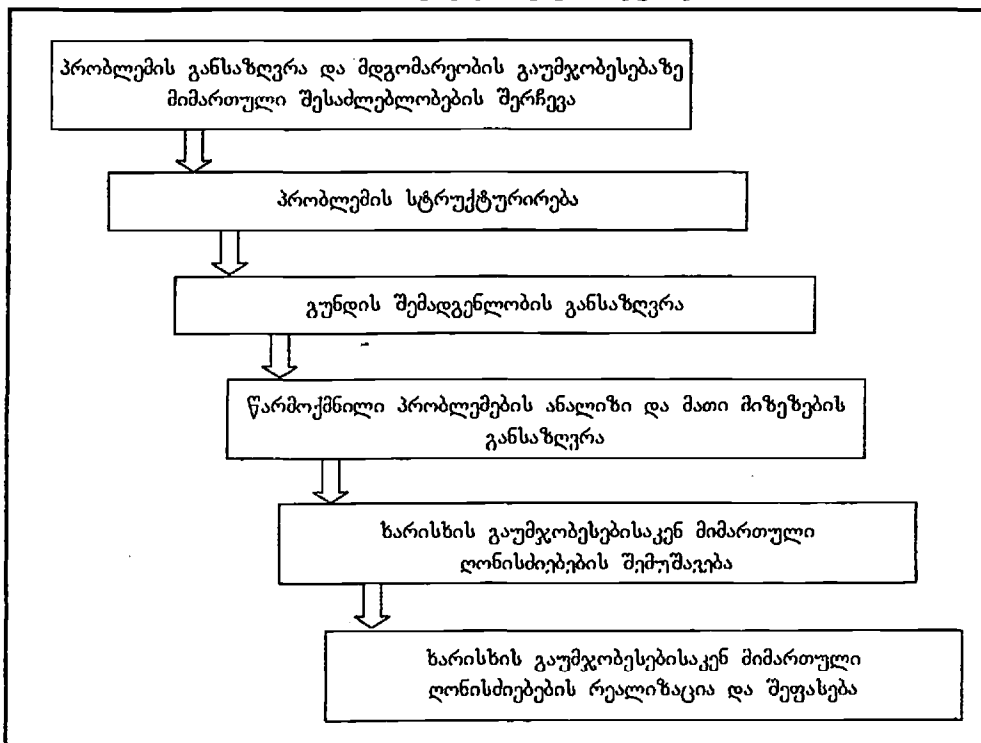
საჭიროა მასში გარკვეული ცვლილებების შეტანა. ამასთან, უნდა გვახსოვდეს, რომ ცვლილებების გატარებას, შესაძლოა, მოსალოდნელი გაუმჯობესება არ მოჰყვეს.

ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი მოითხოვს არამარტო სისტემის ცალკეული ელემენტის შეცვლას, არამედ ელემენტების ურთიერთქმედების პროცესში ცვლილების შეტანას. ცვლილებები უნდა გატარდეს სათანადო კოორპერაციისა და კოორდინაციის საფუძველზე, ურთიერთქმედებისა და ურთიერთდამოკიდებულების გათვალისწინებით.

ხარისხის გაუმჯობესების ეტაპები მოცემულია ნახატ 54-ზე.

ნახატი 54

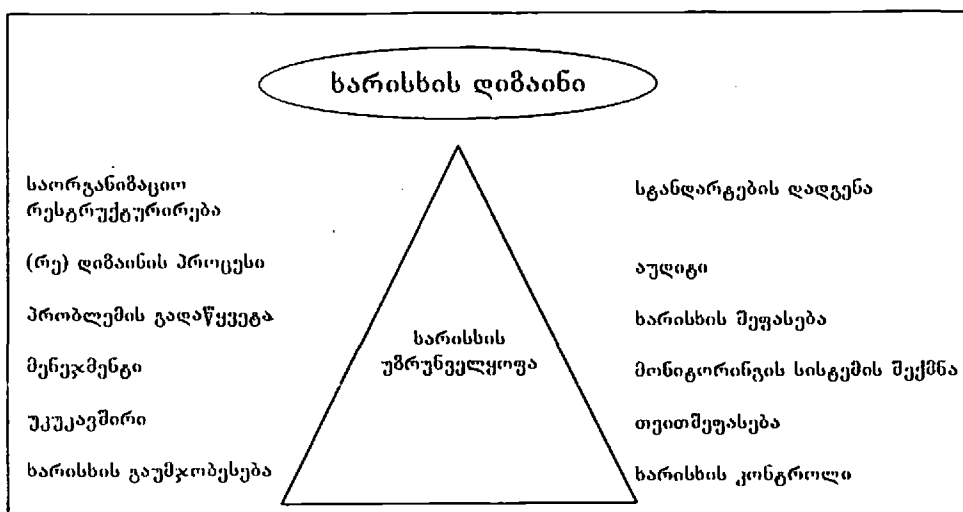
ხარისხის გაუმჯობესების ეტაპები



ამგვარად, ხარისხის გაუმჯობესება მხოლოდ სისტემური ხასიათის მიზანდასახული ცვლილებების შედეგად მიიღწევა (ნახატი 55).

ნახატი 55

ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული საქმიანობის სახეობები



სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების პროცესში გასათვალისწინებელია სხვადასხვა სახის ღონისძიების გატარება. საშუალებები, რომლებიც გამოიყენება ამ მიზნით, სტანდარტულია და მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

- პროცესის აღწერას, რაც ტექსტური მასალის გარდა შესაძლოა დინამიკური ან მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების ამსახველი დიაგრამების აგებას მოიცავდეს;
- მონაცემების შეკრებას, რაც სხვადასხვა სააღრიცხვო ფორმების, გამოკითხვის მასალების ან ინტერვიუს შედეგებზე დაყრდნობით ხორციელდება;
- მონაცემების დამუშავებასა და ანალიზს.

მიუხედავად დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობისა, ხარისხის კონტროლი და მითუმეტეს ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებები საკმარისად რთული და ხშირად ძვირადღირებული პროცედურების ჩატარებას მოითხოვს. ამიტომ, დანახარჯების შემცირებასა და ხარისხის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი სიძნელეების შესაფასებლად გამოიყენება ე.წ. პარეტოს დიაგრამა. იტალიელი ეკონომისტის **გ.პარეტოს** მიერ შემოთავაზებული ეს მეთოდი ზედმიწევნით ფართოდ გამოიყენება მენეჯმენტში. მას ზოგჯერ „80/20“ მეთოდსაც უწოდებენ. იტალიაში გამოშვებულ პროდუქციაში არსებული წუნის დაახლოებით 80%-ს სავარაუდო მიზეზების მთლიანი ნუსხის მხოლოდ 20% განაპირობებს. ვინაიდან წუნის გამოშვების ამ მიზეზებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება, პარეტოს წინადადებით, მწარმოებელმა ძალისხმევა უნდა მიმართოს არა წუნის ყველა მიზეზის დაძლევაზე (რაც ხშირად შეუძლებელია), არამედ შემოიფარგლოს ამ 20%-ით. პარეტოს თეორიის გამოყენებამ შესაძლებელი გახდა წუნის მკვეთრად შემცირება და ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების ხარჯების გაიფხვრა.

პარეტოს დიაგრამა წარმოადგენს იმ ფაქტების ჩამონათვალს, რომლებიც საჭიროა საკითხის გადაწყვეტასთან დაკავშირებული პრიორიტეტების განსაზღვრისათვის. ამ ჩამონათვალში მოყვანილი ინფორმაცია ისე უნდა დახარისხდეს, რომ პრობლემები მათი მნიშვნელობის მიხედვით წარმოჩინდეს. ამ მიზნით ხარისხის ამსახველი ინფორმაციის ცალკეული ელემენტები განლაგებული უნდა იყოს მათი კლების მიხედვით და გაზომვად პარამეტრებს (მაგალითად, სიხშირე, დანახარჯები, დრო) შედარდეს.

დიაგრამა ეფუძნება პარეტოს მიერ შემოთავაზებულ პრინციპს, რომლის მიხედვითაც, პრობლემაზე მოქმედი სხვადასხვა ფაქტორის სიმრავლის მიუხედავად, სიტუაციაზე გადამწყვეტ ზეგავლენას მხოლოდ რამოდენიმე მათგანი ახდენს. „პარეტოს დიაგრამა“ საშუალებას იძლევა გამოვყოთ ის მიმართულება, სადაც მოსალოდნელია ყველაზე მეტი პრობლემის წარმოქმნა. პარეტოს დიაგრამის შედგენა ხორციელდება რამდენიმე ეტაპად:

- განსაზღვრული პრობლემის ანალიზისათვის საჭირო მთლიანი ნუსხის მომზადება;
- სტანდარტული ერთეულის დადგენა, რომლის მიხედვითაც მოხდება მონაცემთა შედარება (მაგალითად, დროის, სიხშირის, დანახარჯების მიხედვით);
- მონაცემების შეკრების დროის მონაკვეთის არჩევა;
- ყოველი პარამეტრის სიხშირის (დანახარჯები, ხანგრძლივობა ან სხვ.) განსაზღვრა;
- მაჩვენებლების შეჯამება;
- ყოველი პარამეტრის პროცენტის გამოთვლა;
- მიზეზთა „კუმულაციის“ მაჩვენებლის დადგენა.

მაგალითისათვის, განვსაზღვროთ თანამშრომელთა სამუშაოზე დაგვიანების მიზეზები. პარეტოს დიაგრამის ანალიზის პროცესში საჭიროა ჯერ მივუთითოთ, თუ რომელი ფაქტორი ახდენს მაქსიმალურ ზეგავლენას შესასწავლ მოვლენაზე. ჩვენს შემთხვევაში ამ ძირითად მიზეზს შეიძლება წარმოადგენდეს ტრანსპორტის მუშაობასთან დაკავშირებული პრობლემა. ზოგ შემთხვევაში, თუ ყველა პარამეტრი 50%-ს აჭარბებს ან ერთნაირია, უნდა გაანალიზდეს სხვა ფაქტორებიც, რომლებიც განსაკუთრებულ გავლენას ახდენენ შედეგებზე (მაგალითად, კვირის დღეები, თანამშრომელთა ასაკი და ა.შ.).

ნაწილი V

ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზინანება

თავი 21. ჯანდაცვის ეკონომიკის საფუძვლები

21.1. შესავალი

კაცობრიობის განვითარების ყველა ისტორიულ ეტაპზე ჯანმრთელობის დაცვის სფერო თავისებურ სასწორზე იმყოფებოდა. ერთი მხრივ, ჰუმანური იდეები, რომლებიც მკურნალის მიერ პაციენტისათვის ჯანმრთელობის, ზოგჯერ კი სიცოცხლის შენარჩუნების კეთილშობილ საქმეს ეფუძნება, მეორე მხრივ კი – ექიმის მიერ გაწეული შრომის ანაზღაურების საჭიროება, რაც, თავისთავად, ეკონომიკური ბერკეტების ჩართვას მოითხოვს.

საუკუნეების მანძილზე, სამედიცინო ეთიკის პრინციპებიდან გამომდინარე, კარგად თუ ცუდად, ხერხდებოდა ამ ორი ურთიერთმოქმედი ძალის გათანაბრება. მედიცინის სწრაფმა განვითარებამ, მისმა ინდუსტრიალიზაციამ, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა შორის კონკურენციის გამძაფრებამ დაადასტურა, რომ მიუხედავად არსებული თავისებურებებისა, სადღეისოდ ეს სფერო საბაზრო პრინციპებზე დაყრდნობით ვითარდება. ამ თვალსაზრისით, იგი საზოგადოებისათვის გარკვეულ მატერიალურ ფასეულობას წარმოადგენს, ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნების ან გახანგრძლივების საჭიროება კი გარკვეულ ეკონომიკურ დასაბუთებას მოითხოვს.

ჯანდაცვის ეკონომიკა შედარებით ახალი დარგია, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ფუნქციონირების ობიექტურ ეკონომიკურ კანონზომიერებებსა და თავისებურებებს შეისწავლის.

ჯანდაცვის ეკონომიკა, როგორც მეცნიერება, გასული საუკუნის 60-იან წლებში ეკონომიკისა და მედიცინის შესაყარზე წარმოიქმნა. დასავლეთში სწრაფად ვითარდება ახლო წარსულში მედიცინისათვის თითქოსდა ისეთი უცხო მიმართულებები, როგორიცაა ჯანდაცვის მენეჯმენტი, სამედიცინო მარკეტინგი და ა.შ.

21.2 ჯანდაცვის ეფექტიანობა

მედიცინაში მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდების დანერგვა ხელს უწყობს ჯანდაცვის ისედაც მაღალი დანახარჯების კიდევ უფრო მეტად ზრდას. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ტექნიკურ და მატერიალურ რესურსებზე მოთხოვნა მუდამ აღემატება საზოგადოების მიერ ჯანდაცვისათვის გამოყოფილ თანხებს, როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში დღენიადაგ იზრდება იმ ადამიანების რიცხვი, რომელთაც, მიუხედავად დიდი საჭიროებისა, არა აქვთ თანამედროვე სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის საშუალება.

ა.კომაროვის მიერ 1995 წელს ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ XX საუკუნეში მსოფლიო მასშტაბით ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები ყოველწლიურად, საშუალოდ, 10%-ით იზრდება. შედეგად, 1900-1910 წ.წ. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლები გაუმჯობესდა 12%-ით, 1930-1940 წ.წ. – 8%-ით, 1970-1980 წ.წ. – 4%-ით, ხოლო 1980-1990 წ.წ. კი მხოლოდ 1,3%-ით. ამრიგად, 1900-იდან 1990 წლამდე ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების ხარჯთეფექტურობა თითქმის 10-ჯერ შემცირდა. ავტორის აზრით, საუკუნის დასაწყისში მიღწეული ეფექტის შემცირება ასახავს მსოფლიოს ყველა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ ტენდენციას, როდესაც სახსრების უმეტესობა იხარჯება სტაციონარულ მომსახურებაზე, რომელიც მოსახლეობის უმეტესობას ნაკლებად ესაჭიროება. ბევრ ქვეყანაში ამ მიმართულებით დახარჯული სახსრების რაოდენობა უკვე კრიტიკულ ზღვარს მიუახ-

ლოვდა, მაშინ, როდესაც პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისა და ეკოლოგიური სიტუაციის გაჯანსაღებაზე მიმართული თანხები გაცილებით მცირეა. იმავედროულად, დაავადებათა პროფილაქტიკასა და გარემოს მავნე ფაქტორების შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებები დადებით გავლენას ახდენს მთელ მოსახლეობაზე და საზოგადოების ინტერესებიდან გამომდინარე, უფრო ეფექტიანია, ვიდრე სამკურნალო მედიცინაში ჩადებული სახსრები.

როდესაც ლაპარაკია სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკურ ეფექტიანობაზე, გასათვალისწინებელია, რომ ყოველ კონკრეტულ საკითხს გააჩნია სპეციფიკური პრობლემები, რომელთა დაძლევა განსხვავებული მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღებას მოითხოვს. მაგალითად, რა უკეთესია – დიდი და კარგად აღჭურვილი ერთი საავადმყოფოს აშენება ცენტრში, თუ საშუალო ან მცირე სიმძლავრის საავადმყოფოთა ფართო ქსელის შექმნა რეგიონებში? ან, საჭიროა თუ არა საავადმყოფოების აღჭურვა ძვირადღირებული დახმარების თანამედროვე აპარატურით, თუ სჯობს იგივე თანხით ვაქცინების შეძენა ჯანმრთელ ბავშვთა იმუნიზაციისათვის?

ჯანდაცვის სისტემაში ასეთი სახის პრობლემების წარმოქმნა, ძირითადად, არასაკმარისი დაფინანსების პირობებში ოპტიმალური გზების ძიებასთანაა დაკავშირებული. ამიტომ გასატარებელი ღონისძიებების დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში, არსებული შესაძლებლობების გარდა, აუცილებელია შეზღუდვებისა და დაბრკოლებების (საკადრო, მატერიალური, ფინანსური რესურსების ნაკლებობა, ტექნიკური შეფერხებები და ა.შ.) გათვალისწინება. ამ შეზღუდვათა ურთიერთკავშირის ძიების გზით უნდა დადგინდეს ის ლიმიტები, რომელთა ფარგლებშიც შესაძლებელია ჯერ პოლიტიკური და შემდგომ ორგანიზაციული გადაწყვეტილების მიღება. ამით შესაძლებელია თანაბარი ან ნაკლები დანახარჯების პირობებში საუკეთესო შედეგის მიღება.

ჯანდაცვის ხელმძღვანელებს, იქნება ეს ქვეყნის თუ ცალკეული რეგიონის დონეზე, კარგად უნდა ჰქონდეთ გათვითცნობიერებული, რომ მოსახლეობის მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე გამუდმებით იზრდება და მისი ტემპი გაცილებით უსწრებს ფინანსური შესაძლებლობების ზრდას. იმ საგარაუდო შემთხვევაშიც კი, თუ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი დაფინანსება უსაზღვროდ გაიზრდება, მოთხოვნათა მთლიანად განხორციელება მაინც შეუძლებელი იქნება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული ხარჯების დასაანგარიშებლად აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დადგენა. ამისათვის საჭიროა ისეთი მაჩვენებლების გამოყენება, რომლებიც შედარებით ზუსტად გამოხატავენ არამარტო მომსახურების ფასს, არამედ მისი ობიექტური შეფასების საშუალებასაც იძლევიან. ამ მიზნით სარგებლობენ ე.წ. **ეკვივალენტური ერთეულებით**, რომლის მიხედვითაც განისაზღვრება, თუ რა ღირს ავადმყოფის მიმართვა პოლიკლინიკაში, ექიმის ვიზიტი ბინაზე, ცალკეული პროცედურის, ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარება და ა.შ.

ეკვივალენტური ერთეულების მათზე წინასწარ დადგენილი ფასებისა და სამუშაო დროის გათვალისწინებით განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურების საბოლოო ღირებულება. თუ მას დავამატებთ, ავადმყოფობის მიზეზით დაკარგული ერთი სამუშაო დღის საშუალო ღირებულებისა და გაცდენილ სამუშაო დღეთა საერთო რაოდენობის ნამრავლს, მივიღებთ საკმაოდ შთაბეჭდავ რიცხვს, რომელიც გამოხატავს, თუ რა უჯდება საზოგადოებას მოსახლეობის ავადობა.

ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკური ეფექტიანობის შეფასებისას გასათვალისწინებელია ორი ძირითადი ასპექტი:

- ეკონომიკური ზარალი, გამოწვეული მოსახლეობის ავადობით, დაინვალიდებით, ნაადრევი სიკვდილიანობით ბუნებრივი ნამატის კლებით და ა.შ.

- ეკონომიკური ეფექტი, რომლის მიღწევა შესაძლებელია ჯანმრთელი მოსახლეობის შრომისნაყოფიერების გაზრდით, სამედიცინო დაწესებულებათა ყაირათიანი მუშაობით და ა.შ.

ჯანდაცვის სამსახურების ეკონომიკური ეფექტიანობის შეფასებისა და ანალიზის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანაა ოპტიმალური ბალანსის დაცვა სამედიცინო მომსახურების მისაწვდომობას, მოცულობასა და ხარისხს შორის. ამკარაა, რომ ამ ამოცანის გადაწყვეტა ზედმიწევნით ძნელია და გააზრებულ მენეჯმენტს მოითხოვს.

ეფექტიანობის განსაზღვრა უნდა ეყრდნობოდეს დანახარჯებისა და მიღებული შედეგების შედარებას, რაც ხორციელდება სამი მიმართულებით:

- მიღებული შედეგების ურთიერთშედარებით;
 - წარმოებული დანახარჯების ურთიერთშედარებით;
 - დანახარჯებისა და მიღებული შედეგების ურთიერთშედარებით.
- მიღებული შედეგები შემდეგ ტიპებად იყოფა:
- ოპტიმალური ანუ 100%-იანი შედეგი, რომლის მიღება უფრო თეორიულადაა შესაძლებელი, ვიდრე პრაქტიკულად (მაგალითად, გეგმიური იმუნიზაცია თეორიულად შესაძლებელია ოპტიმალური შედეგის ნაცვლად ხშირად გაცილებით უფრო ნაკლებ ეფექტს იძლევა);
 - შესაძლებელი საუკეთესო შედეგი, რომელიც მიიღწევა განსაზღვრული ოპტიმალური სტრატეგიის განხორციელების შემთხვევაში. თეორიულად ასეთი შედეგი შეიძლება 100%-იანი იყოს, მაგრამ, ჩვეულებრივად, იგი უფრო დაბალია;
 - შედეგი, რომელიც მიიღება ოპტიმალური სტრატეგიის განხორციელების შემთხვევაში, მაგრამ მცირე რესურსების ხარჯვით, ვიდრე ეს საჭიროა საპროგნოზო შედეგის მისაღებად;
 - შედეგი, რომელიც მიიღება სხვა, ნაკლებად შესაფერისი ან მცირეოდენი რესურსების ხარჯვით, ვიდრე ეს საჭიროა ოპტიმალური შედეგის მისაღებად;
 - არანულოვანი შედეგი, რომელიც მიიღება რესურსების ხარჯვის გარეშე. ასეთი სიტუაცია საკმარისად ხშირია, ვინაიდან ზოგიერთი გადაწყვეტილების განხორციელების დაფინანსება მართალია არ ხდება, მაგრამ ადრე დაგროვილი რესურსები მცირეოდენი დადებითი შედეგის მიღწევის საშუალებას იძლევა;
 - ნულოვანი შედეგი, როდესაც ღონისძიების განხორციელება სრულიად უშედეგო, წარუმატებელი აღმოჩნდება.

შეზღუდული დაფინანსების პირობებში (რისი მაგალითი საქართველოცაა), სწორი პრიორიტეტების დადგენისა და რესურსების ოპტიმალური განაწილების შემთხვევაში შესაძლოა გარკვეული დადებითი შედეგის მიღწევა, რომელიც, მართალია, მთლიანად ვერ წყვეტავს პრობლემას, მაგრამ, საბოლოო ჯამში, სარგებელი მაინც მოაქვს.

ჯანდაცვის ეფექტიანობა 3 ასპექტით განიხილება:

სამედიცინო ეფექტიანობა ფასდება იმ მიღწევების მიხედვით, რომელსაც დაავადებათა პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა იძლევა. ეს გულისხმობს იმ ღონისძიებათა ადეკვატურობის შეფასებას, რომელიც ჩაუტარდა პაციენტს დაავადების დაწყებიდან მის სრულ გამოჯანმრთელებამდე.

სოციალური ეფექტიანობა გულისხმობს იმ სოციალური ეფექტის შეფასებას, რომელიც განპირობებულია პიროვნების ან მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელების გაუმჯობესებით. შეეხება ეს დემოგრაფიული მაჩვენებლების გაუმჯობესებას, ადამიანების შრომისუნარიანობის ზრდას, თუ სხვა პარამეტრებს. მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყანაში მოსახლეობა გადამეტებული სიფრთხილით ეკიდება შიდს-ით შეპყრობილ ავადმყოფებს (უარს ეუბნებიან

სამუშაოზე, განდევნიან სასწავლებლიდან ან საცხოვრებელი ადგილიდანაც კი), რაც პაციენტთა სრული იზოლაციის საფუძველს ქმნის და თვითმკვლელობამდეც კი მიჰყავს ზოგიერთი მათგანი. ამ შემთხვევაში ჯანდაცვის სამსახურების მუშაობის სოციალური ეფექტიანობის გამომხატველი იქნება მოსახლეობის გათვითცნობიერება იმის შესახებ, თუ რა ფარგლებშია შიდს-ით ავადმყოფი საშიში საზოგადოებისათვის, როგორ შეიძლება მისთვის მაქსიმალურად კეთილმოსურნე სოციალური გარემოს შექმნა.

ეკონომიკური ეფექტიანობა გულისხმობს იმ დადებით შენაძენს (როგორც პირდაპირს, ისე არაპირდაპირს), რომელიც დაკავშირებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან (ეს შეეხება შრომით მწარმოებელ ძალებს, ეროვნული შემოსავლის ზრდას და ა.შ.). ჯანდაცვის ეკონომიკური ეფექტიანობის თვალსაზირობით მაგალითია საქართველოში პოლიომიელიტის ლიკვიდაცია. სპეციალურმა კვლევებმა ცხადყო, რომ ამ მიმართულებით თავის დროზე დახარჯულმა ყოველმა მანეთმა 48 მანეთის ეკონომიკური ეფექტი მოიტანა, ასევე მაღალი ეკონომიკური ეფექტიანობით ხასიათდება აშშ-ში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის გრძელვადიანი პროგრამის განხორციელება, რომელიც ყოველწლიურად 50 მლნ დოლარის ეკონომიკურ ეფექტიანობას იძლევა.

ჯანდაცვის ეკონომიკური ეფექტიანობის ამაღლება შესაძლებელია სამედიცინო კადრების, მატერიალური და ფინანსური რესურსების ყაირათიანი გამოყენების შემთხვევაში, რაც გულისხმობს:

- სამედიცინო პერსონალის შრომის რაციონალურ გამოყენებას;
- სამკურნალო და დიაგნოსტიკური პროცესების ავტომატიზირებას;
- სამედიცინო დაწესებულებათა აღჭურვილობის გაუმჯობესებას;
- სამკურნალო-პროფილაქტიკური პროცესის მეცნიერულად დასაბუთებულ ორგანიზებას;
- ზოგიერთი სახის სამუშაოს ცენტრალიზებას და, იმავდროულად, დეცენტრალიზებას კონკრეტული ამოცანების განსახორციელებლად;
- მატერიალური ბაზის სწორ ექსპლუატაციას და ა.შ.

21.3. პრივატიზების თავისებურებები ჯანდაცვაში

სამედიცინო მომსახურების სფეროში საბაზრო ეკონომიკის პრინციპების დანერგვის პროცესი მთელ რიგ კითხვებს ბადებს, რომლებიც ხშირად კამათის საგანი ხდება. პირველ რიგში, ეს შეეხება საკითხს იმის შესახებ, თუ საკუთრების რომელი ფორმა უნდა იყოს წამყვანი ჯანდაცვის სისტემაში, რამდენად გამართლებულია კერძო საკუთრებაში მყოფი საავადმყოფოების, დიაგნოსტიკური ცენტრების, აფთიაქების და ა.შ. არსებობა.

სხვადასხვა ქვეყანაში მოქმედებს ჯანდაცვის ობიექტების საკუთრების სხვადასხვა ფორმა (სახელმწიფო, მუნიციპალური, კერძო), რომელთა მუშაობის ეფექტიანობა დამოკიდებულია სახელმწიფოს პოლიტიკაზე, არსებულ კანონმდებლობაზე, დაფინანსების წყაროებზე და სხვ. ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებებიდან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებათა (განურჩევლად საკუთრების ფორმისა) წარმატებული ფუნქციონირება დამოკიდებულია ბაზრის შესაძლებლობებსა და სახელმწიფო რეგულირების გამართულ სისტემაზე. ეს უკანასკნელი გულისხმობს საზოგადოებრივად აუცილებელი მოთხოვნების დაკმაყოფილებაზე მიმართულ ღონისძიებებს, კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების გარანტირებული ღონის უზრუნველყოფას, სათანადო ფინანსური ბაზის შექმნას და სხვ. ამასთან, ჯანდაცვის ობიექტების ფლობაზე სახელმწიფო მონოპოლიის არსებობა ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ფასების შედარებით დაბალ დონეზე შენარჩუნებას, მაშინ, როდესაც საკუთრების სხვადასხვა ფორმის დაკანონება ჯანსაღი კონკურენციის

გაჩენისა და, შესაბამისად, მომსახურების ხარისხის ამაღლების უზენაესი პირობაა.

საქართველოს კანონმდებლობით მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთი ძირითადი პრინციპია სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრების და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების მრავალფეროვნება და მათი თანაბარუფლებიანი არსებობა. ამ პრინციპის რეალიზაცია მოითხოვს ჯანდაცვის სისტემაში კერძო საკუთრების არსებობა, რაც საბჭოთა პერიოდში გამორიცხული იყო.

პრობლემის გადაჭრის საყოველთაოდ აღიარებულ გზას სისტემაში არსებული ჭარბი სამედიცინო ობიექტების პრივატიზაცია წარმოადგენდა, რაც, ერთი მხრივ, გაანთავისუფლებდა სახელმწიფო ბიუჯეტს ზედმეტი ხარჯებისაგან და, მეორე მხრივ, ხელს შეუწყობდა კერძო ინვესტიციების მოზიდვას. თავის მხრივ, პრივატიზაციის შედეგად ამოღებული სახსრები შეიძლება მიმართულ იქნას სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი სამედიცინო დაწესებულებების რეაბილიტაციაზე და გამონთავისუფლებული პერსონალი-სათვის საკოპენსაციო თანხების გადახდაზე.

პრივატიზაციის პროცესში ყალიბდება კერძო სამედიცინო დაწესებულებების ქსელი, რომელიც მოსახლეობას მაღალი ხარისხის მომსახურების გარანტირებულად მიღების საშუალებას აძლევს. მაგალითად, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის საწყის ეტაპზე განხორციელდა სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკათა პრივატიზება, რის შედეგადაც პაციენტს გაუჩნდა ფართო არჩევანი – მიმართოს დაწესებულებას, რომელიც მწვავე კონკურენტულ პირობებში დაინტერესებულია პაციენტთა მოზიდვის ისეთი ბერკეტების გამოყენებაში, როგორიცაა მათი კომპლექსური მომსახურება, მოსახლეობის გარკვეული კატეგორიებისათვის (მონუცები, ლტოლვილები, ბავშვები) შეღავათების დაწესება და სხვა. დაჩქარდა მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვა, ამაღლდა მუშაობის კულტურა, დაიხვეწა საფინანსო მენეჯმენტი. სტომატოლოგიური მომსახურება ჯანდაცვის სისტემის ის სექტორია, რომელშიც ამჟამად რესურსების ოპტიმიზაცია და მომსახურების ხარისხის ამაღლება სახელმწიფოს ჩარევის გარეშე განხორციელდა.

ბუნებრივია, ყველა სამედიცინო ობიექტის პრივატიზება ერთი და იმავე პირობით და ერთსა და იმავე დროს შეუძლებელია. ამ პროცესში უნდა აუცილებელია მოსახლეობისა და სამედიცინო მომსახურების ყველა სუბიექტის ინტერესის დაბალანსება. ამიტომ მიზანშეწონილია საპრივატიზაციო ობიექტების დიფერენცირება შემდეგ ტიპებად:

- ობიექტები, რომელთა პრივატიზება შესაძლებელია სამედიცინო პროფილის შენარჩუნების გარეშე (მაგალითად, ამორტიზებულ შენობებში განთავსებული საავადმყოფოები, რომელთა მახლობლად ფუნქციონირებენ უფრო თანამედროვე სამედიცინო ობიექტები);
- ობიექტები, რომლებმაც პრივატიზების შემდეგ უნდა შეინარჩუნონ სამედიცინო პროფილი (მაგალითად, პოლიკლინიკები და სოფლის ამბულატორიები);
- ობიექტები, რომლებმაც პრივატიზაციის შემდეგ გარკვეული დროის განმავლობაში სამედიცინო საქმიანობის პროფილი არ უნდა შეიცვალოს.

ჯანდაცვითი ობიექტების პრივატიზების პროცესში გასათვალისწინებელია მათში დასაქმებული პერსონალის ინტერესებიც. ამ მიზნით ხშირად მიმართავენ შრომით კოლექტივისათვის ობიექტის პირდაპირი შესყიდვის უფლების მიცემის პრაქტიკას.

21.4. საკუთრების მფლობელობის სახეები

ახალი ორგანიზაციის შექმნისას ერთ-ერთი პირველი გადაწყვეტილება, რომლის მიღებაც უხდება დამფუძნებელს, დაკავშირებულია საკუთრების ფორმის არჩევასთან. თითოეული ქვეყნის კანონმდებლობა საკუთარ მოქალაქეებს ამ თვალსაზრისით სავსებით

გარკვეულ ალტერნატიულ შესაძლებლობებს სთავაზობს. განვიხილოთ თითოეული მათგანი.

ერთპიროვნული მფლობელობა არის საკუთრების ყველაზე უფრო ძველი, მარტივი და საკმაოდ გავრცელებული ფორმა. ბევრი უმსხვილესი კორპორაცია თავიანთი საქმიანობის დასაწყისში ერთი პირის მფლობელობაში იმყოფებოდა.

ორგანიზაციის ერთპიროვნული მფლობელობის ძირითადი უპირატესობანი დაკავშირებულია დაარსების პროცედურის სიმარტივესთან (საკმარისია არჩეულ მოღვაწეობაზე სათანადო ნებართვისა და რეგისტრირებული სავაჭრო ნიშნის მიღება). გარდა ამისა, მფლობელი მართვის სრული თავისუფლებით სარგებლობს და მისთვის გამარტივებულია გადასახადების შეტანის პროცედურა.

ერთპიროვნული მფლობელობის ძირითადი ნაკლი არის ის, რომ წარუმატებლობის შემთხვევაში მეწარმე არა მარტო ორგანიზაციის, არამედ თავისი პირადი ქონებითაც აგებს პასუხს. გარდა ამისა, ერთი პირის მფლობელობაში მყოფ ორგანიზაციას უჭირს ზრდა, საქმიანობის მასშტაბის გაფართოება, მას გაკოტრების მეტი საშიშროება ემუქრება. ამიტომ კომერციული ბანკები ერიდებიან ერთპიროვნულ მფლობელობაში მყოფ ორგანიზაციებზე კრედიტების გაცემას.

საქმის წარმოებისათვის საჭირო სახსრების ნაკლებობისას მეწარმეს თანამფლობელების მოზიდვა შეუძლია. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს **ამხანაგობასთან**, რომელსაც თავისი დადებითი მხარეები გააჩნია:

- დაარსების მარტივი პროცედურა. ჩვეულებრივ, პარტნიორებს შორის მხოლოდ წერილობითი ხელშეკრულება დაიდება;
- პარტნიორებს შეუძლიათ ობიექტი უფრო დახვეწილად, სათანადო ფუნქციების, უფლებებისა და პასუხისმგებლობის განაწილებით მართონ;
- ამხანაგობა, აერთიანებს რა პარტნიორების კაპიტალს, ბანკის თვალში ნაკლებ სარისკოდ გამოიყურება, ამიტომ მისთვის უფრო იოლია სათანადო სესხის აღება.

ამასთან ერთად, ამხანაგობა გარკვეულად წამგებიანია ერთპიროვნულ მფლობელობასთან შედარებით, ვინაიდან პარტნიორები, რომლებსაც საკუთარი წილისა და, აქედან გამომდინარე, ობიექტის მართვის უფლებაც გააჩნიათ, შესაძლოა ვერ შეთანხმდნენ, თუ რა გზით წარმართონ საქმე. მდგომარეობა განსაკუთრებით მძიმდება, თუ პარტნიორები თანამოაზრეები არ არიან და ორგანიზაციული საქმიანობის ძირითად საკითხებზე საკუთარი წარმოდგენა გააჩნიათ. ვინაიდან თითოეული პარტნიორი პასუხისმგებელია ორგანიზაციის, როგორც წარმატებაზე, ასევე წარუმატებლობაზე, კონფლიქტი იმის განსაზღვრის დროსაც იქმნება, თუ ვინ უფრო მეტ პასუხს აგებს შეცდომებზე. ცალკეული მეპატრონის ამხანაგობიდან გასვლა გართულებულია, ვინაიდან მოითხოვს კანონმდებლობით გათვალისწინებული მთელი რიგი პროცედურის ჩატარებას და ბოლოს ერთ-ერთი პარტნიორის გარდაცვალება, როგორც წესი, ამხანაგობის დაშლას ან სრულ რეორგანიზაციას იწვევს.

აღნიშნული პრობლემები მარტივად წყდება **კორპორაციაში**. მისთვის დამახასიათებელია მფლობელობის უფლების ღია ბაზარზე გატანა აქციების გამოშვების გზით.

აქცია არის ფასიანი ქაღალდი, რომელიც უზრუნველყოფს მისი მფლობელის (**აქციონერის**) უფლებას მითითებული თანხის ფარგლებში ორგანიზაციის საკუთრების წილზე. აქციების გამოშვებით ორგანიზაციას საშუალება ეძლევა გააერთიანოს აქციონერებისაგან მოზიდული სახსრები. აქციის მფლობელს ეკუთვნის ორგანიზაციის მოგების

ნაწილიც, რომელსაც ის დივიდენდების სახით ღებულობს. გარდა ამისა, თუ ორგანიზაციის საქმე წარმატებულია, აქციის საბაზრო ფასიც იზრდება და მის საფონდო ბირჟაზე გაყიდვას დამატებითი მოგების მოტანაც შეუძლია. ამიტომ, აქციის შეძენა, პირველ რიგში, საკუთარი კაპიტალის სარფიანი დაბანდების იმედით ხდება.

მფლობელობის კორპორაციულ ფორმას შემდეგი უპირატესობები ახასიათებს:

- ფულადი სახსრების მოზიდვის მაღალი ეფექტიანობა და კორპორაციის ცალკეული მფლობელის (აქციონერის) შეზღუდული პასუხისმგებლობა ორგანიზაციის მიერ გატარებულ საქმიანობაზე;
- მფლობელობის სხვა ორგანიზაციულ ფორმებთან შედარებით საბანკო კრედიტების მიღების უფრო დიდი შესაძლებლობა, რაც კორპორაციის სტაბილურობითა და საიმედოობით აიხსნება;
- ფინანსური რესურსების მოზიდვის გზით კორპორაციის მოქმედების მასშტაბების გაფართოვების, ახალი ტექნოლოგიების დანერგვის, მართვის პროცესის დახვეწის შესაძლებლობა.

თუ ერთპიროვნულ მფლობელობაში მყოფი ორგანიზაციის მენეჯერს ერთდროულად უხდება ფიქრი აღრიცხვასა და საბაზრო ოპერაციებზე, მსხვილ კორპორაციას საქმიანობის თითოეულ სფეროში სათანადოდ მომზადებული კადრების გამოყენების შესაძლებლობა აქვს. ეს აადვილებს მართვის პროცესის ორგანიზაციას და განაპირობებს უკეთესი საბოლოო შედეგის მიღებას.

უკვე აღნიშნული მიზეზების გამო (მეპატრონის გარდაცვალება, გაკოტრება, კონფლიქტი და სხვ.), ამხანაგობამ შეიძლება მოულოდნელად შეწყვიტოს არსებობა, მაშინ, როდესაც კორპორაცია მეტად მდგრადი ორგანიზაციაა. მფლობელობის გადაცემა ადვილად ხერხდება აქციების გაყიდვის გზით, რაც კორპორაციის საქმიანობაზე გავლენას არ ახდენს.

მფლობელობის კორპორაციული ფორმის უარყოფითი მხარე მდგომარეობს იურიდიული პირის სტატუსის მოპოვებისათვის რიგი ბიუროკრატიული პროცედურის შესრულების აუცილებლობაში, რაც გარკვეულ ხარჯებთან არის დაკავშირებული.

ორგანიზაციები, რომელთა საქმიანობა არ არის დაკავშირებული მასობრივ, სპეციალიზებულ ან ინოვაციურ წარმოებასთან, ყველაზე ხშირად მცირე ფირმების სახით არიან წარმოდგენილი. მათ, ჩვეულებრივ, არ გააჩნიათ მაღალმწარმოებლური მოწყობილობები, ისინი ფინანსური რესურსების მოზიდვის თვალსაზრისით სირთულეებს განიცდიან. როგორც წესი, ასეთი ფირმები ტრადიციული საქონლის წარმოებით ან ტრადიციული მომსახურების უზრუნველყოფით არიან დაკავებული.

განვითარებულ ქვეყნებში ეკონომიკის ყველაზე ფართო სექტორს მცირე ფირმები წარმოადგენენ. მაგალითად, იაპონიაში ისინი საშუალო ადგილების 75%-ს უზრუნველყოფენ.

წვრილი ფირმების მფლობელობას თავისი უარყოფითი მხარეებიც გააჩნია. კერძოდ, კონკურენციის პირობებში ზედმიწევნით მწვავედ დგას მათ მიერ მუშაობის საკუთარი მიმართულების ძიებისა და მომხმარებლის მოზიდვის საკითხები, რის გამოც, ახლადშექმნილი ფირმების რიცხვი ყოველწლიურად თითქმის უტოლდება იმ ფირმების რიცხვს, რომლებიც კოტრდება ან სხვადასხვა მიზეზით წყვეტს თავის საქმიანობას. მიუხედავად ამისა, საკუთარი საქმის ფლობა იმდენად მიმზიდველია, რომ მაგალითად, ინგლისში მოქმედი წვრილი ფირმების მფლობელთა 82% კმაყოფილია თავისი საქმიანობით და მის შეცვლას არ აპირებს.

ეკონომიკაში შედარებით ახალი მოვლენაა ფირმა-კომუტანტების (ინგ. commutation-შეცვლა) საქმიანობა. ეს მცირე ფირმების სწრაფად მზარდი ჯგუფია, რომელიც წამყვანი კომპანიების პროდუქციის კოპირებით ანუ გენერიკების (ინგ. generic - საერთო) გამოშვებითაა დაკავებული. ეს მოვლენა განსაკუთრებით გავრცელებულია ფარმაცევტულ და ელექტრონულ წარმოებაში. დღესდღეობით წამალთა უმრავლესობა ბაზარზე ორი სახითაა წარმოდგენილი – ორიგინალით და მისი ასლით, რომელსაც იგივე ქიმიური შემადგენლობა გააჩნია. თუ ფარმაცოლოგიური პრეპარატის ორიგინალი მსხვილი ფარმაცოლოგიური ფირმის ხანგრძლივი მუშაობის შედეგია და ამიტომ მისი საბაზრო ღირებულებაც მაღალია, ფირმა-კომუტანტის მიერ წარმოებული გენერიკის ფასი გაცილებით დაბალია, ვინაიდან მწარმოებელს მის შემქნაზე ინვესტიცია არ განუხორციელებია (ცხრილი 56).

ცხრილი 56

ზოგიერთი ორიგინალური სამკურნალო პრეპარატისა და მისი გენერიკის შედარებითი საბაზრო ღირებულება

ორიგინალი	ფასი	გენერიკი	ფასი	%
ადალატი	72.9	ნიფედინი	34.2	53.1
ვალუმი	15.1	დიაზეპამი	4.4	70.8
ლაზიქსი	15.6	ფუროსემიდი	7.2	53.8
ინაცილი	20.8	ინდომეტაცინი	5.1	75.4
ბინოტალი	60.8	ამპიცილინი	34.5	43.2
ასპირინი	4.8	აცეტილსალიცილის მჟავა	2.2	53.8

რიგ შემთხვევაში, წამლის გაცილებით იაფად შეთავაზებით წვრილი ფირმები ავიწროებენ მსხვილ მწარმოებლებს და ბაზრის მნიშვნელოვან ნაწილსაც კი ართმევენ. მაგალითად, „ნიფედინის“ 15-მა კომუტანტმა-მწარმოებელმა გამოშვებული გენერიკის ხარჯზე რამდენიმე თვეში მოახერხა კონკრეტული „ბაიერის“ ორიგინალური პრეპარატის საბაზრო წილის 50%-იანი შემცირება.

ფირმა-კომუტანტის მიერ წარმოებულ გენერიკულ პრეპარატებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებისათვის. მაგალითად, საქართველოს დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდგომ წარმოიქმნა ზედმიწევნით მძიმე მდგომარეობა საკუთარი ფარმაცევტული წარმოების უქონლობის გამო. შექმნილი დეფიციტის პირობებში ფირმა-კომუტანტების ჩამოყალიბებამ, რომლებმაც სათანადო ხელშეკრულებების საფუძველზე დაიწყეს გენერიკების წარმოება, მნიშვნელოვნად განმუხტა მდგომარეობა.

ფირმა-კომუტანტების, როგორც ორგანიზაციების, ძირითად უპირატესობად შეიძლება მათი მოქნილობა და მრავალრიცხოვნობა მივიჩნიოთ. განსაკუთრებით დიდ უპირატესობად უნდა ჩაითვალოს მათი სწრაფი განახლების უნარი, რაც საერთოდ წვრილი ბიზნესისთვისაა დამახასიათებელი.

თავი 22. ბაზრის სექციონება ჯანდაცვის სისტემაში

22.1. შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას, რომელსაც სამომხმარებლო ბაზრის მნიშვნელოვანი ნაწილი უკავია, მთელი რიგი თავისებურებები გააჩნია. პროდუქტი, რომელსაც ის სთავაზობს საზოგადოებას, წარმოადგენს პროფილაქტიკურ-სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მომსახურებას. ამასთან, თუ მომხმარებელი უშუალოდ მოსახლეობაა, მყიდველად (ანუ გადამხდელად) უფრო ხშირად სახელმწიფო ან სადაზღვევო კომპანია გვევლინება, თუმცა არ არის გამორიცხული მომსახურების ამა თუ იმ ფორმაზე მოსახლეობის მხრიდან უშუალოდ ჯიბიდან გადახდის შესაძლებლობაც.

გასათვალისწინებელია, ის გარემოებაც, რომ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი ყოველთვის არ არის გათვითცნობიერებული შეთავაზებული მომსახურების აუცილებლობასა და მის ხარისხში, რასაც გადამხდელი უნდა აკონტროლებდეს. ეს სპეციფიკა განაპირობებს ეკონომიკურ ურთიერთობათა თავისებური ფორმების არსებობას, რომელშიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბაზრის რეგულირების საკითხი. შეუძლია კი ბაზარს თავისით გადაჭრას დარგის პრობლემები, კერძოდ, უზრუნველყოს რესურსების ეფექტიანი განაწილება, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და სასურველი ხარისხი? მართვისა და რეგულირების რა დამატებითი მექანიზმებია ამისთვის საჭირო? ამ კითხვებზე ერთ მნიშვნელოვანი პასუხების არარსებობის გამო მსოფლიოში დღემდე მიმდინარეობს სამედიცინო ბაზრის რეგულირების ოპტიმალური გზების ძიება.

ბაზრის უმნიშვნელოვანესი მახასიათებლებია თავისუფალი ფასწარმოქმნა, სამომხმარებლო არჩევანის თავისუფლება და მომსახურების მომწოდებელთა კონკურენცია.

ფასწარმოქმნის მექანიზმი რესურსების ეფექტიანი განაწილების ძირითადი საშუალებაა. ფასი (მისი თავისუფალი ფორმირების პირობებში) მწარმოებელს აწვდის ეკონომიკურ ინფორმაციას მოთხოვნისა და მიწოდების პირობების შესახებ, უფრო კონკრეტულად – სამომხმარებლო მოთხოვნების, სასაქონლო ბაზრის გაჯერების, აუცილებელი დანახარჯების შესახებ. ამ ინფორმაციის საფუძველზე არსებულ და პოტენციურ მწარმოებელს გამოაქვს გადაწყვეტილება იმის თაობაზე, თუ რომელი სახის პროდუქტი აწარმოოს და რა რაოდენობით.

თუ ბაზარზე არსებობს რაიმე პროდუქტის ნაკლებობა, მასზე ფასი მატულობს, რაც მწარმოებლების რესურსების მოზიდვის კარგი წინაპირობაა. ბაზრის გაჯერების შემთხვევაში პროდუქტის ღირებულება კლებულობს ე.წ. გაწონასწორებულ ფასამდე, რომლის დროსაც მოთხოვნილება უტოლდება მიწოდებას ანუ იწარმოება ის პროდუქტი და იმ რაოდენობით, რომელიც ესაჭიროება მომხმარებელს.

ამასთან, ფასწარმოქმნის მექანიზმს შეუძლია უზრუნველყოს რესურსების განაწილება მოსახლეობის რეალურ მოთხოვნილებათა შესაბამისად. მხოლოდ იმ პირობით, თუ, ერთი მხრივ, მოხერხდება მომხმარებლის სრული ინფორმირება საქონლის ან მომსახურების ფასის, მოცულობისა და ხარისხის შესახებ, ხოლო, მეორე მხრივ კი, უზრუნველყოფილ იქნა მწარმოებელთა და მომხმარებელთა მოქმედების დამოუკიდებლობა ანუ მათი თავისუფალი ურთიერთქმედება ბაზარზე.

ბაზარი მხოლოდ მწარმოებელთა რეალური კონკურენციის პირობებში იქმნება, რომელიც აიძულებს, მათ გააუმჯობესონ თავიანთი მუშაობის ხარისხი და ეძიონ მომჭირნეობის ვარიანტები. კონკურენტული გარემოს არარსებობის დროს კი პირიქით – მწარმოებლები ყველანაირად ცდილობენ, რათა რესურსების არაეფექტიან გამოყენებასთან

დაკავშირებული ხარჯები მომხმარებელს დააკისრონ. კონკურენტუნარიანი გარემოს ფორმირების უმნიშვნელოვანესი პირობებია:

- მყიდველთა და გამყიდველთა დიდი რაოდენობა;
- ბაზარზე ახალ მწარმოებელთა გამოჩენის ხელშეწყობა;
- ერთ მწარმოებელზე სასაქონლო ბაზრის გარკვეული სეგმენტის (მაგალითად, ერთი სასაქონლო მარკის) მყარი მიმაგრების პირობების არარსებობა;
- წარმოების მასშტაბებთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ეკონომიის ან ბუნებრივი მონოპოლიის პირობების არარსებობა.

ყველა ეს პირობა უფრო ხშირად არ სრულდება. მაგალითად, სტომატოლოგიური დახმარების ბაზარზე დღეს მოქმედებს მრავალი ფირმა, მაგრამ მხოლოდ რამდენიმე მათგანი ფლობს უნიკალურ ტექნოლოგიებს, რაც მათ, მართალია დროებით, მაგრამ დიდ უპირატესობას ანიჭებს სხვა კერძო კლინიკებთან შედარებით. ამ უკანასკნელთა მიერ ახალი მეთოდების ფართო დანერგვის შემდგომ იზრდება კონკურენციის მასშტაბები, რაც, თავის მხრივ, რესურსების კიდევ უფრო ეფექტიანად გამოყენებისა და ფასების შემცირების შესაძლებლობას იძლევა.

22.2. ბაზრის ადგილი და როლი

XX საუკუნის ბოლო ათწლეულში, სოციალური სისტემის რღვევის შედეგად, ყოფილ კომუნისტურ ქვეყნებში ან ზოგიერთი მათგანის დაშლის შედეგად წარმოქმნილ ახალ დამოუკიდებელ სახელმწიფოებში (მათ შორის საქართველოშიც) ძირეულად შეიცვალა წლების განმავლობაში დამკვიდრებული დებულებები და თითქოსდა აქსიომატური პრინციპები. საზოგადოებრივ ცნობიერებაში ჩამოყალიბდა საბაზრო ეკონომიკის აუცილებლობის იდეა, რომელსაც მომხრეებიცა და მოწინააღმდეგეებიც ჰყავდა. ცნობილი ამერიკელი ეკონომისტის **კ.შორეტის** თქმით, „ამ პირობებში საზოგადოება იყოფა ორად. ერთნი ბაზარში ხედავენ საკუთარი პრობლემების წარმოშობის მიზეზს, ხოლო მეორენი კი მას უკავშირებენ ამ პრობლემის გადაწყვეტის შესაძლებლობას“. როგორც ნებისმიერი მეტაფორა, ესეც პირობითია, მაგრამ ცხადია, რომ ეკონომიკურ მეცნიერებაში ძნელად თუ მოიპოვება ბაზრის ადგილისა და როლის განსაზღვრაზე უფრო აქტუალური პრობლემა. ეს საკვებით კანონზომიერია, ვინაიდან ხანგრძლივი დროის მანძილზე ბაზარი, მითუმეტეს ჯანდაცვის სისტემასთან მიმართებაში, ყოფილ სოციალისტურ ქვეყნებში, ძირითადად, ნეგატიურ ასპექტებში განიხილებოდა. დღეისათვის შეიმჩნევა ბაზრის რეაბილიტაციისაკენ სწრაფვა, თანდათანობით იკვეთება საბაზრო ეკონომიკისათვის დამახასიათებელი კონტურები, რაც ბაზრის მეცნიერული შესწავლისა და გამოკვლევის აუცილებლობას იწვევს.

ბაზარი, როგორც ეკონომიკური სუბიექტების ურთიერთქმედების მექანიზმი, ემყარება სამ პირობას: მწარმოებელთა ეკონომიკურ განცალკევებულობას (ავტონომიურობას); მათ შორის შრომის დანაწილებას; ცალკეული ეკონომიკური სუბიექტის მიერ საკუთარი ინტერესების უზრუნველყოფის შესაძლებლობას (თავისუფლებას).

ისტორიულმა გამოცდილებამ ცხადყო, რომ პირველი პირობის უზრუნველყოფა ადვილად და სრულად შეიძლება მოხერხდეს კერძო საკუთრების საფუძველზე. მეორე პირობა დაკავშირებულია საზოგადოებრივი შრომის დანაწილების განვითარებასა და გაღრმავებასთან. მესამე პირობა კი გამოხატავს კონკრეტული ქცევის თავისუფლებას, მეურნეობის თავისუფლებას, რაც მიმართულია კონკრეტული მწარმოებლის ინტერესების დაცვისაკენ.

ამრიგად, საბაზრო ეკონომიკა წარმოადგენს საკუთრების მრავალფეროვნებაზე დაფუძნებულ, თავისუფალ მეწარმეთა ურთიერთობას, რომელიც ბაზრის მოთხოვნა-მიწოდების კანონით რეგულირდება.

ბაზრის ეფექტურად ფუნქციონირებისათვის საჭირო პირობებია:

- ნებისმიერი ადამიანის ან ორგანიზაციის უფლება აწარმოოს, გაყიდოს ან იყიდოს ყველაფერი, რაც სურს (ბუნებრივია, კანონისა და საზოგადოებრივი ზნეობის მოთხოვნათა ფარგლებში);
- თავისუფალი ფასით ყიდვა-გაყიდვის აბსოლუტური უფლება;
- პროდუქციის წარმოებისა და მომსახურების გაწევის ნებისმიერ დარგში შეღწევის უფლება ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე, გარდა კანონით დადგენილი შემთხვევებისა.

საბაზრო მექანიზმის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია სამომხმარებლო საქონლის, მომსახურების, წარმოების საშუალებების, სამეცნიერო-ტექნიკური პროდუქციის, საინვესტიციო, საკრედიტო, სავალუტო და სამუშაო ძალის ბაზრების არსებობა. ამ ჯგუფიდან თუნდაც ერთი რგოლის გამორიცხვა, მთლიანად ან საგრძნობლად მოშლის საბაზრო ურთიერთობების მთელ სისტემას, თუმცა მათ შორის მთავარი მაინც სამომხმარებლო საქონლისა და მომსახურების ბაზრებია. მათთვის მუშაობს ყველა დანარჩენი ბაზარი, რადგანაც ადამიანის პირადი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება საბაზრო ეკონომიკის განვითარების საფუძველია.

ბაზარს, ძირითადად შემდეგი ფუნქციები აკისრია:

- ბაზარი არეგულირებს საზოგადოებრივი შრომის დანაწილებას პროდუქციისა და მომსახურების ეკონომიკურად გაცალკევებულ მწარმოებლებს შორის;
- მოთხოვნისა და მიწოდების დაბალანსების საფუძველზე აყალიბებს საბითუმო, საცალო და სხვა ფასებს;
- კონკურენციის მეშვეობით აიძულებს მწარმოებელს მუდმივად თვალყური ადევნოს კაპიტალის ეფექტური დაბანდების ალტერნატიულ ვარიანტებს და დროულად შეცვალოს პროდუქციის ან მომსახურების ასორტიმენტი ან მთლიანად შეიცვალოს პროფილი;
- ასრულებს ე.წ. „სანიტარიულ ფუნქციას“, აკოტრებს ეკონომიკურად სუსტ წარმოებას, არასიცოცხლისუნარიან სამეურნეო ერთეულებს და ამავე დროს ხელს უწყობს უფრო ეფექტური და პერსპექტიული სამეურნეო ერთეულების გაძლიერებას, მათი მოქმედების არეალის გაფართოებას.

რა თქმა უნდა, საბაზრო ეკონომიკა იდეალური არ არის, მას ახასიათებს ისეთი უარყოფითი მხარეები, როგორიცაა მწვავე კონკურენციული ბრძოლა, უმუშევრობა, სიღარიბე და ა.შ. მაგრამ მსოფლიო გამოცდილება ცხადყოფს, რომ განვითარებულ საზოგადოებას ძალუძს საბაზრო საქმიანობასთან დაკავშირებული არასასურველი სოციალური შედეგების შემსუბუქება.

22.3. მარკეტინგის კონცეფციის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპები

ბაზრის ადგილისა და როლის განსაზღვრა შეუძლებელია თანამედროვე მარკეტინგის კონცეფციების განხილვის გარეშე. ეს პრობლემები იმდენად აქტუალურია, რომ ჩამოყალიბდა ცალკე სამეცნიერო და პრაქტიკულ მიმართულებად.

მარკეტინგი, როგორც თეორიული დისციპლინა და პრაქტიკული საქმიანობა, XX საუკუნის დამდეგს აშშ-ში წარმოიშვა და განპირობებული იყო საქონლის გასაღების

სფეროში წარმოქმნილი ისეთი პრობლემებით, რომელთა გადაჭრა იმ დროისათვის არსებული ტრადიციული მეთოდებით შეუძლებელი იყო. 1901 წელს ილინოისისა და მიჩიგანის უნივერსიტეტებში დაიწყო მარკეტინგის მოკლე კურსის სწავლება, რომელშიაც აღწერილი იყო სამრეწველო ფირმის გასაღების საქმიანობის ძირითადი ხერხები, საბითუმო და საცალო ვაჭრობის ოპერაციები, სხვადასხვა დანიშნულების საქონლის რეკლამის ფორმები და მეთოდები, მისი რეალიზაციის თავისებურებები. მოკლე ხანში ამერიკის უმეტეს უნივერსიტეტებში ეს კურსი მომავალ ბიზნესმენტა მომზადების პროგრამის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი გახდა.

მარკეტინგი (market – ინგ. ბაზარი) პირდაპირი გაგებით საბაზრო საქმიანობას ნიშნავს. ეკონომიკურ ლიტერატურაში არსებობს მისი ცნების სხვადასხვანაირი განმარტება. ამასთან, ყველა ეკონომისტს მიაჩნია, რომ მარკეტინგი, როგორც მოვლენა, ასე თუ ისე დაკავშირებულია ბაზართან, საბაზრო პროცესებთან, საბაზრო საქმიანობასთან.

ამერიკელი ეკონომისტის **თ.ლევითის** განსაზღვრით, მარკეტინგი არ შეიძლება გავაიგივოთ საქონლის გასაღებასთან, ვინაიდან ის უფრო მრავალმხრივია. თუ **გასაღების** მეშვეობით მწარმოებელი ცდილობს, მყიდველი აიძულოს შეიძინოს ის, რისი შეთავაზებაც მას შეუძლია, მარკეტინგული საქმიანობა აიძულებს მწარმოებელსა და გამსაღებელს, აწარმოოს ის, რაც სურს მყიდველს. გასაღება ცალმხრივი პროცესია და მისი მიზანია ისეთი საქონლის შეთავაზება, რომელიც, მწარმოებლის აზრით, უნდა შეიძინოს მომხმარებელმა. მარკეტინგი კი ორმხრივი პროცესია, რომელიც გულისხმობს მწარმოებლის ინფორმირებას მოთხოვნილებებზე, რათა მან შეძლოს შექმნას და მიაწოდოს მომხმარებელს მისთვის საჭირო საქონელი ან მომსახურება.

ყველაზე ფართო გავრცელება ეკონომიკურ ლიტერატურაში ჰპოვა ბრიტანეთის მარკეტინგის ინსტიტუტის განსაზღვრამ, რომლის მიხედვითაც მარკეტინგი წარმოადგენს კომპლექსური სამეწარმეო საქმიანობის ორგანიზაციასა და მართვას, რაც გულისხმობს მყიდველობითი მოთხოვნის შეფასებას, მის გადაქცევას რეალური მოთხოვნის საქონლად და ამ საქონლის მყიდველისადმი შეთავაზებას, რითაც მიიღწევა დასახული მოგება ან სხვა მიზნები.

ბაზარზე ორიენტირებული კომერციული საქმიანობის ისტორია შემდეგ პერიოდებად შეიძლება დაიყოს:

- 1860-1930 წ.წ. – **სასაქონლო ორიენტაცია** – მომხმარებელთა მოთხოვნების სერიოზული გათვალისწინების გარეშე საქონლის ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ სწრაფვა;
- 1930-1950 წ.წ. – **გასაღებითი ორიენტაცია** – მომხმარებელზე ზემოქმედების საშუალებების გავლენით გაყიდვების მაქსიმუმის უზრუნველყოფა;
- 1950-1960 წ.წ. – **საბაზრო ორიენტაცია** – უმაღლესი ხარისხის საქონელზე მოთხოვნის გაზრდის გამოკვეთა და ამ საქონლის გაყიდვის მაქსიმუმის მიღწევა (ამ პერიოდში მსხვილ ფირმებში პირველად ყალიბდება მარკეტინგის განყოფილებები).
- 1960 წლიდან დღემდე – **მარკეტინგული მართვა** – ბაზრის კვლევის, მოთხოვნის ფორმირებისა და სტიმულირების კომპლექსური მეთოდების გამოყენების გზის შესაძლებლობათა გრძელვადიანი დაგეგმვა და პროგნოზირება.

თუ საწყის ეტაპზე მარკეტინგი განიხილებოდა როგორც გამოყენებითი ეკონომიკის სფერო, გასაღებითი საქმიანობის პრაქტიკა, ხოლო თეორიული კვლევები დაფუძნებული იყო ცალკეული ფირმის მიერ წარმოებული საქონლის რეალიზაციასა და გასაღებასთან დაკავშირებული ემპირიული მონაცემების ანალიზსა და განზოგადებაზე. მოგვიანებით, 30-

40-იან წლებში ჩნდება მარკეტინგის გამანაწილებითი, ინსტიტუციონალური და ფუნქციონალური კონცეფციები, რომლებიც განსხვავდებიან მარკეტინგის საგნის განსაზღვრით.

მარკეტინგის გამანაწილებით კონცეფციას აიგივებენ საქონელმოდრობის მექანიზმის ანალიზთან. იგი შეისწავლის შემდეგ საკითხებს:

- სამრეწველო საწარმოების გასაღების სამსახურის ორგანიზაციასა და საქმიანობას;
- საბითუმო და საცალო ვაჭრობის ფორმების საქმიანობას;
- საქონლის ტრანსპორტირებასა და რეალიზაციასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ოპერაციების (რეკლამა, შუამავლობა და ა.შ.) შემსრულებელ ორგანიზაციათა საქმიანობას.

ამ კონცეფციის ყურადღების ცენტრში იდგა სასაქონლო მიმოქცევის საკითხები, საქონლის რეალიზაციის მექანიზმი ეროვნული ეკონომიკის ფარგლებში და საქონელმოდრობის არსებული სისტემების ეფექტიანობა. მოგვიანებით, 70-იან წლებში, ეს იდეები აისახა „მარკეტინგის“ კონცეფციაში.

მარკეტინგის ინსტიტუციონალური კონცეფცია ითვალისწინებს ბაზრის ფორმირებაში სოციალური ჯგუფების, სახელმწიფოს, სხვადასხვა ორგანიზაციის (როგორც კომერციული, ისე არაკომერციული) საქმიანობის ანალიზს, რაც ყიდვა-გაყიდვის აქტებში ვლინდება. ამ კონცეფციის ფარგლებში ჩამოყალიბდა „მეტამარკეტინგის“ თეორია.

მარკეტინგის ფუნქციონალური კონცეფციის თანახმად ის წარმოადგენს სამრეწველო საწარმოს კომპლექსურ ფუნქციას, რომლის მიზანია ბაზრის შესწავლა, რეკლამა და გასაღების სტიმულირება, სავაჭრო ოპერაციების დაგეგმვა, სავაჭრო აპარატის მართვა და სხვა.

მარკეტინგის ფუნქციონალური კონცეფციის განვითარებამ 50-იანი წლების დასაწყისში ბიძგი მისცა მარკეტინგის, როგორც მართვის საბაზრო კონცეფციის, ახლებურად გააზრებას. აქედან იწყება მარკეტინგის კონცეფციის ევოლუციის მესამე საბაზრო ორიენტაციის ეტაპი (50-60-იანი წლები), რომლის დროსაც სამეურნეო გადაწყვეტილების საფუძველი ხდება არა წარმოების შესაძლებლობები, არამედ ბაზრის მოთხოვნები. შესაბამისად შეიცვალა სამეწარმეო საქმიანობის (წარმოება, გასაღება) ძირითადი ფუნქციების შინაარსი, რომლებმაც აშკარა საბაზრო მიმართულება მიიღეს.

მარკეტინგის კონცეფციის ევოლუციის ეს ეტაპი ხასიათდება მარკეტინგის ზოგადი თეორიის საფუძვლების შემუშავებით, რაც მოიცავდა შემდეგ საკითხებს:

- მარკეტინგული საქმიანობის ბაზისური დებულებებს (მიზნები, ამოცანები და ფუნქციები, ორგანიზაციის პრინციპები და ა.შ.);
- ბაზრის შესწავლის მეთოდებს;
- სასაქონლო პროდუქციის, ფასების, გასაღების, რეკლამის და ა.შ. პოლიტიკას;
- მარკეტინგული გადაწყვეტილების მიღების მეთოდოლოგიასა და ტექნოლოგიას.

უნდა აღინიშნოს, რომ 50-იანი წლების დასაწყისიდან მარკეტინგი, როგორც მართვის საბაზრო კონცეფცია, უპირატესად ვითარდება აშშ-ში. მხოლოდ 50-იანი წლების ბოლოს იგი შემოდის ევროპაში. შედარებით გვიან, მაგრამ საკმაოდ აქტიურად აითვისეს ეს კონცეფცია იაპონელმა მეწარმეებმა, რის შედეგადაც, 70-80-იან წლებში იაპონიამ სწრაფად დაიპყრო საექსპორტო ბაზრები.

მეოთხე ეტაპზე (60-იანი წლების ბოლოდან დღემდე) დაიწყო მმართველობითი მარკეტინგის ზოგადი თეორიის განვითარება, რასაც ბიძგი მისცა სისტემური მიდგომის ფართო დანერგვამ. ამ შემთხვევაში პროდუქციის ან მომსახურების მწარმოებელი ფირმა განიხილება როგორც ეროვნული ან მსოფლიო ეკონომიკის ფარგლებში მოქმედი ღია სისტემა. მარკეტინგი წარმოადგენს მართვის კორპორაციული სისტემის ელემენტს,

რომელიც ფირმას აკავშირებს გარე სამყაროსთან. ფირმის საქმიანობის საერთო შედეგიანობა ბევრადაა დამოკიდებული მარკეტინგის ეფექტიანობაზე, მის უნარზე, უზრუნველყოს ფირმის საქმიანობის ადაპტაცია გარემო პირობებთან. ამიტომ მარკეტინგის სისტემა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს:

- უნდა იყოს კომპლექსური ანუ მოიცავდეს საქმიანობის ყველა ელემენტს;
- კარგად უნდა იყოს კოორდინირებული მართვის სხვა ფუნქციებთან;
- სწორად უნდა იყოს მიმართული დასახული მიზნების მისაღწევად;
- უნდა იყოს საკმაოდ ეფექტური, რათა უზრუნველყოს მინიმალური დანახარჯებით მიზნის სწრაფი მიღწევა.

დასახული ამოცანებიდან გამომდინარე, არჩევენ მარკეტინგის სხვადასხვა სახეს, რომელთა გამოყენება ბევრად არის დამოკიდებული მოთხოვნის მდგომარეობაზე.

კონვერსიული მარკეტინგი ნეგატიური მოთხოვნის არსებობისას გამოიყენება. ამ დროს ბაზარი ან ბაზრის უმეტესი სეგმენტი უარყოფს არსებულ საქონელს ან მომსახურებას. მაგალითად, მას შემდეგ, რაც აშშ-ში ანტინიკოტინური კამპანიის შედეგად მწველთა რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდა, თამბაქოს მწარმოებელმა ფირმებმა დაკარგული პოზიციის აღსადგენად დაიწყეს კუპრის ნაკლები შემცველობის სიგარეტის წარმოება, რომლის გასაღება შემდეგი შინაარსის რეკლამით მიმდინარეობდა: „ძველებური ნელსუნელება კუპრის მინიმალური შემცველობით“.

კრეატიული მარკეტინგი გამოიყენება რაიმე საქონელზე მოთხოვნის შესაქმნელად მისი არარსებობის შემთხვევაში. მაგალითად, ყოველწლიურად მსოფლიო ფარმაცევტული ბაზარზე 5000-მდე ახალი დასახელების პრეპარატი გამოდის. მათი უმეტესობა არსებული მედიკამენტების გაუმჯობესებულ ანალოგებს, ხოლო შედარებით მცირე ნაწილი ახალ სამკურნალო საშუალებებს წარმოადგენს. ამ უკანასკნელთა გასაღება გაცილებით ძნელია, ვინაიდან მოითხოვს, როგორც სამედიცინო პერსონალისა და ფარმაცევტების, ისე პაციენტების დარწმუნებას წამლის ეფექტიანობაში.

სტიმულირებადი მარკეტინგი გამოიყენება საქონელზე დაბალი მოთხოვნილებისას. მისი გაზრდა შესაძლებელია, როგორც ფასების სწორი პოლიტიკით, ისე რეკლამითა და სტიმულირების სხვა ფორმების გამოყენებით.

რემარკეტინგი გულისხმობს გარკვეულ საქონელზე ან მომსახურებაზე მოთხოვნის შემცირებისას ისეთი ღონისძიებების გატარებას, რომლებიც მას გამოაცოცხლებს. მაგალითად, 70-იან წლებში, აშშ-ში, ღვინის მოხმარების ზრდის ხარჯზე მნიშვნელოვნად შემცირდა ლუდის მოხმარება. ამის ერთ-ერთი მიზეზი ლუდის მაღალკალორიულობა იყო, რაზედაც მიუთითებდა ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია. გაითვალისწინა რა მომხმარებლის მოტივაცია, ფირმა Miller-მა ბაზარზე გამოუშვა ახალი მარკის ლუდი Light-ი, რომელიც ორჯერ უფრო ნაკლებკალორიული იყო, ვიდრე მისი წინამორბედი. აღნიშნულმა ღონისძიებამ ფირმას რეალიზაციის მნიშვნელოვანი ზრდის საშუალება მისცა.

სინქრომარკეტინგი გამოიყენება საქონელზე მერყევი მოთხოვნის შემთხვევაში. მაგალითად, ჰიპოტენზიური პრეპარატების გამოყენება პაციენტთა სეზონური მეტეოლადილურობის გათვალისწინებით საკმარისად ღიდ ფარგლებში მერყეობს. ამიტომ ფარმაცევტული კომპანიების ამოცანაა, სტიმულირების დამხმარე მეთოდების (მაგალითად, სეზონური ფასდაკლების) გამოყენებით აიძულოს მომხმარებელი, წინასწარ მოიმარაგოს საჭირო მედიკამენტები.

შემნარჩუნებელი მარკეტინგი გამოიყენება საქონელზე ოპტიმალური მოთხოვნის შენარჩუნების მიზნით. მოთხოვნა ოპტიმალურია თუ მისი დონე და სტრუქტურა მთლიანად შეესაბამება საქონლის ან მომსახურების მიწოდების დონესა და სტრუქტურას. ასეთი მდგომარეობისაკენ ისწრაფვის ნებისმიერი ფირმა. მაგრამ ამ სიტუაციაში მწარმოებელი არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ ზედაპირული მარკეტინგით და უნდა იზრუნოს საქონლის მოდერნიზაციაზე, რადგან კონკურენტულ გარემოში ყურადღების მოდუნება შეიძლება ბაზარზე პოზიციების სერიოზული შესუსტება გამოიწვიოს. მაგალითად, Coca-Cola წლების მანძილზე ფართოდ აფინანსებს თავისი პროდუქციის რეკლამას, მიუხედავად იმისა,

რომ ეს სასმელი კარგადაა ცნობილი მსოფლიოს ყველა კუთხეში. Coca-Cola-ს დანახარჯები რეკლამასა და მარკეტინგულ საქმიანობაზე კორპორაციის ყოველწლიური შემოსავლის 20%-ს აღემატება.

22.4 მარკეტინგის ძირითადი ცნებები

მარკეტინგის, როგორც მეცნიერების, არსის გაგებისათვის აუცილებელია ისეთი ცნებების განმარტება, როგორიცაა: საჭიროება, მოთხოვნილება, მოთხოვნა, საჭიროების სარგებლიანობა, ღირებულება, დაკმაყოფილება, გაცვლა, გარიგება, ბაზარი.

საჭიროება და მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილების აუცილებლობა მარკეტინგული თეორიის საფუძველია. ადამიანები საჭიროებენ პირველი მოთხოვნილების საგნებს, მათ სჭირდებათ დასვენება, განათლების მიღება, სამედიცინო მომსახურება და ა.შ. დაუკმაყოფილებელი ადამიანი იწყებს საჭიროების დაკმაყოფილების საშუალების ძიებას ან ცდილობს მის ჩახშობას.

მოთხოვნილება არის საჭიროების დაკმაყოფილების სურვილი. ადამიანთა მოთხოვნილებების ჩამოყალიბებაზე ან მათ შეცვლაზე განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს სოციალური გარემო, ტრადიციები, რელიგია, სკოლა, ოჯახი და სხვ.

მოთხოვნა არის მოთხოვნილება, რომელიც განსაზღვრულია ინდივიდის ან ორგანიზაციის მყიდველობითი შესაძლებლობებით. მოთხოვნა იცვლება მოდის, შემოსავლების დონისა და ფასების ცვლილებების შესაბამისად.

ჯანდაცვის ეკონომიკაში მოთხოვნილებასა და მოთხოვნას თავისი სპეციფიკა გააჩნია, რაც განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ შეუძლებელია მთელი მოსახლეობის ერთნაირად მაღალი დონის სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა. ამასთან დაკავშირებით, ჯანდაცვის სფეროში არჩევენ მოთხოვნილების ჩამოყალიბების სამ ძირითად ტიპს:

ტექნიკურად განსაზღვრული მოთხოვნილება ყალიბდება საზოგადოების, ან ცალკეული პიროვნების ზეწოლით. მაგალითად, მკურნალობის პროცესში ექიმი ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებული მრავალი პრეპარატიდან პაციენტს სთავაზობს გარკვეული ფირმის მიერ გამოშვებული წამლის შეძენას. ზოგჯერ ფარმაცევტული ფირმისაგან პონორარის მიღებით დაინტერესებული ექიმი ავადმყოფს უნიშნავს პრეპარატს, რომლის ანალოგი შესაძლოა ისეთივე ეფექტური, მაგრამ გაცილებით იაფი იყოს. ამკარაა, რომ ამ შემთხვევაში ექიმი გავლენას ახდენს პაციენტის მოთხოვნილების ჩამოყალიბებაზე. იგივე შეეხება ისეთი სახის მომსახურებასაც, როგორიცაა, პაციენტის გარკვეულ ლაბორატორიაში ან სარეაბილიტაციო ცენტრში გაგზავნა.

სამედიცინო დაწესებულებებისა და ფარმაცევტული კომპანიების მწვავე კონკურენციის პირობებში ტექნიკურად განსაზღვრულ მოთხოვნას საკმარისად დიდი ფინანსური, ზოგჯერ კი ფიზიკური ზიანის მოტანაც შეუძლია პაციენტისათვის. ამის თვალსაჩინო მაგალითს წარმოადგენს ტენდენცია, რომელიც ისევე, როგორც მთელ რიგ დასავლეთის ქვეყანაში, საქართველოშიც წარმოიჩინდა. კერძოდ, ბოლო ათი წლის მანძილზე საკეისრო კვეთის ოპერაციათა რიცხვი თითქმის 3-ჯერ გაიზარდა, რაზეც გარკვეულ გავლენას ახდენს ორსულთა პათოლოგიის ხვედრითი წილის მატება, მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანია მეანის დაინტერესება დამატებითი ანაზღაურების მიღებაშიც. ამას ადასტურებს აშშ-ში 1999 წელს ჩატარებული კვლევა, რომლის თანახმად ყოველი მესამე საკეისრო კვეთის ჩატარება სათანადო კლინიკური მონაცემებით არ იყო დასაბუთებული.

თვითგანსაზღვრული მოთხოვნილება ყალიბდება უშუალოდ პაციენტის მოსაზრებიდან გამომდინარე იმის შესახებ, თუ რას მოაქვს მისთვის მაქსიმალური სარგებლობა. მოთხოვნილების სახე ისევე, როგორც ტექნიკურად განსაზღვრული მოთხოვნილება, ხშირად დაუსაბუთებელია. მაგალითად, მოთხოვნა იმის შესახებ, რომ ავადმყოფის მკურნალობა წარმართოს არა რიგითმა ექიმმა, არამედ აუცილებლად პროფესორმა, შესაძლოა ზიანი მოიტანოს

(თუნდაც, სასწრაფო ოპერაციის საჭიროების შემთხვევაში). ამიტომ ექიმის ამოცანაა, დაარწმუნოს პაციენტი და მისი ახლობლები ამ მოთხოვნის შეცვლის აუცილებლობაში.

ნამდვილი მოთხოვნების შემთხვევაში პაციენტი კარგადაა გათვითცნობიერებული წამოჭრილი პრობლემებისა და მათი გადაწყვეტის რეალური გზების შესახებ.

არსებობს შემთხვევები, როდესაც ვერც ტექნიკურად განსაზღვრული და ვერც თვით-განსაზღვრული მოთხოვნების ნამდვილ მოთხოვნებად ჩამოყალიბება ვერ ხერხდება, რის გამოც პაციენტს უჩნდება დაუკმაყოფილებლობის, უიმედობის გრძნობა, რომელიც ხელს უშლის მის გამოჯანმრთელებას. მაგალითად, ხანდაზმული ადამიანები ხშირად თვლიან, რომ მათი ჯანმრთელობა შეიძლება გაუმჯობესდეს, თუ უფრო მეტი გამოკვლევისა და პროცედურის ჩატარებას ან ძვირადღირებული მედიკამენტების შეძენას შეძლებდნენ. ასეთი აზრი ხშირად მცდარია, თუმცა, დამატებითი მოგების მიზნით ექიმი ხანდახან ავადმყოფებს ეთანხმება და მას ძვირადღირებულ, მაგრამ უშედეგო სამედიცინო პროცედურას ან გამოკვლევას უნიშნავს.

აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზანია რეალური მოთხოვნების პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრა და მათი გადაწყვეტის რიგითობის დადგენა. პრიორიტეტების განსაზღვრის საჯარო განხილვა აუცილებლად წინ უნდა უძღოდეს სათანადო გადაწყვეტილების მიღებას. უფრო მეტიც, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სოციალური როლის გათვალისწინებით ეს განხილვა ხშირად პოლიტიკურ იერს იძენს, მით უმეტეს, რომ მთელი რიგი პროგრამების განხორციელება მოითხოვს არა მარტო მსხვილ კაპიტალდაბანდებს, არამედ საზოგადოების ყოველი წევრის პირად მონაწილეობას. მაგალითად, თამბაქოს წვეის წინააღმდეგ განხორციელებული ფართომასშტაბიანი ღონისძიებები, ხანდაზმული პირებისათვის დამატებითი შეღავათების უზრუნველყოფა და სხვა, რაც დაკავშირებულია, თუნდაც, საღაზღვეო შენატანის ზრდასთან და ამიტომაც საკმაოდ არაპოპულარულია.

მოთხოვნებათა სწორი დაბალანსების პრობლემა ხშირად უძნელესი მორალური დილემის წინაშე აყენებს იმ პირებს, რომლებიც პასუხს აგებენ ქვეყანაში ჯანდაცვის პოლიტიკის გატარებაზე. რაც უფრო შეზღუდულია ფინანსური შესაძლებლობები, მით უფრო ძნელია ახალი პრიორიტეტების განსაზღვრა, ცალკეული პიროვნების ან ავადმყოფთა ჯგუფის ინტერესების გათვალისწინება.

მარკეტინგულ თეორიაში **მოთხოვნა** გადახდისუნარიანი მყიდველის მოთხოვნებას გულისხმობს. მოთხოვნისება მაშინ იქცევა მოთხოვნად, თუ მყიდველს აქვს რაიმე საქონლის ან მომსახურების შეძენის შესაძლებლობა. მაგალითად, პიროვნებას ესაჭიროება პროთეზირების ჩატარება (საჭიროება), კერძოდ, ქვედა კიდურის პროთეზი (მოთხოვნისება), მას შესაძლებელია რამდენიმე პროთეზის ნიმუში, რომელთაგან საკუთარი გადამხდელუნარიანობის გათვალისწინებით ერთ-ერთი (მოთხოვნა) ნიმუში შეიძინა. აქედან გამომდინარე, მარკეტერებისათვის უფრო მნიშვნელოვანია საქონელზე არსებული მოთხოვნის, ვიდრე მოთხოვნისების, დადგენა.

საქონელი არის ყველაფერი ის, რაც გამოტანილია ბაზარზე რეალიზაციისა და მოხმარებისათვის, რაც აკმაყოფილებს ადამიანის მოთხოვნისებას. ის შეიძლება იყოს როგორც სხვადასხვა ნივთი, ისე მომსახურება.

როგორ ირჩევს მომხმარებელი იმ საქონელს ან მომსახურებას, რითაც დააკმაყოფილებს კონკრეტულ საჭიროებას? ამ კითხვის დასაზუსტებლად ისევ დაუბრუნდეთ ჩვენს მაგალითს. პაციენტისათვის შეთავაზებული ნაწარმიდან ადგილობრივი წარმოების პროთეზი უფრო გამძლეა და იაფი, მაგრამ მძიმე და ნაკლებად ფუნქციური. იმპორტული საქონელი კი, პირიქით, ადვილად შესაგუებელი, მსუბუქი, მაგრამ ძვირადღირებული და ადვილად ზიანდება. პაციენტის საჭიროებას მეტნაკლებად აკმაყოფილებს ორივე ნაწარმი, მათი **სარგებლობა** უდავოა, მაგრამ არც ერთი საბოლოოდ არ აკმაყოფილებს პაციენტის მოთხოვნისებას. თითოეულმა ამ საშუალებამ სხვადასხვაგვარად შეიძლება დააკმაყოფილოს პაციენტის მოთხოვნაც.

გაცვლა წარმოადგენს რომელიმე სასურველი საქონლის მიღების აქტს სანაცვლოდ რაიმეს შეთავაზებით.

გაცვლა მარკეტინგის, როგორც მეცნიერული დისციპლინის, ძირითადი ცნებაა. ნებაყოფლობითი გაცვლისათვის აუცილებელია შემდეგი პირობების დაცვა:

- მხარეები, როგორც მინიმუმი, უნდა იყოს ორი;
- ყოველ მხარეს უნდა ჰქონდეს რაღაც, რაც მეორისათვის ფასეულობას წარმოადგენს;
- ყოველ მხარეს უნდა შეეძლოს კომუნიკაციის დამყარება და თავისი საქონლის მიწოდება;
- ყოველი მხარე უნდა იყოს ინფორმირებული მეორე მხარის მიერ წინადადების მიღების ან უარყოფის შესახებ;
- ყოველი მხარე უნდა იყოს დარწმუნებული თავისი ქმედებების მიზანშეწონილობაში.

გარიგება არის ორ მხარეს შორის ფასეულობათა კომერციული გაცვლა. გარიგება შეიძლება იყოს ფულადი და ბარტერული.

გარიგება ითვალისწინებს შემდეგი პირობების არსებობას:

- ყველაზე მცირე ორი ფასეული ობიექტის არსებობას;
- მისი შესრულებისათვის შეთანხმებული პირობების არსებობას;
- შესრულებისათვის საჭირო შეთანხმებული დროის არსებობას;
- ჩატარების შეთანხმებული ადგილის არსებობას.

ბაზარი საქონლის არსებულ და პოტენციურ მყიდველთა ერთობლიობაა. ბაზარი ითვალისწინებს ცენტრალიზებულ გაცვლას მწარმოებელსა და მომხმარებელს შორის სპეციალური პირის (კომერსანტის) დახმარებით. არსებობს ბაზრის შემდეგი სახეობები:

- **გამყიდველის ბაზარი**, სადაც მწარმოებელს (გამყიდველს) უჭირავს პრიორიტეტული მდგომარეობა მომხმარებელთან შედარებით. ჩვენს ქვეყანაში ძირითადად ასეთი ბაზარია.
- **მყიდველის ბაზარი**, სადაც მეტი უფლებები აქვთ მყიდველებს. ის ითვალისწინებს მყიდველთა დიქტატს მწარმოებლებზე, რათა გამოუშვან ისეთი საქონელი, რომელიც დააკმაყოფილებს პოტენციური მომხმარებლის მოთხოვნებს.
- **სამომხმარებლო ბაზარი** წარმოადგენილია ცალკეული პირებითა და მეურნეებით, რომლებიც ყიდულობენ ან სხვა რაიმე წესით იძენენ საქონელსა და მომსახურებას პირადი მოხმარებისათვის.

სამომხმარებლო ბაზარი იყოფა მრავალრიცხოვან სეგმენტად, რომელთაც გააჩნიათ მყიდველთა საკუთარი კატეგორიები განსხვავებული მოთხოვნილებებით, გადახდისუნარიანობით, მოთხოვნის საზღვრებით და ა.შ.

არც ერთ ფირმას არ შეუძლია მოიცვას მთელი ბაზარი და დააკმაყოფილოს მყიდველთა ყველა საჭიროება. ისეთ ძლიერ ფირმასაც კი, როგორც IBM-ია, არ ძალუძს კომპიუტერების მომხმარებელთა ყველა საჭიროების მაქსიმალურად დაკმაყოფილება. წარმატება მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიიღწევა, თუ დადგენილია ბაზრის საზღვრები და შემუშავებულია მარკეტინგის სპეციალური პროგრამა მიზნობრივი ბაზრისათვის.

სერიოზულ ყურადღებას მოითხოვს **მყიდველთა ქცევის მოდელი**, რომლის მასტიმულირებელი ფაქტორები ზოგადად ორი სახისაა. პირველი მოიცავს თვით საქონელს, მის ფასს, გავრცელების მეთოდებს, გასაღების სტიმულირებას, ხოლო მეორე – ძირითადად მომხმარებლის გარშემო არსებულ გოვლენებსა და პროცესებს და შედეგადად ეკონომიკური, სამეცნიერო-ტექნიკური, პოლიტიკური და კულტურული გარემოსაგან.

აღნიშნული ფაქტორების ზემოქმედების მეშვეობით ხერხდება შეღწევა მყიდველთა ცნობიერების ე.წ. „შავ ყუთში“, ანუ მის შინაგან სამყაროში, რითაც მომხმარებელს მოცემული საქონლის შეძენისაკენ უბიძგებენ.

მარკეტინგული გეგმის შემუშავებამდე ორგანიზაციამ აუცილებლად უნდა გამოავლინოს მიზნობრივი მყიდველები (რეფერენტული ჯგუფები) და განსაზღვროს, თუ როგორ მიმდინარეობს მათში ყიდვაზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესი. ამიტომ მარკეტოლოგის ყურადღების ცენტრში უნდა იყოს სამომხმარებლო ბაზარი. ყოველ საზოგადოებაში არსებობს მოსახლეობის **სოციალური დიფერენციაცია**, რომელიც მნიშვნელოვან გვალენას ახდენს მყიდველუნარიანობაზე. ამ ნიშნით, ამერიკელი სოციოლოგები საზოგადოებაში ექვს ჯგუფს გამოყოფენ:

1. ზედა - უმაღლესი (მოსახლეობის 1%-მდე) - საზოგადოების ელიტა, არისტოკრატია, რომელიც ძველი სახელოვანი ოჯახებისაგან შედგება და ქონებას მემკვიდრეობით აქვთ მიღებული. მათი ინტერესების სფეროა ძვირფასეულობა, ანტიკვარული ნაწარმი, დასვენება, მოგზაურობა;
2. ქვედა - უმაღლესი (დაახლოებით 2%-მდე) - ბიზნესმენები, რომლებიც დიდ შემოსავალს იღებენ თავიანთი განსაკუთრებული შესაძლებლობების მეშვეობით. ინტერესების სფერო - ძვირფასი სახლები, იახტები, საცურაო აუზები, ავტომანქანები;
3. ზედა - საშუალო (დაახლოებით 12%) - თავისუფალი პროფესიის პირები, მმართველები, ბიზნესმენები. ინტერესების სფერო - კარგი სახლები, ავეჯი, ტანსაცმელი, საყოფაცხოვრებო ხელსაწყოები;
4. ქვედა - საშუალო (დაახლოებით 30%) - მოსამსახურეები, წვრილი მეწარმეები, „მუშა-არისტოკრატია“, ინჟინერ-ტექნიკური პერსონალი. ინტერესების სფერო - „გააკეთე-თვითონ“, სამეურნეო დანიშნულების საქონელი, მკაცრი სტილის ტანსაცმელი;
5. ზედა - დაბალი (დაახლოებით 35%) - მაღალი და საშუალო კვალიფიკაციის მუშები. ინტერესების სფერო - სპორტული ტანსაცმელი, ლუდი, საოჯახო მეურნეობის საქონელი;
6. ქვედა - დაბალი (დაახლოებით 20%) - არაკვალიფიციური მუშები და სახელმწიფოს კმაყოფაზე მყოფი პირები. ინტერესების სფერო - კვების პროდუქტები, სპორტული ტანსაცმელი.

22.5. საქონელი მარკეტინგის სისტემაში

საქონელი არის ყველაფერი ის, რასაც შეუძლია დააკმაყოფილოს ადამიანის მოთხოვნილება და რაც გამოტანილია ბაზარზე შეძენისა და მოხმარებისათვის. საქონელი შეიძლება იყოს ფიზიკური ობიექტი, მომსახურება, ორგანიზაცია, იდეა და სხვა.

საქონლის შექმნისას მწარმოებელმა უნდა გაითვალისწინოს, თუ რას შეიძენს სინამდვილეში მომხმარებელი, რასაც ეკონომისტები საქონლის შეძენის განაზრახს უწოდებენ. ამის შემდეგ მწარმოებელმა საქონლის განაზრახი რეალურ საქონლად უნდა გადააქციოს, რომელსაც უნდა გააჩნდეს თვისებათა ერთობლიობა, ხარისხის გარკვეული დონე, სპეციფიკური გაფორმება, სამარკო დასახელება, შეფუთვა. და ბოლოს მწარმოებელმა რეალური საქონლის შეძენის განაზრახი გარკვეული მომსახურებით უნდა განამტკიცოს, რაც გულისხმობს საქონლის შინ მიტანას, დამონტაჟებას, საგარანტიო ვადის დაწესებას და სხვ. (ნახატი 56).

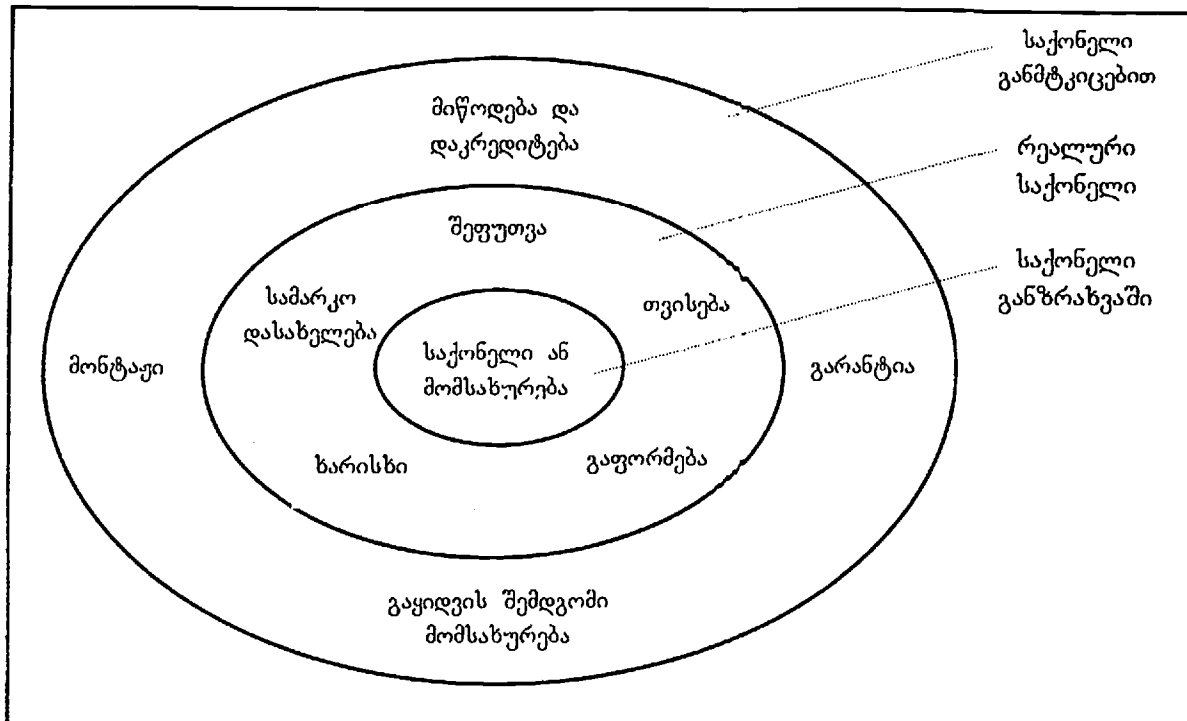
ნებისმიერი სახის საქონელი იყოფა სამ ჯგუფად:

- **ხანგრძლივი მოხმარების საქონელი** - მატერიალური ნაკეთობა, რომელიც ხანგრძლივი ვადით გამოიყენება (მაგალითად, მაცივარი, ავეჯი, ტანსაცმელი და სხვ.).
- **ხანმოკლე მოხმარების საქონელი** - მატერიალური ნაკეთობა, რომელიც ერთი ან რამდენიმე ციკლის გამოყენების შემთხვევაში მთლიანად მოიხმარება (მაგალითად, საკვები პროდუქტები, პირადი ჰიგიენის საგნები და სხვ.);

- **მომსახურება** – ცალკე გაყიდვის ობიექტია (მაგალითად, სამედიცინო მომსახურება, სარემონტო სამუშაოები და სხვ).

ნახატი 56

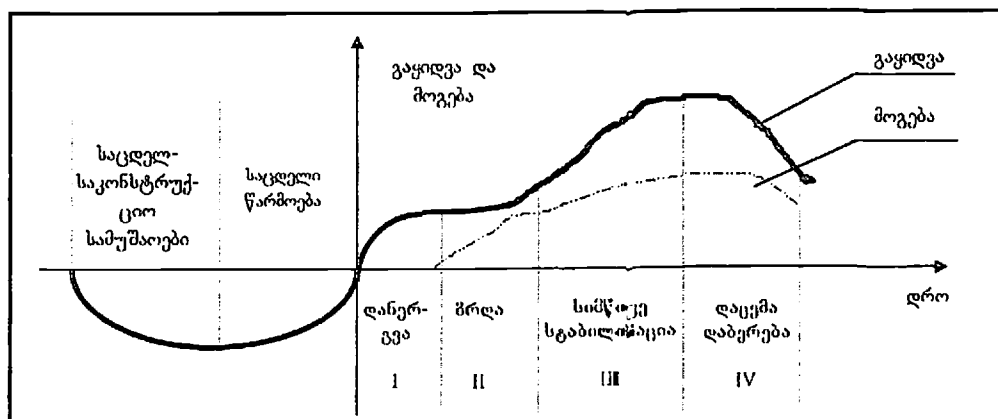
საქონლის დონეები



ყოველ კონკრეტულ საქონელს აქვს სასიცოცხლო ციკლი, რომელიც საცდელ-საკონსტრუქციო სამუშაოებისა და საცდელი ეგზემპლარების დამზადების შემდეგ გადის დანერგვის, ზრდის, სიმწიფის ანუ სტაბილიზაციისა და დაცემის ეტაპებს (ნახატი 57).

ნახატი 57

საქონლის სასიცოცხლო ციკლის გრაფიკული ასახვა



სამრეწველო დანიშნულების საქონელი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სასაქონლო ერთეულის, ნომენკლატურის ან ასორტიმენტის სახით.

სასაქონლო ერთეული განკერძოებული მთლიანობაა, რომელიც ხასიათდება სიდიდით, ფასით, გარეგნული სახის მაჩვენებლებითა და სხვა ატრიბუტებით.

სასაქონლო ნომენკლატურა წარმოადგენს საქონლის ჩამონათვალს, რომელიც რეკომენდებულია მყიდველისათვის კონკრეტული გამყიდველის მიერ.

სასაქონლო ასორტიმენტი არის საქონლის ჯგუფი, რომელშიც სხვადასხვა სახის საქონელი გაერთიანებულია ფუნქციის მსგავსების, სავაჭრო საწარმოს ტიპის ან ფასების დიაპაზონის მიხედვით.

ცალკეული მწარმოებელი ან მოვაჭრე ფირმა თავის საქონელს რაიმე ნიშნით გამოყოფს მსგავსი დანიშნულების სხვა საქონლისაგან.

მარკა არის სახელი, ტერმინი, ნიშანი, სიმბოლო, სურათი ან მათი ერთობლიობა, რომელთა მიზანია ცალკეული გამყიდველის ან გამყიდველთა ჯგუფის, საქონლის ან მომსახურების იდენტიფიცირება.

სამარკო დასახელება არის მარკის ნაწილი, რომლის წარმოთქმა შეიძლება ხმამაღლა. მაგალითად, „შეეოლე“, „დისნეილენდი“ და სხვა.

სამარკო ნიშანი (ემბლემა) არის მარკის ნაწილი, რომლის ამოცნობა შეიძლება, მაგრამ წარმოთქმა შეუძლებელია. მაგალითად, სიმბოლო, განსხვავებული შეფერილობა ან სპეციფიკური შრიფტით გაფორმება.

სასაქონლო ნიშანი არის მარკა ან მისი ნაწილი, რომელიც უზრუნველყოფილია სამართლებრივი დაცვით. სასაქონლო ნიშანი გამყიდველს ანიჭებს სამარკო დასახელებით ან ნიშნით (ემბლემით) სარგებლობის განსაკუთრებულ უფლებას. იგი რეგისტრირდება საქონლის განსაზღვრულ ნომენკლატურაზე და გამოიყენება მხოლოდ იმ საქონელზე, რომელიც ჩართულია რეგისტრაციისას წარდგენილ სიაში. სასაქონლო ნიშნის მფლობელები შეიძლება იყვნენ იურიდიული და ფიზიკური პირები. მასზე უფლებების მოქმედების ვადა და სხვისთვის გადაცემის პირობები განისაზღვრება ეროვნული კანონმდებლობით.

სასაქონლო ნიშნის რეგისტრაციისას ზოგჯერ ერევათ ორი ცნება: „სასაქონლო ნიშანი“ და „საფირმო დასახელება“, არადა, მათ შორის არსებობს განსხვავება.

საფირმო დასახელება არის რეგისტრირებული იურიდიული პირის (ფირმის, ორგანიზაციის) ოფიციალური სახელწოდება და გამოიყენება ფირმის რეკლამისათვის. საფირმო დასახელება ძალაში შედის იურიდიული პირის რეგისტრაციის თარიღიდან და წყვეტს მოქმედებას მისი ლიკვიდაციის ან სახელწოდების შეცვლასთან ერთად. საფირმო დასახელება არ შეიძლება გადაეცეს სხვა იურიდიულ პირს. საფირმო დასახელების მფლობელი შეიძლება იყოს მხოლოდ იურიდიული პირი.

არსებობს აგრეთვე ცნება **მომსახურების ნიშანი**, რომელიც რეგისტრირდება არა საქონლის მწარმოებელი ორგანიზაციების, არამედ იმ დაწესებულების მიერ, რომლებიც განსაზღვრულ მომსახურებას ეწევიან. თავისი დანიშნულებისა და ფუნქციების მიხედვით მომსახურების ნიშანი სასაქონლო ნიშნის ანალოგიურია, მაგრამ ემსახურება სხვადასხვა ორგანიზაციის მიერ გაწეული ერთიანი მომსახურების იდენტიფიკაციას.

საქონლის შეფუთვა არის საქონლისათვის გარისი შემუშავება და წარმოება.

საფირმო სტილი წარმოადგენს დიზაინის გეგმაზომიერ პოლიტიკას, რომელიც ეხება ფირმის საკმიანობის ყველა ასპექტს და ვრცელდება პროდუქციაზე, შეფუთვაზე, არქიტექტურაზე, ინტერიერზე, მომსახურებაზე.

საავტორო უფლება განსაკუთრებული უფლებაა, რომლის მიხედვითაც შესაძლებელია ავტორის მიერ ლიტერატურული, მუსიკალური ან მხატვრული ნაწარმოების შინაარსის ფორმის აღდგენა, პუბლიკაცია და გაყიდვა.

სასაქონლო პოლიტიკა არის რთული და მრავალმხრივი საქმიანობის სფერო, რომელიც მოითხოვს სასაქონლო ნომენკლატურის, ასორტიმენტის, სამარკო დასახელების, შეფუთვისა და მომსახურების კონკრეტული თავისებურებების შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებას.

წამყვანი ფირმების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მათ საქმიანობაში ეკონომიკური ეფექტიანობა უმეტესწილად განისაზღვრება **ინოვაციური აქტივობით**, ანუ ახალი საქონლის შექმნით. საქონელი ახალია, თუ იგი ან სრულად აკმაყოფილებს ახალ მოთხოვნილებას, ან ახალ დონეზე აკყავს ცნობილი მოთხოვნილება, ან მნიშვნელოვნად აფართოებს მომხმარებელთა წრეს, რომელთაც აქვთ უნარი, შეიძინონ ისეთი საქონელი, რომელიც მიღწეულ დონეზე აკმაყოფილებს ცნობილ მოთხოვნილებას. მას შეიძლება გააჩნდეს უამრავი ტექნოლოგიური სახე და ამავე დროს არ იყოს ბაზრისათვის ახალი, თუ აკმაყოფილებს იმავე მოთხოვნილებას და გააჩნია იგივე მომხმარებელთა წრე.

ახალი საქონლის შემუშავების პროცესში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მის **კონკურენტუნარიანობას**. ის გულისხმობს პროდუქციის მახასიათებელთა (ხარისხი, ფასი, სერვისი) ისეთ მთლიანობას, რომელიც უზრუნველყოფს საქონლის უპირატესობას ბაზარზე და მის წარმატებულ გასაღებას კონკურენციის პირობებში.

22.6. სამედიცინო ბაზრის ძირითადი მახასიათებლები

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, როგორც საზოგადოებრივი მეურნეობის დარგი, ფლობს მთელ რიგ მახასიათებლებს, რომლებიც ერთი შეხედვით საბაზრო მექანიზმის მოქმედებას ეწინააღმდეგება.

თავისი არსით, სამედიცინო მომსახურება **საზოგადოებრივ სიკეთეს** მიეკუთვნება, რომლის მახასიათებლები მნიშვნელოვნად განსხვავდება ინდივიდუალური მოხმარების მომსახურებისაგან. ჯერ ერთი, იგი კოლექტიური მოთხოვნილების ობიექტია, რაც იმას ნიშნავს, რომ ერთი ადამიანის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება არ ამცირებს საზოგადოების სხვა წევრებისათვის ხელმისაწვდომი მოხმარების რესურსებს. მეორეც, ინდივიდუალური მოხმარების სიკეთისაგან განსხვავებით, საზოგადოებრივ სიკეთეზე არ ვრცელდება ის პირობა, რომ მისი მოხმარების პროცესიდან შეიძლება ვინმეს გამორიცხვა. მაგალითად, გარემოს სანიტარიულ კეთილდღეობაზე მიმართული ღონისძიებების გატარებას სიკეთე მოაქვს მოსახლეობის დიდი ჯგუფისათვის ანუ ადამიანები სარგებლობენ სიკეთით, რომლის საფასური არ გადაუხდათ.

ზოგიერთი სახის სამედიცინო მომსახურების თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ მისი სამომხმარებლო ეფექტი ვრცელდება იმ პირებზედაც, რომლებიც საბაზრო გარიგებაში არ მონაწილეობენ. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მომსახურება გაეწევა კონკრეტულ პირებს, მაგრამ მას სარგებლობა მოაქვს სხვა ადამიანებისთვისაც. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ეგრეთ წოდებულ „გარე ეფექტთან“ (ანუ ექსტერნალიტეტთან). მისი კლასიკური მაგალითია ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკა. წითელას საწინააღმდეგო აცრებს უშუალო სარგებლობა მოაქვს არამარტო კონკრეტული პირებისათვის, არამედ მთლიანად საზოგადოებისათვის, რამდენადაც იზღუდება ამ დაავადების გავრცელების საშიშროება.

ჯანდაცვის სფეროში რესურსების დაგეგმვა მხოლოდ გადახდისუნარიანი მოთხოვნილების ან წარმოების მოტივების გათვალისწინებით ვერ უზრუნველყოფს საზოგადოებ-

რივი მოთხოვნების დაკმაყოფილებას. ამიტომ სახელმწიფოს მხრიდან საჭიროა ისეთი სპეციალური ზომების გატარება, როგორიცაა სამედიცინო მომსახურების კერძო მწარმოებლების სუბსიდირება, ან მოსახლეობისათვის ამ სახის მომსახურების სახელმწიფო დაწესებულებებში მიწოდება.

ამ მიზნით მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც, მოქმედებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სექტორი, რომელიც შეიცავს სამსახურებს, გამიზნულს ეპიდემიოლოგიურ სიტუაციაზე კონტროლის დაწესებაზე, ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკაზე, სანიტარიულ-საგანმანათლებლო საქმიანობაზე და სხვა. ამასთან, მნიშვნელოვანია, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შემავალი სამსახურების (სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სადგურები, ჯანდაცვის ცენტრები და სხვ.) დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხორციელდება. ნათელია, რომ ამ შემთხვევაში ბიუჯეტი დაფინანსებს არა ამ სამსახურის საქმიანობის კონკრეტულ შედეგებს, არამედ მათ მზადყოფნას, სათანადო სამუშაოს ჩასატარებლად.

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მხოლოდ საზოგადოებრივი სიკეთის არსებობით არ შეიძლება ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი საბაზრო მექანიზმების თავისებურებების დახასიათება. გულის უკმარისობის ან კუჭის წყლულის მკურნალობა არ წარმოადგენს საზოგადოებრივ სიკეთეს, რადგანაც მომსახურების ამ სახეს მოიხმარს კონკრეტული ავადმყოფი და ამიტომ ის პირად სიკეთეს მიეკუთვნება.

გაცილებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების სხვა მახასიათებლები, რომლებიც განაპირობებენ ჩვეულებრივი საბაზრო მოდელიდან მის გადახრას. ეკონომიკურ გადახრებს ბაზრის ნაკლოვანებებს უწოდებენ.

ბაზარი შეიძლება რესურსების განაწილების საიმედო რეგულატორად იქცეს მხოლოდ იმ პირობით, თუ უზრუნველყოფილი იქნება მომხმარებლის სრული ინფორმირებულობა და მისი დამოუკიდებლობა საქონლის მწარმოებლისაგან. ჯანდაცვაში ამ პირობებს, როგორც წესი, არ იცავენ შემდეგი გარემოებების გამო:

- პაციენტი, როგორც სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი, არ ფლობს იმ ცოდნას, რომელიც მას გაწეული მომსახურების მოცულობისა და ფასის განსაზღვრის (ან შეფასების) შესაძლებლობას მისცემდა;
- მას უძნელდება შეარჩიოს ექიმი, რომელსაც კონკურენტულ პირობებში უფრო იაფად და ეფექტურად შეუძლია დახმარება;
- ჩვეულებრივი ბაზრისაგან განსხვავებით, ჯანდაცვაში მწარმოებელი, და არა მომხმარებელი, განსაზღვრავს გასაწევი მომსახურების მოცულობას.

სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ სპეციფიკურ მახასიათებელს წარმოადგენს **მიწოდებით პროვოცირებული მოთხოვნა**. ბევრ შემთხვევაში პაციენტს არ ძალუძს საჭირო მომსახურების რაციონალური შერჩევა უკვე თავისი მდგომარეობის, ხოლო ზოგჯერ დროებითი ან სრული უუნარობის გამო. ექიმი ამ შემთხვევაში, ერთი მხრივ, წარმოადგენს პაციენტის აგენტს, რომელიც განსაზღვრავს მის მოთხოვნილებას და აუცილებელი მომსახურების მოცულობას, ხოლო მეორე მხრივ, იგი თვითონ არის ამ მომსახურების მწარმოებელი. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ექიმი განსაზღვრავს არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, არამედ მოთხოვნილებასაც. შედეგად ექიმს ექმნება შინაგანი კონფლიქტი სამედიცინო და ეკონომიკურ ინტერესებს შორის, ვინაიდან მას შეუძლია, დამატებითი მოგების მიღების მიზნით, გააფართოვოს დახმარების

მოცულობა, ამოირჩიოს მომსახურების ის სახეობა, რომელიც უფრო ძვირადღირებულია, იმავდროულად, ნაკლებად საჭიროა პაციენტისათვის.

საბაზრო გარემოში სამედიცინო დაწესებულებებს არ გააჩნიათ სათანადო შემზღუდველები რესურსების რაციონალური გამოყენებისათვის. მათ შეუძლიათ გააფართოვონ მომსახურების მოცულობა, რათა უზრუნველყონ არსებული სიმძლავრეების (საწოლთა ფონდის, სამედიცინო მოწყობილობისა და სხვ.) დატვირთვა. ამ პროცესის რეგულირების გარეშე, წინა პლანზე იწევს ფასების ინტენსიური ზრდა, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელი პაციენტს მოგების მიზნით სთავაზობს ძვირადღირებულ მომსახურებას და შედარებით იაფი, მარტივი, მაგრამ ეფექტიანი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება მივიწყებას მიეცემა;

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სპეციფიკა განსაზღვრავს ლოკალური და სტრუქტურული ეფექტიანობის ამაღლებაზე მართული მოქმედებების კონფლიქტს. ლოკალური ეფექტიანობა გულისხმობს რესურსების რაციონალურ გამოყენებას კონკრეტულ სამედიცინო დაწესებულებაში, მაშინ, როდესაც სტრუქტურული ეფექტიანობა მთლიანად სისტემას ეხება. მაგალითად, თუ სტაციონარში მოთავსებულია პაციენტი, რომლის მკურნალობა შესაძლებელი იყო ამბულატორიულად, ეს ხელს უწყობს საწოლთა დატვირთვის ზრდას, პერსონალის დასაქმებას და, საბოლოო ჯამში, ლოკალური ეფექტიანობის ზრდას. მაგრამ, ამ შემთხვევაში წარმოიქმნება წინააღმდეგობა სტაციონარისა და მთლიანად სისტემის ინტერესებს შორის, ვინაიდან სახსრები არარაციონალურად იხარჯება, რაც, თავისთავად, სტრუქტურული ეფექტიანობის შემცირებას იწვევს.

მიმწოდებლის მიერ შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების სტრუქტურული ეფექტიანობის ამაღლებისათვის საჭიროა მოსახლეობისათვის რეალურად საჭირო მომსახურების მოცულობისა და სტრუქტურის მიზანმიმართული მართვის უზრუნველყოფა, რაც დამფინანსებლის კომპეტენციაში უნდა შედიოდეს. დამფინანსებელი (განურჩევლად იმისა, იქნება ეს სადაზღვევო კომპანია, სახელმწიფო ბიუჯეტი თუ სხვ.) ვალდებულია გააკეთოს ის, რაც არ ძალუძს ცალკეულ პაციენტს არასაკმარისი ინფორმირების გამო. იმგვარად უნდა დაგეგმოს სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, რომ არსებული რესურსების რაციონალური გამოყენების საფუძველზე უზრუნველყოფილ იქნას ოპტიმალური თანაფარდობა მის ცალკეულ სახეობათა შორის.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისა და მომხმარებლის ინფორმაციული ასიმეტრია მოთხოვნისა და მიწოდების ჩვეულებრივი ურთიერთმოქმედების დეფორმირებას იწვევს. საკმარისია ითქვას, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც ამბულატორიული მომსახურების ანაზღაურება ხდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, მისი მოცულობა საგრძნობლად მაღალია, ვიდრე იქ, სადაც ამ დახმარების ანაზღაურება ხორციელდება ერთ პაციენტზე გამოყოფილი ფიქსირებული თანხის ფარგლებში (ე.წ. სულადობრივი პრინციპი). მაგალითად, გერმანიაში, რომელიც ქვეყნების პირველ ჯგუფს მიეკუთვნება, ამბულატორიული მიმართვების რიცხვი წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე 11,5-ია, მაშინ, როდესაც დიდ ბრიტანეთში, სადაც ექიმის შრომის ანაზღაურება ხდება სულადობრივი პრინციპით, წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე მხოლოდ 5,5 ვიზიტი აღირიცხება.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარს გააჩნია კიდევ ერთი თავისებურება, რომელიც რისკითა და სამომხმარებლო მოლოდინის გაურკვევლობითაა განპირობებული. ნებისმიერი ადამიანი იძულებულია გაითვალისწინოს, რომ არსებობს დაავადების წარმოშობის რისკი და მასთან დაკავშირებული ხარჯები. ამ ხარჯების მოცულობა შესაძლოა მეტად

მნიშვნელოვანი იყოს და მძიმე ტვირთად დააწვეს ავადმყოფს იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა ხდება მისი მოთხოვნების გაჩენის მომენტში.

იმისათვის, რომ ადამიანებმა თავი დააღწიონ ავადმყოფობასთან დაკავშირებულ მოულოდნელ ხარჯებს, მათ შეუძლიათ მიმართონ დაზღვევის სხვადასხვა ფორმას, რომლის დროსაც ჯანმრთელებს შეაქვთ გარკვეული თანხები სადაზღვევო კომპანიაში, რათა ავადმყოფობის შემთხვევაში აუნაზღაურდეთ მკურნალობის საფასური. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ადამიანები იძულებული არიან გაითვალისწინონ, რომ სერიოზული დაავადების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების ბაზარი ვერ უზრუნველყოფს პიროვნების საკმარის დაცვას დიდი ერთდროული დანახარჯებისაგან, ამიტომ ისინი სადაზღვევო მომსახურების ბაზარს მიმართავენ.

თავის მხრივ, სადაზღვევო მომსახურების ბაზარმაც შესაძლოა მთლიანად ვერ გადაჭრას დაავადებული ადამიანის პრობლემები, ვინაიდან სადაზღვევო კომპანია დაინტერესებულია მოსახლეობის შედარებით ჯანმრთელი ნაწილის დაზღვევაში (რომელიც, გასაგები მიზეზების გამო, ნაკლებ ხარჯებს მოითხოვს) და თავიდან აიცილოს ქრონიკული ავადმყოფები. ამიტომ სადაზღვევო და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის აუცილებელია ამ სფეროში სახელმწიფო რეგულირების სხვადასხვა ფორმის გამოყენება.

სამედიცინო მომსახურების მოცულობა არ შეიძლება განისაზღვროს მხოლოდ ადამიანის გადახდისუნარიანობით. ეს განსაკუთრებით თვალნათლივად ჩანს იმ შემთხვევებში, როდესაც ადამიანის ტანჯვის შემცირებისა და მისი სიცოცხლის გადასარჩენად საჭირო ხდება სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გაწევა. ამიტომ სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის საქმეში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპების დაცვას.

საბაზრო მექანიზმის კორექტირების აუცილებლობა ნაკარნახევი იმ გარემოებითაც, რომ ყველაზე მაღალი მოთხოვნილება სამედიცინო მომსახურებაზე დაბალი შემოსავლის მქონე ადამიანებს გააჩნიათ. სამედიცინო მომსახურების მოხმარების საქმეში თანაბარ შესაძლებლობათა უზრუნველყოფის აუცილებლობა კარნახობს საზოგადოებას ჯანდაცვის ბიუჯეტის გადანაწილებას – მოხუცების, ბავშვების, დაბალშემოსავლიანი პირების, ქრონიკული ავადმყოფების სასარგებლოდ. ამიტომ, ჯანდაცვის განვითარების ძირითად პრინციპად გვევლინება სოლიდარობის დამკვიდრება, როდესაც მდიდარი იხდის ღირბის, ჯანმრთელი – ავადმყოფის, ახალგაზრდა – მოხუცის ნაცვლად. ამკარაა, რომ ამ პრინციპის რეალიზაცია სახელმწიფოს აქტიურ ჩარევას საჭიროებს.

პაციენტი, რომელსაც აქვს სამედიცინო დაზღვევა ან სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში უფასო სამედიცინო მომსახურების უფლება, ხშირად არ აღიქვამს, თუ რაოდენ ძვირი უჯდება საზოგადოებას მისი უზრუნველყოფა. ზოგჯერ მასში ილვიძებს სერიოზული ცდუნება – მაქსიმალური მოცულობით მიიღოს სამედიცინო მომსახურება (მაგალითად, კიდევ ერთხელ ეწვიოს სპეციალისტს, დაუჩენებლად მოითხოვოს საავადმყოფოში დაწვენა ან მისცენ ძვირადღირებული წამლის მიცემა). თუ ამას დავუმატებთ ექიმების დაინტერესებას მომსახურების მოცულობის გაზრდაში, სახეზე იქნება ძვირადღირებული რესურსების არარაციონალური ხარჯვა, რომელიც ხშირად კლინიკურად დასაბუთებული არ არის. ეკონომიკურ თეორიაში ამ მოვლენამ „მორალური ცდუნების“ სახელწოდება მიიღო.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელთა კონკურენციის შეზღუდვა. პირველი ფაქტორი, რომელიც აკავებს კონკურენციას – სტაციონარული მომსახურების იერარქიული სისტემის აგება წარმოადგენს. ეს სისტემა მოქმედებს ბევრ ქვეყანაში და ეტაპობრივ პრინციპს ემყარება. შედარებით მარტივი შემთხვევების კონცენტრაცია ხდება საცხოვრებელ ადგილთან მიახლოებულ მცირე საავადმყოფოებში, უფრო რთულის კი – მსხვილ რეგიონულ ცენტრებში. სხვადასხვა დონის სტაციონარები ჩვეულებრივ განსხვავდება აღჭურვილობით, პერსონალის კვალიფიკაციითა და მომსახურების მრავალფეროვნებით. მათი არაერთგვაროვნება საკმარისად ავიწროებს პოტენციური კონკურენციის სფეროს.

მეორე ფაქტორი – გულისხმობს შრომითი და მატერიალური რესურსების ნაკადის შეზღუდვას. ბევრ ქვეყანაში სამედიცინო პრაქტიკის უფლებას იღებენ მხოლოდ ის ექიმები, რომელთა მომზადების დონე დადგენილ მოთხოვნებს შეესაბამება. ამის გარდა, მაგალითად, აშშ-ში მოქმედი ექიმები გაერთიანებული არიან ასოციაციებში, რომლებიც ლობირებენ უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში სტუდენტთა მიღების შეზღუდვას, ხელს უწყობენ საექიმო პრაქტიკის ლიცენზიის მაძიებელთა მიმართ გამოყენებული მოთხოვნების გამკაცრებას და სხვ. იგივე შეეხება სამედიცინო დაწესებულებებსაც, რომელთა დაკომპლექტებისა და აღჭურვილობის სტანდარტები იმდენად რთულია, რომ ახალი დაწესებულების გახსნა ზოგიერთ ქვეყანაში თითქმის შეუძლებელია.

ერთ-ერთ ბარიერს წარმოადგენს მოთხოვნები იმ რთულ სამუშაოთა მოცულობის აუცილებელი შესრულების შესახებ, რომლებიც განსაკუთრებულ კვალიფიკაციასა და მუდმივ პრაქტიკას მოითხოვს. მაგალითად, აშშ-ში საავადმყოფოს არა აქვს ღია გულზე ქირურგიული ოპერაციები გაკეთების უფლება, თუ წინა წელს გაკეთებული ანალოგიური ოპერაციების რაოდენობა 150-ზე ნაკლებია. შესაბამისად, ასეთი საავადმყოფო ვერ გააფორმებს სათანადო კონტრაქტს სადაზღვევო კომპანიებთან.

თუმცა ბოლო დრომდე, ამბულატორიული დახმარების სექტორში მსგავსი შეზღუდვები ბევრად ნაკლები იყო, მაგრამ დღესდღეობით დასავლეთის რიგ ქვეყანაში (ზოლო ბოლო წლების მანძილზე ზოგიერთ ახალ დამოუკიდებელ სახელმწიფოში, მათ შორის ჩეხეთში, სლოვაკეთში, პოლონეთში და სხვ.), სადაც ამბულატორიული დახმარება ხორციელდება ინდივიდუალური და ჯგუფური საექიმო პრაქტიკის საფუძველზე, ექიმთა შორის გამძაფრდა კონკურენცია პაციენტთა მოზიდვის მიზნით. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს ფორმირება საკმარისად სწრაფად მიმდინარეობს, ვინაიდან ათწლეულების მანძილზე შექმნილი მრავალპროფილური საავადმყოფოები, სპეციალიზებული სტაციონარები, ახლადგახსნილი საკონსულტაციო და დიაგნოსტიკური ცენტრები, პოლიკლინიკები გადამხდელუნარიანი პაციენტის აშკარა ნაკლებობას განიცდიან. განსაკუთრებით მწვავედ დგას კონკურენციის პრობლემა ამბულატორიული დახმარების სფეროში. ნაწილობრივ იგი იზღუდება პოლიკლინიკების მიერ ტერიტორიულ პრინციპზე დამყარებული მომსახურების გაწევით, რაც ამცირებს პაციენტის არჩევანს.

მართალია, სამედიცინო მომსახურება დიდ ცენტრებში შედარებით რაციონალური და ეკონომიკურად გამართლებულია, მაგრამ მსხვილი ცენტრების შექმნისას გასათვალისწინებელია არამარტო ორგანიზაციული ასპექტები, არამედ საბაზრო შედეგებიც. გამსხვილებისა და სპეციალიზაციის შედეგების შეფასებისას საჭიროა სამედიცინო ბაზარზე მონოპოლიზმის გათვალისწინება, რაც ზღუდავს არამარტო პაციენტთა, არამედ ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოებისა და სადაზღვევო კომპანიების არჩევანს, რომლებიც იძულებულნი არიან დათანხმდნენ მონოპოლიზტის ხშირად დაუსაბუთებელ პირობებს.

22.7. სამედიცინო ბაზრის დაგეგმვა და რეგულირება

საბაზრო ურთიერთობები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დაგეგმვისა და რეგულირების მექანიზმებთან შერწყმით მოქმედებენ. რეგულირებული ბაზრის შემთხვევაში მყიდველი ირჩევს სამედიცინო მომსახურების ყველაზე ეფექტიან ვარიანტებს. ამასთან, იგი ითვალისწინებს ცენტრალურ და რეგიონულ დონეებზე სტრატეგიული და მიმდინარე მიზნების მოთხოვნებს.

საბაზრო ურთიერთობათა რეგულირების ეფექტურ მექანიზმს დაგეგმვა წარმოადგენს. დამფინანსებელი მხარე სამედიცინო მომსახურების შეკვეთის წინ გეგმავს მის მოცულობასა და სტრუქტურას. დაგეგმვის პროცესში შეიძლება სხვადასხვა ტერიტორიული და საუწყებო დაქვემდებარების სამედიცინო დაწესებულებების წინადადებების შეკრება, რათა, საბოლოო ჯამში, აიგოს მოსახლეობისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების რაციონალური სქემა. დაგეგმვის პროცესში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს სამედიცინო ორგანიზაციათა ბიზნეს-გეგმების შედგენას.

სახელმწიფო რეგულირების უმნიშვნელოვანესი ელემენტია ჯანდაცვის სისტემაში წონასწორობის უზრუნველყოფა, რაც გულისხმობს სახელმწიფო ვალდებულებათა დაბალანსებას სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო და არსებულ ფინანსურ რესურსებს შორის. ის შესაძლებელია განხორციელდეს, ერთი მხრივ, ისეთი საკანონმდებლო და ნორმატიული აქტების მეშვეობით, რომლებიც ხელს უწყობენ ძვირადღირებული რესურსების ზრდის შეკავებას და სტიმულს აძლევენ შედარებით იაფი, მაგრამ ხარვეზექტიანი სამედიცინო დახმარების სახეობათა განვითარებას და, მეორე მხრივ, ზოგიერთი სახეობის მომსახურების მოცულობაზე გარკვეული შეზღუდვების დაწესების გზით.

გადაწყვეტილების მიღება შეუძლებელია, თუ არ ვიცით მთლიანად სამედიცინო დაწესებულების ან მისი ცალკეული ქვედანაყოფების ხარჯები. მათი კლასიფიკაცია დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელ ასპექტში განიხილება ეს საკითხი. გაწეული მომსახურების მოცულობაზე დამოკიდებულების ნიშნით დანახარჯები შეიძლება დავყოთ მუდმივ და ცვალებად, მკურნალობის ტექნოლოგიური პროცესის მიმართებით – ძირითად და ზედნადებ ხარჯებად, ამა თუ იმ პროცედურის სამკურნალო პროცესზე ზეგავლენის კუთხით – პირდაპირ და არაპირდაპირ დანახარჯებად და სხვ.

მუდმივი დანახარჯები არ არის დამოკიდებული გაწეული დახმარების მოცულობაზე. მათ მიეკუთვნება თანამშრომლების ხელფასი, საამორტიზაციო ანარიცხები, კომუნალური ხარჯები და სხვ.

ცვალებადი დანახარჯები პირდაპირპროპორციულ კავშირშია გაწეული მომსახურების მოცულობაზე. ასეთ დანახარჯებს განეკუთვნება – მედიკამენტებზე, მასალებზე, რეაქტივებზე, სამედიცინო პერსონალის დამატებით ანაზღაურებაზე, კვებაზე დახარჯული სახსრები.

ხარჯების დაყოფა მუდმივ და ცვალებად დანახარჯებად ყოველთვის ადვილი განსახორციელებელი როდია. მაგალითად, მედლის შრომის ანაზღაურება შეიძლება შეიცავდეს ფიქსირებულ ხელფასს და ყოველი ფასიანი მომსახურების გასამრჯელოს, ასევე, როგორც მუდმივი, ისე ცვალებადი შემადგენელი ნაწილები აქვს ელექტროენერგიის საფასურს.

ძირითადი ხარჯები არის ისეთი ხარჯები, რომლებიც უშუალოდ დაკავშირებულია მომსახურების ტექნოლოგიასთან და რომელთა გაწევის გარეშეც მოცემული მომსახურე-

ბის მიწოდება შეუძლებელია. მას მიეკუთვნება მედიკამენტებზე, რეაქტივებზე, შესახვევ მასალებზე, პერსონალის ხელფასზე, ელექტროენერგიაზე და სხვა ხარჯები.

ზედნადებ ხარჯებს უწოდებენ ხარჯებს, რომელთა გარეშე სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირება შეუძლებელია, მაგრამ ისინი უშუალოდ არ არიან დაკავშირებული სამედიცინო ტექნოლოგიებთან. ეს არის ადმინისტრაციულ-მმართველობითი, დამხმარე პერსონალის ხელფასი, შენობა-ნაგებობათა დასუფთავების, საინფორმაციო სისტემის, დაცვის, ტელეფონის გადასახადი და ა.შ. ზედნადები ხარჯები ზოგჯერ მთლიანი ხარჯების მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენენ, ამიტომ მათი უგულვებელყოფა არ შეიძლება.

პირდაპირ დანახარჯებს მიეკუთვნება ხარჯები, რომელთა მეშვეობით უშუალოდ უზრუნველყოფთ მოცემული პროცედურის ან მომსახურების განხორციელებას (მაგალითად, დანახარჯები მედიკამენტებზე, შრომის ანაზღაურებაზე და სხვ.);

არაპირდაპირ დანახარჯებს მიეკუთვნება ხარჯები, რომელთა გამოყენება უშუალოდ ვერ უზრუნველყოფს მოცემული პროცედურის ან მომსახურების განხორციელებას. ეს არის არა მხოლოდ ზედნადები, არამედ ხარჯები, რომლებიც დაკავშირებულია პარაკლინიკური ქვედანაყოფების (რენტგენის კაბინეტის, საოპერაციოს, კლინიკური ლაბორატორიის და სხვ.) ფუნქციონირებასთან.

სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ზრდის ან შემცირების დაგეგმვის პროცესში მეტად მნიშვნელოვანია საშუალო და ზღვრული დანახარჯების გამიჯვნა. **საშუალო დანახარჯები** არის სრული დანახარჯები, გაყოფილი გაწეული დახმარების მოცულობაზე. **ზღვრული დანახარჯები** წარმოადგენს დადგენილი ნორმის ზემოთ ჩატარებული პროცედურების გაწევაზე დახარჯულ თანხას. ზღვრული დანახარჯები შეიძლება იყოს საშუალოზე მაღალი ან დაბალი. თუ მომსახურების მოცულობის ზრდა დამოკიდებული არ არის მუდმივი დანახარჯების ნახტომისებურ ზრდაზე (მაგალითად, ახალ სიმძლავრეთა ამოქმედება), მაშინ ზღვრული დანახარჯები საშუალოზე დაბალი აღმოჩნდება, რამდენადაც ისინი მხოლოდ ცვალებად დანახარჯებს შეიცავენ. ზღვრული დანახარჯების როლი მნიშვნელოვანია გაწეული მომსახურების მოცულობის ზრდასთან ან შემცირებასთან დაკავშირებული დანახარჯების ცვალებადობის შეფასებისას, ვინაიდან მხოლოდ საშუალო დანახარჯებით სარგებლობისას შეიძლება მომატებული ან შემცირებული შედეგი მივიღოთ.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირების სისტემა შეიძლება განხილულ იქნას როგორც მისი სრული **გასახელმწიფოებრიობა**, რომელიც მოითხოვს მართვის ადმინისტრაციული მეთოდების გამოყენებას. ასეთ სისტემის ნიშან-თვისებებია:

- სამედიცინო დაწესებულებები სახელმწიფოს საკუთრებაშია, აქვთ სახელმწიფო დაწესებულების სტატუსი და პირდაპირ იმართებიან აღმასრულებელი ხელისუფლების (ჯანდაცვის მართვის ორგანოების) მიერ;
- მართვის ორგანო ზემოდან დადგენილი ნორმატივების საფუძველზე გეგმავს სახელმწიფო დაწესებულებათა ქსელს;
- დაფინანსების სისტემაში დომინირებს არსებული რესურსების მაჩვენებლები (საწოლთა ფონდი, სამედიცინო მუშაკების რიცხვი და სხვა);
- სახელმწიფო დაწესებულებათა თავისუფალი მანევრირების უფლება შეზღუდულია არსებული რესურსებით;

- სახელშეკრულებო ურთიერთობები დამფინანსებელ მხარესა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის არ არსებობს.

ჯანმრთელობის დაცვის სრული გასახელმწიფოებრიობა აკნინებს მართვის ეკონომიკური მეთოდების გამოყენების როლს. სამედიცინო დაწესებულებები ორიენტირებული არიან მხოლოდ ნორმატივების სისტემაზე და იშვიათად გააჩნიათ საქმიანობის მოცულობის გაფართოებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების ეკონომიკური სტიმულები.

მართვის ადმინისტრაციული მეთოდების შერწყმა სარესურსო მაჩვენებლებზე დაფუძნებულ დაფინანსების სისტემასთან ხელს უწყობს ქსელის ექსტენსიურ განვითარებას, ამიტომ დაგეგმილი შედეგების მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ შრომითი და მატერიალური რესურსების ზრდის ხარჯზე. ამის საპირისპიროა ქსელის ინტენსიური განვითარება, რომელიც გულისხმობს დაგეგმილი შედეგების მიღწევას არა დამატებითი ინვესტიციების მოზიდვით, არამედ უკვე არსებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენებით.

აქედან გამომდინარე, აშკარაა, რომ მხოლოდ საბაზრო მექანიზმები ვერ წყვეტს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და სისტემაში არსებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენების ამოცანას. ეს მითუმეტეს შეუძლებელია, თუ საქმე გვაქვს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულ გასახელმწიფოებრიობასთან, რაც უპირატესად მართვის მბრძანებლურ-ადმინისტრაციული მეთოდების გამოყენებას ეფუძნება.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ბევრ ქვეყანაში მიმდინარეობს საბაზრო რეგულირებისა და დაგეგმვის შერწყმაზე დაფუძნებული შერეული მოდელის აქტიური ძიება. რიგ ქვეყანაში ასეთი მოდელები ფუნქციონირებენ სხვადასხვა სახელწოდებით: „საშინაო ბაზარი“ (დიდი ბრიტანეთი), „დაგეგმილი ბაზარი“ (შვედეთი), „რეგულირებადი კონკურენცია“ (აშშ, ნიდერლანდები) და სხვ.

რეგულირებული ბაზრის მოდელს საფუძვლად უდევს ოთხი მთავარი იდეა:

1. სახელმწიფო ან რომელიმე ორგანიზაცია, რომელიც პასუხისმგებელია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსებაზე (დამფინანსებელი), წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მყოფელს. მოსახლეობის ინტერესებიდან გამომდინარე, ის ამყარებს სახელშეკრულებო ურთიერთობებს ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებასთან, რომელსაც ძალუძს საჭირო მოცულობისა და ხარისხის მომსახურების უზრუნველყოფა. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში არსებული საფინანსო რესურსების გამოყენება ხელშეკრულების ფარგლებში წარმოებს.

2. დამფინანსებელი მხარე, როგორც სამედიცინო მომსახურების მყიდველი, გეგმავს მის მოცულობასა და სტრუქტურას, რაც, საბოლოო ჯამში, აისახება სამედიცინო დაწესებულებებთან დადებულ ხელშეკრულებებში. მომსახურების ანაზღაურება, ძირითადად, შეთანხმებული მოცულობის ფარგლებში ხორციელდება.

3. სამედიცინო მომსახურების მყიდველი მიზანმიმართულად აყალიბებს საბაზრო გარემოს, რისთვისაც იყენებს ორგანიზაციულ ღონისძიებათა კომპლექსს სამედიცინო შეკვეთის კონკურენტულ პირობებში განსათავსებლად. მომწოდებელთა შერჩევა წარმოებს კონკურსის საფუძველზე, რომელშიც შემკვეთი აყალიბებს თავის მოთხოვნებს მომსახურების მოცულობის, ხარისხისა და სხვა პირობების შესახებ. პირობები ღიადა განიხილება შეკვეთის მიღების პრეტენდენტებთან.

4. ცენტრალურ და რეგიონულ დონეებზე მოქმედი ჯანდაცვის მართვის ორგანოები შეიმუშავებენ და ახორციელებენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკას, რომლის ფარგლებშიც მოქმედებენ სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველები. ამ პოლიტიკის ცენტრალური რგოლია სახელმწიფო ვალდებულებებისა და არსებული ფინანსური რესურსების დაბალანსება, რაც მოითხოვს საგეგმო და მარეგულირებელი მუშაობის გაძლიერებას, როგორც ცენტრალურ, ასევე ადგილობრივ დონეზე.

რეგულირებული ბაზრის ძირითადი მიზანია რესურსების ეფექტიანი გამოყენება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაქსიმალური შენარჩუნებით და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპის უზრუნველყოფა.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი რეგულირებული ბაზარი სხვა სახის სასაქონლო ბაზრისაგან განსხვავდება იმით, რომ მასში საბაზრო ურთიერთობები სისტემის შიგნით მოქმედებენ. მაგალითად, თუ ყურძნის მწარმოებლები ახერხებენ, მკვეთრად გაზარდონ გაყიდვების მოცულობა, მაშინ კონკურენტულ ბრძოლაში მარცხდება სხვა პროდუქტის მწარმოებელი, რომლის ზარალის ხარჯზე გაიზრდება ყურძნის მწარმოებლების მოგება. ზემომოყვანილისაგან განსხვავებით, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებისათვის გამოყოფილი სახსრები არ იცვლება, ხდება მხოლოდ მათი გადანაწილება სისტემის შიგნით მოქმედ ნაკლებად ეფექტურიდან უფრო მეტად ეფექტურ ობიექტებზე.

რეგულირებული ბაზრის მოდელის ფარგლებში, როგორც წესი, გამოიყენება, საბაზრო მექანიზმების არა მთლიანი სპექტრი, არამედ მათი ნაწილი (მაგალითად, სახელშეკრულებო ურთიერთობანი მყიდველისა და სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელს შორის). მაგრამ, სხვა სასაქონლო ბაზრისაგან განსხვავებით, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ფასებს უფრო ხშირად სახელმწიფო აწესებს. მართალია, ფასები შეიძლება ხელშეკრულების საფუძველზე დაწესდეს, მაგრამ ამ შემთხვევაში სახელმწიფო არ უშვებს იმ სამედიცინო დაწესებულებათა გაკოტრებასა და დახურვას, რომლებსაც სამედიცინო მომსახურებაზე შეკვეთა არ მიუღიათ.

დამფინანსებელი მხარის, როგორც სამედიცინო მომსახურების მყიდველის, ახალი როლი რეგულირებული ბაზრის მოდელის მოქმედების ძირეულ ელემენტს წარმოადგენს. ეს, პირველ რიგში, ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულების ჯანდაცვის მართვის ორგანოზე პირდაპირი დაქვემდებარების შეცვლას საბაზრო გარიგებებითა და სამოქალაქო-სამართლებრივი ურთიერთობებით. ამის საფუძველია ხელშეკრულება, რომელიც განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ხარისხსა და ფასს, დამკვეთის და შემსრულებლის მიერ ნაკისრ ვალდებულებებს.

მეორე მხრივ, მკვიდრდება პრინციპი – „ფული მიყვება პაციენტს“. მოსახლეობას შეუძლია გააკეთოს არჩევანი იმ სამედიცინო დაწესებულებათა შორის, რომლებიც მონაწილეობენ სახელმწიფო პროგრამებში. ასეთი არჩევანი წარმოადგენს ინფორმაციის მთავარ წყაროს სამედიცინო მომსახურების მყიდველისათვის, რომელიც უარს ამბობს მომდევნო ხელშეკრულების დადებაზე ნაკლებად კონკურენტუნარიან დაწესებულებასთან. მყიდველი გეგმავს, როგორც პაციენტების, ასევე ფინანსური სახსრების ნაკადებს, ღებს ახალ ხელშეკრულებებს იმ სამედიცინო დაწესებულებებთან, რომლებიც ყველაზე მეტი მოთხოვნილებით სარგებლობენ მოსახლეობაში.

და ბოლოს, სამედიცინო მომსახურების მყიდველი ანაზღაურებს არა რესურსებს, არამედ სამედიცინო საქმიანობის საბოლოო შედეგებს. ამასთან, მყიდველი არა უბრალოდ ანაზღაურებს სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეულ ხარჯებს, არამედ აქტიურ გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე, ხარისხსა და სტრუქტურაზე,

რაც მოსახლეობის მოთხოვნილებების და გაწეული მომსახურების სტრუქტურის სერიოზული ანალიზის საფუძველზე კეთდება, დამფინანსებელი მხარე სახელშეკრულებო სისტემაში გამოდის, როგორც სამედიცინო მომსახურების შეთანხმებულ მოცულობათა ინფორმირებული მყიდველი.

სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლებსა და დამფინანსებელს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობები შეიძლება ჩამოყალიბდეს, როგორც კონკურენტულ, ასევე არაკონკურენტულ გარემოში. პირველ შემთხვევაში უპირატესობა მიეცემა ხელშეკრულებებს, რომლებიც აკმაყოფილებენ სამედიცინო მომსახურების მყიდველის მიერ განსაზღვრულ კრიტერიუმებს, რაც რამდენიმე პოტენციურ მიმწოდებელთან მოლაპარაკების წარმოების შედეგად დგინდება. მეორე შემთხვევაში, კონკურსის ჩატარების საფუძველის არარსებობის გამო ხელშეკრულება გვევლინება, როგორც შემკვეთის მიერ შემუშავებული გეგმის რეალიზაციის ინსტრუმენტი. თუმცა პირველი ვარიანტი, უთუოდ, უკეთესია, მაგრამ ხშირად მეორე ვარიანტიც გამოიყენება.

კონკურენტულ გარემოში სახელშეკრულებო ურთიერთობები, წარმოდგენილი პროექტების სელექციის საშუალებას იძლევა, რაც გულისხმობს, რომ:

- შემკვეთს აქვს უფლება გააფორმოს ხელშეკრულება სამედიცინო მომსახურების არა ყველა მწარმოებელთან, არამედ მხოლოდ იმათთან, ვინც უკეთეს პირობებს შესთავაზებს;
- შეკვეთა განთავსდება მხოლოდ კონკურსის საფუძველზე;
- შემკვეთი ახორციელებს ხელშეკრულებათა შესრულების მონიტორინგს და საბოლოო შეფასებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კონკურენციის სტიმულირებას, რომელიც უნდა იყოს არამართო ეკონომიკურად გამართლებული, არამედ უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტთა ინტერესებს.

შეიძლება გამოიყოს კონკურენციის სტიმულირების შემდეგი მიმართულებები:

- სახელშეკრულებო ურთიერთობათა სტიმულირების მიზნით, დამფინანსებელი მხარე ვალდებულია განიხილოს კონკურენტთა მიერ შემოთავაზებული ყველა ალტერნატიული ვარიანტი და შეაფასოს მათი შედარებითი ეფექტიანობა დანახარჯებისა და მოსახლეობის მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილების შესაძლებლობათა გათვალისწინებით;
- ხელშეკრულების დადების ძირითად კრიტერიუმად უნდა იქნეს მიჩნეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის მიმართ არსებული მოთხოვნები;
- საჭიროა მოსალოდნელი დანახარჯების შესახებ ინფორმაციის წარმოდგენა და ცალკე განხილვა. სხვა თანაბარი პირობების არსებობისას უპირატესობა ენიჭება იმ დაწესებულებებს, რომლებიც უფრო დაბალ ფასს შესთავაზებენ დამფინანსებელს. კონკურსის ყველა მონაწილე უნდა იყოს ინფორმირებული, თუ რა წინადადებებით გამოდიან მისი პოტენციური კონკურენტები;
- ფასწარმოქმნის პროცესი უნდა მიმდინარეობდეს მკაცრი მოთხოვნების დაცვით, რომელთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება საფინანსო აუდიტის ჩატარებას წარმოდგენილი ფასების საფუძვლიანობის დადგენის მიზნით (ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მონოპოლისტ-მწარმოებელთან მოლაპარაკების ჩატარების პროცესში);

- უნდა გამოირიცხოს შემთხვევები, როდესაც ხელშეკრულებაში ჩაიდება არა უშუალოდ გაწეული მომსახურების ფასი, არამედ, მაგალითად, გამოუყენებელ სიმძლავრეთა შენახვისათვის საჭირო დანახარჯები.

სამედიცინო დაწესებულებების მონოპოლიზმის შეზღუდვის მიზნით საჭიროა ორგანიზაციული ღონისძიებების კომპლექსის განხორციელება, რომელიც ითვალისწინებს:

- დამოუკიდებლად მოქმედი კერძო პრაქტიკით მომუშავე ექიმთა ქსელის ფორმირებას, მათ შორის კონკურენციის სტიმულირებას;
- პოლიკლინიკისა და კერძო პრაქტიკის ექიმთა მიერ წარდგენილი პაციენტების სიის პერიოდულ გადამოწმებას;
- ექსპერტიზის ჩატარებას ახალი სპეციალიზებული ცენტრების შექმნის ან ძვირადღირებული მოწყობილობის შეძენის მიზანშეწონილობის დასადგენად;
- კერძო სამედიცინო ორგანიზაციათა ქსელის შექმნის მხარდაჭერას, კონკურსის საფუძველზე სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში მათ ჩართვას.

თავი 23. ფასი და ფასწარმოქმნა ჯანდაცვის სისტემაში

23.1. შესავალი

ეკონომიკურ ურთიერთობათა სპეციფიკა განსაზღვრავს ფასწარმოქმნის თავისებურებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, რომელიც, უწინარეს ყოვლისა, განპირობებულია ფასების რეგულირების აუცილებლობასთან დაკავშირებული პრობლემებით.

ფასი წარმოადგენს საქონლის ან მომსახურების ღირებულების ფულად გამოხატულებას. ღირებულება, ერთი მხრივ, ასახავს, საქონლის ან მომსახურების სარგებლიანობას, მეორე მხრივ კი – მის წარმოებაზე გაწეული ხარჯების ღირებულებას.

ფასის გავლენა ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ეკონომიკურ პროცესებზე მისი სხვადასხვაგვარი ფუნქციის მეშვეობით ვლინდება, რომელშიც გამოიყოფა:

- გაზომვის – ფასი წარმოადგენს ფულის რაოდენობას, რომელსაც კონკრეტული მომსახურებისათვის მყიდველი იხდის, ხოლო მწარმოებელი ღებულობს;
- შედარების – რადგან ფასში ასახულია მომსახურების სარგებლიანობა და მასზე გაწეული ხარჯები, ფასების შედარებით შეიძლება მომსახურების კონკრეტული სახის სარგებლიანობის დადგენა;
- სააღრიცხვო – იძლევა რა მომსახურების ნატურალურ-საგნობრივი ფორმიდან ფულად ფორმაში გადაყვანის საშუალებას, ქმნის სხვადასხვა სახის მომსახურების ერთიანი აღრიცხვის საფუძველს;
- მარეგულირებელი – ფასი ეკონომიკური პროცესების რეგულირების ინსტრუმენტია, რომელიც მომსახურების მოთხოვნისა და მიწოდების დაბალანსების საშუალებას იძლევა;
- მასტიმულირებელი – კონკურენციის პირობებში ფასის ღირებულება მწარმოებელს ცხოვრების ეკონომიკურად წარმოების სტიმულს აძლევს;
- გადამანაწილებელი – ფასების ცვალებადობა სხვადასხვა სახის საქონელზე ან მომსახურებაზე ხელს უწყობს შემოსავლების გადანაწილებას, ეკონომიკის სექტორებს და ღირებულების შიგნით მომხმარებელთა ჯგუფებს შორის.

23.2 ფასების კლასიფიკაცია

სამომხმარებლო მოთხოვნა მწარმოებელთა შორის ფასების კონკურენციას უწყობს ხელს. აქედან გამომდინარეობს გადახდისუნარიან მოთხოვნაზე მარკეტინგული გამოკვლევების ჩატარებაში სამედიცინო ორგანიზაციების დაინტერესება. ამგვარად, რომ სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებმა უნდა იცოდნენ, რომელი კატეგორიის მომხმარებელზე აიღონ ორიენტაცია, რა ფასები მისცემთ მათ სამედიცინო ბაზრის შენარჩუნების ან გაფართოების საშუალებას.

მწარმოებლის ფასი ყალიბდება საწარმოო ხარჯების გათვალისწინებით, რომელსაც ემატება მოგება ყველა გამოყენებულ რესურსზე (ავანსირებული კაპიტალი). ფასის დასადგენად მწარმოებელმა აუცილებელია იცოდეს, რა სახის და რა რაოდენობის რესურსები გამოიყენება კონკრეტული მომსახურების ან საგნის წარმოებისათვის.

მოთხოვნის ფასი ყალიბდება მომხმარებელთა გადახდისუნარიანი მოთხოვნისა და მიწოდების საფუძველზე.

მომხმარებლის (ჯანდაცვის სისტემაში – პაციენტის) სუბიექტური წარმოდგენა მომსახურების ფასზე შემდეგი სქემით ყალიბდება. უწინარეს ყოვლისა, მას აინტერესებს მომსახურების სარგებლიანობა ჯანმრთელობაზე დადებითი გავლენის თვალსაზრისით. იგი

მომსახურების სარგებლიანობა ჯანმრთელობაზე დადებითი გავლენის თვალსაზრისით. იგი მოსალოდნელ სარგებლიანობას უფარდებს მწარმოებლის მიერ შეთავაზებულ ფასს, ზშირად ერთმანეთს ადარებს ერთსა და იმავე მომსახურებაზე სხვადასხვა მწარმოებლის მიერ დადგენილ ფასებს და საკუთარი გადამხდელუნარიანობის გათვალისწინებით იღებს საბოლოო გადაწყვეტილებას.

სახელმწიფო რეგულირების დონის შესაბამისად შეიძლება გამოიყოს თავისუფალი (საბაზრო) და რეგულირებული ფასები.

თავისუფალ ფასებს აწესებენ თვით სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლები ბაზარზე მოთხოვნისა და მიწოდების აღრიცხვის საფუძველზე. თავისუფალ ფასებს განეკუთვნება მწარმოებლის ფასი, მოთხოვნის ფასი და მიწოდების ფასი.

მიწოდების ფასად იგულისხმება გამყიდველის ოფიციალურად გამოცხადებული რეალური საბაზრო ფასი.

რეგულირებული ფასი არის აღმასრულებელი ხელისუფლების ორგანოების მიერ დაწესებული ფასი, რომლის მიმართ რაიმე პირობა ან შეზღუდვა წესდება. რეგულირებული ფასების ყველაზე მეტად გავრცელებული სახეობაა ზღვრული ფასები, რომელთა ზემოთ მწარმოებლებს არ შეუძლიათ შეაფასოს თავისი მომსახურება. რეგულირებული ფასები შეიძლება იყოს ერთიანი, ჯგუფური და ინდივიდუალური.

ფიქსირებული ფასი გულისხმობს გარკვეულ დონეზე დაწესებულ ფასს. მას აწესებენ ან ყველა დაინტერესებული მხარის (მყიდველის, მწარმოებლის, მომხმარებლის) მოლაპარაკებათა ჩატარების შედეგად, ან აღმასრულებელი ხელისუფლების ორგანოს ადმინისტრაციული გადაწყვეტილების საფუძველზე. ფიქსირებული ფასები წესდება მომსახურების გარკვეულ სახეობაზე, რაც აუცილებელია ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის. მაგალითად, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში გამოიყენება ერთიანი ტარიფები ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩასატარებლად. მათი გამოყენება სავალდებულოა ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის მათი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა და სიმძლავრის მიუხედავად. თუ დადგენილია ერთიანი ფასი, მაშინ, როგორც ქალაქის კლინიკური საავადმყოფო, ასევე რაიონული საავადმყოფო იღებს ერთ და იმავე თანხას გაწეული მომსახურებისათვის. ნათელია, რომ ფიქსირებული ფასი არახელსაყრელს ხდის შედარებით მარტივი პროცედურების ჩატარებას სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც ზედნადები ხარჯები გაცილებით მაღალია, ვიდრე მცირე სიმძლავრის რაიონულ საავადმყოფოში ან სასოფლო ამბულატორიაში.

ჯგუფური ფასები წესდება მსგავსი მახასიათებლების (სიმძლავრის, საქმიანობის სახეობების) მქონე სამედიცინო დაწესებულებისათვის.

ინდივიდუალური ფასები მტკიცდება კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულებისათვის მისი საქმიანობის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში არჩევანი ინდივიდუალური, ჯგუფური ან ერთიანი ფასების სასარგებლოდ სამედიცინო ორგანიზაციათა საქმიანობის ეკონომიკური ანალიზის შედეგებს უნდა ეფუძნებოდეს. ჩვეულებრივ, ერთიან ფასებს (ტარიფებს) იმ შემთხვევაში აწესებენ, როდესაც ეკონომიკური ანალიზი ცხადყოფს, რომ სხვადასხვა ორგანიზაციის დანახარჯები, გარკვეული მომსახურების გასაწევად, ერთმანეთისაგან არსებითად არ განსხვავდება. ასეთ შემთხვევაში გასაშუალების მეთოდით ადგენენ.

ჯგუფური ფასები გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებში ჩატარებული ერთი სახის პროცედურები კლასიფიკაციასა და დაჯგუფებას ექვემდებარება. ინდივიდუალური ფასები ეკონომიკურად გამართლებულია იმ შემთხვევაში,

რებელია გამოხატულად განსხვავებული გარკვეული მუშაობა (მაგალითად, ქირურგიული ბრიგადის შრომის ანაზღაურება სავსე პირობებში და სხვ.).

ფასების სახელმწიფო რეგულირება პირდაპირი და ირიბი მეთოდის გამოყენებით ხორციელდება. პირდაპირი ზემოქმედება გულისხმობს ფასთა დონეების, შემადგენლობისა და სტრუქტურის ფორმირებაზე სახელმწიფოს უშუალო მონაწილეობას. ამ შემთხვევაში სახელმწიფო ახორციელებს მომსახურების ფასის დადგენაზე მეთოდური რეკომენდაციების შემუშავებას, სპეციალური ნორმატიული დოკუმენტების საშუალებით განსაზღვრავს დანახარჯის შემადგენლობას, მის ოდენობას, რენტაბელობის ნორმატივებს და ა.შ. ფასების ირიბი რეგულირება ხორციელდება გარკვეულ ღონისძიებებსა და პროგრამებზე შეღავათიანი გადასახადების, შეღავათიანი კრედიტების, სუბსიდირების და ლოტაციის მეშვეობით.

განსხვავებენ აგრეთვე მყარ, მოძრავ და მცოცავ ფასებს. ისინი წარმოადგენენ ფასთა ქცევისა და დროის გარკვეულ პერიოდში მათი ცვლილებების პერიოდულობის მახასიათებლებს.

მყარი ფასები დგინდება მოლაპარაკებაზე ხელმოწერის მომენტში და არ იცვლება მისი მოქმედების მთელი პერიოდის მანძილზე. აღსანიშნავია, რომ ფიქსირებული ფასისაგან განსხვავებით, რომელიც რეგულირებადია, მყარი ფასი წარმოადგენს თავისუფალ (საბაზრო) ფასს.

მოძრავი ფასის შემთხვევაში საწყისი, ფიქსირებული ფასის ცვლილებები ხელშეკრულებითაა განსაზღვრული. იგი გამოიყენება საბაზრო და კონტრაქტულ ფასებს შორის მნიშვნელოვანი გადახრისას.

მცოცავი ფასი წარმოადგენს ხელშეკრულების შესრულების პროცესში საწყისი ფასის გადასინჯვის საფუძველზე დადგენილ ფასს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეზე გაწეული ხარჯების არსებითი ცვლილებებით შეიძლება იყოს განპირობებული.

ფასების შესახებ ინფორმაციის მოპოვების ხელმისაწვდომობის მიხედვით განსხვავებენ გამოსაქვეყნებელ და საანგარიშო ფასებს.

გამოსაქვეყნებელი ფასები ქვეყნდება სპეციალურ საინფორმაციო წყაროებში. მათ რიცხვს განეკუთვნებიან საცნობარო და საპრეისკურანტო ფასები. **საცნობარო ფასები** ქვეყნდება სხვადასხვა ბეჭდვით გამოცემებში. **საპრეისკურანტო ფასები** ქვეყნდება ცალკეული სამედიცინო ორგანიზაციების საცნობარო გამოცემებში (მაგალითად, ფასიანი სამედიცინო დახმარების პრეისკურანტი). რაც შეეხება **საანგარიშო ფასებს**, ისინი გამოიყენება არასტანდარტულ და უნიკალურ მომსახურებაზე კონტრაქტისა და ინდივიდუალური შეკვეთების შემთხვევაში და ამიტომ მათი გამოქვეყნების აუცილებლობა არ არსებობს.

23.3 ფასის გათვლის საერთო სქემა

ფასწარმოქმნა თანმიმდევრულ პროცესს წარმოადგენს. იმის მიხედვით, თუ რამდენად დამოუკიდებლად განსაზღვრავს დაწესებულება ფასწარმოქმნის საკითხებს (თავისუფალი ან რეგულირებადი ფასები), ფასის გათვლის თითოეულ ეტაპს ახორციელებს თვით ორგანიზაცია ან თავის შეხედულებისამებრ, ან დაწესებულების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისათვის დადგენილი წესის შესაბამისად.

ფასწარმოქმნის პროცესი რამოდენიმე ეტაპისაგან შედგება:

1. ფასწარმოქმნის მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა. ფასი პირდაპირ ზემოქმედებას ახდენს სამედიცინო დაწესებულების შემოსავალზე, საქმიანობის სტრუქტურასა და მუშაობის მეთოდზე. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ფასწარმოქმნის მიზნებისა და ამოცანების მკაფიოდ განსაზღვრა მნიშვნელოვნად განაპირობებს ფასის დადგენის სისწორეს.

2. მოთხოვნის დონის შეფასება. ფასი და მოთხოვნა გარკვეულ დამოკიდებულებაში იმყოფებიან ერთმანეთთან, რის გამოც აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების კონკრეტულ სახეებზე მოთხოვნის დონის გათვალისწინება, ფასზე მოთხოვნის ელასტიურობის შეფასება და ა.შ. მოთხოვნა განსაზღვრავს მომსახურების მაქსიმალურ ფასს, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია მისი რეალიზაცია.

3. წარმოების ხარჯის შეფასება. მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები წარმოადგენენ მის მინიმალურ ღირებულებას. ამ ეტაპზე მნიშვნელოვანია საბუღალტრო და მართვის აღრიცხვიანობის სისტემის გამოყენება, რომელიც ხარჯების შემადგენლობისა და სტრუქტურის ანალიზისა და ფორმირების საშუალებას იძლევა, სხვადასხვა მოცულობის საქმიანობის შემთხვევაში მნიშვნელოვანია წარმოების მუდმივი და ცვლადი ხარჯების დადგენაც.

4. კონკურენტი დაწესებულებების მომსახურების ფასისა და ხარისხის ანალიზი. ფასის დონის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას იხილავენ ინტერვალს მოთხოვნით განსაზღვრულ მაქსიმალურ ფასსა და წარმოების ხარჯებით განპირობებულ მინიმალურ ფასს შორის. ფასების სწორედ ამ ინტერვალში შერჩევისათვის ხორციელდება ანალოგიურ მომსახურებაზე პოტენციური კონკურენტების ფასისა და ხარისხის შესწავლა, რათა ობიექტურად შეფასდეს საკუთარი მომსახურების შესაძლებლობები სამედიცინო ბაზარზე.

5. ფასწარმოქმნის მეთოდის შერჩევა. ფასის დადგენის მეთოდი გავლენას ახდენს ფასის დონეზე, რის გამოც, მნიშვნელოვანია ისეთი მეთოდის შერჩევა, რომელიც პასუხობს დასახულ მიზანსა და ამოცანებს.

6. საწყისი ფასის გამოთვლა. არჩეული მეთოდის გამოყენებით განისაზღვრება ფასის შესაძლო დონე.

7. დამატებითი ფაქტორების გათვალისწინება. საბოლოო ფასის დასადგენად დაწესებულებამ აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს ისეთი ფაქტორების გავლენა, როგორიცაა გადასახადების დონე, ცვლილებები სახელმწიფო რეგულირების წესებში და სხვ.

8. საბოლოო ფასის დადგენა.

ფასწარმოქმნის პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ფასის სტრუქტურის დადგენას, რომელიც შეიცავს წარმოების ხარჯებს, მოგებასა და გადასახადებს. ფასის სტრუქტურის ანალიზის საფუძველზე დგინდება, თუ რა წილი უკავია მომსახურების ფასში თვითღირებულებას, მოგებასა და გადასახადებს, სად არის თვითღირებულების შემცირების რეზერვები, რაც ხელს უწყობს საბოლოო ფასის დასაბუთებას.

თავი 24. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები

24.1. შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეყნის განვითარების დონეზე, ჯანდაცვის პოლიტიკაზე, კულტურასა და ისტორიულ გამოცდილებაზე. ჯანდაცვის სტრატეგიებიდან გამომდინარე, მისთვის გამოყოფილი სახსრები უნდა ემსახურებოდეს შემდეგი პრინციპების დამყარებას:

- **თანასწორუფლებიანობა** – ქვეყნის კანონმდებლობით ყველა მოქალაქეს უნდა ჰქონდეს სათანადო სამედიცინო მომსახურების მიღების თანაბარი უფლება;
- **ხელმისაწვდომობა** – სამედიცინო მომსახურება უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ყველა მოქალაქისათვის, განურჩევლად გეოგრაფიული ადგილმდებარეობისა;
- **ეფექტიანობა** – სამედიცინო მომსახურება უნდა იყოს ეფექტიანი, რაც დამოკიდებულია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების დანერგვასა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრების მომზადებაზე, არსებული ფინანსური რესურსების სწორ განაწილებაზე.
- **გამჭვირვალობა** – ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება უნდა იყოს გამჭვირვალე არამარტო მმართველობის ორგანოებისათვის, არამედ მთლიანად მოსახლეობისათვის, რომელმაც უნდა იცოდეს, სად, როდის, რატომ და რა რაოდენობით დაიხარჯა ჯანდაცვის სისტემისათვის გამოყოფილი სახსრები. არსებული პრინციპი, გასაგები მიზეზების გამო, არ მოქმედებს დახურულ სისტემაში და, პირიქით, დემოკრატიული საზოგადოების ერთ-ერთ ძირითად მახასიათებლად ითვლება.
- **თავისუფალი არჩევანი** – ყველა მოქალაქეს უნდა ჰქონდეს უფლება და შესაძლებლობა, თავად აირჩიოს სამედიცინო მომსახურების ის მიმწოდებელი, რომელიც მისთვის უფრო მისაღებია (იქნება ეს სავალდებულო ან კერძო დაზღვევა, თუ ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაფინანსების სისტემა).
- **მაკროეკონომიკური ეფექტიანობა** – ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა მჭიდროდ არის დაკავშირებული ქვეყანაში მიმდინარე მაკროეკონომიკურ პროცესებთან. იგი დამოკიდებულია ქვეყნის საფინანსო შესაძლებლობებზე, მისი ინფრასტრუქტურის განვითარებაზე, მომიჯნავე დარგების (მანქანათმშენებლობა, ტრანსპორტი, კავშირგაბმულობა, ქიმიური მრეწველობა და ა.შ.) ბუშაობის ეფექტურობაზე და სხვ.
- **პოლიტიკურად მისაღები** (გამართლებული) – ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი უნდა ითვალისწინებდეს ქვეყნის პოლიტიკას ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელის ეფექტურობის აუცილებელ პირობას ქვეყნის ფინანსური სტაბილურობა წარმოადგენს.

ჯანდაცვის სისტემების დაფინანსების მოდელების განხილვამდე, ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ არ არსებობს ე.წ. „უფასო“ სამედიცინო მომსახურება. როდესაც ავადმყოფი მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას, მას მიეწოდება სამედიცინო მომსახურება შესაბამისი გასამრჯელოს საფუძველზე ან უფასოდ. მაგრამ ამ უკანასკნელ შემთხვევაშიც კი იგი უფასოა, მხოლოდ პაციენტისათვის და ისიც მომსახურების გაწევის მომენტში, ვინაიდან მის ღირებულებას ვინმე ანაზღაურებს, იქნება ეს სახელმწიფო ან მუნიციპალური ბიუჯეტი, თუ სადაზღვევო კომპანია. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ დაფინანსებელი გაწეულ ხარჯებს გადასახადების ან სადაზრვევო შესატანების გზით ისევ მოსახლეობისაგან იღებს.

24.2. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითადი გზები

სხვადასხვა ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი ერთმანეთისაგან განსხვავდება თავიანთი სტრუქტურით, იურიდიული საფუძვლებითა და დაფინანსებაში სახელმწიფოს მონაწილეობის წილით. მაგრამ, მიუხედავად ამ განსხვავებისა, ფაქტიურად მოქმედებს დაფინანსების მხოლოდ სამი ფორმა ან მათი შერეული ვარიანტები.

ჯანდაცვის დაფინანსების კერძო სისტემა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელსა და მომხმარებელს შორის ანგარიშსწორების ყველაზე ძველ სახეს – მომსახურების პირდაპირ ანაზღაურებას. იგი მეტნაკლებად მოქმედებს ყველა სახელმწიფოში, მაგრამ დომინირებს განვითარებად და ღარიბ ქვეყნებში.

სახელმწიფოები, სადაც რთული ეკონომიკური პრობლემებია დაგროვილი, ცდილობენ საზოგადოებრივი ხარჯების შეზღუდვას, რის გამოც ამ ქვეყნებში სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ძირითად წყაროს პაციენტთან პირდაპირი ანგარიშსწორება წარმოადგენს.

მიუხედავად იმისა, რომ პირდაპირი ანგარიშსწორება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელსა და მომხმარებელს შორის, ერთი შეხედვით, საკმარისად მოხერხებულია, მაგრამ იგი მიუწვდომელს ხდის სამედიცინო მომსახურებას მოსახლეობის ღარიბი და ზოგჯერ საშუალო ფენებისათვისაც. იგი სერიოზულად ზღუდავს სისტემაში ინვესტიციების მოზიდვისა და აქედან გამომდინარე, განვითარების პერსპექტივებს. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი უფრო დაინტერესებულია ყოველდღიური მოგებით, ვიდრე გრძელვადიანი პროექტების განხორციელებით, როდესაც დახარჯული თანხების დაბრუნება მხოლოდ მომავალშია მოსალოდნელი. აღნიშნული ნაკლოვანებების გამო ჯანდაცვის დაფინანსების კერძო სისტემის მოქმედება ნაკლებად მიესადაგება იმ პრინციპებს, რომელნიც მიზნად აქვს დასახული მსოფლიო თანამეგობრობას მოსახლეობისათვის ჯანდაცვის სამსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების სფეროში.

ჯანდაცვის დაფინანსების კერძო სისტემა, პირდაპირი ანგარიშსწორების გარდა, კერძო სამედიცინო დაზღვევის არსებობასაც არ გამოირიცხავს. კერძო დაზღვევის მოქმედების ძირითადი პრინციპია მოქალაქეთა ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა, ხოლო ჯანდაცვის ობიექტებს სხვა სფეროებში მოქმედებით მიღებული შემოსავლების მიღების უფლებაც ეძლევათ.

ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო (საბიუჯეტო) სისტემა საშუალებას იძლევა გარკვეული შეღავათები მიეცეს მოსახლეობის ნაკლებად შეძლებულ ფენებს. ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო სისტემის მოქმედება მჭიდროდაა დაკავშირებული არამართო იმაზე, თუ ქვეყნის ბიუჯეტის რა ნაწილი ხმარდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას, არამედ არაპირდაპირი ან სპეციალური გადასახადების აკუმულირებით დაგროვილ თანხებზეც (მაგალითად, საწვავის, ალკოჰოლის, თამბაქოს გაყიდვაზე დაწესებული სპეციალური გადასახადები), რომლებიც მიზნობრივად გადაეცემა ჯანდაცვის სექტორს.

ისევე, როგორც კერძო სისტემის მოქმედების დროს, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის შრომას ანაზღაურებს მომხმარებელი, მაგრამ არა პირდაპირი გადახდით, არამედ შუალედური რგოლის – ბიუჯეტის მეშვეობით, რომელშიც აკუმულირებულია მოსახლეობისაგან ამოღებული გადასახადები. ამ სისტემაში მოქალაქე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს არ უხდის გასამრჯელოს, ვინაიდან მისი სახელით ამას ჯანდაცვის ბიუჯეტი აკეთებს.

დაფინანსების საბიუჯეტო სისტემა, რა თქმა უნდა, წინ გადადგმული ნაბიჯია კერძო სისტემასთან შედარებით, მაგრამ სახელმწიფოს პოლიტიკური მოსაზრებების გამო შეუძლია თავის გადამხდელუნარიანობაზე გაცილებით მეტი ვალდებულებების აღება, რის გამოც, ამ სისტემაშიც მოქალაქე ზშირად იძულებულია სამედიცინო მომსახურების საფასური არაფორმალურად აანაზღაუროს.

დაფინანსების საბიუჯეტო სისტემის ნაკლოვანებებია:

- მართვის ბიუროკრატიული, ავტორიტარული სტილი;
- პაციენტის აზრის გაუთვალისწინებლობა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში;
- სამედიცინო დაწესებულებების სუსტი მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვილობა და, ამასთან ერთად, პრივილეგირებული მოსახლეობის ჯგუფებისათვის სპეციალური პირობების შექმნა.
- სამედიცინო მომსახურების სფეროში ჩრდილოვანი სტრუქტურების არსებობა;
- ცენტრალიზებული დაგეგმვა, მომარაგება და ა.შ. ზღუდავს ადგილობრივ ინიციატივას, არ ითვალისწინებს რეგიონულ თავისებურებებსა და მომხმარებლის ინტერესებს;
- სხვადასხვა ადმინისტრაციული ერთეულების მიერ მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაში ასიმეტრიის არსებობა;
- ცენტრალური ხელისუფლების მონოპოლიზმი პრიორიტეტების განსაზღვრაში;
- სუსტი კავშირი ცენტრსა და პერიფერიას შორის;
- სისტემის სუსტი კავშირი სხვა სექტორებთან და ჯანდაცვის ალტერნატიულ სტრუქტურებთან (კერძო პრაქტიკის ჩათვლით).

დაფინანსების საბიუჯეტო სისტემა მოქმედებდა ყოფილ საბჭოთა კავშირში. მას გააჩნდა ჩვეულებრივი პაციენტებისათვის განკუთვნილი სამედიცინო დაწესებულებების ფართო ქსელი, რომლის დაფინანსება და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა ზედმიწევნით მწირი იყო. პარალელურად მოქმედებდა მოსახლეობის პრივილეგირებული ფენებისათვის განკუთვნილი სისტემა (ჯანდაცვის სამინისტროს IV მთავარი სამმართველო), სადაც გამოიყენებოდა მედიცინის უახლესი მიღწევები. IV მთავარი სამმართველოს კონტინგენტის მომსახურების საშუალო ღირებულება თითქმის 80-ჯერ აღემატებოდა ჩვეულებრივი მოქალაქის სამედიცინო მომსახურების ფასს.

საბიუჯეტო სისტემა დიდ ბრიტანეთშიც, რომლის დედაქალაქ ლონდონსა და ზოგ მსხვილ ქალაქში მოქმედი სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და პერსონალის კვალიფიკაცია გაცილებით მაღალია, ვიდრე პროვინციაში. მიუხედავად არაერთი მცდელობისა, ვერ მოხერხდა ჯანდაცვის სისტემისათვის განკუთვნილი საბიუჯეტო სახსრების პროპორციული განაწილება, ვინაიდან ცენტრში კონცენტრირებული ბიუროკრატია პროვინციის ხარჯზე ცდილობს პრივილეგიების შენარჩუნებას.

ჯანდაცვის დაფინანსების სადაზღვევო სისტემაში გამოიყოფა ორი ვარიანტი:

- სავალდებულო, ანუ სახელმწიფო დაზღვევა (ზოგიერთ ქვეყანაში იგი სოციალური დაზღვევის სისტემის შემადგენელი ნაწილია);
- ნებაყოფილობითი, ანუ კერძო დაზღვევა, რომელიც ჯანდაცვის დაფინანსების კერძო სისტემის შემადგენელი ნაწილია.

ნებაყოფილობითი დაზღვევა ჯანდაცვის დაფინანსების კერძო სისტემას წარმოადგენს. მაგრამ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლისა და მომხმარებლის უშუალო ანგარიშსწორებასთან შედარებით ეს წინგადადგმული ნაბიჯია, ვინაიდან დაზღვეულს საშუალება ეძლევა გადაიხადოს საჭირო თანხა არა ერთდროულად, არამედ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში დაგროვილი სახსრებიდან. ამასთან, კერძო სადაზღვევო სისტემას ანა-სიათებს იგივე ნაკლოვანებები, რაც საერთოდ დაფინანსების კერძო სისტემას. ზშირად მომხმარებელი ვალდებულია, აუნაზღაუროს სადაზღვევო კომპანიას ან უშუალოდ

სამედიცინო დაწესებულებას ის განსხვავება, რომელიც დაგროვილ სადაზღვევო თანხებს აჭარბებს.

სავალდებულო და ნებაყოფილობითი დაზღვევის სისტემის მოქმედების ძირითადი განსხვავება ისიც არის, რომ, თუ პირველ შემთხვევაში არსებული კანონმდებლობა ყოველ მოქალაქეს ავალებს, რათა თავი დაიზღვიოს, მეორე შემთხვევაში დაზღვევა ნებაყოფილობითია ანუ მოქალაქე თვითონ ირჩევს, დაეზღვიოს თუ ავადმყოფობის შემთხვევაში უშუალოდ აუნაზღაუროს მიმწოდებელს სამედიცინო მომსახურების საფასური.

საბიუჯეტო დაფინანსებასთან შედარებით სადაზღვევო მოდელს თავისი უპირატესობანი გააჩნია, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია სადაზღვევო სისტემის დაფინანსების მიზნობრივი ხასიათი, რაც იმას ნიშნავს, რომ სადაზღვევო შესატანი ხდება არა სახელმწიფო ბიუჯეტში, არამედ სპეციალურ ფონდში და მიზნობრივად გამოიყენება მხოლოდ სამედიცინო საჭიროებისათვის. ამის გამო:

- ძალას კარგავს მოქალაქის მიერ გადახდილი ბეგარისათვის დამახასიათებელი ისეთი ნიშნები, როგორიცაა ანონიმურობა და უმისამართობა (ვინაიდან ყველა შენაკრები გროვდება ერთიან, სახელმწიფო ბიუჯეტში);
- მცირდება ალბათობა იმისა, რომ სამედიცინო პროგრამების დაფინანსება არ შემცირდება ბიუჯეტის სხვა მუხლების გაზრდის ხარჯზე, რაც დამახასიათებელია ჯანდაცვის დაფინანსების საბიუჯეტო სისტემის მქონე ქვეყნებისათვის;
- საზოგადოების მოთხოვნილებებიდან გამომდინარე, სისტემის მოქმედება უფრო მოქნილი და ოპერატიული ხდება.

სადაზღვევო სისტემის არსებობისას ხდება ფინანსების დეცენტრალიზება, რაც განპირობებულია სადაზღვევო ფონდში შემოსული თანხების ადგილებზე პროპორციული გადანაწილების აუცილებლობით. აქედან გამომდინარე:

- სადაზღვევო შენატანების ძირითადი ნაწილი ადგილობრივი პროგრამების დაფინანსებას ხმარდება;
- ცენტრი (ამ შემთხვევაში სადაზღვევო ფონდი) დამატებით სახსრებს გასცემს ადგილებზე მიზნობრივი პროგრამების განსახორციელებლად.

დაზღვევის სისტემა მოქმედებს არსებული სახსრების სამედიცინო დაწესებულებებს შორის განაწილების საკონკურსო პრინციპზე დაყრდნობით. ძირითადი სახსრები თავმოყრილია სადაზღვევო ფონდში, რომელიც ჯანდაცვის მართვის ორგანოებისაგან დამოუკიდებლად მოქმედებს. ფონდი არ არის ვალდებული, შეინახოს წამგებიანი სამედიცინო დაწესებულებები, რაც ხშირია საბიუჯეტო დაფინანსების პირობებში და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, უფლება აქვს ხელშეკრულება დადოს მხოლოდ იმ დაწესებულებებთან, რომლებიც მის პირობებს აკმაყოფილებენ.

ფონდს ან სადაზღვევო კომპანიას ასევე შეუძლია შექმნას დაწესებულებათა საკუთარი ქსელი, მაგრამ ყველა შემთხვევაში ძირითადი მიზანი მომხმარებლის მაქსიმალური დაკმაყოფილებაა. სადაზღვევო პროგრამების ჩარჩოებში პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემის მიერ გაწეული მომსახურების ანაზღაურება ხდება ჰონორარული სისტემით თითოეული პაციენტისათვის გაწეული მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის მიხედვით.

საბაზრო ურთიერთობების მოქმედების შემთხვევაში, განურჩევლად იმისა, თუ რა სახის ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა მოქმედებს ქვეყანაში, სამედიცინო დახმარების

პროცესი არ არის დამოკიდებული იმაზე, თუ საკუთრების რომელი ფორმითაა წარმოდგენილი სადაზღვევო ორგანიზაცია ან უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულება.

ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემას გააჩნია მთელი რიგი ნაკლოვანებანი, რომელთა თავიდან აცილება ყოველთვის ვერ ხერხდება. კერძოდ:

- ზოგიერთ ქვეყანაში დაზღვევის ორგანოები მსხვილ ბიუროკრატიულ მონოპოლიებად იქცევიან, რის გამოც გაუგებარი ხდება, თუ ვის ინტერესებს იცავენ სადაზღვევო კომპანიები – პაციენტების, სამედიცინო პერსონალის თუ საკუთარი თანამშრომლების;
- დაზღვევის საშუალო შესატანი თანხა არაიშვიათად აჭარბებს ან ნაკლებია იმ მინიმალურ მოთხოვნილებებზე, რომლებიც აუცილებელია ხარისხიანი სამედიცინო დახმარების გასაწევად;
- სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც სადაზღვევო სისტემასთან თანამშრომლობენ, კარგად არიან აღჭურვილი რთული თანამედროვე ტექნიკით, მაგრამ მისი გამოყენება მაღალი ღირებულების გამო, პირველ რიგში, გამიზნულია ინტენსიური სამკურნალო ღონისძიებების ჩასატარებლად;
- სადაზღვევო პროგრამების ღირებულება სისტემატურად იზრდება, ვინაიდან კონკურენტულ პირობებში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი უპირველესად თავის პრესტიჟზე ზრუნავს და დაინტერესებულია არა მომსახურების ფასის კლებით, არამედ შეთავაზებული მომსახურების მიმზიდველობის გაზრდით. ეს პირობა კი ყველაზე ხშირად თანამედროვე, ძვირადღირებული აპარატურის გამოყენების ხარჯზე ხორციელდება.

თანამედროვე მსოფლიოში აღინიშნება ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ალტერნატიული წყაროების ძიების ტენდენცია, ვინაიდან სამედიცინო სამსახურის დაფინანსების ყველასათვის მისაღები მეთოდი ჯერჯერობით ვერ გამოიძებნა. ამიტომ ფაქტობრივად ყველა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება სხვადასხვა წყაროდან ხორციელდება. საკითხი დგას არა იმის შესახებ, თუ რა უნდა იყოს ერთადერთი დაფინანსების წყარო, არამედ ვინ ღომინირებს ამ პროცესში და რამდენად საკმარისია გაღებული თანხები.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ პრაქტიკულად ყველა ქვეყანა (მიუხედავად იმისა, ღარიბია იგი, თუ მდიდარი) ახორციელებს ჯანდაცვის სისტემის პირდაპირ ან არაპირდაპირ, ნაწილობრივ ან მთლიან დაფინანსებას სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. მხოლოდ შერეული სახის სისტემებს, სადაც აშკარად არის გამოხატული სახელმწიფოს აქტიური მონაწილეობა (როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პირდაპირი დაფინანსებით, ასევე სხვა ალტერნატიული გზების გამოყენებით), შეუძლიათ სათანადო შედეგის მიღწევა. თავისთავად გასაგებია, რომ მაქსიმალური ეფექტიანობის მიღწევა მჭიდროდაა დამოკიდებული ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების დონეზე.

24.3. დაზღვევა

დაზღვევა არის დაწესებულებების, ორგანიზაციების, საწარმოებისა და მოქალაქეებისათვის გაუთვალისწინებელი მოვლენით (სტიქიური უბედურება, უბედური შემთხვევები, მარჩენალის სიკვდილი, შრომისუნარიანობის დაკარგვა და სხვ.) გამოწვეული ზარალის მატერიალური ანაზღაურების სისტემა. ანაზღაურებას ექვემდებარება შემთხვევითი, მაგრამ სტატისტიკურად აღრიცხვადი მოვლენის შედეგად წარმოქმნილი მატერიალური

ზარალი. დაზღვევის საფუძველს წარმოადგენს **სოლიდარობის პრინციპი**, რომელიც გულისხმობს ცალკეული პირის მიერ განცდილი დანაკარგის ანაზღაურებას ურთიერთ-დახმარებისა და ანგარიშსწორების საფუძველზე მისი მრავალ პირზე გადანაწილების გზით.

დაზღვევის ობიექტია **სადაზღვევო რისკი**, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსალოდნელ დანახარჯებთან. **სადაზღვევო შემთხვევა** არის მდგომარეობა, რომლის დადგომის შემდეგაც წარმოიქმნება მზღვეველის ვალდებულება – გადაუხადოს სადაზღვევო გასაცემლები დაზღვეულ პირს.

მზღვეველის სახსრები ფორმირდება დამზღვევის მიერ **სადაზღვევო შესატანის** გადახდის გზით. შესატანი წარმოადგენს იმ თანხას, რომლის რეგულარული გადახდის შემთხვევაში მზღვეველი კისრულობს დაზღვეულის მიერ გაწეული ზარალის მთლიან ან ნაწილობრივ ანაზღაურებას.

სადაზღვევო შესატანი არ უნდა აგვერიოს **გადასახადის** ცნებაში, რომელიც უფრო ზოგადია და წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ დაწესებულ ბეგარას კერძო პირებისა და საწარმოების შემოსავალზე, მოგებასა (პირდაპირი გადასახადი) და საქონლის გამოყენებაზე მომსახურებით სარგებლობასა (ირიბი გადასახადი) და ქონებაზე.

დაზღვევის სუბიექტები არიან:

- **დაზღვეული** – პირი ან პირთა ჯგუფი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა;
- **დამზღვევი** – დამქირავებელი სახელმწიფო ან კერძო პირი, ვინც იხდის სადაზღვევო შესატანს დაზღვეულის სასარგებლოდ;
- **მზღვეველი** – სადაზღვევო ორგანიზაცია, რომელიც ანაზღაურებს ზარალს.

დაზღვევა შეიძლება იყოს, როგორც სავალდებულო, ისე ნებაყოფლობითი. **სავალდებულო დაზღვევა** არის სახელმწიფოს მიერ შექმნილი სამართლებრივ, ეკონომიკურ და ორგანიზაციულ ღონისძიებათა სისტემა, მიმართული სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ დაზღვეულ პირთა ზარალის ასანაზღაურებლად. სავალდებულო დაზღვევას აქვს საყოველთაო ხასიათი ანუ დაზღვეულია ქვეყნის მთელი მოსახლეობა, მაშინ, როდესაც **ნებაყოფლობითი დაზღვევა** დამოკიდებულია დამზღვევის სურვილზე და ის მოიცავს მოსახლეობის მხოლოდ გარკვეულ ნაწილს.

დაზღვევის ცალკეული ელემენტები მოქმედებდა ჯერ კიდევ ძველ ეგვიპტესა და საბერძნეთში, მოგვიანებით რომის იმპერიაში, სადაც იქმნებოდა ე.წ. კოლეგიების საღაროები გარდაცვლილთა დაკრძალვასთან დაკავშირებული ხარჯების დასაფარავად. X-XI საუკუნეებში დანიაში, XIV საუკუნეში იტალიაში, მოგვიანებით კი გერმანიაში შეიქმნა საზოგადოებები, რომლებიც ახორციელებდნენ ცალკეული პირის მიერ შეტანილი გადასახადების აკუმულირებას, რათა საჭიროების შემთხვევაში დახმარება აღმოეჩინათ ზარალის ასანაზღაურებლად. XVIII საუკუნეში, ალბათობის თეორიის აღმოჩენის შემდეგ შესაძლებელი გახდა ამა თუ იმ შემთხვევის წარმოქმნის სიხშირის, ანუ სადაზღვევო რისკის განსაზღვრა, ჩამოყალიბდა პირველი სადაზღვევო კომპანიები, რომლებიც გემებსა და მეზღვაურებს აზღვევდა (მაგალითად, ცნობილი ლიონის კომპანია). მომდევნო წლებში დაზღვევის სახეები და ამ საქმით დაკავებული კომპანიების რიცხვი მკვეთრად გაიზარდა.

საქართველოში ოდითგანვე იყო გავრცელებული ე.წ. საჩუქრის ან შესაწირის სახით ოჯახის ან ცალკეული პიროვნების მიერ მიღებული მატერიალური დანაკარგის ანაზღაურება (მაგალითად, ქორწინების, ბავშვის ნათლობის, ოჯახის წევრის გარდაცვალების, საცხოვრებლის ხანძრით ან წყალდიდობით დაზიანების შემთხვევაში და სხვ.).

გასაბჭოებამდე საქართველოში მოქმედებდა საკმაოდ ძლიერი სადაზღვევო ფონდები (საზოგადოებრივი, კერძო, სახელმწიფოებრივი) და კომპანიები, რომლებიც შემდგომ წლებში გაუქმდა. სახელმწიფომ მთლიანად თავის თავზე აიღო სადაზღვევო საქმე, რისთვისაც 1928 წელს ჩამოყალიბდა

სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის ფონდი, რომლის ფორმალური განმკარგულებელი პროფკავშირული ორგანიზაციები, ფაქტობრივად კი სახელმწიფო იყო. სახელმწიფოს სტრუქტურაში შეიქმნა დაზღვევის მთავარი სამმართველო (გოსსტრახი), რომლის ფუნქციებშიც შედიოდა მოსახლეობისა და საწარმოების ქონების დაზღვევა. სამედიცინო დაზღვევის მიმართულებით შექმნილი ფონდების (ე.წ. საავადმყოფოს სალაროების) და კომპანიების მიერ დაგროვილი ქონება 1923 წლიდან გადაეცა ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატს, ეინაიდან სახელმწიფომ, ე.წ. პატერნალიზმის პრინციპიდან გამომდინარე, მთლიანად მიისაკუთრა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ყველა ფუნქცია.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სადაზღვევო მოდელის შემთხვევაში მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური უზრუნველყოფა შესაძლებელია, როგორც ჯანმრთელობის (სამედიცინო) დაზღვევის, ისე სოციალური დაზღვევის მეშვეობით.

ჯანმრთელობის (სამედიცინო) დაზღვევის მიზანია დაზღვეულთა ჯანმრთელობის დაცვა, გაუმჯობესება ან აღდგენა. თუ საქმე გვაქვს სახელმწიფო დაზღვევის სისტემასთან, მიუხედავად იმისა, რომ ყოველი მოქალაქე ან მისი დამზღვევი სადაზღვევო შესატანს ყოველთვიური შემოსავლის ოდენობის მიხედვით იხდის (ანუ რაც მეტია შემოსავალი, მით მეტს იხდის), მაგრამ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, სოლიდარობის პრინციპიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურებას ყველა ღებულობს ქვეყანაში არსებული ერთიანი სტანდარტის შესაბამისად.

ცხრილი 57
სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის
სისტემის შემოღების თარიღი
ზოგიერთ ქვეყანაში

ქვეყანა	წელი
გერმანია	1884
ავსტრია	1888
დიდი ბრიტანეთი	1911
საფრანგეთი	1945
შვედეთი	1956
იაპონია	1961
სამხრეთ კორეა	1989
თურქეთი	1990
პოლონეთი	1990
უნგრეთი	1990
ლიტვა	1994
ესტონეთი	1995
ლატვია	1995
ჩეხეთი	1995
საქართველო	1997
რუსეთი	1998
სლოვაკეთი	1998

მიუხედავად იმისა, რომ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა დღეს მრავალ ქვეყანაში მოქმედებს (ცხრილი 57), მოსახლეობისათვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებისა და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარების ღირებულების დაფარვას მხოლოდ ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნები ახერხებენ.

გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში (მათ შორის საქართველოშიც), რომლებიც სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემაზე კომუნიტური რეჟიმების რღვევის შემდეგ გადავიდნენ, ვერ ხერხდება მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების სრული ანაზღაურება. ამიტომ, დაზღვევა უზრუნველყოფს სოციალურად მნიშვნელოვანი ჯგუფების (მაგალითად ორსულები, ბავშვები, ხანდაზმულები და სხვ.) ან სოციალურად საშიში დაავადებების (ტუბერკულოზი და სხვა ინფექციური დაავადებები, ფსიქიკური აშლილობები და სხვ.) სამედი-

ცინო მომსახურების დაფინანსებას. მოსახლეობის სხვა ჯგუფებისათვის შემოღებულია ე.წ. თანაგადახდის პრინციპი, რომლის დროსაც სამედიცინო დაზღვევა ფარავს ხარჯების მხოლოდ ნაწილს.

ზოგიერთ ქვეყანაში თუ პაციენტი თავისი ნებით მიმართვას ექიმ-სპეციალისტს ან აირჩევს საავადმყოფოს, გაწეული მომსახურების საფასურს იგი თვითონ ფარავს. ასევე

პაციენტის ჯიბიდან იფარება განსხვავება სამედიცინო მომსახურების სტანდარტულ ფასსა და დამატებითი მომსახურების ღირებულებას შორის.

სამედიცინო დაზღვევის სისტემის არსებობისას დაგროვილი თანხების აკუმულირება ხდება სპეციალურ სადაზღვევო ფონდებში, რომლებიც სათანადო კონტრაქტების ფარგლებში აფინანსებენ სამედიცინო დაწესებულებებს. ზოგიერთი ქვეყნის კანონმდებლობით გათვალისწინებულია სადაზღვევო თანხების აკუმულირებისა და განკარგვის უფლების სადაზღვევო კომპანიებზე (როგორც კერძო, ისე სახელმწიფო ან შერეული კაპიტალის მქონე) დელეგირება.

სოციალური დაზღვევა წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ დადგენილ მშრომელთა მატერიალური უზრუნველყოფის სისტემას ხანდაზმულობის, ავადმყოფობის, შრომის უნარის დროებით დაკარგვისა და კანონმდებლობით გათვალისწინებულ სხვა შემთხვევებში.

სოციალური დაზღვევის სადაზღვევო შემთხვევებს განეკუთვნება:

- ასაკის ან შეზღუდული შესაძლებლობის დადგომა და მარჩენალის დაკარგვა;
- დროებითი შრომისუუნარობა;
- ორსულობა და მშობიარობა;
- უმუშევრობა;
- რეაბილიტაცია;
- ავადმყოფობა;
- დაზღვეულის გარდაცვალება.

სადაზღვევო გასაცემლებს მიეკუთვნება:

- სადაზღვევო პენსია;
- შრომის ანაზღაურების კომპენსაცია, რომელიც დაზღვეულ პირზე გაიცემა დროებითი შრომისუუნარობის პერიოდში ავადმყოფობის, ტრავმის, პროფესიული დაავადების, ოჯახის ავადმყოფი წევრის მოვლის, სტაციონარში პროტეზირების, ორსულობისა და მშობიარობის გამო, მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდეგ, აგრეთვე რეაბილიტაციისა და დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში;
- უმუშევრობის შემწეობა;
- ავადმყოფობის გამო სამედიცინო მომსახურება.

იმისდა მიხედვით, თუ სოციალური დაზღვევის რომელი სისტემა მოქმედებს ქვეყანაში, მასში შეიძლება ჩართული იყოს მოსახლეობის ოთხი ჯგუფი:

- მოქალაქეები, რომელნიც ვალდებული არიან, აუცილებლად დაიზღვიონ თავი (სავალდებულო სოციალური დაზღვევა);
- საკუთარი ნებით დაზღვეული მოქალაქეები (კერძო სოციალური დაზღვევა);
- სახელმწიფოს მიერ დაზღვეული მოქალაქეები (იმ ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს კერძო დაზღვევა, სახელმწიფო ხშირად თავის თავზე იღებს უმუშევართა და პენსიონერთა ჯანმრთელობის დაზღვევას);
- დაზღვეული მოქალაქის ოჯახის წევრები, რომელნიც სავალდებულო სოციალური დაზღვევის შეღავათებით სარგებლობენ.

ნებაყოფლობითი ან კერძო დაზღვევა, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ინდივიდუალური და კოლექტიური. კოლექტიური დაზღვევის შემთხვევაში სადაზღვევო პოლისს დამქირავებელი და დაქირავებულები ერთობლივად იძენენ, წინასწარ შეთანხმებული თანხის

შესაბამისად. ამ გზით აკუმულირებული სახსრები მხოლოდ კოლექტიურ დაზღვევაში მონაწილე პირების საჭიროებებს ხმარდება.

სავალდებულო სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღების ერთ-ერთი მიზეზია ის გარემოება, რომ ადამიანების უმეტესობა ოპტიმალურად არის განწყობილი საკუთარი მომავლის მიმართ. ამიტომ ნებაყოფლობით ისინი იშვიათად გაიღებენ სახსრებს იმ ღონისძიებათა დასაფინანსებლად, რომლებიც მათი აზრით, შეიძლება საერთოდ არ დასჭირდეთ (მაგალითად, ახალგაზრდა, ჯანმრთელი ადამიანისთვის ძნელად წარმოსადგენია, რომ ის შეიძლება გახდეს ავად და დასჭირდეს ძვირადღირებული მკურნალობა ან დადგება დრო, როდესაც მას მოუწევს პენსიაზე გასვლა). ამიტომ, სახელმწიფოს უხდება ისეთი ზომების გატარება, რომელიც ხელს უწყობს საზოგადოების ყველა წევრის კეთილდღეობას. ეს საკმარისად რთულია, ვინაიდან სახელმწიფო განიცდის ორმხრივ ზეწოლას – ერთი მხრივ, დასაქმებული მოსახლეობა ეწინააღმდეგება სადაზღვევო შესატანების ზრდის ტენდენციას, ხოლო, მეორე მხრივ, ხანდაზმულების, უმუშევრების, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების სოციალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება სულ უფრო მეტ სახსრებს მოითხოვს.

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური დაზღვევის ფონდები განვითარებულ ქვეყნებში უზარმაზარ თანხებს განკარგავენ, ბოლო ათწლეულის მანძილზე ისინი დიდი ფინანსური პრობლემის წინაშე აღმოჩნდნენ. ეს, უპირველეს ყოვლისა, გამოწვეულია მოსახლეობის სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობის ზრდითა და შობადობის შემცირებით, რის გამოც მკვეთრად გაიზარდა ხანდაზმულთა ზვედრითი წილი. ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით სოციალური დაზღვევის სისტემა აღმოჩნდა პარადოქსულ სიტუაციაში. ერთი მხრივ, იგი იძულებულია გაიღოს თანხები ხანდაზმული პენსიონერების სულ უფრო მზარდი რაოდენობის შესანახად, მეორე მხრივ, კი დააფინანსოს ქრონიკულ ავადმყოფთა (რომელთა შორის ასაკობრივ პირთა ზვედრითი წილი საკმაოდ მაღალია) ხანგრძლივი მკურნალობა და სამედიცინო რეაბილიტაცია, რაც, თავის მხრივ, ახანგრძლივებს ამ კატეგორიის პირთა სიცოცხლეს, ხელს უწყობს მათ რაოდენობრივ ზრდას და, საბოლოო ჯამში, დამატებით ხარჯებს მოითხოვს.

სოციალურ დაზღვევას საუკუნოვანი ისტორია აქვს. მის ფუძემდებლად ითვლება გერმანიის გამოჩენილი საზოგადო და პოლიტიკური მოღვაწე **ოტო-ბისმარკი**, რომლის ინიციატივით 1884 წელს დამტკიცდა კანონი გერმანიის მოქალაქეთა სოციალური დაზღვევის შესახებ. მომდევნო წლებში ბევრი რამ შეიცვალა, მაგრამ ძირითადი პრინციპები ძალაში რჩება. სწორედ ბისმარკის მიერ იყო შემოთავაზებული სოლიდარობის პრინციპი, რომელზედაც არის დამყარებული სოციალური დაზღვევის სისტემა. ამ პრინციპიდან გამომდინარე, ჯანმრთელი მოქალაქე იხდის ავადმყოფის, მდიდარი – ღარიბის, ახალგაზრდა – მოხუცის მაგივრად იმის გათვალისწინებით, რომ მომდევნო თაობა საჭიროების შემთხვევაში იგივეს გააკეთებს მის მიმართ. ასეთი სისტემის მოქმედება მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეყნის პოლიტიკურ და ეკონომიკურ სტაბილურობასთან, ყოველი მოქალაქის პირად პასუხისმგებლობასთან საკუთარი თავისა და საზოგადოების წინაშე.

სავალდებულო სოციალური დაზღვევის ე.წ. **ბისმარკის მოდელის** გარდა, რომელიც ითვალისწინებს აუცილებელი შესატანების გადახდას დაქირავებულისა და დაქირავებულის მიერ, თანხების კონცენტრაციასა და საჭიროებისამებრ განაწილებას სპეციალური ფონდების ან სადაზღვევო კომპანიების მიერ, დიდ ბრიტანეთსა და სკანდინავიის

ქვეყნებში მოქმედებს სოციალური დაზღვევის ე.წ. ბევერიჯის მოდელი. ამ მოდელის ელემენტები შევიცარიაში ჯერ კიდევ 1930 წელს დაინერგა, მაგრამ საბოლოო სახე მან 1942 წელს ინგლისელი საზოგადო მოღვაწის ლორდ ბევერიჯის ინიციატივით მიიღო.

თუ ბისმარკის მოდელი მოქალაქეთა მიერ სადაზღვევო შესატანისა და სახელმწიფო ბეგარის ცალ-ცალკე გადახდას ითვალისწინებს (პირველი კონცენტრირდება სადაზღვევო ფონდში, მეორე კი ბიუჯეტში), ბევერიჯის მოდელის თანახმად, სადაზღვევო შესატანი ჩართულია საშემოსავლო გადასახადში და გროვდება საერთო ბიუჯეტში. ერთი შეხედვით ბევერიჯის მოდელი ნაკლებად განსხვავდება ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაფინანსების სისტემისაგან, რაც სინამდვილეს არ შეეფერება. თუ საბიუჯეტო დაფინანსების პირობებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე გამოიყოფა ქვეყნის ბიუჯეტის ფიქსირებული ნაწილი, ბევერიჯის მოდელის შემთხვევაში მას ემატება სადაზღვევო შესატანებით დაგროვილი თანხები, რომელთა მოცულობა ყოველწლიურად გადაისინჯება.

სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის დაფინანსება კი, ძირითადად, ხორციელდება სახელმწიფო ბიუჯეტში აკუმულირებული მოსახლეობისა და მწარმოებლების დაბეგვრის შედეგად მიღებული თანხებით, სხვა წყაროებიდან მიღებული სახსრებით. მოსახლეობის სოციალურ უზრუნველყოფაზე გამოყოფილი სახსრები სახელმწიფო ბიუჯეტის გასავლის ნაწილის ერთ-ერთ ძირითად მუხლს წარმოადგენს.

სოციალური დაზღვევის შესატანი სხვადასხვა ქვეყანაში დასაქმებულ მოქალაქეთა შემოსავლების 10-22%-ის ფარგლებში მერყეობს. ამასთან, ის დაქირავებულსა და დამქირავებელს შორის ნაწილდება ქვეყნის კანონმდებლობის მიხედვით. მაგალითად, საქართველოში სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდში ქვეყნის ყველა დასაქმებული მოქალაქე იხდის ხელფასის 2%-ს (1%-ს ჯანდაცვის და 1%-ს დასაქმების), ხოლო მისი დამსაქმებელი 31%-ს (27%-ს საპენსიო, 3%-ს ჯანდაცვის და 1%-ს დასაქმების) ანუ დასაქმებულ მოქალაქეთა ხელფასის 27% ხმარდება პენსიონერთა პენსიების დაფარვას, 4% – სამედიცინო მომსახურებას და 2% – უმუშევართა შემწეობების გაცემას.

სოციალური დაზღვევისაგან უნდა განვასხვავოთ სოციალური დახმარება, რომელიც გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ სოციალურად ნაკლებად უზრუნველყოფილი ფენებისათვის (მცირეშემოსავლიანი ოჯახები, უმუშევრები, პენსიონერები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, მარტოხელა ან მრავალშვილიანი დედები) დახმარების სისტემას. სოციალური დახმარების დაფინანსება ხორციელდება არა სადაზღვევო შესატანების მეშვეობით, არამედ უშუალოდ ქვეყნის ბიუჯეტის მიერ.

24.4. ჯანდაცვის დაფინანსების თავისებურებები საქართველოში

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში 1995 წელს დაწყებული რეფორმის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხი დარგის ფინანსური უზრუნველყოფის მექანიზმებს ეხებოდა. საბაზრო ურთიერთობების პირობებში მკვეთრად შეიცვალა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოქმედი სახელმწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები. ცენტრალური, ბიუჯეტური დაფინანსების ძველი, მუხლობრივი სისტემის ნაცვლად დაინერგა პრიორიტეტული ჯანდაცვითი და სამედიცინო პროგრამების სახელმწიფო დაფინანსების სისტემა.

1995 წელს შეიქმნა ახალი საფინანსო სამსახური – ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ფონდი, რომელიც წარმოადგენდა დარგისათვის გამიზნული ფულადი სახსრების აკუმულირების ორგანოს და ახორციელებდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგ-

რამების დაფინანსებას. 1997 წელს განხორციელდა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდის ტრანსფორმირება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად, ჩამოყალიბდა მისი რეგიონული ფილიალები. 2002 წელს კი სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია და სოციალური დაცვის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი გაერთიანდა და ამჟამად ჯანდაცვითი პროგრამების უმეტესობას სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი აფინანსებს.

ჯანდაცვის ახალი ეკონომიკური მოდელის ყველაზე ეფექტურ მხარედ უნდა ჩაითვალოს მისი პროგრამულ მართვაზე გადასვლა, რამაც შესაძლებელი გახდა პრიორიტეტული პრობლემების გამოყოფა და მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ანუ ბაზისური პაკეტის განსაზღვრა, რომელსაც სახელმწიფო აფინანსებს ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების მეშვეობით. ცენტრალური პროგრამები სამ ჯგუფად იყოფა, რომელთაგან პროფილაქტიკურ პროგრამებს აფინანსებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სადაზღვევო პროგრამებს – სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, ხოლო ე.წ. „სხვა“ პროგრამებს – უშუალოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. მუნიციპალურ პროგრამებს ჯანდაცვის რეგიონული ფონდები აფინანსებენ.

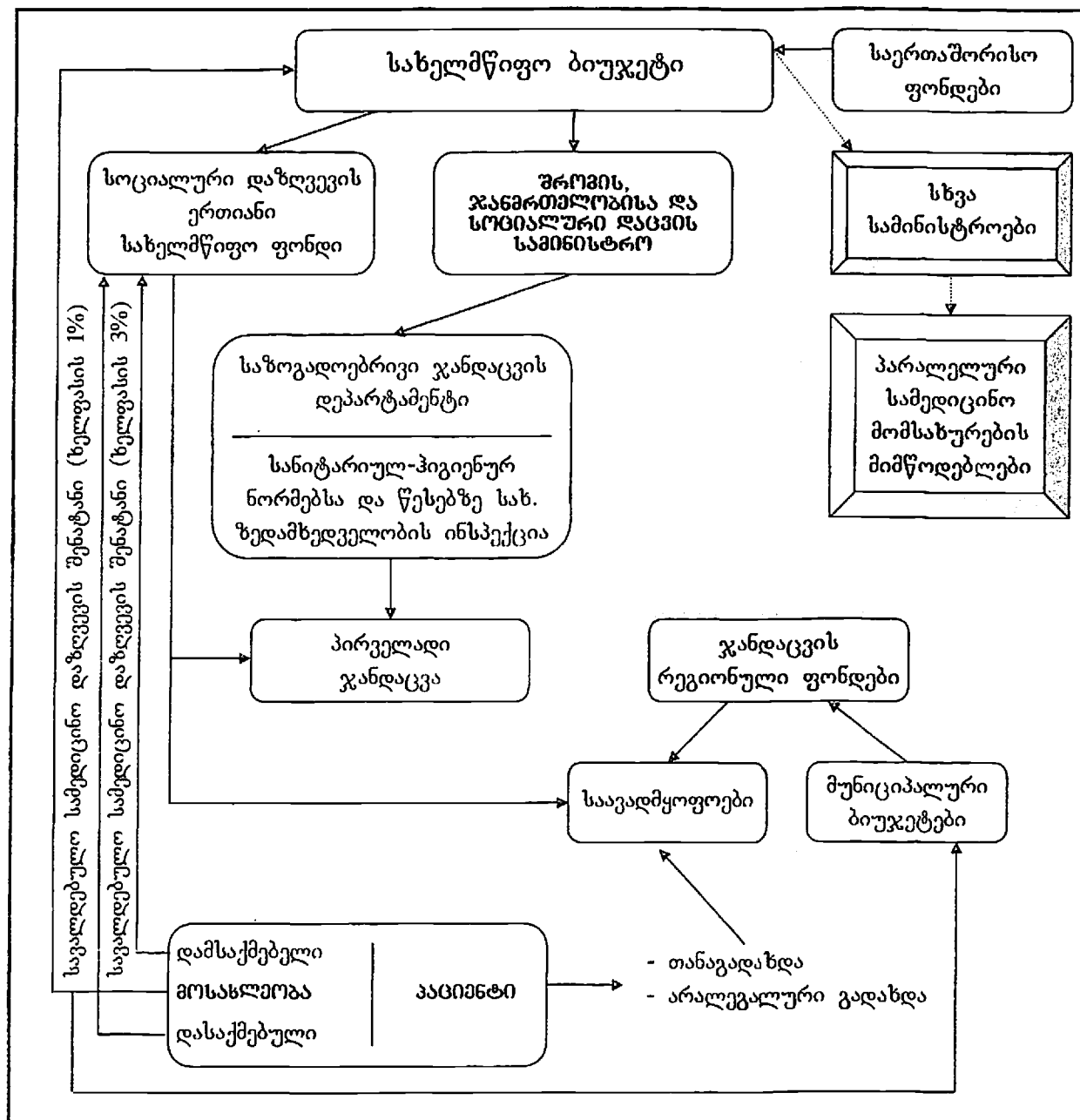
სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ბიუჯეტი ყალიბდება დასაქმებულთა ხელფასის 1%-ისა და დამსაქმებელთა სახელფასო ფონდის 3%-ისაგან. უმუშევართა, პენსიონერთა და ბავშვთა შენატანები იფარება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მიღებული ტრანსფერების მეშვეობით, რომლებიც, თავის მხრივ, მოსახლეობის გადასახადებით იქმნება. ცენტრალური ბიუჯეტი აფინანსებს პროფილაქტიკურ და „სხვა“ პროგრამებსაც. რეგიონული ფონდების დაფინანსება ხორციელდება მუნიციპალური ბიუჯეტიდან და დამოკიდებულია რეგიონში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე. შენატანები ჯანდაცვის რეგიონულ ფონდებში უნდა იყოს, სულ მცირე, 2,5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე და არანაკლებ მუნიციპალური ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილის 10%-ისა. მუნიციპალიტეტებს უფლება აქვთ გაზარდონ ეს თანხა, თუ მათი ბიუჯეტი ამის საშუალებას იძლევა.

სამედიცინო მომსახურების იმ ნაწილს, რომელიც არ შედის საბაზისო პაკეტში, მოსახლეობა ფარავს ოფიციალური თანაგადახდის სახით. ამის გარდა, არსებობს არაფორმალური გადასახადები, რომლებსაც მოსახლეობა ასევე საკუთარი ჯიბიდან იხდის.

უწყებრივ დაქვემდებარებაში (თავდაცვის, შინაგან საქმეთა სამინისტროები) მყოფ სამედიცინო დაწესებულებებს აფინანსებენ შესაბამისი სამსახურები ფინანსთა სამინისტროდან მიღებული თანხების მეშვეობით (ნახატი 58).

ახალი მოდელის თანახმად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და მასზე ზრუნვა აგებულია სამი მხარის პასუხისმგებლობაზე. ესენია: სახელმწიფო, დამქირავებელი და მოქალაქე. სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო უმნიშვნელოვანესი ამოცანების გადაწყვეტა – პროფილაქტიკა, უსაფრთხო გარემოს შექმნა და უმწეო მოსახლეობაზე ზრუნვა. დამქირავებელმა იტვირთა სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსება სოლიდარობის პრინციპით, ხოლო თითოეულმა ადამიანმა დაიწყო ფიქრი თავისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე, მასზე ზრუნვა, რათა შეამციროს ის დანახარჯები, რომლებიც შეიძლება მოჰყვეს ავადმყოფობის შემთხვევაში მის მკურნალობას.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსება



ქვეყნის რეალური ფინანსური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, ბაზისური პაკეტის მოცულობა შეზღუდულია. სახელმწიფო ფარავს სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ 15-20% და ამ საზღვრებს მიღმა დარჩენილი დახმარების სახეებზე მოსახლეობამ შესაბამისი თანხა თავად უნდა გადაიხადოს. სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდა კანონით არის დადგენილი და მას არეგულირებს სახელმწიფო. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ბაზისური პაკეტის მოცულობა ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად თანდათანობით ფართოვდება. თუ 1995 წელს ის მოიცავდა მხოლოდ 8 პროგრამას (მოსახლეობის იმუნოზაციას, უსაფრთხო დედობასა და ბავშვთა გადარჩენას, სოციალურად საშიში დაავადებების პროფილაქტიკას, ავადმყოფთა

სტაციონარულ მკურნალობას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, სანიტარიულ კონტროლსა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებებს, სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების განვითარებასა და ხელშეწყობას), 2002 წლისათვის სახელმწიფო უკვე 35 პროგრამას აფინანსებდა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამის ძირითად მიზანს წარმოადგენს ქვეყნის მოსახლეობისა და, განსაკუთრებით, მოზარდების სამედიცინო-პროფილაქტიკური მიმართულებით ინფორმირება ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხებზე.

პროგრამის ძირითადი მიმართულებებია:

- მოსახლეობის ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა;
- ალკოჰოლური სასმელების ჭარბად მოხმარების საწინააღმდეგო ღონისძიებები;
- თამბაქოს მოხმარების პროფილაქტიკა.

ეპიდზედამხედველობის, საკარანტინო (შავი ჭირი, ქოლერა, ჰეპორავიული კონტაგიოზური ვირუსული ცხელებები), განსაკუთრებით საშიში და მასთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლისა და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის, მართვისა და კოორდინაციის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ინფექციურ დაავადებათა ეტაპობრივი შემცირება, პოლიომიელიტის, დიფთერიის, ახალშობილთა ტეტანუსის ადგილობრივი შემთხვევების აღმოფხვრა და პროგრამით განსაზღვრული გადამდები დაავადებების ნეგატიური შედეგების შემცირება. იგი ითვალისწინებს ეპიდზედამხედველობის სისტემის სრულყოფას, ეპიდაფეთქებების დროულ ლოკალიზაციასა და ლიკვიდაციას.

გეგმიური პროფილაქტიკური იმუნიზაციის, მასობრივი და პროფესიული აცრების კამპანიების პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის მართვადი ინფექციებით ავადობის მინიმუმამდე დაყვანა, ბავშვთა კონტინგენტის გეგმიური აცრებით მაქსიმალური მოცვა, მასობრივი აცრების კამპანიების ჩატარება დაავადებათა მიმართ დამცველობითი იმუნური ფენის შექმნისა და შენარჩუნებისათვის.

პროგრამის ძირითადი მიმართულებებია:

- გეგმიური (რუტინული) იმუნიზაცია, გეგმიური პროფილაქტიკური აცრების კალენდრის შესაბამისად;
- პროფესიული ან/და ეპიდჩვენებით აცრების ჩატარება;
- მასობრივი აცრების კამპანიები, ქვეყანაში ეპიდსიტუაციის გაუმჯობესების (მაგ. დიფთერია) ან დაავადების აღმოფხვრის (მაგ. პოლიომიელიტი, წითელა) მიზნით;

ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა პროგრამა ითვალისწინებს ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობითი ფაქტის დადგენას, სასამართლო ნარკოლოგიურ ექსპერტიზას, ნარკოტიკულ ნივთიერებათა მოხმარების ერთწლიან პროფილაქტიკურ მეთვალყურეობას, ფსიქიკურ აშლილობათა გართულებულ მწვავე აბსტინენციური მდგომარეობის კუპირებას (მეორადი პროფილაქტიკა), სოციალურ და სამედიცინო რეაბილიტაციას, ქალთა და მოზარდთა მკურნალობასა და რეაბილიტაციას.

იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკისა და რადიაციული ფონის შესწავლის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს რადიოეკოლოგიური სიტუაციის შესწავლის ფონზე იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა შემცირება და რკინის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკა.

ავადობის აქტიური გამოვლინებისა და მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა-შეფასება და გაუმჯობესების ხელშეწყობა გარკვეულ ფენებსა და სოციალურ ჯგუფებზე (იძულებით ადგილმაცვალი პირები, პენსიონერები, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები, მრავალშვილიანი დედები და ა.შ) ორიენტაციით, მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვებისა და ანკეტური გამოკითხვის გზით მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურის დადგენა გამოვლენილ დაავადებებზე მეთვალყურეობის, მათზე კონტროლისა და პროფილაქტიკისათვის საჭირო რეკომენდაციების შემუშავებისათვის.

შიდსის, უსაფრთხო სისხლისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკისა და ნაწილობრივი მკურნალობის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს დონორთა სისხლის და სისხლის პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, შიდსის გადაცემის ძირითადი გზების ბლოკირება და აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა თავიდან აცილება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების შეჩერება.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- დონორთა სისხლის სავალდებულო გამოკვლევა აივ ინფექცია/შიდსზე, სიფილისზე, B და C ჰეპატიტებზე;
- მაღალი რისკ-ჯგუფების გამოკვლევა აივ ინფექციაზე;
- მოსახლეობაში ფართო საინფორმაციო-საგანმანათლებლო მუშაობა შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის საკითხებზე;
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების აქტიური გამოვლინების გაუმჯობესება სხვადასხვა ჯგუფებში, კერძოდ, სომატურ და გინეკოლოგიურ ავადმყოფებში, რისკ-ჯგუფებში, 20 წლამდე ასაკის პირთა შორის და სხვა;
- მეძავთა, ჰომოსექსუალების, 20 წლამდე ასაკის პირთა ანონიმურ კვლევა და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა დადგენის შემთხვევაში მათი მკურნალობა;

ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი გამოვლინების პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობაში კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული ფორმების გამოვლინება პირველი დონის ონკოლოგიურ ქსელში.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- ონკოლოგიურ დაწესებულებებსა და კაბინეტებში პაციენტთა პროფილაქტიკური გასინჯვები;
- კიბოსწინა დაავადებებისა და კიბოს კურაბელური ფორმების გამოვლენა და მათი ოპტიმალურ სამკურნალო ტაქტიკაზე ორიენტირება;
- მობილური სადიაგნოსტიკო ჯგუფების ფორმირება და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარება იმ რეგიონებში, სადაც არ არის სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა;
- ქვეყანაში ონკოდაავადებების აღრიცხვიანობის მოწესრიგება.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით გამოწვეული ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის შემცირებისათვის პოპულაციაში ადაპტირებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება.

ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისა და პირველადი დახმარების პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ტრავმატიზმისათვის დამახასიათებელი ზოგადი კანონზომიერებებისა და

თავისებურებების გამოვლენა, საგზაო, საყოფაცხოვრებო, საწარმოო და სხვა სახის ტრავმების პროფილაქტიკა, ტრავმის შედეგების სიმძიმისა და სიკვდილიანობის შემცირება.

მაღარიის კონტროლისა და პროფილაქტიკის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მაღარიის ადგილობრივი კერების ელიმინაცია და მაღარიის აფეთქების თავიდან აცილება პროფილაქტიკისა და კონტროლის გაძლიერების გზით.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- მაღარიის ეპიდზედამხედველობისა და კონტროლის ღონისძიებების დახვეწა;
- პრეპარატებითა და ლაბორატორიული აღჭურვილობით უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობის ინფორმირება.

სოფლის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი ამბულატორიული მომსახურების უზრუნველყოფა პირველად დონეზე. პროგრამა ორიენტირებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების შემცირების, დაავადებათა პროფილაქტიკის, გართულებათა თავიდან აცილების, რეაბილიტაციისა და მკურნალობის ხელშეწყობაზე.

მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის მიზანს წარმოადგენს რთულ რელიეფურ, სოციალურ-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ პირობებში მცხოვრები მაღალი მთის მოსახლეობის პირველადი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა ამბულატორიულ და სტაციონარულ დონეზე.

„სსმპ“ ჯანდაცვითი სასელმწიფო პროგრამები

კატასტროფების შედეგების ლიკვიდაციისა და სამედიცინო რეზერვების შევსება-განახლების პროგრამის მიზანს წარმოადგენს კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციების დროს დაზარალებული მოქალაქეებისათვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების უმოკლეს ვადებში მიწოდება.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციების დროს დაზარალებულთათვის დროული სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა შემთხვევის ადგილზე და შემდგომი ევაკუაცია;
- განსაკუთრებით მნიშვნელოვან შემთხვევებში, ექსტრემალურ კლიმატურ პირობებში და ძნელად მისადგომ გეოგრაფიულ რეგიონებში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა;
- სწრაფი რეაგირების სამედიცინო მობილური სისტემის შენახვის ხარჯები;
- მედიკამენტების, სისხლის შემცვლელებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების მარაგის განახლება და შევსება;

სტრატეგიულად მნიშვნელოვან სამედიცინო დაწესებულებათა რეაბილიტაციის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ამგვარ დაწესებულებებში მიმდინარე და კაპიტალური შეკეთების საშუალების ჩატარება და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით მათი თანამედროვე სამედიცინო ტექნიკით აღჭურვა.

ნორმირებისა და სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავება და დანერგვა, სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის სისტემის სრულყოფა, საერთაშორისო ორგანიზაციების მოთხოვნების დანერგვა, სახელმწიფოს სანიტარიული ზედამხედველობისა და კონტროლის განხორციელება.

სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების განვითარების ხელშეწყობის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ეროვნული მეცნიერების პოტენციალის განვითარებისა და პრაქტიკასთან მჭიდრო ინტეგრაციის უზრუნველყოფა, განათლების სისტემის ეფექტიანობის გაზრდისა და მიზანდასახული საკადრო პოლიტიკის გატარება.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- სამედიცინო განათლების მეცნიერული და მეთოდური უზრუნველყოფა;
- რეალური სამეცნიერო პოტენციალისა და მისი ინტეგრაციის გზების მოძიება მსოფლიო მეცნიერებაში;
- განათლებისა და მეცნიერების თანამედროვე მსოფლიო გამოცდილების საუკეთესო მიღწევების შერჩევა და უახლესი ტექნოლოგიური მეთოდების გამოყენების დანერგვა;
- რეზიდენტების მომზადება შესაბამისი ლიცენზიის მქონე სამეცნიერო და სასწავლო დაწესებულებებში;
- საკონკურსო წესით შერჩეული სამეცნიერო თემების დაფინანსება;
- დეფიციტურ სპეციალობებში პერსონალის გადამზადების ციკლების ორგანიზება;
- უცხოეთის სასწავლო-სამეცნიერო დაწესებულებებთან პარტნიორული ურთიერთობების ხელშეწყობა.

სამედიცინო დაწესებულებათა მართვის უზრუნველყოფისა და რეფორმების განვითარების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმირების პროცესის ეფექტურობის გაზრდის ხელშეწყობა და ღარვის ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი სამეურნეო საქმიანობით უზრუნველყოფა.

სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს პროგრამების მიმდინარე მონიტორინგი, მართვის სამოდელო სისტემების გამოცდა და პროგრამების გაწერა, მართვისა და მონიტორინგისათვის აუცილებელი გარემოს შექმნა.

სტატისტიკისა და ინფორმაციული სისტემების უზრუნველყოფის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ერთიანი ინფორმაციული სისტემის შექმნა სწორი სტრატეგიის, ტაქტიკისა და ოპერატიული გადაწყვეტილებების უზრუნველსაყოფად.

საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს საქართველოს სამხედრო ძალების ჯანმრთელი კონტინგენტით შევსების უზრუნველყოფა.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- საქართველოს სამხედრო ძალების ჯანმრთელი კონტინგენტით შევსება-განახლება;
- გასაწვევ კონტინგენტში ავადობის დროული გამოვლენა და მდგომარეობის კორექცია;
- წვევამდელთა გაწვევის პერიოდში მათი სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისიანობის განსაზღვრა, რომელიც გულისხმობდა გაწვევის პერიოდში წვევამდელთა კომისიური წესით შემოწმებას და არასაკმარისი დოკუმენტაციის ან საეჭვო მდგომარეობების დროს მათთვის დამატებითი გამოკვლევების წარმოებას.

საკურორტო რეაბილიტაციის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა და განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში მყოფ მოქალაქეთა საკურორტო რეაბილიტაცია.

სავალდებულო სამედიცინო დაწესებულების სახელმწიფო პროგრამები

ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურის ოპტიმალური, საერთაშორისო სტანდარტებთან დაახლოებული დონის შექმნა.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- ფსიქიკურ აშლილობათა სტაციონარული მკურნალობა;
- ფსიქიკურ აშლილობათა ამბულატორიული მკურნალობა და დინამური მეთვალყურეობა;

ფთხიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის ტუბერკულოზით ავადობის, სიკვდილობის, ინფექციის გავრცელების შემცირება.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- ტუბერკულოზზე ეჭმიტანილთა და რისკ-ჯგუფების სადიაგნოსტიკო გამოკვლევებით უზრუნველყოფა ამბულატორიულ პირობებში;
- ტუბერკულოზით დაავადებულთა კონტროლირებადი ქიმიოთერაპიით უზრუნველყოფა ამბულატორიულ პირობებში და მისი მონიტორინგი;
- ტუბერკულოზით დაავადებულთა სტაციონარული დახმარება.

მეანობის სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ორსულობის მიმდინარეობაზე ხარისხიანი მეთვალყურეობა, ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებების თავიდან აცილება, უსაფრთხო მშობიარობის უზრუნველყოფა, გართულებული მშობიარობის შემთხვევაში ადეკვატური სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- უსაფრთხო მშობიარობის უზრუნველყოფა;
- პრე- და პერინატალური სამედიცინო მომსახურება;
- მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და ახალშობილთა რეფერალური პროგრამის განხორციელება;

ბავშვთა სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა.

პროგრამა მოიცავდა 4 ქვეპროგრამას:

- 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა (ამბულატორიული მკურნალობა, პატრონაჟი, სტაციონარული დახმარება, მწვავე შემთხვევების მართვის პროგრამა);
- ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების პროგრამა;
- მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ადრეული ასაკის ბავშვების სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
- მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებული ბავშვების (3-14 წლამდე) სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

სტაციონარული სამედიცინო დახმარების პროგრამა მიზნად ისახავს მოსახლეობის სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ბაზისური პაკეტისა და ურგენტული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- 3 წლის და ზევით ასაკის მოსახლეობის ურგენტული სტაციონარული დახმარების უზრუნველყოფა;

- მოსახლეობის ანტირაბიული მომსახურებით უზრუნველყოფა;

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ონკოლოგიურ დაავადებათა შორეული შედეგების გაუმჯობესება დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის გზით.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- მაღალი რისკის პოპულაციის ღრმა სამედიცინო გამოკვლევა კიბოსწინარე და სიმსივნურ დაავადებათა დროული გამოვლენის მიზნით;
- ავადმყოფთა მკურნალობა კომბინირებული და კომპლექსური თანამედროვე სამედიცინო მეთოდების გამოყენებით;
- ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციის შეგროვება.

ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ქვეყანაში ინფექციური დაავადებების მკურნალობა და ამ დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის რისკის შემცირება.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- ინფექციურ ავადმყოფთა უზრუნველყოფა დროული, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურებით;
- ინფექციური გადამდები დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფთა ადრეული გამოვლენა და სათანადო სამკურნალო და სანიტარიული ღონისძიებების გატარება;
- ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის ლიკვიდაცია მაქსიმალურად მოკლე დროში;

დიალიზის სახელმწიფო პროგრამა მიზნად ისახავს თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალური სტადიით დაავადებულთა სრულფასოვანი ჰემო-და პერიტონიალური დიალიზით უზრუნველყოფას.

გულის იშემიურ დაავადებათა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა მიზნად ისახავს გულის იშემიური დაავადებებით შეპყრობილ ავადმყოფთა ქირურგიული და ინტერვენციული მეთოდებით მკურნალობას.

თირკმლის და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ტერმინალური სტადიით დაავადებული ავადმყოფებისათვის თირკმლის გადანერგვის უზრუნველყოფას.

სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა მიზნად ისახავს შაქრიანი დიაბეტით, უშაქრო დიაბეტით, ჰემოფილიით დაავადებულ და თირკმელგადანერგილ პაციენტთა სასიცოცხლო მნიშვნელობის სპეციფიკური მედიკამენტებით დროულ და უწყვეტ უზრუნველყოფას და ონკო-ინკურაბელურ ავადმყოფთა ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით უზრუნველყოფას.

თავი 25. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდები

25.1. შესავალი

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მეთოდების აღწერისას განხილული იყო ფინანსური რესურსების მობილიზაციის ვარიანტები. მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისათვის ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ან სადაზღვევი სქემებით შეგროვილი თანხების ძირითად „მხარჯველ“ მხარეს სამედიცინო დაწესებულებები წარმოადგენენ, თუმცა მათ გარდა სამედიცინო ბაზარზე აქტიურ როლს თამაშობენ ფარმაცევტული და სამედიცინო აღჭურვილობის მწარმოებელი ფირმები, სამშენებლო, სატრანსპორტო და კომუნალური მომსახურების მიმწოდებლებიც.

ბუნებრივია, სამედიცინო დაწესებულებები, ისევე, როგორც ნებისმიერი სხვა სახის მომსახურების მწარმოებლები, დაინტერესებული არიან თავისი შემოსავლების ზრდით, რისი მიღწევის ორი გზა არსებობს – მომხმარებელთა (პაციენტთა) რაოდენობის ან მომსახურების (პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის) ღირებულების გაზრდა. თავის მხრივ, დამფინანსებლის მიზანია, რაც შეიძლება ნაკლები დანახარჯებით უზრუნველყოს მთლიანად მოსახლეობის (საბიუჯეტო დაფინანსების მოდელი) ან მისი მიერ დაზღვეული პირების (დაფინანსების სადაზღვევო მოდელი) ჯანმრთელობის დაცვა. ამ ორი მხარის ინტერესების დაბალანსებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდის სწორი შერჩევა.

ისევე, როგორც ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების შემთხვევაში, არ არსებობს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების იდეალური მეთოდი. თითოეულ მათგანს გააჩნია, როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მხარეები, რომელთა დასაბალანსებლად ხშირად გამოიყენება ამ მეთოდების კომბინაცია.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურების ყოველ მეთოდს მისთვის დამახასიათებელი ნიშან-თვისებები გააჩნია, მაგრამ მიღებული შედეგი დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ და სადაა ეს მეთოდი დანერგილი. შეუძლებელია, ერთი მხრივ, პროფილაქტიკური ღონისძიებები, რომელთა მომხმარებელი ჯანმრთელი მოსახლეობის ფართო ფენებია და, მეორე მხრივ, სამკურნალო პროცედურები, რომელიც მოსახლეობის გაცილებით უფრო მცირე, ავადმყოფ ნაწილს ესაჭიროება, ერთნაირი მეთოდით ანაზღაურდეს. ასევე არაეფექტურია ავადმყოფთა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობის საფასურის გადახდა ერთნაირი მეთოდის გამოყენებით.

ანაზღაურების მეთოდის შერჩევისას გასათვალისწინებელია, თუ რა გავლენის მოხდენა შეუძლია მას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და რამდენად მარტივია მისი აღმინისტრირება ანუ რამდენად ექვემდებარება ის მონიტორინგსა და კონტროლს, რათა გამოირიცხოს მომწოდებლების მხრიდან მომსახურების საფასურის ხელოვნური ზრდა პაციენტებისათვის ძვირადღირებული მედიკამენტებისა და გამოკვლევის მეთოდების დაუსაბუთებელი დანიშვნის გზით.

25.2. სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურება

სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურება წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას გარკვეულ პერიოდში (ჩვეულებრივ, ერთი წლის განმავლობაში) მოსახლეობის ფიქსირებული რაოდენობის მიხედვით. აღნიშნული მეთოდი განსაკუთრებით ხელსაყრელია ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად.

სულადობრივი ანაზღაურებისას თითო სულზე დგინდება ნორმატივი, რომელშიც შედის პაციენტის გამოკვლევის, კონსულტაციისა და მკურნალობის ხარჯები, შესაძლებელია სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ხარჯების გათვალისწინებაც. ასეთ შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურება არ არის დაკავშირებული მის მოცულობაზე.

სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდის გამოყენება შეიძლება დაეფუძნოს გარკვეულ ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობას (**დახურული გაწვევრიანება**) ან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობას (**ღია გაწვევრიანება**). ღია სახის გაწვევრიანების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შეუძლიათ მეტი და ნაკლები რისკის პაციენტებს დაზღვევა. რაც უფრო მეტი ახალგაზრდა და ჯანმრთელი პირი არის მიმაგრებული სამედიცინო დაწესებულებაზე, მით უფრო მომგებიანია მისთვის ანაზღაურების ეს მეთოდი, ვინაიდან ამ კონტინგენტის დიდმა ნაწილმა შეიძლება საერთოდ არ ისარგებლოს სამედიცინო მომსახურებით და პირიქით, ხანდაზმულთა, ქრონიკულ ავადმყოფთა მიმაგრება წამგებიანია დაწესებულებისათვის, ვინაიდან ისინი ხშირად საჭიროებენ სამედიცინო მომსახურებას, რის გამოც მათზე გაწეული ხარჯები აჭარბებენ ერთ სულზე გამოყოფილ თანხებს.

სულადობრივი ანაზღაურება შეიძლება იყოს მარტივი და რთული. **მარტივი ფორმის** შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულება ყველა რეგისტრირებული პაციენტის მომსახურებისათვის ერთსა და იმავე თანხას იღებს. რაც შეეხება **რთულ ფორმას**, ამ შემთხვევაში მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფისათვის განსხვავებული ტარიფი დგინდება. რთული ფორმის დროს, ითვალისწინებენ არამარტო მოსახლეობის რაოდენობას, არამედ ისეთ პარამეტრებსაც, როგორიცაა ასაკი, სქესი, სოციალური სტატუსი, საცხოვრებელი ადგილმდებარეობა, განათლების დონე, ინვალიდობა და სხვ. ვინაიდან, ბავშვები, მოხუცები ან რეპროდუქციული ასაკის ქალები სამედიცინო მომსახურებას უფრო ხშირად საჭიროებენ, ამიტომ შესაძლებელია მათზე შედარებით მაღალი სულადობრივი ანაზღაურების დადგენა.

დიდ ბრიტანეთში ზოგადი პრაქტიკის ექიმის შემოსავლის 60% სულადობრივი მეთოდით ფინანსდება. თითო სულზე გამოყოფილი თანხა დამოკიდებულია მიმაგრებული კონტინგენტის ასაკსა და სქესზე. ქვეყნის ზოგიერთ რეგიონში თითოეულ მათგანზე დამატებითი სახსრები გამოიყოფა. მაგალითად, 1997 წელს 65 წლამდე ასაკის მოსახლეობის ამბულატორიული მომსახურებისათვის დადგენილი იყო, დაახლოებით, 11 ფუნტი სტერლინგი, 65-დან 75-წლამდე – 21 ფუნტი სტერლინგი, ხოლო 75 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობისათვის – 41 ფუნტი სტერლინგი. ღარიბ რაიონებში დამატებით 6,5 ფუნტი სტერლინგი გამოიყოფოდა. სულადობრივი ანაზღაურების მსგავს ფორმას იყენებენ აშშ-შიც.

კაპიტაციურ მეთოდს მთელი რიგი დადებითი მხარეები გააჩნია. მაღალი ანაზღაურების მიღების მიზნით სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები ცდილობენ რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის გაზრდას, რაც მათ შორის კონკურენციის ზრდას და შესაბამისად მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას იწვევს. ამ გარემოებას ხელს უწყობს დაზღვეულის უფლება, საკუთარი სურვილით აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი. იმის გამო, რომ დაფინანსება არაა დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე, კაპიტაციური მეთოდის დროს სახეზეა ხარჯების ზრდის შეკავება. მას ახასიათებს ანგარიშსწორების სიმარტივე, ვინაიდან არ მოითხოვს სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევისათვის ანგარიშის დამუშავებას. ამავე დროს მომსახურების მიმწოდებელი დაინტერესებულია პროფილაქტიკური ღონისძიებების

გააქტიურებაში, ვინაიდან რაც უფრო ჯანმრთელია დაწესებულებაზე მიმაგრებული მოსახლეობა, მით ნაკლებია მათ მკურნალობაზე გაწეული ხარჯები. და ბოლოს, ძლიერდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, როგორც „მეჭიშკრის“ (gatekeeper) როლი, ვინაიდან მას ევალება საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის ვიწრო სპეციალისტთან ან ჰოსპიტალიზაციაზე გაგზავნა.

კაპიტალიზმის მეთოდს უარყოფითი მხარეებიც გააჩნია, რომელთა შორის აღსანიშნავია სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუარესების საშიშროება. რეგისტრირებულ პაციენტზე გარანტირებული ფიქსირებული ანაზღაურების არსებობის გამო, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ცდილობს შეამციროს ხარჯები გამოკვლევების მოცულობის შემცირების, ან პაციენტის სტაციონარში გაგზავნის შეზღუდვით. არანაკლებ მნიშვნელოვანია მაღალი რისკის პაციენტების თავიდან მოშორების საშიშროება.

თუ მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის კონკურენცია მაღალია, სოფლის პირობებში იგი შედარებით მცირეა, რაც ამცირებს თავისუფალი არჩევანის განხორციელების შესაძლებლობას.

25.3 ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით

შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების თითოეული ფაქტის (შესრულებული პროცედურების, დიაგნოსტიკური გამოკვლევების) მიხედვით დაფინანსებას.

შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება ყველაზე გავრცელებულ საბაზრო მეთოდს წარმოადგენს. იგი, ძირითადად, ისეთ ქვეყნებში გამოიყენება, სადაც დაფინანსების სადაზღვევო სისტემაა გავრცელებული (გერმანია, ბელგია, საფრანგეთი, ლუქსემბურგი, პოლანდია, შვეიცარია, აშშ, კანადა). ანაზღაურება შეიძლება განხორციელდეს მომსახურების საბაზრო ღირებულების მიხედვით ან ფასთა სქემის გამოყენებით. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში მომსახურების ფასი ფიქსირებულია ან განისაზღვრება მისი ზედა და ქვედა ზღვარი.

დაფინანსება შესაძლებელია განხორციელდეს, როგორც რეტროსპექტული, ისე პროსპექტული პრინციპით (სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელსა და დაფინანსებელს შორის მომსახურების მოცულობასა და ხარჯებზე წინასწარი შეთანხმების შესაბამისად).

მიუხედავად იმისა, რომ ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით თითქოსდა სამართლიანი მეთოდია, ვინაიდან ითვალისწინებს რეალურად შესრულებული სამუშაოს დაფინანსებას, ჯანდაცვის სისტემაში მის გამოყენებას მთელი რიგი ნაკლოვანებები გააჩნია, რომელთა შორის უმნიშვნელოვანესს დანახარჯების ზრდა წარმოადგენს. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ცდილობს გაზარდოს სამუშაოთა მოცულობა, რომელიც ხშირად დაუსაბუთებელია. აღნიშნული მეთოდის გამოყენებისას უფრო მეტი ყურადღება ექცევა პაციენტის ძვირადღირებული დიაგნოსტიკის მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ჩატარებას, ვიდრე პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელებას, რაც ნაკლებად მომგებიანია. იმ ქვეყნებში, სადაც აღნიშნული მეთოდია გავრცელებული, მნიშვნელოვნად მაღალია, როგორც დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, ასევე გამოწერილი მედიკამენტების რაოდენობა.

მომსახურების საფასურის მატებას არ მოყვება მისი ხარისხის შესაბამისი ზრდა, ვინაიდან ექიმები ისწრაფვიან შესძლებისდაგვარად მცირე დრო დაუთმონ მკურნალობას და ამით გაზარდონ დროის ერთეულში გაწეული მომსახურების რაოდენობა. თუმცა,

ამავე დროს, შეიძლება შეიქმნას მომსახურების ხარისხის ამაღლების პირობებიც, ვინაიდან კონკურენტულ გარემოში მომსახურების ხარისხის გაუარესებამ შეიძლება პაციენტთა დაკარგვა გამოიწვიოს.

ადმინისტრირების თვალსაზრისით, ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ყველაზე ძვირადღირებული ფორმაა, რადგან მოითხოვს თითოეული შემთხვევის ანგარიშის ცალკე დამუშავებას რთული საინფორმაციო სისტემების გამოყენებით, ცენტრალიზებულ მონაცემთა ბაზის ჩამოყალიბებით, რაც მკვეთრად ზრდის საფინანსო-ეკონომიკური პერსონალის რიცხვს.

25.4. ანაზღაურება მკურნალობის ხანგრძლივობის მიხედვით

ანაზღაურება მკურნალობის ხანგრძლივობის (საწოლდღეების) მიხედვით 1980-იან წლებამდე ბევრ ქვეყანაში გამოიყენებოდა სტაციონარების დასაფინანსებლად. უკანასკნელ პერიოდში საწოლდღის ღირებულება გამოიყენება, როგორც გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლის ერთეული (ამისათვის, სტაციონარში გატარებული საწოლდღეების რაოდენობა მრავლდება თითოეული დღის სტანდარტულ ღირებულებაზე).

საწოლდღეებზე გადასახადში შედის პაციენტთა ყოველდღიური მომსახურების (მკურნალობის, მედიკამენტების და სამედიცინო დანიშნულების საგნების, შენობისა და აღჭურვილობის ამორტიზაციის) ხარჯი. სამედიცინო დაწესებულების დატვირთვის მაჩვენებლის, პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობისა და გატარებული საწოლდღეთა რაოდენობის ანალიზის საფუძველზე დგინდება საწოლდღის საშუალო ღირებულება. შესაძლებელია ეს გაკეთდეს ყველა დაავადებისათვის ან გარკვეული პროფილის საწოლებისათვის (ქირურგიული, თერაპიული), ე.ი. განისაზღვროს საწოლდღის ერთნაირი ან განსხვავებული საშუალო ღირებულება. ცხადია, ერთნაირი საშუალო ღირებულება ნაკლებად ითვალისწინებს ყოველი დაავადების ან სამედიცინო ჩარევის სპეციფიკურ ნიშნებს. მაგალითად, ქირურგიული საწოლდღის ღირებულება უფრო ძვირია, ვიდრე თერაპიულის.

დამფინანსებელსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის ანგარიშსწორება წარმოებს საწოლდღის ურთიერთშეთანხმებული ღირებულების საფუძველზე. ამასთან, სხვადასხვა საავადმყოფოს შეიძლება განსხვავებულად აუნაზღაურდეს ყოველდღიურ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები.

სხვადასხვა ქვეყანაში საწოლდღის ღირებულების განსაზღვრისადმი მიდგომა სხვადასხვანაირია. მაგალითად, რუსეთში საწოლდღის ღირებულება დგინდება საავადმყოფოს განყოფილებების პროფილის მიხედვით, ევროპის ბევრ ქვეყანაში საწოლდღის ღირებულებაში არ შედის ქირურგიული ოპერაციების ფასი, რომელიც ცალკე ანაზღაურდება. ზოგ ქვეყანაში საწოლდღის ღირებულებაში არ შედის მკურნალი ექიმის ხელფასი, რომელიც აგრეთვე ცალკე შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურდება და ა.შ.

სამედიცინო დაწესებულების საწოლდღის მიხედვით დაფინანსების მეთოდის დადებითი მხარეა მისი ადმინისტრირების სიმარტივე, ვინაიდან დაფინანსება ხორციელდება პაციენტის მიერ სტაციონარში გატარებულ თითოეული დღის განსაზღვრულ ღირებულებაზე გამრავლებით.

მეთოდის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულების დაინტერესება პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივებაში და, შესაბამისად, მკურნალობის გაძვირებაში. ამის თავიდან აცილების მიზნით, ბევრ ქვეყანაში წინასწარ არის დადგენილი ჰოსპიტალიზაციის სავარაუდო ვადები თითოეული ნოზოლოგიის მიხედვით.

პაციენტის მიერ სტაციონარში სტანდარტული ვადის ზევით დაყოვნების შემთხვევაში აუცილებელია სათანადო დასაბუთება და დამფინანსებლის თანხმობა.

25.5. ანაზღაურება დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების მიხედვით

იელის უნივერსიტეტში (აშშ) ცნობილი მეცნიერების **ჯ.ფეტერსი** და **ა.ტომპსონის** ინიციატივით ჯერ კიდევ 60-იან წლებში საფუძველი დაედო პაციენტისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების სპეციალური კლასიფიკაციის შემუშავებას, რომლის მეშვეობით მოხერხდა ცალკეული სამედიცინო პროცედურების სტანდარტიზაცია და ამის საფუძველზე მათი განფასების მეთოდის შემოღება. ეს მუშაობა განხორციელდა პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის 70 ათასზე მეტი შემთხვევის შესწავლის შედეგად და ითვალისწინებდა მრავალმხრივი კლინიკურ-სტატისტიკურ ინფორმაციის დამუშავებას.

სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გაზომვის ერთეულად გამოიყო ე.წ. **დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფი** (DRG - Diagnoses Related Group). ცალკეული დაავადებების ერთ ჯგუფში გასაერთიანებლად გამოყენებულ იქნა ისეთი კრიტერიუმები, როგორიცაა, დაავადებათა და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთგვაროვნება, სამკურნალოდ გამოყენებული საშუალებების მსგავსი მოცულობა და შემადგენლობა. დაავადებათა თითოეულ ჯგუფში გათვალისწინებულია პაციენტის ასაკი, სქესი, თანმხლები დაავადებების არსებობა, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა.

DRG-ის სისტემა სხვა კლასიფიკაციებისაგან იმით განსხვავდება, რომ ცალკეული ჯგუფის სტანდარტული ღირებულების გათვლის მეთოდის ეფუძნება არა დაავადებათა (ან დიაგნოზების), არამედ უშუალოდ სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო პროცესიდან გამომდინარე დაჯგუფებას. ცალკეული ჯგუფის სტანდარტული ღირებულების კორექცია ყოველწლიურად ხორციელდება „განახლების ინდექსის“ (up to date index) მიხედვით. აღნიშნული ინდექსი ითვალისწინებს მომავალი წლის მოსალოდნელ და სასურველ ცვლილებებთან დაკავშირებულ ისეთ ხარჯებს, როგორიცაა ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, დასაქმებული პერსონალის ხელფასის ზრდა.

DRG-ის სისტემის დადებით მხარეს წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებათა დაინტერესება პაციენტის მკურნალობის ვადების შემჭიდროებაში, ვინაიდან ანაზღაურებას ექვემდებარება არა გატარებულ საწოლდღეთა რაოდენობა, არამედ ჰოსპიტალიზაციის ცალკეული შემთხვევა. თუმცა მას ახასიათებს მთელი რიგი ნაკლოვანებებიც, რომელთაგან უმთავრესია სამედიცინო მომსახურების ფასის პროგრესული ზრდა. ეს გასაგებია, ვინაიდან მიმწოდებელი მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და უფრო მეტად, საკუთარი შემოსავლების ზრდის მიზნით იძენს ახალ, უფრო ეფექტიან, მაგრამ ძვირადღირებულ ტექნიკას და მოწყობილობებს, რაც თავისთავად გამოკვლევის ან მკურნალობის განფასების ზრდაში აისახება.

განვითარებულ ქვეყნებში, სამედიცინო მომსახურების ფასების ზრდის შეზღუდვის მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდი, მათ შორის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არა რეტროსპექტული (შესრულებული სამუშაოს შემდგომ, მაგალითად, ყოველი წლის ბოლოს), არამედ DRG-ის სისტემაზე დაყრდნობით პროსპექტული (წინასწარი) დაფინანსება. მართალია, ეს მეთოდი გარკვეულად ზღუდავს ფასებს, მაგრამ, მეორე მხრივ, აფერხებს ახალი ტექნოლოგიების ფართო დანერგვას, ვინაიდან საეჭვოს

ხდის სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებისათვის გაწეული ხარჯების მთლიანი ანაზღაურების შესაძლებლობას.

25.6. ანაზღაურება ფიქსირებული ხელფასის მიხედვით

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურება გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურებას საერთო და არა კონკრეტული სამუშაოების შესრულებისათვის დროის შეთანხმებული პერიოდის განმავლობაში. შემოსავალი ამ შემთხვევაში არ არის დამოკიდებული გაწეული მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე.

ხელფასის ოდენობას ადგეს დამფინანსებელი მხარე (ზოგ ქვეყანაში იგი შეთანხმებულია პროფკავშირებთან ან ექიმთა ასოციაციებთან). იგი შეიძლება დამოკიდებული იყოს პერსონალის ასაკზე, სპეციალობასა და გამოცდილებაზე, ან არ ითვალისწინებდეს ამ კრიტერიუმებს.

სამედიცინო პერსონალთან შრომითი ხელშეკრულება ჩვეულებრივ ფორმდება სრულ ან არასრულ განაკვეთზე. ამ უკანასკნელის შემთხვევაში ექიმს საშუალება აქვს დამატებითი ანაზღაურება მიიღოს სხვა სამუშაოების (მაგალითად, კერძო კონსულტაციების) ჩატარების გზით, რომელიც ხშირად მის ძირითად ხელფასსაც კი უტოლდება.

ფიქსირებული ხელფასით შრომის ანაზღაურების ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით ზოგიერთ ქვეყანაში შემოღებულია დაფინანსების რამდენიმე მეთოდის კომბინაცია. მაგალითად, ნორვეგიაში ექიმის შემოსავლების 35%-ს ფიქსირებული ხელფასი შეადგენს, ხოლო დანარჩენი 65%-ის ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ხორციელდება.

მეთოდის გამოყენების დადებითი მხარეებია:

- გაადვილებულია ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვა და სტაბილურობის შენარჩუნება, რადგანაც წინასწარ განსაზღვრულია სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- ექიმი არ არის დაინტერესებული, დამატებითი ანაზღაურების მიღების მიზნით ჩაატაროს ის სამედიცინო პროცედურები, რომლებიც ნაკლებად სჭირდება პაციენტს;
- დაბალია ადმინისტრაციული და საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები;
- ადვილია სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო მუშაობის შეფასება.

ამასთან, ფიქსირებული ხელფასით შრომის ანაზღაურებას სერიოზული ნაკლოვანება გააჩნია. კერძოდ, დაქირავებული პერსონალი უფრო ნაკლებადაა დაინტერესებული საქმიანობის კარგად წარმართვითა და მომსახურების მაღალი დონით. იმ ქვეყნებში კი, სადაც სამედიცინო პერსონალის ხელფასი დაბალია, არაფორმალური ანაზღაურება გაცილებით აღემატება მათ ოფიციალურ ანაზღაურებას. ამიტომ, დაბალი ხელფასების დანიშვნა დაქირავებულ შემსრულებელთა სისტემის ფასიანი მომსახურების სისტემით შეცვლის წინაპირობას წარმოადგენს, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე.

25.7. გლობალური ბიუჯეტი

გლობალური ბიუჯეტით ანაზღაურების მეთოდი ფართოდ გამოიყენება საავადმყოფოების დასაფინანსებლად. იგი ანაზღაურების პროსპექტულ მეთოდს წარმოადგენს, რადგანაც დამფინანსებელსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და ერთეულის ღირებულება წინასწარ აჩრის შეთანხმებული. ბიუჯეტის განსაზღვრა ხდება დაწესებულების ინფრასტრუქტურის (საწოლთა ფონდი, პერსონალის რაოდენობა და სხვ.) შეფასების მიხედვით ან წინა წლების ბიუჯეტზე დაყრდნობით (ე.წ. ისტორიული მეთოდი).

ინფრასტრუქტურის მიხედვით დადგენილი ფიქსირებული ბიუჯეტი, რომლის მოცულობა დამოკიდებულია დაწესებულების სიმძლავრეზე, საწოლთა ფონდზე და პერსონალის რაოდენობაზე, ფართოდ გამოიყენებოდა საბჭოთა კავშირში. ასეთი ბიუჯეტის ფორმირება ხორციელდება ხარჯების მუხლების მიხედვით (ე.წ. მუხლებრივი დაფინანსება), რაც რესურსების მართვისა და დაგეგმვის მოუქნელობას განაპირობებს. შემოსავლების გაზრდის მიზნით სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია პერსონალის რაოდენობისა და საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებლის ზრდაში. საავადმყოფო ცდილობს რა საწოლზე დაყოვნების ხანგრძლივობის დაუსაბუთებელ გაზრდას, ნაკლებადაა დაინტერესებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესებით.

მუხლობრივი დაფინანსებისაგან განსხვავებით, გლობალური ბიუჯეტის გათვლა დაწესებულების წინა წლების საქმიანობის ღრმა ანალიზის საფუძველზე დადებით გავლენას ახდენს შესრულებული სამუშაოს მოცულობისა და ხარისხის ზრდაზე.

გლობალური ბიუჯეტისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

- დაფინანსება ლიმიტირებულია დროის განსაზღვრული პერიოდით;
- უმეტეს შემთხვევაში ხორციელდება პროსპექტული დაფინანსება;
- სამედიცინო მომსახურების ღირებულება წინასწარაა განსაზღვრული.

გლობალური ბიუჯეტი წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელსა და დამფინანსებელს შორის არსებული ეკონომიკური ინტერესების ურთიერთშეთანხმების მეთოდს. დამფინანსებელი მხარისა და საავადმყოფოს ურთიერთშეთანხმებით დგინდება შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა და ღირებულება, რის საფუძველზე განისაზღვრება ბიუჯეტი. ხელშეკრულების დადების შემდგომ ტარდება მონიტორინგი და აღებული ვალდებულებების შეფასება. ხელშეკრულებით არ არის გათვალისწინებული მკურნალობის საბოლოო შედეგების დაკონკრეტება. ამასთან, ხელშეკრულებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის პირობებს თვითონ სამედიცინო დაწესებულება ადგენს.

დაფინანსების ეს მეთოდი 80-იანი წლებიდან ფართოდ დაინერგა ევროპის ბევრ ქვეყანაში (გერმანია, საფრანგეთი, ბელგია, ნიდერლანდები, კანადა, დიდი ბრიტანეთი, ირლანდია, ესპანეთი), რამაც ჯანდაცვაზე დანახარჯების ყოველწლიურად 13%-ით შემცირებას შეუწყო ხელი.

გლობალური ბიუჯეტის დადებითი მხარეა:

- ანგარიშსწორების სიმარტივე;
- სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების პროგნოზირებადობა;
- დამფინანსებელს გააჩნია დანახარჯზე კონტროლის ისეთი მექანიზმი, როგორიცაა წინა წლების ანალოგიური მოცულობის სამუშაოების ღირებულების ანალიზი;
- ფიქსირებული დაფინანსების გამო საავადმყოფო არ არის დაინტერესებული პაციენტთა რაოდენობის დაუსაბუთებელი ზრდით;

გლობალური ბიუჯეტის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს საავადმყოფოს დაინტერესება — ფიქსირებული დაფინანსების პირობებში დაუსაბუთებულად შეზღუდოს სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, შეამციროს პაციენტის საწოლზე დაყოვნების დრო, რამაც შეიძლება მომსახურების ხარისხის გაუარესება გამოიწვიოს.

ნაწილი VI

ჯანდაცვის აღმინისტრირება

თავი 26. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა

26.1. შესავალი

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფაში სხვადასხვა ქვეყნის გამოცდილება ცხადყოფს, რომ დაავადებათა უმეტესობა მკურნალობის რთული და ძვირადღირებული მეთოდების გამოყენებას არ საჭიროებს. პაციენტთა დიდ ნაწილს უფრო მეტად ესაჭიროება სათანადო ეკოლოგიური, სოციალური და ფსიქოლოგიური გარემოს შექმნა, მედიცინის მუშაკთან ისეთი ურთიერთობის დამყარება, რომელიც დაეხმარება მათ დაავადებათა დაძლევაში. აღნიშნული პრინციპები დაედო საფუძვლად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკას „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, რომლის პრიორიტეტულ მიმართულებას პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარება წარმოადგენს.

1978 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აღმა-ათაში გამართულმა კონფერენციამ „პირველადი მედიკო-სანიტარიული დახმარება“ მიიღო მიმართვა, რომელიც აღმა-ათის დეკლარაციის სახელწოდებითაა ცნობილი, დეკლარაციის თანახმად, მთავრობები პასუხს აგებენ თავისი ხალხის ჯანმრთელობაზე. ამიტომ, მათი უმთავრესი მიზანი უნდა იყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ისეთი დონის მიღწევა, რომელიც სოციალურად და ეკონომიკურად ნაყოფიერი ცხოვრების საშუალებას იძლევა. პირველადი მედიკო-სანიტარიული დახმარება, რომელსაც, უფრო ზუსტად, პირველადი ჯანდაცვა (Primaty Health Care) ეწოდება, ამ მიზნის მიღწევის ძირითად საშუალებას წარმოადგენს.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემა:

- ასახავს და გამომდინარეობს ქვეყნისა და საზოგადოების ეკონომიკური მდგომარეობიდან, მისი სოციალურ-კულტურული და პოლიტიკური თავისებურებებიდან და ემყარება მეცნიერული კვლევების შედეგებსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გამოცდილებას;
- მიმართულია საზოგადოებაში არსებულ სამედიცინო პრობლემებზე და უზრუნველყოფს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, პროფილაქტიკურ, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურებას;
- შეიცავს, სულ ცოტა, ჯანმრთელობის პრობლემებთან და მათი პროფილაქტიკისა და კონტროლის მეთოდებთან დაკავშირებულ სწავლებას, საკვები პროდუქტებითა და სწორი კვებით უზრუნველყოფას, სუფთა წყლით ადეკვატურ მომარაგებასა და ძირეული სანიტარიული ნორმების დაცვას, ღვინო და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას (ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით), იმუნიზაციას, ენდემური დაავადებების პროფილაქტიკას, გავრცელებული დაავადებებისა და ტრავმების შესაბამის მკურნალობას, ძირითადი წამლებით უზრუნველყოფას;
- ჯანდაცვის სისტემის გარდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარება უნდა გახდეს სხვა სექტორების საზრუნავიც, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს მრეწველობის, სოფლის მეურნეობის, მეცხოველეობის, კვების მრეწველობის, განათლების, ბინათმშენებლობის, საზოგადოებრივი სამსახურების, კავშირგაბმულობისა და სხვა კოდირებულ ძალისხმევას;

- მოითხოვს და ხელს უწყობს საზოგადოებისა და ცალკეულ პირთა თვითშეგნების მაქსიმალურ განვითარებას და მონაწილეობას პირველადი ჯანდაცვის დაგეგმვაში, ორგანიზებაში, მუშაობასა და კონტროლში, შესაბამისი საგანმანათლებლო მუშაობის მეშვეობით საზოგადოებას უვითარებს აღნიშნულ პროცესებში მონაწილეობის უნარს;
- აძლიერებს ინტეგრირებულ, ფუნქციური და ორმხრივი მხარდაჭერის მქონე „ავადმყოფთა მიმართების (რეფერალურ) სისტემებს“, რომლებიც განაპირობებენ ყოვლისმომცველი სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებასა და პრიორიტეტების მიზანმიმართულ მინიჭებას;
- ემყარება ჯანდაცვის მუშაკებს: ექიმებს, მედღებს, ბებიაქალებს, დამხმარე პერსონალს, სათემო მუშაკებს, ტრადიციული პრაქტიკოსების ჩათვლით, რომლებიც სოციალურად და ტექნიკურად მომზადებულნი იქნებიან სამედიცინო გუნდად მუშაობისათვის და სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ მოთხოვნებზე რეაგირებისათვის.

26.2. პირველადი ჯანდაცვის თავისებურებები

პირველადი ჯანდაცვა თავისი ფუნქციით წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და შემდგომი გაუმჯობესების ძირითად რგოლს, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მისი სამსახურებისადმი მაქსიმალური ხელმისაწვდომობა საზოგადოების ყველა ჯგუფისათვის. პირველადი ჯანდაცვა, ახორციელებს რა პაციენტის პირველ კონტაქტს ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან, წარმოადგენს ზოგად, უწყვეტ და კოორდინირებულ საქმიანობას, რომელიც გულისხმობს სამედიცინო მუშაკის პასუხისმგებლობის გაფართოებას დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ვიწრო ტექნოლოგიურ ჩარჩოებს მიღმა. ის მოიცავს დაავადებათა პროფილაქტიკას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებაზე მიმართულ ღონისძიებებს, მოსახლეობის განათლებას, დაავადების, პროფილაქტიკისა და ზოგადად ჯანმრთელობის შენარჩუნების შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფობის დროული დიაგნოსტიკა და დასაბუთებული მკურნალობა კვლავაც უდიდეს ძალისხმევას საჭიროებს, სხვა ამოცანები, რომელიც პირველად ჯანდაცვას ეკისრება, თავისთავად არანაკლებ მნიშვნელოვანია.

პირველადი ჯანდაცვის სამსახური უფრო დაბალტექნოლოგიური და აქედან გამომდინარე, მომსახურების უფრო იაფი ფორმაა, ვიდრე მეორეული და მესამეული დონე. **მეორეული სამედიცინო მომსახურება** მოიცავს სპეციალიზებული მომსახურების უზრუნველყოფას ექიმი-სპეციალისტის ან საავადმყოფოს მიერ პირველადი ჯანდაცვის ქსელში მომუშავე ექიმის მიმართვის საფუძველზე. **მესამეული სამედიცინო მომსახურება** წარმოადგენს ავადმყოფობის გართულებული ან არატიპიური ფორმების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას. ჯანდაცვის პირველადი, მეორეული და მესამეული რგოლები ერთმანეთთან დაკავშირებული არიან რეფერალური (მიმართვიანობის) სისტემით, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება უზრუნველყოფილი იყოს მობილური ბრიგადებით. რეფერალური სისტემა არ გამორიცხავს პაციენტის მიმართვას მეორეული ან მესამეული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან პირველადი ჯანდაცვის გვერდის ავლით, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. ამიტომ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს პირველად ჯანდაცვაში დაკავებული პერსონალის კომპეტენტურობა და ავტორიტეტი მოსახლეობაში.

პროფესიული თვალსაზრისით პირველადი ჯანდაცვა ეფუძნება ჰუმანიზმის პრინციპებს, ფუნქციონირებს საავადმყოფოს გარეთ და სპეციალურ პროცედურებსა და მეთოდებს მოიცავს. მისი ძირითადი ამოცანებია:

- პირველადი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- პაციენტის პერსონალური მხარდაჭერა დაავადების ყველა სტადიაზე;
- პაციენტის და მისი ახლობლების ინფორმირება ღიაგნოზის, მკურნალობის, პროფილაქტიკისა და პროგნოზის შესახებ;
- ქრონიკული ავადმყოფის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება;
- ავადობისა და ინვალიდობის პროფილაქტიკა დაავადების დროული გამოვლენისა და მკურნალობის, მოსახლეობის განათლებისა და ქცევის შეცვლის გზით;
- უსაფრთხო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება.

ზემოაღნიშნული ამოცანების გადაწყვეტას ემსახურებიან პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმები, ექთნები და სხვა დამხმარე პერსონალი. მათი საქმიანობა მოიცავს არამარტო დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და რეაბილიტაციას, არამედ ღონისძიებებსაც, რომელიც მიმართულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მათი პროფილაქტიკის გზით. ამ საქმიანობის პირველადი ჯანდაცვის რგოლში განხორციელება მაქსიმალურ ეფექტს იძლევა.

პრევატიზაციის, დეცენტრალიზაციისა და დემოკრატიზაციის პროცესები უფრო მკაფიოდ წარმოაჩენს პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის შესაძლებლობებსა და ამოცანებს რაიონული ჯანდაცვის სისტემაში. ეკონომიკური მდგომარეობა აიძულებს მას, უფრო მობილური გახდეს, რადგან დეცენტრალიზაციისათვის აუცილებელია ჯანდაცვაში საზოგადოების მონაწილეობის გაზრდა. რაიონული ჯანდაცვის სისტემაში სირთულეთა გადაჭრა შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის როლის, სამოქმედო არეალის, სამსახურისა და მოსახლეობას შორის დამოკიდებულების, მართვის, ხარჯებისა და დაფინანსების, ინფორმაციული სისტემებისა და კადრებით უზრუნველყოფის საკითხების ზუსტად განსაზღვრით.

რადგან პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის როლი, ფუნქცია და ორგანიზაცია დაკავშირებული უნდა იყოს, როგორც მთლიანად მოსახლეობისა, ასევე კონკრეტული ჯგუფების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან, მისი ფუნქციონირება და მართვა უნდა გაუმჯობესდეს და გაძლიერდეს მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების ხელშეწყობით და გათვალისწინებული სამუშაოს მოცულობა დაბალანსდეს არსებულ რესურსებთან.

26.3. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციის განხილვა განსაკუთრებულ სიფრთხილეს მოითხოვს, რადგან უდიდესი პოტენციალის მიუხედავად, იმ ორგანიზაციული ფორმით, როგორითაც ისინი დღეს საქართველოში არიან წარმოდგენილი (საფერშლო-საბებიო პუნქტი, სოფლის ამბულატორია, ჯანპუნქტი, პოლიკლინიკა), ხშირად ფუნქციონირებენ, როგორც მარტივი სამედიცინო დაწესებულებები.

სქემატურად პირველადი ჯანდაცვის სამსახური უნდა განთავსდეს ჯანდაცვის სისტემის ცენტრში, დაფინანსდეს იმ პირებისა და ორგანიზაციების მეშვეობით, რომელთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების პერსპექტივა დამოკიდებულია ჯანდაც-

ვის სამსახურის ფუნქციონირების ხარისხზე. აუცილებელია მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების თანადგომა. საზოგადოებაზე აქცენტირებული ფუნქცია უნდა განისაზღვროს არა ცალკეულ დაავადებულზე, არამედ ავადობის აღმოცენებისა და განვითარების ხელშემწყობი მიზეზების გაკონტროლებაზე.

პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელ ყველა სამედიცინო დაწესებულებას მიესადაგება ტერმინი **პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი**. იგი ატარებს პროფილაქტიკურ, დიაგნოსტიკურ, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიებებს და უფრო მეტ ფუნქციას ასრულებს, ვიდრე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური იზოლირებულად, მაგრამ სხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებთან შედარებით ტექნიკურად ნაკლებსრულყოფილია.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის, როგორც მოსახლეობასთან ყველაზე ახლოს მყოფი სამედიცინო დაწესებულების, უმთავრეს ამოცანებს წარმოადგენს:

- ადგილობრივი მოსახლეობის მოთხოვნებისა და საჭიროებების დაკმაყოფილება;
- მოსახლეობისათვის ხარისხიანი და თანაბარუფლებიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება;
- ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მიმართული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების განხორციელება;
- სხვა სექტორებთან თანამშრომლობა;
- მოსახლეობის დაუცველი ფენებისა და მაღალი რისკ-ჯგუფების ინტერესების დაკმაყოფილება;
- თანამშრომლობა ცალკეულ პირებთან, ოჯახებთან და მთელ საზოგადოებასთან;
- მოსახლეობის სრულყოფილი ინფორმირება.

როგორც ვხედავთ, ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციები არ შემოიფარგლება მხოლოდ სამედიცინო საქმიანობით. მისი სამედიცინო პერსონალის მოვალეობაა, დაამყაროს საქმიანი ურთიერთობები განათლების, წყალმომარაგების, საზოგადოებრივი კვებისა და სხვა სექტორებთან, რაც პროფილაქტიკური ღონისძიებების მთლიანი სპექტრით გატარების საშუალებას იძლევა. თუმცა, ამ ფუნქციების დაკისრება არ ნიშნავს მის შეზღუდვას ისეთ სფეროებში, როგორიცაა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა, ქრონიკული, სოციალურად საშიში და სხვა მნიშვნელოვანი დაავადებების დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და რეაბილიტაცია.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის უწყვეტი სამედიცინო განათლება და საჭირო უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება, მისი აღჭურვა სათანადო აპარატურით, მომარაგება სამედიცინო დანიშნულების საგნებითა და მედიკამენტებით ადგილობრივი ხელისუფლების ზრუნვის საგანს უნდა წარმოადგენდეს.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ყაირათიანი მუშაობა უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობას, მუდმივი კავშირის დამყარებას სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა დონეებთან, სამედიცინო პერსონალის მუდმივ ურთიერთობას მოსახლეობასთან.

სოფლად მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი შეიძლება იყოს საფერშლო-საბებიო პუნქტი ან სოფლის ამბულატორია.

საფერშლო-საბებიო პუნქტი, ძირითადად, დაკომპლექტებულია საშუალო სამედიცინო პერსონალით (ფერშალი, ბებიაქალი) და ემსახურება არანაკლებ 300-500

მოსახლეს. ასეთ პუნქტებს შორის მანძილი არ უნდა აღემატებოდეს 5-10 კმ-ს და ორგანიზაციულად ისინი ექვემდებარებიან სოფლის ამბულატორიას.

ამბულატორია (ambulatorius – ლათ. მოძრავი, ambularae – მოსიარულე, მომსვლელო) წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებას მოსიარულეთათვის და უმეტესად სოფლად მოქმედებს. **პოლიკლინიკა** (polis – ბერძნ. ქალაქი), ამბულატორიული დაწესებულებაა, რომელიც განლაგებულია ქალაქში ან რაიონულ ცენტრში, თუმცა ამ ტერმინის ლათინური თარგმანი (polio – მრავალი ანუ მრავალპროფილიანი კლინიკა) ასახავს იმ გარემოებას, რომ ამ სახის დაწესებულებაში, შესაძლოა, პაციენტს სპეციალიზირებული ანუ მეორეული დახმარებაც გაეწიოს.

სოფლის ამბულატორიის მომსახურების არეალში მოსახლეობის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 2500-3500-ს, მას მართავს ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმი, რომლის განკარგულებაშია არაუმეტეს 5 (მაქსიმუმ – 7) ექიმი, ექთნები (მათ შორის ბავშვთა პატრონაჟის ექთანი და ბებიქალი) და დამხმარე პერსონალი. ამბულატორია შეიძლება იყოს დამოუკიდებელი ან ექვემდებარებოდეს რაიონულ პოლიკლინიკას. ამ უკანასკნელის შემთხვევაში საქმე გვაქვს **ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ გაერთიანებასთან**.

ქალაქის მოსახლეობის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მთავარ რგოლს პოლიკლინიკა წარმოადგენს, რომელიც შეიძლება იყოს მოზრდილთა, ბავშვთა და შერეული. პოლიკლინიკა მუშაობის მოცულობითა და შინაარსით ყველაზე მასობრივ, რთულ და მრავალპროფილურ სამედიცინო დახმარებას ახორციელებს.

მოზრდილთა პოლიკლინიკა ემსახურება 20-50 ათას მოსახლეს და მასში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების (უბნის თერაპევტების) გარდა, სხვადასხვა პროფილის ექიმი-სპეციალისტებიც მუშაობენ. პოლიკლინიკა მოწოდებულია გაუწიოს მოსახლეობას სპეციალიზებული, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება ამბულატორიული მიღებისა და პაციენტთან ბინაზე მისვლის დროს.

არსებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ მოსახლეობის 80-83% სამედიცინო მკურნალობას იწყებს და ამთავრებს პოლიკლინიკის პირობებში და მხოლოდ 17-20% ექვემდებარება ჰოსპიტალიზაციას. 1980-იანი წლების ბოლოს თბილისში ეს მაჩვენებელი, შესაბამისად, 86,8% და 13,2%-ს შეადგენდა.

მოზრდილთა პოლიკლინიკის მთავარი ამოცანებია:

- მოსახლეობისათვის კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, როგორც ამბულატორიულად, ისე ბინაზე;
- მოსახლეობის ავადობის, დაინვალიდებისა და სიკვდილობის შემცირების მიზნით კომპლექსური პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელება;
- მოსახლეობაში სხვადასხვა დაავადების (გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური, ენდოკრინული, ფსიქიკური) რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და მათ გაჯანსაღებაზე მიმართული ღონისძიებების გატარება;
- საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფთა დროული ჰოსპიტალიზაცია;
- კომპლექსური ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების (აცრები, ინფექციური დაავადების ადრეული კონტროლი და სხვ.) განხორციელება;
- შრომისუნარიანობის ექსპერტიზის წარმოება;
- მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფორმირება.

ბავშვთა პოლიკლინიკა წარმოადგენს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებას, რომელიც პროფილაქტიკური ღონისძიებებითა და სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფს ყველა ბავშვს (დაბადებიდან 14 წლის, 11 თვისა და 28 დღის ასაკის ჩათვლით), ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიუხედავად. ბავშვთა პოლიკლინიკა შეიძლება იყოს, როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო დაწესებულება, ასევე შერეული პოლიკლინიკის ან ბავშვთა საავადმყოფოს ნაწილი.

ბავშვთა პოლიკლინიკის სტრუქტურას ახასიათებს მთელი რიგი თავისებურებები, რომლებიც მისი მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარეობს. ეს შეეხება არამარტო სამკურნალო, არამედ, პირველ რიგში, პროფილაქტიკური მუშაობის წარმართვის აუცილებლობას. მის ძირითად სტრუქტურულ ერთეულს წარმოადგენს პედიატრიული განყოფილება, რომლის შემადგენელი ნაწილებია – უბნის პედიატრთა კაბინეტები, ჯანმრთელი ბავშვის ოთახი, პროფილაქტიკური აცრიის კაბინეტი და სხვ. ჯანმრთელი ბავშვის ოთახში მუშაობს მედლა, რომელიც მომზადებულია პროფილაქტიკური და საგანმანათლებლო ხასიათის მუშაობისათვის. კაბინეტზე ზედამხედველობას ახორციელებს პედიატრიული განყოფილების გამგე.

ჯანმრთელი ბავშვის ოთახის მუშაობის ძირითადი ამოცანებია ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდა ოჯახში, მშობლების მომზადება ჯანმრთელი ბავშვის მოვლის, კვების, დღის რეჟიმის დაგეგმვისა და მისი გაკაუების საკითხებში.

ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაში მთავარი როლი, რა თქმა უნდა, ეკისრება უბნის ექიმ-პედიატრს, რომელიც არამარტო კლინიცისტი, არამედ ინფექციონისტი, ორგანიზატორის, პროფილაქტიკური მედიცინის სპეციალისტის ფუნქციასაც ასრულებს. მისი მოვალეობაა ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კომპლექსური შეფასება, პირველი ნახვის დროს (სამშობიაროდან გამოწერის შემდეგ) ჯანმრთელობის ჯგუფების მიხედვით განაწილება. დაბადებიდან სიცოცხლის მეორე წლის ჩათვლით ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება ხდება კვარტალში ერთხელ, სამი წლის ასაკიდან ნახევარ წელიწადში ერთხელ, ხოლო სასკოლო ასაკის ბავშვებში – წელიწადში ერთხელ.

ბავშვთა ჯანმრთელობის კომპლექსური შეფასების დროს ითვალისწინებენ:

- ქრონიკულ დაავადებათა არსებობას (მათ შორის თანდაყოლილ პათოლოგიას);
- ორგანიზმის რეზისტენტობის დონეს;
- ფიზიკური და ნერვულ-ფსიქიკური განვითარების ჰარმონიულობას.

უბნის ექიმ-პედიატრის მუშაობის ერთ-ერთი ძირითადი შემადგენელი ნაწილია **ბავშვთა პატრონაჟი**, რომლის პირველი პერიოდი იწყება ორსული ქალის შესახებ ქალთა კონსულტაციიდან პოლიკლინიკაში სათანადო შეტყობინების გაგზავნის შემდეგ. მისი მიზანია უბნის პედიატრსა და მომავალ დედას შორის კავშირის დამყარება, დედის ჯანმრთელობის, მისი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის, ოჯახში შექმნილი ფსიქოლოგიური კლიმატის, ახალგაზრდა მშობლების მზადყოფნის შეფასება ახალშობილის სწორი აღზრდისა და მეთვალყურეობის თვალსაზრისით.

პატრონაჟის მეორე პერიოდი ითვალისწინებს ახალშობილზე დინამიკური მეთვალყურეობის დაწესებას, რომელიც სამშობიარო სახლიდან გამოწერისთანავე იწყება. ის გულისხმობს ანამნეზის შეკრებას მემკვიდრეობის, ოჯახის სოციალური მდგომარეობის შესახებ, ბავშვის ობიექტურ გამოკვლევას ჯანმრთელობის მდგომარეობის სწორი შეფასებისა და ჯანმრთელობის ჯგუფის განსაზღვრისათვის.

პატრონაჟის მესამე პერიოდი ითვალისწინებს ექიმი-პედიატრის მიერ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა დაკვირვებას, ხოლო მეოთხე პერიოდი გულისხმობს 1-დან 7 წლამდე ასაკის ბავშვთა მეთვალყურეობას.

ჩვენი ქვეყნის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში, ძირითადად, შენარჩუნებულია მოსახლეობის მომსახურების ე.წ. ტერიტორიულ-საუბნო პრინციპი. პოლიკლინიკის სამოქმედო ტერიტორია დაყოფილია უბნებად (დაახლოებით, 1700-2000 მოზრდილი მოსახლე ერთ თერაპიულ უბანზე ან 700-800 ბავშვი ერთ პედიატრიულ უბანზე), რომელსაც ერთი უბნის ექიმი-თერაპევტი (ან პედიატრი) და მედდა ემსახურება.

პოლიკლინიკური დაწესებულების ორგანიზაციული სტრუქტურა და ამოცანები, მისი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის, ექიმთა დატვირთვის საკითხები რეგლამენტირებულია სპეციალური დებულებებით.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ სამსახურს აგრეთვე მიეკუთვნება ყველა არასტაციონარული ტიპის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, მათ შორის: პოლიკლინიკური განყოფილება საავადმყოფოსთან, საკონსულტაციო პოლიკლინიკა (დიდ საავადმყოფოსთან ან პროფილურ სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტთან), ქალთა კონსულტაცია (ან განყოფილება სამშობიარო სახლთან), სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები ან კაბინეტები (მოზრდილთა და ბავშვთა), დისპანსერები (ტუბერკულოზის, ფსიქონევროლოგიური, დერმატოლოგიური და სხვ.), სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების სადგურები, დიაგნოსტიკური ცენტრები, სისხლის გადსხმის სადგურები და სხვ. ეს დაწესებულებები მოსახლეობას პირველადი ჯანდაცვის გარდა, უფრო მეტად, მეორეულ სამედიცინო მომსახურებას მიაწვდიან.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულების სპეციფიკურ ტიპს მიეკუთვნება ქალთა კონსულტაცია, რომელშიც ტერიტორიულ-უბნობრივი პრინციპით მუშაობენ არამარტო ექიმი-გინეკოლოგები, არამედ სხვა სპეციალისტებიც (თერაპევტი, კარდიოლოგი, სტომატოლოგი). კონსულტაციას გააჩნია ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული დიაგნოსტიკის საშუალებები. იმ რაიონებში, სადაც ქალთა კონსულტაცია გახსნილი არ არის, მის ფუნქციას ასრულებენ მოზრდილთა პოლიკლინიკის სტრუქტურაში არსებული გინეკოლოგიური კაბინეტები.

ქალთა კონსულტაციის მთავარი ამოცანებია:

- ქალთა მოსახლეობის გაღრმავებული გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობა;
- გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოვლენა მომართვებისა და მასობრივი პროფილაქტიკური შემოწმებების შედეგად;
- ურგენტულ გინეკოლოგიურ ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია სპეციალიზებულ სტაციონარში;
- ორსულთა სამედიცინო მეთვალყურეობა;
- სათანადო ლიცენზიის არსებობის შემთხვევაში მცირე გინეკოლოგიური ოპერაციების ჩატარება (ენდომეტრიუმის ასპირაციული ბიოფსია და ნაცხის აღება, საშვილოსნოს ყელის ბიოფსია, პოლიპექტომია, თერმოქირურგიული ოპერაციები, მინი-აბორტები და სხვ.);
- ყველა მიმართვის შემთხვევაში ქალის გამოკვლევა სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებზე (ნაცხი გონოკოკზე, სისხლის ანალიზი – ვასერმანის რეაქციაზე და სხვ.)

- ორსულებში ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკა;
- ქალთა გამოკვლევა სიმსივნური დაავადების ნაადრევი დიაგნოსტიკის მიზნით;
- რისკ-ჯგუფების გამოყოფა (ქალები გვიანი მენოპაუზით, შაქრიანი დიაბეტით, საკვერცხეების დანამატების ქრონიკული ანთებით, საკვერცხეების პოლიციისტოზით, სისხლდენებით და სხვ.) და ამ კონტინგენტის გაღრმავებული გამოკვლევა;
- ოჯახის დაგეგმვაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელება;
- ნაყოფის პერინატალური დაზმარების გაუმჯობესება;
- ახალშობილთა ძუძუთი კვების მხარდაჭერა.

საქართველოში მოქმედი „სამედიკინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა“ ითვალისწინებს ორსულთა პატრონაჟს, რომლის ფარგლებში გათვალისწინებულია ორსულის 4 უფასო ვიზიტი (მე-12 კვირამდე, 22 კვირაზე, 30 კვირაზე და 36 კვირაზე), სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი 2-ჯერ, საშვილოსნოს ნაცხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა, რეზუს-ფაქტორისა და სისხლის ჯგუფის დადგენა, სისხლის გამოკვლევა ვასერმანის რეაქციაზე, სისხლის გამოკვლევა შიდს-ზე, სისხლის ანალიზი გლუკოზაზე – ერთხელ, თერაპევტისა და სტომატოლოგის კონსულტაცია – ერთხელ.

მოსახლეობის სტომატოლოგიურ მომსახურებას ახორციელებენ სპეციალიზებული დაწესებულებები, რომლებიც შეიძლება წარმოდგენილი იყვნენ დამოუკიდებელი სტომატოლოგიური პოლიკლინიკებისა (მოზრდილთა, ბავშვთა ან შერეული) და კაბინეტების ან სხვა დაწესებულებაში არსებული სტომატოლოგიური განყოფილებებისა და კაბინეტების (პოლიკლინიკაში, საავადმყოფოში, ქალთა კონსულტაციაში, დისპანსერში) სახით.

სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა წარმოადგენს სპეციალიზებულ სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებას, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტთა კვალიფიციურ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ და საკონსულტაციო დახმარებას პირის ღრუს ორგანოთა და კბილების დაავადების დროს. მის სტრუქტურაში, როგორც წესი, წარმოდგენილია თერაპიული, ქირურგიული და ორთოპედიული განყოფილებები, დამხმარე სამკურნალო-დიაგნოსტიკური კაბინეტები (რენტგენის, ფიზიოთერაპიული და სხვ.);

სტომატოლოგიური პოლიკლინიკის მომსახურების 90%-ს თერაპიული განყოფილება უზრუნველყოფს, რომელშიც, ჩვეულებრივ, კბილების, პაროდონტიისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებებს მკურნალობენ.

თერაპიული განყოფილების ექიმ-სტომატოლოგის მოვალეობაში შედის:

- პირის ღრუს სანაცია;
- კბილების, პაროდონტიისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებების მკურნალობა;
- პირის ღრუს დაავადებათა პირველადი პროფილაქტიკა;
- პაციენტისათვის პირის ღრუს მოვლის სწორი წესების გაცნობა;

ქირურგიულ განყოფილებაში (კაბინეტში), ძირითადად, ხორციელდება კბილის ექსტრაქცია და ამბულატორიული ოპერაციები, ხოლო ორთოპედიულ განყოფილებაში – კბილის პროთეზირება.

ბავშვთა სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკას ან განყოფილებას გააჩნია მუშაობას თავისებურებები, რომლებიც გულისხმობს სკოლამდელი და სასკოლო ასაკის ბავშვებში პირის ღრუს სანაციისა და კბილის კარიესის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა განხორციელებასა და ყბა-კბილთა ანომალიების პროფილაქტიკასა და ორთოდონტულ მკურნალობას.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულების გავრცელებული ფორმაა **დისპანსერი** (Dispenser – ფრ. დარიგება), რომელიც ახორციელებს კონკრეტული დაავადების ან დაავადებათა ჯგუფის პროფილაქტიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და რეაბილი-

ტაციას (მაგალითად, ტუბერკულოზის, ფსიქიკური აშლილობების, გულ-სისხლძარღვთა, ენდოკრინოლოგიური, ონკოლოგიური, კანისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების და სხვ.). საჭიროების მიხედვით დისპანსერში შეიძლება გაშლილი იყოს შესაბამისი პროფილის საავადმყოფო საწოლებიც.

სხვა ტიპის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებისაგან განსხვავებით, დისპანსერის მუშაობა არ ეყრდნობა მოსახლეობის მომსახურების ტერიტორიულ-საუბნო პრინციპს. იგი ემსახურება ქვეყნის ან რეგიონის ყველა პროფილურ პაციენტს.

ზოგიერთი დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე, პაციენტის მდგომარეობა მოითხოვს ექიმის დაკვირვებას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ამიტომ დისპანსერი აღრიცხვაზე აიყვანს ყველა ახალ პაციენტს იმ ვადით, რომელიც განსაზღვრულია დაავადების პროგნოზით (მაგალითად, ონკოლოგიური პაციენტი ითვლება გამოჯანმრთელებულად, თუ მკურნალობის შემდგომ 5 წლის მანძილზე მას არ გამოუვლინდა მეტასტაზები, ალკოჰოლიკის მკურნალობის შემდგომ რეციდივი მოსალოდნელია მომდევნო 3 წლის განმავლობაში. ამასთან, აივ-ინფიცირებულები აღრიცხვაზე იმყოფებიან ცხოვრების ბოლომდე და ა.შ.).

პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სამსახურს წარმოადგენს **სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების სადგური** (განყოფილება). სხვადასხვა ქვეყანაში ეს სამსახური ჯანდაცვის, საგზაო პოლიციის ან სხვა უწყების შემადგენლობაში შედის. აქედან გამომდინარე, განსხვავებულია მის მიერ გაწეული დახმარების მოცულობა, პერსონალის კვალიფიკაცია და აღჭურვილობა. ზოგიერთ ქვეყანაში ამ სამსახურის მუშაობის მოცულობა შემოიფარგლება საგზაო-სატრანსპორტო შემთხვევების დროს დაზარალებულთა სტაციონარულ დაწესებულებებში ტრანსპორტირებით, რომელსაც **პარამედიკოსები** ახორციელებენ. სხვა ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოშიც, სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების სამსახური უზრუნველყოფს ყველა სახის მომსახურებას (მათ შორის სპეციალიზებულ) და საკმარისად ფართო სპექტრის დიაგნოსტიკას (კარდიოგრაფია, ექსპრეს-ლაბორატორია), როგორც საგზაო-სატრანსპორტო შემთხვევების დროს, აგრეთვე პაციენტის ბინაზე მომსახურებისას. სამსახური დაკომპლექტებულია სხვადასხვა ექიმ-სპეციალისტებით, რომელთაც ძირითადი სპეციალობის გარდა გავლილი აქვთ სათანადო მომზადება და მიღებული აქვთ ლიცენზია გადაუდებელ მედიცინაში.

ბევრ ქვეყანაში (როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებადში) პირველადი ჯანდაცვა, ძირითადად, **კერძო პრაქტიკის ექიმებითაა** წარმოდგენილი. ამ მოდელის არსებობის შემთხვევაში ყველაზე მეტადაა დაცული პაციენტის მიერ ექიმის თავისუფალი არჩევანის უფლება. კერძო პრაქტიკით დასაქმებული ექიმისათვის გასამრჯელოს გადახდის ფორმა მჭიდროდაა დაკავშირებული ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ამა თუ იმ მოდელის არსებობასთან. ექიმსა და პაციენტს შორის ანგარიშსწორება ქვეყანაში არსებული ეროვნული ტრადიციებიდან და კანონმდებლობიდან გამომდინარეობს. ნებისმიერ შემთხვევაში კერძო პრაქტიკის ექიმის შემოსავალი დამოკიდებულია პაციენტთა რაოდენობაზე, ამიტომ მკვეთრად იზრდება მისი პასუხისმგებლობა, ვინაიდან უკმაყოფილობის შემთხვევაში ავადმყოფი მიმართავს სხვა მკურნალს ან მოითხოვს მიღებული ზარალის ანაზღაურებას.

კერძო სამედიცინო პრაქტიკა შეიძლება იყოს ექიმის ერთადერთი შემოსავალი, თუმცა ზოგიერთ ქვეყანაში მას სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმებიც ეწევიან (ძირითადად, საღამოს საათებში). ნებისმიერ შემთხვევაში კერძო სამედიცინო პრაქტიკა ქვეყნის კანონმდებლობითაა რეგლამენტირებული. მაგალითად, ინდოეთში ექიმებს, რომლებიც სახელმწიფო სამსახურში იმყოფებიან, აკრძალული აქვთ კერძო პრაქტიკა.

ეგვიპტეში ექიმები, რომლებიც სახელმწიფო სამსახურში არიან, პაციენტებს კერძოდ ღებულობენ მხოლოდ საღამოს საათებში. პაციენტები მალე ერკვევიან, რომ ამ შემთხვევაში ექიმები უკეთესად ემსახურებიან მათ, ამიტომ ცდილობენ, ხელმეორედ მიმართონ ექიმს უკვე საღამოს. მხოლოდ ბოლო წლებში იქნა ნებადართული კერძო პრაქტიკა ჩინეთში, ისიც განსაზღვრული დროის განმავლობაში. პოლონეთში კერძო პრაქტიკა, ძირითადად, დაშვებულია სამედიცინო კოოპერატივების სახით. ასეთ დაწესებულებაში სახელმწიფო სამსახურში მყოფ ექიმებსაც შეუძლიათ იმუშაონ, მაგრამ მხოლოდ 2 საათი დღეში. ყველა პაციენტი პირადად იხდის სამედიცინო დახმარების საფასურს სალაროში. მოგება ნაწილდება კოოპერატივის ყოველი წევრის მიერ მოზიდული პაციენტების შესაბამისად. მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ასეთი ფორმა საკმაოდ მძაფრ კრიტიკას იწვევს, ვინაიდან შეიქმნა მანკიერი წრე – კერძო სამედიცინო კოოპერატივების წარმატებულ საქმიანობას ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი სისტემის სრულყოფის შეფერხება მოჰყვა. ამასთან, საბიუჯეტო თანხების გამოყენების ეფექტიანობამ მკვეთრად იკლო.

კერძო პრაქტიკის ექიმები, გასაგები მიზეზების გამო, ხშირად წარმოადგენენ იმ ოპოზიციურ ძალებს, რომლებიც ეწინააღმდეგებიან ნებისმიერ რეფორმას ჯანდაცვის სისტემაში. მაგალითად, ავსტრალიაში 70-იან წლებში ექიმების მძაფრი პროტესტის გამო შეიცვალა ჯანმრთელობის დაზღვევის ეროვნული კანონი, რომელიც კერძო პრაქტიკას ზღუდავდა.

თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში, სადაც კერძო სექტორი მოქმედებს, შენარჩუნებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც ე.წ. **დამცველი სარქველის** როლს ასრულებს. ამ გზით ხერხდება ჯანდაცვის სამსახურებისადმი მოსახლეობის ღარიბი ფენების ხელმისაწვდომობის პრინციპის უზრუნველყოფა.

კონკურენციის პირობებში, კერძო პრაქტიკის ექიმი დაინტერესებულია, ერთი მხრივ, დაბალი ფასების შენარჩუნებაში და, მეორე მხრივ, მომსახურების მაღალი დონის უზრუნველყოფაში. ექიმი ძალ-ღონეს არ იშურებს, რათა სათანადოდ მოაწვოს კაბინეტი, ადგილზე განახორციელოს საჭირო დიაგნოსტიკური გამოკვლევები. გასაგებია, რომ ამას საკმარისად დიდი თანხები ესაჭიროება, რომელთა მოზიდვა დამოუკიდებლად მომუშავე ექიმისათვის ზედმიწევნით ძნელია. ამიტომ სულ უფრო ფართო გავრცელებას პოულობს **ჯგუფური სამედიცინო პრაქტიკის ცენტრების** (ან ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანმრთელობის ცენტრების) ჩამოყალიბება. ერთი შეხედვით, ეს ცენტრები პოლიკლინიკის ანალოგიური დაწესებულებებია, მაგრამ მიუხედავად მუშაობის შინაარსის მსგავსებისა, მათ შორის განსხვავება არსებობს.

ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრის ყოველი ქვედანაყოფი სრულ სამეურნეო ანგარიშზე მუშაობს. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგალითად, ბელგია, საფრანგეთი) ჯგუფურ პრაქტიკას ეწევა რამდენიმე დამოუკიდებლად მომუშავე ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, რომელთაც მხოლოდ ერთობლივად დაქირავებული შენობა და სადიაგნოსტიკო აპარატურა აერთიანებთ. ზოგან (ინგლისი, აშშ, კანადა, სკანდინავიის ქვეყნები) ცენტრი წარმოადგენს კოოპერატივს, რომელშიც გაერთიანებულია მრავალი ექიმი. ამ შემთხვევაში შეიქმნება ცალკე ორგანიზაცია, რომელიც უფლებამოსილია, ყველა წევრის სახელით დადოს სადაზღვევო კომპანიასთან ან ფონდთან ერთიანი ხელშეკრულება მომსახურებაზე. მას უფრო ხშირად ხელმძღვანელობს კოლეგიალური ორგანო, რომელშიც კოოპერატივის წევრები ან მათი ინვესტორები შედიან. გასაგებია, რომ ამგვარი ცენტრების საფინანსო ბაზა და საშუალებები გაცილებით დიდია, ვიდრე ცალკე მომუშავე ექიმის შესაძლებლობები, მაგრამ ძირითადი არსი იგივეა – ყოველი ექიმი მუშაობს დამოუკიდებლად და მთლიანად პასუხისმგებელია, როგორც პაციენტთა მოზიდვაზე, ასევე მათთან მუშაობაზე.

ამგვარი სახის ცენტრებში პაციენტის მომსახურების სპექტრი გაცილებით ფართოა, ექიმის განკარგულებაშია უახლესი გამოკვლევის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის

საშუალებები. მაგრამ მისი პირადი პასუხისმგებლობა და სამუშაო დატვირთვა გაცილებით იზრდება, ვინაიდან მოგების განაწილება მთლიანადაა დამოკიდებული კოოპერატივის ყოველი წევრის პირად ღვაწლზე. ცენტრში მომუშავე ექიმები ცდილობენ, დამატებით გაიარონ ვიწრო სპეციალიზაცია, რათა საჭიროების შემთხვევაში ერთმანეთს გაუგზავნონ ავადმყოფი. ჰონორარი კი პროპორციულად იყოფა. შემოსავალი, ძირითადად, ნაწილდება მხოლოდ კოოპერატივის წევრებზე, მაშინ, როდესაც სხვა მუშაკები (ცენტრის მენეჯერი, ექთნები, რეგისტრატორები და სხვ.) გამგეობის მიერ დაწესებულ ხელასს იღებენ. ამიტომ, ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებისათვის დამახასიათებელია დამხმარე პერსონალის ზედმიწევნით რაციონალური გამოყენება. ხშირად, თანხების ეკონომიის მიზნით, ერთ და იმავე მუშაკს სხვადასხვა ფუნქციის შესრულება ევალება. ფართოდ გამოიყენება კომპიუტერული ტექნიკა.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის შედეგად დაკანონდა საკუთრების სხვადასხვა ფორმის თანასწორუფლებიანობა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების საქმეში. განხორციელდა ფარმაცევტული და სტომატოლოგიური ქსელის პრივატიზება, რამაც არამარტო გაანთავისუფლა ჯანდაცვის ბიუჯეტი ხარჯებისაგან, არამედ ხელი შეუწყო დარგში დამატებითი ინვესტიციების მოზიდვას, კერძო სამედიცინო დაწესებულებების ჩამოყალიბებას, რომელთა შორის თავისი ადგილი ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებმაც დაიკავეს.

2002 წლის მონაცემებით, საქართველოში მოქმედებდა 1393 სხვადასხვა ტიპის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულება, რომლებიც უზრუნველყოფენ მოსახლეობის პირველად სამედიცინო მომსახურებას (ცხრილი 58).

ცხრილი 58

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ქსელი საქართველოში

	პოლიკლინიკა	დისპანსერი	სოფლის საექიმო ამბულატორია		სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ცენტრი	ქალთა კონსულტაცია	საფერშლო-საბავშვო პუნქტი
			დამოუკიდებელი	შემავალი			
თბილისი	116	16	0	0	22	10	0
აჭარა	17	10	36	6	3	0	122
ფოთი	5	1	0	0	1	0	0
გურია	5	5	17	39	3	0	7
რაჭა-ლეჩხუმი	4	0	14	16	0	0	6
ხაშვი	14	4	35	67	4	1	4
ზემო სვანეთი	1	0	13	0	0	0	0
მცხეთა-მთიანეთი	4	1	34	2	1	0	28
სამცხე-ჯავახეთი	10	5	0	36	0	1	81
ქვემო ქართლი	14	6	51	15	2	0	13
იმერეთი	30	16	100	13	3	3	11
კახეთი	20	8	55	49	2	0	8
შიდა ქართლი	11	5	25	39	1	1	17
ცხინვალი	0	0	3	5	0	0	1
აფხაზეთი	11	2	0	0	0	1	8
სხვა უწყებები	12	0	4	0	0	1	0
საქართველო	274	79	387	287	42	18	306

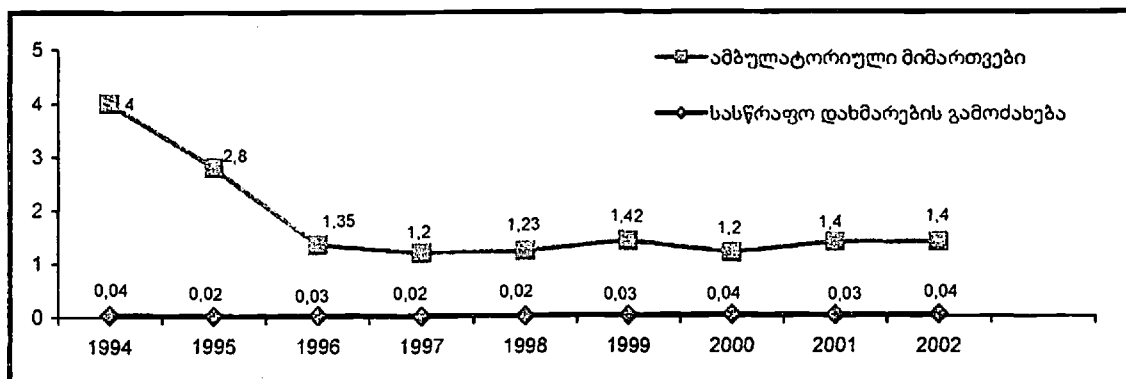
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების არაპროპორციული განაწილება რეგიონების მიხედვით განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ სხვადასხვა რეგიონში მათ განსხვავებული სამართლებრივ-იურიდიული ფორმები გააჩნიათ. მაგალითად, იმერეთში ყველა სოფლის ამბულატორია დამოუკიდებელი იურიდიული პირია, მაშინ, როდესაც სხვა რეგიონებში მათი უმრავლესობა რაიონული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანებების ნაწილს წარმოადგენს. აჭარასა და სამცხე-ჯავახეთში შენარჩუნებულია საფერშლო-საბებიო პუნქტების ფართო ქსელი, მაშინ, როდესაც სხვა რეგიონებში ჯანდაცვის დაფინანსებაში არსებული პრობლემების გამო მათი უმრავლესობა დაიხურა.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულების ეფექტიანობის მაჩვენებელია მათი უტილიზაციის დონე, რომელიც გამოხატავს ამბულატორიული მიმართულების რიცხვს წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე. სხვადასხვა ქვეყანაში ეს მაჩვენებელი განსხვავებულია, რაზეც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდი. მაგალითად, გერმანიაში ამბულატორიული მიმართულების რიცხვი წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე 11,5-ის, საფრანგეთში 7,2-ის, დიდ ბრიტანეთში 5,5-ის, ხოლო საქართველოში – 1,4-ის ტოლია (ნახატი 59). უტილიზაციის ესოდენ დაბალი მაჩვენებელი, პირველ რიგში, პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების სიმწირეზე მიუთითებს, რის გამოც მოსახლეობა იძულებულია სამედიცინო მომსახურება ფორმალური თუ არაფორმალური გადასახადების გზით აანაზღაუროს.

ნახატი 59

ამბულატორიული მიმართულები და სასწრაფო დახმარების გამოძახება

წელიწადში 1 სულ მოსახლეზე



26.4. ექიმის როლი პირველად ჯანდაცვაში

მედიცინის ისტორიის თითქმის ყველა ეტაპზე ექიმთა უმეტესობა ზოგადი პრაქტიკის სპეციალისტი იყო. ისინი ავადმყოფს ყველა სახის თერაპიულ, პედატრიულ თუ სამეანო დახმარებას უწევდნენ, შეძლებისდაგვარად სხვადასხვა სახის ქირურგიულ ოპერაციებსაც ასრულებდნენ. XIX ს-ის დამლევს დაიწყო ექიმის ფუნქციების გარკვეული დაყოფა, რომლებსაც იგი ახორციელებდა ამბულატორიულ მიღებაზე ან სტაციონარში (თუმცა ამასაც, ძირითადად, არა ექიმის კვალიფიკაცია, არამედ არსებული მატერიალური ბაზა განაპირობებდა). მოგვიანებით, დასავლეთ ევროპასა და ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ფუნქციები შემოიფარგლა პაციენტთა მხოლოდ ამბულატორიული მიღებით და მათი ბინაზე მკურნალობით.

უბნის ექიმის მოქმედების თავისებურებები პირველადი ჯანდაცვის რგოლში. ისევე, როგორც სხვა ქვეყნებში, საქართველოში მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებას თავდაპირველად ახორციელებდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, რომელიც კერძო პრაქტიკას

ეწეოდა. საქართველოს გასაბჭოების შემდეგ ექიმის უფლებები მკვეთრად შეიზღუდა. XX საუკუნის 20-იან წლებში სახელმწიფოს დაქვემდებარებაში გადავიდა კერძო კლინიკები და ამბულატორიები, ექიმი, სხვა სახელმწიფო მოხელეების მსგავსად, ინიშნებოდა თანამდებობაზე და ხელფასის გარდა, მისი საქმიანობის ნებისმიერი სხვა ანაზღაურება, ქრთამად აღიქმებოდა.

თუმცა სამედიცინო განათლების სისტემა კვლავ ითვალისწინებდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომზადებას, მაგრამ მათ ავადმყოფის მკურნალობის სტაციონარში გაგრძელების უფლება ჩამოერთვა. 30-იანი წლების ბოლოს შეიქმნა ამბულატორიული დახმარების ე.წ. **საუბნო სისტემა**, რომელიც გულისხმობდა ერთი საექიმო თანამდებობის შემოღებას კომპაქტურ დასახლებაში მცხოვრებ ყოველ 3000 მოსახლეზე (მოგვიანებით ყოველ 1500 მოსახლეზე). ქალაქებში ჩამოყალიბდა პოლიკლინიკები, რამაც კიდევ უფრო გამიჯნა სამედიცინო დახმარების პირველად რგოლსა და სტაციონარებში მომუშავე ექიმების ფუნქციები და მუშაობის შინაარსი.

50-იანი წლებიდან განსაკუთრებით ინტენსიურად გაგრძელდა ჯანდაცვის სისტემის პირველად რგოლში მომუშავე ექიმთა ფუნქციების დანაწევრება. ჯერ პოლიკლინიკებში, შემდეგ კი სოფლების ამბულატორიებშიც შემოღებულ იქნა ქირურგის, პედიატრის, მეან-გინეკოლოგის თანამდებობები, რამაც, ერთი მხრივ, უბნის ექიმ-თერაპევტს შეუზღუდა მოქმედების სფერო, ხოლო მეორე მხრივ, გაუზარდა სისტემის ბიუროკრატიზაციასთან დაკავშირებული ფუნქცია-მოვალეობები. საკმარისია ითქვას, რომ ბოლო დრომდე უბანზე მომუშავე ექიმს ევალებოდა 200-მდე სხვადასხვა სტატისტიკური ფორმის შევსება (ამას უნდა დაემატათ მიღებულ პაციენტთა გამოკვლევასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო დოკუმენტების წარმოება). გასაგებია, რომ, როგორც მოსახლეობის, ასევე საექიმო საზოგადოების თვალში ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ ქსელში მომუშავე ექიმის საქმიანობა არაპრესტიჟულად აღიქმებოდა.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის ერთ-ერთ პრიორიტეტული მიმართულება პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფა-განვითარებაა, რომლის ცენტრალურ ფიგურად ოჯახის ექიმი მოისაზრება.

ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის მოქმედების თავისებურებები. ზოგადი პრაქტიკოსები, როგორც სამედიცინო პროფესიონალები, XVIII საუკუნის მე-2 ნახევარში ჩამოყალიბდნენ ჩრდილოეთ ამერიკაში. იქ მოღვაწე განათლებული ექიმების მცირე ჯგუფი მხოლოდ საზოგადოების ელიტარულ ფენას უწევდა სამედიცინო მომსახურებას. ისინი არ ახორციელებდნენ ქირურგიულ მანიპულაციებს და არც წამლებით ამარაგებდნენ თავიანთ პაციენტებს, ვინაიდან თვლიდნენ, რომ ეს ჩრდილს აყენებდა მათ პროფესიულ ღირსებას. მაგრამ, დროთა განმავლობაში, სამედიცინო მომსახურების მიმართ მოთხოვნები ზრდისა და ძველი სოციალური ბარიერების რღვევის ფონზე, ეს შეხედულება შეიცვალა და პრაქტიკოსი ექიმის ფუნქციებიც მნიშვნელოვნად გაფართოვდა. თუმცა ტერმინი ზოგადი პრაქტიკოსი, პირველად, XIX საუკუნის დასაწყისში დიდი ბრიტანეთის სამედიცინო ჟურნალ *Lancet*-ში გამოჩნდა. ამდენად, სამედიცინო პროფესიას, რომელიც XVIII საუკუნის ამერიკაში დაიბადა, სახელი — **ზოგადი პრაქტიკის ექიმი**, XIX საუკუნის ბრიტანეთში ეწოდა.

პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ საავადმყოფო ქსელის მკვეთრ გაფართოებასთან და, რაც მთავარია, დაავადებათა სტრუქტურის შეცვლასთან დაკავშირებით გაცილებით გაიზარდა სტაციონარის ექიმთა საქმიანობის დაფინანსება, რამაც მაღალი მოტივაცია

შეუქმნა ვიწრო სპეციალიზაციის მიღებასა და ჰოსპიტალში მუშაობას. აღნიშნულმა გარემოებამ უკვე 30-იანი წლებიდან დასავლეთის უმეტეს ქვეყანაში ექიმთა შემოსავლის გადანაწილება გამოიწვია და სტიმული მისცა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების გადასვლას სხვა უფრო ვიწრო სპეციალობებში.

სპეციალიზაციის პროცესში, თავისთავად წარმოიქმნა ახალი ტიპის ზოგადი პრაქტიკოსის ჩამოყალიბების აუცილებლობის საკითხი. ზოგადი პრაქტიკოსი, რომელიც ახლად გაჩენილი სპეციალისტების გარემოცვაში, სპეციალური ტრენინგისა და კვალიფიკაციის გარეშე, რამდენადმე არადიფერენცირებული და გაუგებარი როლით დარჩა, სასწრაფო ტრანსფორმაციას საჭიროებდა. აშშ-ში ე.წ. ახალი ტიპის ზოგადი პრაქტიკოსების როლის ხელახალი განსაზღვრის მიზნით ორი სერიოზული დოკუმენტი შეიქმნა: „ექიმთა პროფესიული განათლება“ და „საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის პრობლემების გადაჭრის გზები“. შემთხვევითი არ ყოფილა ის, რომ ასეთი ცვლილებები აღინიშნა კანადის, დიდი ბრიტანეთის, პოლანდიის, ავსტრალიისა და სხვა მაღალგანვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემაშიც.

ზოგადი პრაქტიკის აღორძინების პერიოდში წარმოიქმნა მისთვის სახელის შეცვლისა და „საოჯახო მედიცინის“ წოდების იდეა. სახელის შეცვლა სხვადასხვა მიზეზით იყო განპირობებული. პროფესიონალების ერთი ნაწილი თვლიდა, რომ ტერმინი „ზოგადი პრაქტიკა“ ძველი ტიპის მედიცინასთან ასოცირდებოდა, თანაც საკმაოდ ძლიერი იყო იმის დამტკიცების სურვილი, რომ თანამედროვე ზოგადი პრაქტიკა ახალი და დამოუკიდებელი კლინიკური დისციპლინა იყო, რომელიც ზოგადი პრაქტიკის საუკეთესო ელემენტებისაგან აღმოცენდა და რომელსაც კარგად შეეფერებოდა სახელი „საოჯახო მედიცინა“.

1990-იანი წლებიდან ავტორთა უმრავლესობა ერთი და იმავე მნიშვნელობით იყენებს ტერმინებს **ზოგადი პრაქტიკის ექიმი** და **ოჯახის ექიმი**. ეს ყველასათვის მისაღებია და რაიმე გაუგებრობა იშვიათად მოჰყვება. მით უმეტეს, რომ 1998 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოქვეყნებულმა „სახელმძღვანელო ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის პროფესიული და ადმინისტრაციული ასპექტების შესახებ“ დააკანონა მისი იდენტიფიკაცია. აღნიშნული დოკუმენტის თანახმად, ცნება „ზოგადი პრაქტიკის ექიმი“ და „ოჯახის ექიმი“ გამოიყენება პრაქტიკოსი ექიმის მნიშვნელობით, რომელსაც გავლილი აქვს სპეციალური დიპლომის შემდგომი სწავლება სპეციალობით ზოგადი პრაქტიკა ან საოჯახო მედიცინა. შესაბამისად, ტერმინი „ზოგადი პრაქტიკა“ და „საოჯახო მედიცინა“ ისევე, როგორც „ზოგადი პრაქტიკის ექიმი“ და „ოჯახის ექიმი“, გამოიყენება როგორც ეკვივალენტური ერთმანეთთან მიმართებაში.

ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმს შეუძლია წარმატებული მუშაობა სხვადასხვა ტიპის ჯანდაცვის სისტემაში. მიუხედავად იმისა, რომ ამ სისტემების დაგეგმვა, ორგანიზება და მართვა სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია, ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის ფუნქციები მსგავსი საერთო თავისებურებებით ხასიათდება. ქვემოთ მოყვანილია ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის საქმიანობის ძირითადი პრინციპები, რომლებიც მის უნიკალურობას განაპირობებს და მკვეთრად განასხვავებს სხვა საექიმო დისციპლინებისაგან.

პასუხისმგებლობა – ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმი არ აწარმოებს ჯანმრთელობის პრობლემათა არჩევას და მთელ მოსახლეობას ემსახურება. ის მკურნალობს ყველას და თითოეულს, განურჩევლად ასაკის, სქესის, სოციალური კუთვნილების, რასისა და

რელიგიისა. მისი მომსახურება უნდა იყოს დროული და ადვილად ხელმისაწვდომი (არ უნდა შემოიფარგლოს გეოგრაფიული, კულტურული, ადმინისტრაციული ან ფინანსური დაბრკოლებებითა და საზღვრებით).

უწყებატობა — სამედიცინო მომსახურება პირველ რიგში, მიმართულია კონკრეტული ადამიანისაკენ და არა დაავადებისაკენ. იგი დაფუძნებულია პაციენტისა და ექიმის ხანგრძლივ ურთიერთობასა და კავშირებზე, რომლებიც მოიცავს ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვას ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში და რაიმე კონკრეტული დაავადებით არ შემოიფარგლება.

ყოვლისმომცველობა — უზრუნველყოფს კომპლექსურ მომსახურებასა და დახმარებას გაჯანსაღების, დაავადებათა პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესში. ითვალისწინებს რა პაციენტის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ ფაქტორებს, იგი წყვეტს ავადმყოფობისა და უძლურობის პრობლემას და კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების პროცესში უზრუნველყოფს ექიმსა და პაციენტს შორის ეთიკური და ჰუმანური ასპექტების დაცვას.

კოორდინირება — მართალია, ექიმისა და პაციენტის პირველი კონტაქტის დონეზე წამოჭრილი პრობლემების უმეტესობა წყდება ზოგადი პრაქტიკის ფარგლებში, მაგრამ საჭიროების შემთხვევაში ოჯახის ექიმმა დროულად უნდა გაგზავნოს პაციენტი შესაბამის სპეციალისტთან. ასეთ შემთხვევაში ოჯახის ექიმმა უნდა აუხსნას პაციენტს სხვა სამედიცინო მომსახურებისა და მათი გამოყენების შესაძლებლობის შესახებ, რითაც იგი პაციენტის კოორდინატორად გვევლინება. ოჯახის ექიმმა ხელმძღვანელობა უნდა გაუწიოს პაციენტის სამედიცინო ან სოციალურ დახმარებას სხვა დაწესებულებაში, მისცეს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რჩევები და რეკომენდაციები.

თანამშრომლობა — ოჯახის ექიმმა უნდა ითანამშრომლოს ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის მუშაკებთან, რათა აუცილებლობის შემთხვევაში გაუგზავნოს პაციენტი მომსახურების იმ სფეროს, რომელიც უფრო მიზანშეწონილია. აქტიური წვლილი უნდა შეიტანოს მომიჯნავე სპეციალისტებთან თანამშრომლობაში და ზოგიერთ შემთხვევაში უნდა უხელმძღვანელოს მათ.

ოჯახზე ორიენტირება — ოჯახის ექიმი ცალკეული პიროვნების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემას იხილავს ოჯახის კონტექსტში. არკვევს მის სოციალურ და კულტურულ მდგომარეობას, ცხოვრებისა და შრომის პირობებს.

თემზე ორიენტირება — პაციენტის პრობლემები უნდა განიხილებოდეს მისი საცხოვრებელი ადგილის, თემის კონტექსტში. ოჯახის ექიმი უნდა ფლობდეს ინფორმაციას მოსახლეობის ჯანდაცვითი მოთხოვნილებების შესახებ და თანამშრომლობდეს სხვა სექტორების წარმომადგენლებთან, რათა შეძლოს ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედი ადგილობრივი პრობლემების შემსუბუქება.

ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმები ყველაზე ხშირად კერძო პრაქტიკას ეწევიან. ამიტომ მათი შემოსავალი დამოკიდებულია არამარტო პროფესიონალიზმზე, არამედ იმ დანახარჯებზეც, რომელიც დაკავშირებულია პაციენტის მკურნალობასთან. მაგალითად, დიდი ბრიტანეთში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი თანხების გამკარავი ზოგადი პრაქტიკის ექიმია, ამიტომ იგი ცდილობს, რაციონალურად ხარჯოს პაციენტის სახსრები და ისე მოაწიოს თავისი ოფისი, რომ რაც შეიძლება მეტი მომსახურება გაუწიოს მოსახლეობას და ნაკლები დახარჯოს გარეშე კონსულტაციებსა და პოსპიტალურ მომსახურებაზე. ეს მდგომარეობა აწვობს დამფინანსებელსაც, რადგან სხვა სპეციალისტის მოწვევა გაცილებით ძვირი ჯდება. ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგებია, რომ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ოფისი თავისი ალჭურვილობით ხშირად არ ჩამოუვარდება კარგ კლინიკას, რომლის ხარჯები შედგება:

- სადიაგნოსტიკო დახმარებისათვის გაწეული ხარჯები, მათ შორის აპარატურისა და რეაქტივების;
- საავადმყოფოს საწოლის დაქირავების ხარჯები;
- ექთნებისა და სხვა დამხმარე პერსონალის ხელფასი;
- ადმინისტრაციული ხარჯები;
- ბეგარა და დაზღვევა.

თუ შევადარებთ უბნის ექიმისა და ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის მოვალეობებს, აშკარაა, რომ ფორმალურად ისინი თითქმის არ განსხვავდება. თუმცა, უფრო ღრმა ანალიზი ცხადყოფს – თუ უბნის ექიმი სუსტი ტექნიკური აღჭურვილობისა და დასმული ამოცანების მასშტაბის გამო ვერ ასრულებს და არც არის მატერიალურად დაინტერესებული, დროულად შეასრულოს დაკისრებული მოვალეობები, ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმისათვის ზემოჩამოთვლილი ფუნქციების დროული და ეფექტიანი შესრულება ყოფნა-არყოფნის საკითხია. ხაზგასასმელია ის ფაქტიც, რომ უბნის ექიმისაგან განსხვავებით, ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმისათვის მუშაობის პროფილაქტიკურ მიმართულებას არა აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა, რადგან, პირველ რიგში, იგი დაინტერესებულია არა ჯანმრთელთა ჯანმრთელობისათვის ზრუნვით, არამედ ავადმყოფი კონტინგენტის მაქსიმალური მოზიდვით, რაც გაცილებით უფრო დიდ მოგებას იძლევა.

ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით, ბოლო დროს განვითარებულ ქვეყნებში მკვეთრად შეიცვალა ჯანდაცვის სტრატეგია, რომელიც ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმების პროფილაქტიკურ ღონისძიებებში უფრო ფართო ჩართვას ითვალისწინებს. ამ მიზნით მათთან დადებულ კონტრაქტებში პირდაპირ იდება მუხლი, რომლის მიხედვით ექიმს გამოეყოფა დამატებითი ანაზღაურება პროფილაქტიკური მუშაობის ჩატარებისათვის. ამასთან ერთად მოქმედებს დამსჯელი ღონისძიებები (ზოგ შემთხვევაში კონტრაქტის შეწყვეტის ჩათვლით) იმ ექიმთა მიმართ, რომლებმაც დროულად ვერ გამოიცინეს დაავადება ან არ განახორციელეს კონტრაქტით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

26.5. პროფილაქტიკური ღონისძიებების ორგანიზება

პირველადი ჯანდაცვის უპირველესი ამოცანა დაავადებათა პროფილაქტიკაა (Prophylaktikos – ბერძნ. გაფრთხილება, თავდაცვა), რომლის მიზანია დაავადებათა აღმოცენების ან მათი ეპიდემიების თავიდან აცილება, სიმწვავის შემცირება და შედეგების შეზღუდვა. დასავლეთში უფრო გავრცელებულია ტერმინი პრევენცია (Preventio – ლათ. გაფრთხილება).

პროფილაქტიკური ღონისძიებები შეიძლება მოიცავდეს სამედიცინო ინტერვენციებს, ჯანმრთელობის ინჟინერიას, საკანონმდებლო, ეკოლოგიურ და ფინანსურ ღონისძიებებს, ჯანდაცვით (სანიტარიულ-ჰიგიენურ) განათლებას.

პროფილაქტიკური მიმართულების განვითარების დონე ნათლად ასახავს ქვეყნის ან ცალკეული რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებას, ვინაიდან მოითხოვს მთელი საზოგადოების ძალისხმევას, ზოგ შემთხვევაში სახელმწიფო ჩარევასაც არაპოპულარული ღონისძიებების გასატარებლად (მაგალითად, ეპიდემიის შემთხვევაში მოქალაქეთა გადაადგილების შეზღუდვას საკარანტინო ზონაში).

ექიმთა უმრავლესობა დაავადებათა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას უფრო საინტერესო და მნიშვნელოვან საქმიანობად მიიჩნევს. მაგრამ აშკარაა, რომ პაციენტისათვის უფრო სასარგებლოა დაავადების თავიდან აცილება ან მისი მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე დაწყება.

განასხვავებენ პირველად, მეორეულ და მესამეულ პროფილაქტიკას.

პირველადი პროფილაქტიკა გულისხმობს დაავადების წარმოშობა მიზეზებზე ზემოქმედებას და მათ აღმოფხვრას (მაგალითად, იმუნიზაცია, სანიტარიული ნორმებისა და ჰიგიენური წესების დაცვა, სწორი კვება და სხვ.).

მეორეული პროფილაქტიკის მიზანია რისკ-ფაქტორებისა და დაავადებების გამოვლენა შეუქცევადი ცვლილებებისა და დაზიანების განვითარებამდე (მაგალითად, მოსახლეობის პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარების გზით).

მესამეული პროფილაქტიკის მიზანია ჩამოყალიბებული დაავადებების კონტროლი და მართვა დროებითი შრომისუნარობისა და ინვალიდობის შესამცირებლად.

ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს, რომ პროფილაქტიკის ზემოთ წარმოდგენილი კლასიფიკაცია არ არის სრულყოფილი და ტერმინს „მეორეული პროფილაქტიკა“ იყენებს იმ საქმიანობის აღსანიშნავად, რომელიც მიმართულია დაავადების რეციდივის თავიდან აცილებაზე (მაგალითად, ასპირინის ან ბეტა-ბლოკერების გამოყენება მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომ პერიოდში).

კანადის სამედიცინო ასოციაციამ 1995 წელს შეიმუშავა პროფილაქტიკური საქმიანობის საკმარისად სრულყოფილი ნომენკლატურა, რომლის თანახმადაც ამ სახის ღონისძიებებს მიეკუთვნება:

- ჯანმრთელობის განმტკიცება (პაციენტისათვის რჩევა-დარიგების მიცემა და დროული ინფორმირება);
- რისკის თავიდან აცილება (იმუნიზაციის ან რისკ-ფაქტორების პროფილაქტიკის გზით);
- ავადობის რისკის შემცირება (მაღალი რისკის პირთა იდენტიფიცირება და ისეთ ღონისძიებათა გატარება, რომელიც ავადობის შემცირების საშუალებას იძლევა);
- დაავადების პრემობიდული პერიოდის გამოვლენა და სათანადო ღონისძიებების გატარება;
- უკვე დადგენილი დაავადებების მოსალოდნელ გართულებათა შემცირება.

ამ კლასიფიკაციის თანახმად, დაავადების რისკის კონცეფციიდან გამომდინარე უნდა გატარდეს შემდეგი ღონისძიებები:

- ჯანმრთელებში – ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრება, იმუნიზაცია, სანიტარიული განათლების ორგანიზება და სხვა ღონისძიებები, რომლებიც ეხება პირველად პროფილაქტიკას;
- პრაქტიკულად ჯანმრთელებში – რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და მათი უარყოფითი ზეგავლენის შემცირება;
- ავადმყოფებში – პირველადი, მეორეული და მესამეული პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება.

დაავადებათა პროფილაქტიკის ძირითადი პრინციპებია:

- ადამიანის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;
- პროფილაქტიკა არ უნდა იწვევდეს პაციენტის ექიმზე დამოკიდებულებას და ავადმყოფური ქცევის პროვოცირებას;
- შერჩეული ღონისძიებების ეფექტურობა მეცნიერულად უნდა იყოს დასაბუთებული;
- პროფილაქტიკური ღონისძიება შეთანხმებული უნდა იყოს პაციენტთან;

არსებობს დაავადებათა პროფილაქტიკის ორი სტრატეგია: პოპულაციური სტრატეგია, რომლის მიზანია რისკის შემცირება მთელი მოსახლეობისათვის და მაღალი რისკის

ჯგუფებზე მიმართული სტრატეგია, რომლის მიზანია ამა თუ იმ პრობლემის პროფილაქტიკა მაღალი რისკის მქონე პირებში.

დაავადებათა პროფილაქტიკის პოპულაციური სტრატეგიის გატარება სხვადასხვა გზით ხორციელდება, რომელთა შორის უმთავრესია მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის პროფილაქტიკური გასინჯვების მეშვეობით დაავადების ადრეული გამოვლენა და მიღებული შედეგების საფუძველზე სათანადო სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების გატარება.

პროფილაქტიკური გასინჯვების სახეებია:

- **წინასწარი სამედიცინო გასინჯვა** წარმოებს პიროვნების სამუშაოზე მიღების ან სწავლის დაწყების წინ, რომლის ხარისხიანი ჩატარება პროფესიული და ზოგადი დაავადებების პროფილაქტიკას უწყობს ხელს. ასეთი გასინჯვები, ძირითადად, ტერიტორიულ პრინციპს ემყარება და სავსებით შესაძლებელია მათ ინდივიდუალური, მიმდინარე მიმართვების ხასიათი ჰქონდეთ;
- **პერიოდული სამედიცინო გასინჯვები** სხვადასხვა სიხშირითა და მოცულობით უტარდება მოსახლეობის ორგანიზებულ კონტინგენტს. ამ გასინჯვების დროს განსაკუთრებული ყურადღება რისკ-ფაქტორების გამოვლენას ექცევა;
- **მიზნობრივ სამედიცინო გასინჯვებს**, როგორც თვით სახელწოდებაც გვიჩვენებს, სრულიად კონკრეტული დანიშნულება აქვს, პირობითად, ისინი ორ დიდ ჯგუფად შეიძლება დავეყოთ:

- ✓ გარკვეული პათოლოგიის გავრცელების დასადგენად (მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების, ტუბერკულოზის, გლავუკომის, ჩიყვის და სხვ.);
- ✓ არაკეთილსაიმედო ვითარების არსებობის შემთხვევაში (მაგალითად, ჩერნობილის ზონაში მცხოვრები მოსახლეობა).

მიზნობრივ სამედიცინო გასინჯვებს მიეკუთვნება ბავშვთა გეგმიური პროფილაქტიკური გასინჯვებიც, რომელთა მიზანია მხედველობის, მეტყველების დევექტების, ბავშვის ზრდა-განვითარებასთან დაკავშირებული ფუნქციური და ორგანული გადაზრების ადრეული გამოვლენა და მის საფუძველზე სათანადო სამკურნალო-გამაჯანსაღებელ ღონისძიებათა დროულად განხორციელება.

იმის მიხედვით, თუ რა მოცულობითაა გასასინჯი კონტინგენტი, პროფილაქტიკურ გასინჯვებს შეიძლება ინდივიდუალური და მასობრივი ხასიათი ჰქონდეს.

მოსახლეობის მასობრივ მოზიდვას პროფილაქტიკური გასინჯვებისათვის გარკვეული ორგანიზაციული სიძნელეები გააჩნია, რადგან მოითხოვს არა იმდენად რაოდენობრივ, რამდენადაც ქსელის თვისებრივ გარდაქმნას (მაგალითად, ავტომატიზებული ხელსაწყოებითა და აპარატებით უზრუნველყოფილი დიაგნოსტიკური ცენტრების ჩამოყალიბება).

თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ მოსახლეობის მხოლოდ მცირე ნაწილი შეიძლება ჩაითვალოს ჯანმრთელად ან პრაქტიკულად ჯანმრთელად, გასაგები ხდება, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია დაავადებათა დროული მკურნალობა. ამ თვალსაზრისით ყველაზე ეფექტიანია სამედიცინო შემოწმებები. მაგრამ უნდა ითქვას, რომ ამ მეთოდის ფართო გამოყენებას ამუხრუჭებს მისი მაღალი ღირებულება. გაღრმავებული სამედიცინო შემოწმების ჩატარებისათვის საჭიროა 12-14 სპეციალისტისაგან შემდგარი საექიმო ბრიგადა, სათანადოდ აღჭურვილი კლინიკური და ბიოქიმიური ლაბორატორია, დიაგნოსტიკური აპარატურა, საავადმყოფო საწოლების საკმარისი რაოდენობა, რადგან ზოგიერთი გამოკვლევა პაციენტის მოკლევადიან ან გრძელვადიან ჰოსპიტალიზაციას მოითხოვს და ა.შ.

პერიოდული პროფილაქტიკური შემოწმებები ფართოდ გამოიყენება და ხშირად სრულდება სადაზღვევო კომპანიების დაკვეთით, ვინაიდან დაზღვეულთა შორის დროული პროფილაქტიკური ზომების გატარება გაცილებით იაფია, ვიდრე მათი მკურნალობა. დასავლეთის მთელ რიგ ქვეყნებში პაციენტები ვალდებული არიან სპეციალური სქემით გაიარონ სათანადო გამოკვლევები (მაგალითად, კაცებმა 50 წლის შემდეგ 2 წელიწადში ერთხელ – უროლოგიური, ქალებმა კი 40 წლის შემდეგ – გინეკოლოგიური).

პროფილაქტიკური შემოწმების უფრო ეფექტიანი და იაფფასიანი მეთოდია **სკრინინგი** (screen – ინგლ. გაცრა და გადარჩევა), რომელიც გულისხმობს მოსახლეობის გასინჯვას, გამოკითხვას ან გამოკვლევას, დაავადების არსებობის ან არარსებობის დადგენის მიზნით. მასში გამოიყენება წინასწარ შედგენილი ტესტები, რომელთა საფუძველზე მოსახლეობა შეიძლება დაიყოს 2 ჯგუფად – ჯანმრთელ (ტესტი უარყოფითია) და არაჯანმრთელ ანუ საეჭვოდ (ტესტი დადებითია).

ეპიდემიოლოგიურ ლიტერატურაში გამოუვლენელი და დაუფიქსირებელი სიმპტომები „კლინიკური აისბერგის“ ფენომენის სახელითაა ცნობილი. აისბერგის წყლის ზემოთ დარჩენილი ნაწილი გამოვლენილ და დაფიქსირებულ სიმპტომებს შეეფერება, ხოლო წყლით დაფარული კი დაუფიქსირებელ კლინიკურ მოვლენებს ასახავს. ეს იმას ნიშნავს, რომ სამედიცინო პრობლემათა დიდი ნაწილი ანუ ე.წ. მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებები უცნობი რჩება სამედიცინო სამსახურის მიმწოდებლებისათვის. სიმპტომთა დიდი უმრავლესობა, სამწუხაროდ, დაუფიქსირებელი რჩება, ვინაიდან პაციენტი, რიგი მიზეზების გამო, ვერ ახდენს მათ სათანადო შეფასებას და ამდენად, ვერც სამედიცინო დახმარების აუცილებლობას აცნობიერებს. სკრინინგი მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებათა გამოვლენის ერთ-ერთი საუკეთესო გზაა, რომელიც პრობლემის ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის საშუალებას იძლევა.

სკრინინგის ფორმებია:

- **მასობრივი სკრინინგი** – სამიზნე ჯგუფი ჯანმრთელია ან თავს ჯანმრთელად მიჩნევს, ვინაიდან არსებული პათოლოგია ჯერჯერობით მანიფესტირებული არ არის და ამდენად გამოხატულ ზეგავლენას არ ახდებს პიროვნების საერთო მდგომარეობაზე;
- **პერსპექტიული სკრინინგი** – დაავადების ფარული ან ატიპიური ფორმების დადგენა, რისკ-ფაქტორების გამოვლენა;
- **მონოფაზური (ერთპროფილური) სკრინინგი** – ტარდება გარკვეული პათოლოგიის გამოსავლენად;
- **მულტიფაზური (მრავალპროფილური) სკრინინგი** – ტარდება ერთსა და იმავე დროს სხვადასხვა ტესტის გამოყენებით, სხვადასხვა პათოლოგიის დასადგენად (ასეთი ტიპის სკრინინგს უფრო კერძო ორგანიზაციები მიმართავენ);
- **სელექციური სკრინინგი** – ტარდება მოსახლეობის იმ ჯგუფებში, რომელთაც მოცემული დაავადების განვითარებისათვის მაღალი რისკი აქვთ (მაგალითად, მამოგრაფია 40 წლის ზევით ქალებში);
- **მეთვალყურეობა** – მოსახლეობაზე ან ინდივიდუალურ პირებზე ხანგრძლივი დაკვირვება (მაგალითად, სკოლამდელი ასაკის ბავშვთა განვითარებაზე მეთვალყურეობა);
- **შემთხვევითა გამოვლენა (ოპორტუნისტული სკრინინგი)** – ჯანდაცვის სამსახურთან კონტაქტში მყოფ პირთა სკრინინგი. იგი უფრო ხშირად პაციენტთა ინიციატივაზეა დაფუძნებული (გარკვეული მიზეზით ექიმთან მისულ პაციენტს შეიძლება სხვა პათოლოგიაც გამოუვლინდეს).

რა ტიპის სკრინინგთანაც არ უნდა გვქონდეს საქმე, მთავარი პრინციპი ერთია – სკრინინგით მოცული პირებს არავითარი სიმპტომი არ აღენიშნებათ, ამდენად, მათთვის

რამდენადმე ბუნდოვანია ამ პროცესში მონაწილეობის მნიშვნელობა, ამიტომ ინიციატივა ყოველთვის ექიმმა უნდა აიღოს.

სკრინინგის ჩატარება, ისევე, როგორც სხვა სახის პროფილაქტიკური შემოწმება, მოითხოვს მუშაობის რამდენიმე ეტაპად განხორციელებას:

- მოსახლეობის წინასწარი მომზადება მასობრივი პროფილაქტიკური შემოწმებებისათვის (სათანადო ინფორმაციის მიწოდება სხვადასხვა არხით);
- სკრინინგის ჩატარება წინასწარ მომზადებული ტესტების ან სათანადო ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევის მეთოდების (ფლუოროგრაფია, მამოგრაფია, ციტოლოგიური გამოკვლევები და ა.შ.) გამოყენებით;
- გამოკვლეული მოსახლეობის დაჯგუფება, იმ პირთა გამოვლენა, რომლებიც გადრმავებულ სამედიცინო გამოკვლევას და საექიმო მეთვალყურეობას საჭიროებენ.
- გამოვლენილ ავადმყოფებში სათანადო სადიაგნოსტიკო, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარება.

სკრინინგულ გამოკვლევებში განსაკუთრებით ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა სახის ანკეტური გამოკითხვები. ეს გასაგებიცაა, თუ გავითვალისწინებთ, რაოდენ ინფორმაციულია პაციენტისაგან დაწვრილებითი ანამნეზური მონაცემების შეგროვება. მით უმეტეს, რომ პიროვნების მიერ საკუთარ შეგრძნებაზე დამყარებული დაავადების სიმპტომატიკის ანალიზის საფუძველზე დასმული წინასწარი დიაგნოზი თითქმის 80% შემთხვევაში გადრმავებული კლინიკური გამოკვლევის შედეგებით დასტურდება.

ანკეტური სკრინინგის ჩატარება მოითხოვს წინასწარ პროგრამულ დამუშავებას, რომელიც უნდა განხორციელდეს არამარტო მაღალკვალიფიციური ექიმისა და პროგრამისტის, არამედ სოციოლოგის, ფსიქოლოგის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტის მონაწილეობით. ანკეტა უნდა იყოს ზედმიწევნით მარტივი და ერთაზროვანი, რათა მოსახლეობის ნებისმიერი ჯგუფის წარმომადგენელმა სწორად აღიქვას. საუკეთესო ვარიანტად ითვლება არა ღია, არამედ დახურული კითხვა, რომელზეც რესპონდენტმა მოყვანილი საგარაუდო პასუხებიდან უნდა აირჩიოს ერთი ან როდესაც რესპონდენტი იძლევა პასუხის მხოლოდ ორ ურთიერთგამომრიცხავ ვარიანტს (მაგალითად, დიახ, არა), არ უნდა ისმებოდეს არაკორექტული კითხვა, რომელზედაც რესპონდენტი არ მოინდომებს, ან ვერ შეძლებს გასცეს ადეკვატური პასუხი.

ანკეტური სკრინინგის ჩატარებისას აუცილებელია გამოსაკვლევი მოსახლეობის სოციალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლების (სქესი, ასაკი, განათლება, ეროვნება, რელიგია და სხვ.) გათვალისწინება, რის მიხედვითაც უნდა ზღებოდეს ანკეტის მოდიფიცირება მოსახლეობის სხვა ჯგუფის გამოკვლევის დაწყებამდე. სხვა შემთხვევაში მიღებული მონაცემების სისწორე არამარტო საექვოს ზღის ჩატარებული კვლევის ორგანიზატორთა კომპეტენციას, არამედ უაზროდ აქცევს მის ჩატარებას, ვინაიდან ზრდის დაავადებათა ჰიპერდიაგნოსტიკის ან ნაკლები გამოვლენის სიხშირეს (ამის კარგი მაგალითია, უკანასკნელ წლებში დონორული ორგანიზაციების მიერ საქართველოში ჩატარებული ზოგიერთი კვლევა, რომლის დროსაც სულ სხვა ეთნოკულტურის წარმომადგენლებისათვის განკუთვნილი სტანდარტული ანკეტების მიხედვით კეთდებოდა დასკვნები, რომელთა არარეალობა დილექტანტისთვისაც აშკარა იყო).

ცხრილი 59

სკრინინგის კრიტერიუმები

Worthwhile	ღირებული
Importance	მნიშვნელოვანი
Latent Phase	ლატენტური ფაზა
Suitable	მოსახერხებელი
Outcome improved	შედეგის გაუმჯობესება
Natural History	დაავადების ბუნება
Treatable	განკურებადი
Endless	ხანგრძლივად მიმდინარე
Sufficient	საკმარისი რაოდენობა
Test results	ტესტის შედეგები

სკრინინგული პროგრამის შემუშავებისას, რამდენიმე საკვანძო საკითხის გათვალისწინებაა საჭირო. კერძოდ, ვის უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი, რომელი პათოლოგიის ადრეული დიაგნოსტიკაა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი და რა ასაკში, რა პირობებში უნდა აკმაყოფილებდეს ტესტი, რომელსაც სკრინინგის დროს გამოვიყენებთ. ამ შეკითხვებზე საკმაოდ ამომწურავ პასუხს იძლევა, 1965 წელს ე.ვილსონისა და ჯ.ჯანგერის მიერ შემუშავებული კრიტერიუმები, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია ყოველი ახალი პროგრამის შექმნისას (ცხრილი 59). ამ კრიტერიუმებს მიეკუთვნება:

- სკრინინგი უნდა იყოს ღირებული – კვლევის შედეგად მიღებული სარგებელი უნდა ფარავდეს მასზე გაწეულ ხარჯებს;
- დაავადება უნდა წარმოადგენდეს მნიშვნელოვან სამედიცინო პრობლემას;
- დაავადებას უნდა ახასიათებდეს ლატენტური ან ადრეული ასიმპტომური ფაზის არსებობა, რათა აშკარა იყოს ადრეული ჩარევისა და მკურნალობის ეფექტიანობა;
- კვლევა უნდა იყოს მოსახლეობისათვის მისაღები, ხოლო ექიმისათვის იოლად შესასრულებელი;
- კვლევის შედეგად სახეზე უნდა იყოს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება;
- დაავადების ბუნება უნდა იყოს შესწავლილი და კარგად გაგებული;
- უნდა არსებობდეს გამოვლენილი დაავადების მკურნალობის ეფექტური მეთოდი;
- დაავადება ხანგრძლივად უნდა მიმდინარეობდეს;
- სკრინინგის ჩატარებას უნდა მოჰყვეს სამედიცინო რესურსების გონივრული გამოყენება;
- ტესტირების შედეგები უნდა გადამოწმდეს.

რაც შეეხება უშუალოდ ტესტს, რომელსაც სკრინინგისათვის იყენებენ, იგი უნდა პასუხობდეს შემდეგ აუცილებელ პირობებს:

- იყოს მარტივი და სწრაფად შესასრულებელი;
- სპეციფიკური და ძალზე მგრძნობიარე;
- იძლეოდეს ინდივიდთა დიდი რიცხვის გამოკვლევის საშუალებას;
- მისი ჩატარება არ უნდა იყოს დაკავშირებული რაიმე რისკთან (ან სარგებელი ბევრად უნდა აღემატებოდეს უმნიშვნელო რისკს), რათა მან ზიანი არ მიაყენოს გამოსაკვლევ პირებს.

ტესტის სარგებლობის შეფასებისათვის არსებობს ისეთი საზომები, როგორიცაა ტესტის მგრძნობელობა, სპეციფიკურობა და სავარაუდო ღირებულება. ამ ცნებების მნიშვნელობის უკეთ გაგების მიზნით განვიხილოთ კონკრეტული მაგალითი (ცხრილი 60). გრაფაში „დაავადებული“ მოყვანილია ინფექციური მონონუკლეოზით დაავადებული პაციენტების რაოდენობა, ხოლო გრაფაში „არ არის დაავადებული“ – ჯანმრთელ პირთა რიცხვი. ორივე გრაფაში ცალ-ცალკეა აღნიშნული იმ პირთა რაოდენობა, რომელთაც ტესტი პეტეროფილურ ანტისხეულებზე პოზიტივად აღგებდა ან უარყოფითი. თუ ცხრილის უჯრებს აღვნიშნავთ a, b, c და d ასოებით, მაშინ

მივიღებთ, რომ **a** უჯრაში განთავსებულია დაავადებულ პირთა რაოდენობა, რომელთა ტესტი პეტეროფილურ ანტისხეულებზე დადებითი იყო (ნამდვილი პოზიტიური). **b** უჯრაში მოცემულია იმ პირთა რაოდენობა, რომლებიც არ იყვნენ დაავადებულნი, მაგრამ ტესტი დადებითი აღმოაჩნდათ (ცრუ პოზიტიური). **c** უჯრა მოიცავს დაავადებულ პირთა რაოდენობას, რომელთა ტესტი უარყოფითი იყო (ცრუ ნეგატიური). **d** უჯრაში მოცემულია ჯანმრთელ პირთა რაოდენობა, რომელთა ტესტიც უარყოფითი იყო (ნამდვილი ნეგატიური).

ცხრილი 60

პეტეროფილურ ანტისხეულებზე ტესტირების შედეგები ინფექციური მონონუკლეოზის დიაგნოსტიკის პროცესში

ტესტი პეტეროფილურ ანტისხეულებზე	დაავადებული	არ არის დაავადებული
დადებითი	26 a – ნამდვილი პოზიტიური	57 b – ცრუ პოზიტიური
უარყოფითი	5 c – ცრუ ნეგატიური	912 d – ნამდვილი ნეგატიური
სულ	31	969

ტესტის მგრძნობელობა (Sensitivity) ნიშნავს მის უნარს – ზუსტად გამოავლინოს პირები, რომელთაც აღენიშნებათ დაავადება ანუ თუ დაავადება არის, ტესტი დადებითია. ტესტის მგრძნობელობა განისაზღვრება ფორმულით:

$$\text{მგრძნობელობა} = \frac{a}{(a+c)} \times 100 = \frac{26}{26+5} \times 100 = 83,9\%$$

ჩვენ მიერ განხილულ მაგალითში, პეტეროფილურ ანტისხეულებზე ჩატარებული ტესტის მგრძნობელობა მონონუკლეოზის დროს 83,9%-ის ტოლია.

ტესტი, რომელიც მაღალი მგრძნობელობით ხასიათდება, განსაკუთრებით ღირებულია ამა თუ იმ პიპოტეზის გამორიცხვის მიზნით. თუ ექიმი იყენებს ტესტს, რომლის მგრძნობელობა 100%-ია, მაშინ მისი უარყოფითი მნიშვნელობის შემთხვევაში შეგვიძლია თამამად დავასკვნათ, რომ პაციენტს არა აქვს დაავადება. 100% მგრძნობელობა აბსოლუტურად გამორიცხავს ცრუ უარყოფით შედეგებს, მაგრამ ეს არ იძლევა იმაზე მსჯელობის საშუალებას, თუ ტესტის დადებითი მნიშვნელობის შემთხვევაში რამდენი იქნება ნამდვილი პოზიტიური ან ცრუ პოზიტიური შედეგი. ის, რომ ტესტის მგრძნობელობა 100%-ია, არ ნიშნავს, რომ მისი სპეციფიკურობაც 100% იქნება და გარკვეული რაოდენობით ცრუ პოზიტიურ შედეგებს არ მოგვცემს.

ტესტის მგრძნობელობა დაავადების პროგრესირების პროცესში შეიძლება შეიცვალოს. თუ ახალბედა ექიმს ამის გამოცდილება არა აქვს, ეს მნიშვნელოვან სირთულეებს შეუქმნის კლინიკურ საქმიანობაში. მაგალითად, ახალგაზრდა ექიმს მიმართავს 10 წლის ბავშვი, რომელიც უკვე რამოდენიმე საათია ეპიგასტრიუმის არეში ყრუ ტკივილს უჩივის. ექიმი ატარებს მუცლის პალპაციას. მუცლის დაჭიმულობა, ლოკალური მტკივნეულობა და ტემპერატურის მომატება არ აღინიშნება. დამატებითი გამოკითხვით ექიმი ადგენს, რომ ბავშვს ღამით სწორი შარდვა ჰქონდა. ეყრდნობა რა ამ უკანასკნელ ინფორმაციას, ექიმი საშარდო სისტემის ინფექციის დიაგნოზს სვამს. იმავე საღამოს ბავშვის დედა ბინაზე იმახებს ექიმს, ვინაიდან ტკივილის ინტენსივობამ იმატა და მას ღებინებაც დაერთო. აბდომინალური პალპაციით ვლინდება მუცლის კუნთების რიგიდობა და მტკივნეულობა. ექიმი უსვამს პერფორაციული აპენდიციტის დიაგნოზს. პაციენტს სასწრაფო ოპერაციას უკეთებენ, რაც მისი სრული გამოჯანმრთელებით მთავრდება.

დიაგნოსტიკური გასაღები, ამ შემთხვევაში, მუცლის კუნთების რიგიდობა და ცხელებაა, თუმცა ეს ნიშნები, რომლებიც მაღალსენსიტიურია დაავადების გვიან ეტაპზე, ადრეულ ეტაპზე 100%-იანი მგრძნობელობით არ ხასიათდება. კონკრეტულ შემთხვევაში გახანგრძლივებული აბდომინალური ტკივილის ანამნეზი საკმარისი უნდა ყოფილიყო იმისათვის, რომ ექიმს ოთხ საათში განმეორებითი კონსულტაციის აუცილებლობა ევარაუდა. კიდევ ერთი შეცდომა, საშარდე სისტემის ინფექციის, როგორც ძირითადი პიპოთეზის, ფორმირებაა. ეს დიაგნოზი იშვიათია ამ ასაკის ბავშვებში და, ჩვეულებრივ, არ არის დაკავშირებული მუცლის გახანგრძლივებულ ტკივილთან.

დაავადების პროგრესირებასთან ერთად ტესტის მგრძნობელობის ცვალებადობის მრავალი მაგალითი არსებობს. მაგალითად, გულმკერდის რენტგენოსკოპია პნევმონიის ან ფილტვის კიბოს დროს, ეკგ მოკარდოუმის ინფარქტის შემთხვევაში, ელენთის გადიდება ინფექციური მონონუკლეოზისას.

ტესტის სპეციფიკურობა (Spesificity) ნიშნავს ტესტის უნარს, ზუსტად გამოავლინოს პირები, რომელთაც დაავადება ან პათოლოგია არ აღენიშნებათ ანუ თუ დაავადება არ არის, ტესტი უარყოფითია. ტესტის სპეციფიკურობა განისაზღვრება ფორმულით:

$$\text{სპეციფიკურობა} = \frac{d}{(b+d)} \times 100 = \frac{912}{57+912} \times 100 = 94,1\%$$

ჩვენ მიერ განხილულ მაგალითში ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე ჩატარებული ტესტის სპეციფიკურობა მონონუკლეოზის დროს 94,1%-ის ტოლია.

თუ ტესტის სპეციფიკურობა 100%-ია და იგი კონკრეტულ შემთხვევაში დადებითი აღმოჩნდა, ეს ნიშნავს, რომ პაციენტს უეჭველად აქვს დაავადება ანუ არ არსებობს ცრუ პოზიტიური შედეგები. მხოლოდ იმის ცოდნა, რომ ტესტის შედეგი უარყოფითია, ნაკლებად ღირებულია, თუ არ გვეცოდინება, არის ეს ცრუ ნეგატიური, თუ ნამდვილად ნეგატიური შედეგი. თუ ტესტის სპეციფიკურობა 100%-ია, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ მისი მგრძნობელობაც 100% იქნება.

როგორც ვხედავთ, ტესტის მგრძნობელობა არაფერს გვეუბნება ცრუ პოზიტიური, ხოლო სპეციფიკურობა, ცრუ ნეგატიური შედეგების შესახებ. თუმცა, მათი მხედველობაში მიღება ძალიან მნიშვნელოვანია. ცრუ პოზიტიური შედეგის გამო შეიძლება დაავადებულად ჩაითვალოს ჯანმრთელი პიროვნება. ამით იგი იღებს მორალურ ტრავმას და არასაჭირო მკურნალობისა და გამოკვლევების ჩატარების რისკის წინაშე დგება. ცრუ ნეგატიური შედეგი ნიშნავს იმას, რომ დაავადებულ პაციენტს ვერ დაესვა სათანადო დიაგნოზი. ამდენად, ძალიან მნიშვნელოვანია გამოვიყენოთ საზომი, რომელიც იძლევა ინფორმაციას ცრუ პოზიტიური და ცრუ ნეგატიური შედეგების შესახებ. ასეთი საზომია ტესტის **სავარაუდო ღირებულება**.

ტესტის პოზიტიური სავარაუდო ღირებულება (PPV – Positive Predictive Value) განსაზღვრავს იმ პირთა რიცხვს, ვისაც ნამდვილად აქვს დაავადება (ნამდვილი პოზიტიური), იმათ შორის, ვისაც ტესტი დადებითი ჰქონდა. დადებითი სავარაუდო ღირებულება შემდეგნაირად განისაზღვრება:

$$\text{PPV} = \frac{a}{(a+b)} \times 100 = \frac{26}{26+57} \times 100 = 31,3\%$$

ჩვენ მიერ განხილულ მაგალითში, ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე ჩატარებული ტესტის პოზიტიური სავარაუდო ღირებულება მონონუკლეოზის დროს 31,3 %-ის ტოლია.

ტესტის უარყოფითი სავარაუდო ღირებულება (NPV – Negative Predictive Value) განსაზღვრავს იმ პირთა რიცხვს, ვისაც დაავადება ნამდვილად არა აქვს, იმათ შორის, ვისაც ტესტი დადებითი ჰქონდა. ტესტის უარყოფითი სავარაუდო ღირებულება გამოითვლება ფორმულით:

$$NPV = \frac{d}{(c+d)} \times 100 = \frac{912}{5 + 912} \times 100 = 99,5\%$$

ჩვენ მიერ განხილულ მაგალითში, ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე ჩატარებული ტესტის ნეგატიური სავარაუდო ღირებულება მონონუკლეოზის დროს 99,5 %-ის ტოლია.

როგორც ვხედავთ, ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე ტესტის უარყოფითი მნიშვნელობისას 99,5%-ში შეგვიძლია ვივარაუდოთ მონონუკლეოზის არარსებობა, მაშინ როდესაც ტესტის დადებითი პასუხი მხოლოდ 31,3%-ში მიუთითებს დაავადების არსებობაზე. აქედან გამომდინარე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ტესტი ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე სარწმუნოა მონონუკლეოზის გამოსარიცხად, ვიდრე მისი დიაგნოზის დასასმელად.

თავი 27. სტაციონარული მომსახურება

27.1. შესავალი

დაწესებულებას, სადაც პროფესიონალთა გუნდი ექიმის ხელმძღვანელობით 24 საათის განმავლობაში უზრუნველყოფს ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურებას, **საავადმყოფო** ეწოდება. იგივე მნიშვნელობით იხმარება **სტაციონარიც**. დასავლეთში საავადმყოფოს **ჰოსპიტალს** უწოდებენ, ამ ტერმინის ქვეშ ჩვენში სამხედრო საავადმყოფო იგულისხმება.

საავადმყოფოში გაწეულ სამედიცინო მომსახურებას **სტაციონარული მომსახურება**, ხოლო მასში სულ მცირე ერთი ღამის დაყოვნებულ პაციენტს **სტაციონარული ავადმყოფი** ეწოდება. სტაციონარული მომსახურების მოცულობისა და სირთულიდან გამომდინარე, ის შეიძლება მიეკუთვნებოდეს, სამედიცინო მომსახურების, როგორც მეორეულ, ისე მესამეულ დონეს.

საავადმყოფოს, როგორც სამედიცინო დაწესებულებას, მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. პირველ ცნობებს საავადმყოფოს შესახებ ძველ ეგვიპტურ და ბერძნულ წყაროებში ვხვდებით. ძველ საბერძნეთსა და რომის იმპერიაში სტაციონარები, ძირითადად, ტაძრებთან ეწყობოდა. ისინი წარმოადგენდნენ არამარტო ავადმყოფთა თავშესაფარს, არამედ ადგილს, სადაც მათი მკურნალობა ხორციელდებოდა. მაგალითად, პომპეის გათხრებისას აღმოჩენილია ე.წ. ქირურგთა სახლი, სადაც განლაგებული იყო რამდენიმე საოპერაციო, აბაზანა, აფთიაქი და სხვა სამედიცინო დანიშნულების სათავსოები. აღმოსავლეთში უკვე IV საუკუნიდან იერუსალიმისაკენ მიმავალი ქრისტიანებისათვის ეწყობოდა თავშესაფრები, რომლებსაც ჰოსპიტალი ეწოდებოდა (*Hospitalis* – ლათ. სტუმართმოყვარე, *Hospes* – სტუმარი, მღვდური). შუა საუკუნეებში საავადმყოფოთა ქსელი სწრაფად ვითარდებოდა არამარტო ევროპაში, არამედ აზიის ქვეყნებშიც, რასაც ინფექციურ ავადმყოფთა იზოლაციის აუცილებლობა განაპირობებდა.

27.2. საავადმყოფოს ძირითადი ფუნქციები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, საავადმყოფოს გააჩნია ალდგენითი, პროფილაქტიკური, სასწავლო და სამეცნიერო-კვლევითი ფუნქციები.

საავადმყოფოს ალდგენით ფუნქციებს მიეკუთვნება:

- დიაგნოსტიკა (როგორც სტაციონარში მყოფი, ისე ამბულატორიული ავადმყოფების);
- მკურნალობა (როგორც რადიკალური, ისე პალიატიური);
- რეაბილიტაცია;
- გადაუდებელი დახმარება.

საავადმყოფოს პროფილაქტიკურ ფუნქციებს მიეკუთვნება:

- ავადმყოფთა სანიტარიული განათლება;
- ორსულების, მელოგინებისა და ახალშობილების ფიზიოლოგიური კონტროლი;
- ბავშვთა და მოზარდთა სწორი ფიზიკური განვითარების სამედიცინო კონტროლი;
- ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, საავადმყოფოსშიდა ინფექციებთან ბრძოლა;
- ქრონიკული დაავადებების პროფილაქტიკა;
- დაინვალიდების პროფილაქტიკა.

საავადმყოფოს სასწავლო ფუნქცია მდგომარეობს სამედიცინო კადრების მომზადებასა და გადამზადებაში.

საავადმყოფოს სამეცნიერო-კვლევით ფუნქციებს მიეკუთვნება, ერთი მხრივ, ჯანმრთელობისა და დაავადების ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური პრობლემების და,

მეორე მხრივ, საავადმყოფოს მოქმედების საორგანიზაციო და ტექნიკური ასპექტების შესწავლა.

საავადმყოფო ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი რგოლია, რომელშიც მოსახლეობას სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებას უწევენ. საავადმყოფოში მკურნალობენ შედარებით მძიმე ავადმყოფებს, რომელთათვისაც, სხვადასხვა მიზეზის გამო, ამბულატორიული დახმარება საკმარისი არ არის. სტაციონარულ ავადმყოფთა ხვედრითი წილი საერთო მიმართვიანობის 15-20%-ს შეადგენს.

ავადმყოფთა მოვლისა და მკურნალობის პარალელურად საავადმყოფოში მიმდინარეობს სამედიცინო კადრების (ექიმებისა და ექთნების) აღზრდაც, მათი კვალიფიკაციის ამაღლება და დახელოვნება. იმ შემთხვევაში, თუ საავადმყოფოს ერთ-ერთი განყოფილება მაინც სამედიცინო ან სხვა სასწავლო ინსტიტუტის ბაზაა, იგი **კლინიკური საავადმყოფოს** სტატუსს იღებს. ამ სახის დაწესებულება, გარდა ავადმყოფთა მკურნალობისა, სწავლებისა და სამეცნიერო-კვლევით მუშაობასაც ახორციელებს.

ორგანიზაციული სტრუქტურის მიხედვით საავადმყოფო უფრო ხშირად დამოუკიდებელია, თუმცა შეიძლება საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანების ნაწილსაც წარმოადგენდეს. ეს უკანასკნელი, ძირითადად, რაიონულ დონეზე გვხვდება.

პროფილის მიხედვით საავადმყოფოები შეიძლება იყოს **ზოგადი (სომატური)** ან **სპეციალიზებული**, რომლებიც, ძირითადად, უზრუნველყოფენ მოსახლეობის (მაგალითად, სამშობიარო სახლი, ბავშვთა სტაციონარი და სხვ.) ან დაავადებათა გარკვეული ჯგუფის (მაგალითად, ფსიქიატრიული, ინფექციური, კარდიოლოგიური, ონკოლოგიური და სხვ.) მკურნალობას. თანამედროვე საავადმყოფოები, როგორც ზოგადი, ისე სპეციალიზებული, ძირითადად, მრავალპროფილურია, რომლებიც ახორციელებენ პაციენტთა, როგორც ქირურგიულ, ისე თერაპიულ მკურნალობას.

სპეციალიზებული საავადმყოფო საწოლი (განსაკუთრებით, ქირურგიული პროფილის) ზედმიწევნით ძვირია. ამიტომ ზოგიერთ ქვეყანაში ინტენსიური თერაპიის ან ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ ის პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებენ, გადაყავთ **ხანგრძლივი დაყოვნების სტაციონარში** (ან საავადმყოფოს განყოფილებაში), სადაც ისინი ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებიან. ასეთ დაწესებულებაში საწოლ-დღის ღირებულება გაცილებით დაბალია.

საავადმყოფოში პაციენტთა მკურნალობის ღირებულების შესამცირებლად უკანასკნელ პერიოდში დაინერგა სამედიცინო მომსახურების ისეთი ფორმაც, როგორიცაა **დღის სტაციონარი**. ავადმყოფი შემოდის სტაციონარში დღის დასაწყისში, მას უტარდება გარკვეული მკურნალობა, ხოლო დღის ბოლოს ის ბრუნდება სახლში. დღის სტაციონარი გამოიყენება მცირე ქირურგიული ოპერაციების (მაგალითად, ლაპარასკოპიული ქოლესისტექტომია, თიაქარკვეთა და სხვ.) ჩატარებისას ან მკურნალობის ისეთი მეთოდების გამოყენებისას, რომლებიც ავადმყოფზე სამედიცინო პერსონალის დაკვირვებას მოითხოვენ.

დასავლეთში ფართოდაა გავრცელებული **ჰოსპისები** – საავადმყოფოები მომაკვდავი (უმეტესად, კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი) ავადმყოფებისათვის და **საექთნო სახლები**, ხანდაზმული პირებისა და ქრონიკულ ავადმყოფებისათვის. ამ ტიპის დაწესებულებების შტატი, ძირითადად, ექთნებითა და სოციალური მუშაკებით არის დაკომპლექტებული. დიდი ყურადღება ეთმობა პაციენტის ფსიქოსოციალური პრობლემების გადაჭრას. ადგილზე კონსულტაციებს სპეციალურად მოწვეული ექიმი ატარებს. რთული

გამოკვლევების ან ინტენსიური მკურნალობის საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფები გადაჰყავთ საავადმყოფოში.

ნებისმიერი ტიპის საავადმყოფოში დაყოვნების ფასი საკმაოდ ძვირია, რის გამოც იმ ქვეყნებში, სადაც სოციალური დაზღვევის ან ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაფინანსების სისტემა არ მოქმედებს, პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს სერიოზული ეკონომიკური პრობლემები ექმნებათ.

27.3. საავადმყოფოს მუშაობის მაჩვენებლები

თანამედროვე საავადმყოფო წარმოადგენს ზედმიწევნით რთულად სამართავ ორგანიზაციას, რომელიც, ერთი მხრივ, წარმოადგენს რა სოციალურ ინსტიტუტს, მოწოდებულია, მაქსიმალურად დააკმაყოფილოს ავადმყოფთა მოთხოვნები, ხოლო, მეორე მხრივ, წარმოადგენს რა ეკონომიკური საქმიანობის სუბიექტს, ზრუნავს მაღალი რენტაბელობის მიღწევაზე. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ასამაღლებლად საჭიროა კვალიფიციური პერსონალი, თანამედროვე აღჭურვილობა და სამკურნალო საშუალებები, რაც საკმაოდ ძვირი ჯდება. თავის მხრივ, ეფექტური მუშაობისათვის აუცილებელია ცალკეული პაციენტის მკურნალობის ხარჯების შემცირება. არსებობს მთელი რიგი მაჩვენებლები, რომელთა დახმარებით შესაძლებელია ამ მიმართულებებით საავადმყოფოს მუშაობის შეფასება.

სავადმყოფოს სიმძლავრის განმსაზღვრელია მასში გაშლილ საწოლთა რიცხვი, რომელიც წარმოადგენს გვაძლევს, თუ ერთდროულად რამდენი პაციენტის მიღებაა შესაძლებელი. თუმცა ეკონომიკური თვალსაზრისით უფრო მნიშვნელოვანია იმის შეფასება, თუ რამდენად ეფექტურად იყენებენ ამ საწოლებს. ბუნებრივია, რაც უფრო ნაკლებია ცარიელი საწოლების რიცხვი, მით უფრო მეტია სავადმყოფოს შემოსავალი და პირიქით. ამიტომ სტაციონარის მუშაობის ერთ-ერთი ძირითადი მაჩვენებელია **საწოლის წლიური დატვირთვა**, რომელიც გვიჩვენებს, თუ წლის განმავლობაში, საშუალოდ, რამდენი დღე დაიკავა თითოეული საწოლი პაციენტმა და გამოითვლება შემდეგნაირად:

სავადმყოფო საწოლთა რიცხვი

x 365

ყველა ავადმყოფის მიერ წლის მანძილზე სავადმყოფოში გატარებულ დღეთა ჯამი

იდეალურ პირობებში სავადმყოფო საწოლების წლიური დატვირთვა 365 დღეს უნდა შეადგენდეს, რაც პრაქტიკულად არარეალურია, ვინაიდან ავადმყოფის გაწერის შემდეგ მეორე პაციენტი შესაძლოა მხოლოდ რამდენიმე დღეში შემოვიდეს. საწოლის წლიური დატვირთვის გაზრდა ხელოვნურადაც შეიძლება ავადმყოფის სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის დაუსაბუთებელი ზრდის ხარჯზე, რაც აწყობს სავადმყოფოს ადმინისტრაციას, მაგრამ არ შედის პაციენტთა და სამედიცინო მომსახურების დამფინანსებელთა ინტერესებში.

პაციენტის მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება შეიძლება ისეთი კრიტერიუმით, როგორიცაა **საწოლზე დაყოვნების საშუალო დრო**. მისი გამოთვლა შემდეგნაირად ხორციელდება:

წლის განმავლობაში სავადმყოფოში ყველა ავადმყოფის მიერ გატარებული დღეების ჯამი

წლის განმავლობაში სავადმყოფოში მოთავსებულ ავადმყოფთა საერთო რიცხვი

იგივე მეთოდით შეიძლება გამოითვალოს ავადმყოფთა საშუალო დაყოვნების მაჩვენებელი, როგორც სტაციონარის თითოეული განყოფილებისათვის (მაგალითად, ქირურგიული, თერაპიული, ფსიქიატრიული და სხვ.), ისე ცალკეული ნოზოლოგიის მკურნალობისათვის (მაგალითად, აპენდექტომია, მწვავე ინფარქტი, ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია და სხვ.). სტაციონარში დაყოვნების სათანადო სტატისტიკური დამუშავებით შესაძლოა დადგინდეს საწოლზე დაყოვნების სტანდარტული დრო, რომლის გახანგრძლივება შეიძლება განპირობებული იყოს დაავადების გართულებით ან დამატებითი გამოკვლევის საჭიროებით.

საწოლთა წლიურ დატვირთვის თუ გაეყოფთ მასზე ავადმყოფის დაყოვნების საშუალო დროზე, მივიღებთ საწოლთა ბრუნვის მაჩვენებელს, რომელიც მიუთითებს, თუ წლის განმავლობაში საშუალოდ რამდენ ავადმყოფს ატარებს თითოეული საწოლი. საწოლთა ბრუნვაც შეიძლება გამოითვალოს საავადმყოფოს ცალკეული განყოფილებების მიხედვით.

სტაციონარში გაშლილი საწოლების რაოდენობის, მათი დატვირთვის, დაყოვნებისა და ბრუნვის მაჩვენებლები უდავოდ მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევიან, მაგრამ მხოლოდ მათზე დაყრდნობით შეუძლებელია საავადმყოფოს ეკონომიკური საქმიანობის შეფასება. ამიტომ, აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების ფასის დადგენა, რისთვისაც საწოლ-დღის ღირებულებას გამოითვლიან.

საწოლ-დღე არის ავადმყოფის მიერ სტაციონარში გატარებული თითოეული დღე. ბუნებრივია, ინტენსიური თერაპიის პალატაში, ქირურგიულ ან თერაპიულ განყოფილებაში ავადმყოფის მკურნალობის ღირებულება განსხვავებულია. სხვადასხვა ღირებულება აქვს ერთ და იმავე განყოფილებაში სხვადასხვა ნოზოლოგიების მკურნალობას (მაგალითად, კარდიოქირურგიულ განყოფილებაში — აორტო-კორონარული შუნტირების ოპერაციას სჭირდება ხელოვნური სისხლის მიმოქცევა, მაშინ, როდესაც იგივე განყოფილებაში ელექტროკარდიოსტიმულატორის იმპლანტაციისათვის ეს ძვირადღირებული მანიპულაცია საჭირო არ არის). აქედან გამომდინარე, მიმართავენ საწოლ-დღის საშუალო ღირებულების გამოთვლას, როგორც ცალკეული განყოფილებების, ისე მთლიანად სტაციონარისათვის.

სტაციონარული მომსახურების ფასის მკვეთრმა ზრდამ (მაგალითად, გერმანიაში უკანასკნელი 5 წლის მანძილზე მან თითქმის 300%-ით მოიმატა) შეცვალა სამედიცინო მომსახურების, როგორც დამფინანსებლების, ისე მიმწოდებლების დამოკიდებულება ამ საკითხისადმი. ზოგიერთ ქვეყანაში, ფინანსური სიძნელების გამო, იზღუდება საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა, რის გამოც ავადმყოფებს ხშირად უხდებათ ლოდინი სტაციონარში მოსათავსებლად (რა თქმა უნდა, ეს არ ეხება იმ პაციენტებს, რომელთაც სჭირდებათ სასწრაფო ან გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება). პრობლემა ნაწილობრივ იხსნება ე.წ. **დაცდის ფურცლის** (Waiting List) შემოღებით. პაციენტს წინასწარ ენიშნება ჰოსპიტალიზაციის დრო, არამარტო თვისა და დღის, არამედ ზოგჯერ საათის ჩვენებით. თავისთავად ესოდენ დაძაბული მუშაობის გრაფიკი საავადმყოფოს ადმინისტრაციის მიზანმიმართულ და აქტიურ მოქმედებას მოითხოვს. დაცდის ფურცელი საავადმყოფოს პერსონალისათვის საწოლების დატვირთვის პრობლემის გადაჭრის საკმაოდ ოპტიმალურ ვარიანტს წარმოადგენს, მაგრამ ავადმყოფისათვის ზოგ შემთხვევაში იგი მიუღებელია.

მაგალითად, ინგლისში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში არსებული სიძნელების გამო პაციენტები ჰოსპიტალიზაციას შეიძლება თვეობით ელოდებოდნენ. ამასთან, რაიმე შეღავათების გაკეთება ჰოსპიტალიზაციის დაჩქარების მიზნით მკაცრად ისჯება. მაგრამ, პაციენტს მაინც აქვს შესაძლებლობა,

ურიგოდ მოხდეს საავადმყოფოში, რისთვისაც თვითონ უნდა აანაზღაუროს მომსახურების ხარჯები. თუმცა ეს თანხა იმდენად დიდია, რომ მხოლოდ ერთეულ შემთხვევაში მოიძებნება გადამხდელუნარიანი პაციენტი. შექმნილი მდგომარეობის გამოსასწორებლად 80-იან წლებში ინგლისში შემოიღეს კერძო დაზღვევა, რომელიც რიგგარეშე მკურნალობის გარანტიას იძლევა. დაზღვევის ამ სახით მოცულია ქვეყნის მოსახლეობის, დაახლოებით, 9%.

სტაციონარული მომსახურების ღირებულებაში გარკვეული წილი საავადმყოფოს ტექნიკური და საყოფაცხოვრებო მომსახურების ხარჯებს უკავია. სადღეისოდ დასავლეთში უფრო მიზანშეწონილად მიაჩნიათ, ამ სახის მომსახურების (ავადმყოფთა კვების, დასუფთავების, თეთრეულის მიწოდების და სხვ.) უზრუნველყოფა სპეციალიზებული ფირმა-კომპუტანტების მეშვეობით. მომსახურების ამ ფორმების საკუთარი ძალებით ჩატარებაზე უარის თქმამ, ერთი მხრივ, შეამცირა მკურნალობის ხარჯები (ვინაიდან მოხერხდა ტექნიკური და დამხმარე პერსონალის მკვეთრი შემცირება, ამ სამსახურების მიერ დაკავებული ფართის პირდაპირი, სამედიცინო დანიშნულებით გამოყენება და სხვ.) და, მეორე მხრივ, გააუმჯობესა მუშაობის ხარისხი, ვინაიდან, ფირმა-კომპუტანტები უფრო იაფად და ხარისხიანად უზრუნველყოფენ არამარტო საავადმყოფოს მედიკამენტებით მომარაგებას, კვებისა და მოვლის ორგანიზაციას, არამედ აპარატურისა და მოწყობილობების ექსპლუატაციას, ტრანსპორტის, კავშირგაბმულობის მუშაობას და სხვა.

27.4. საავადმყოფოს სტრუქტურა

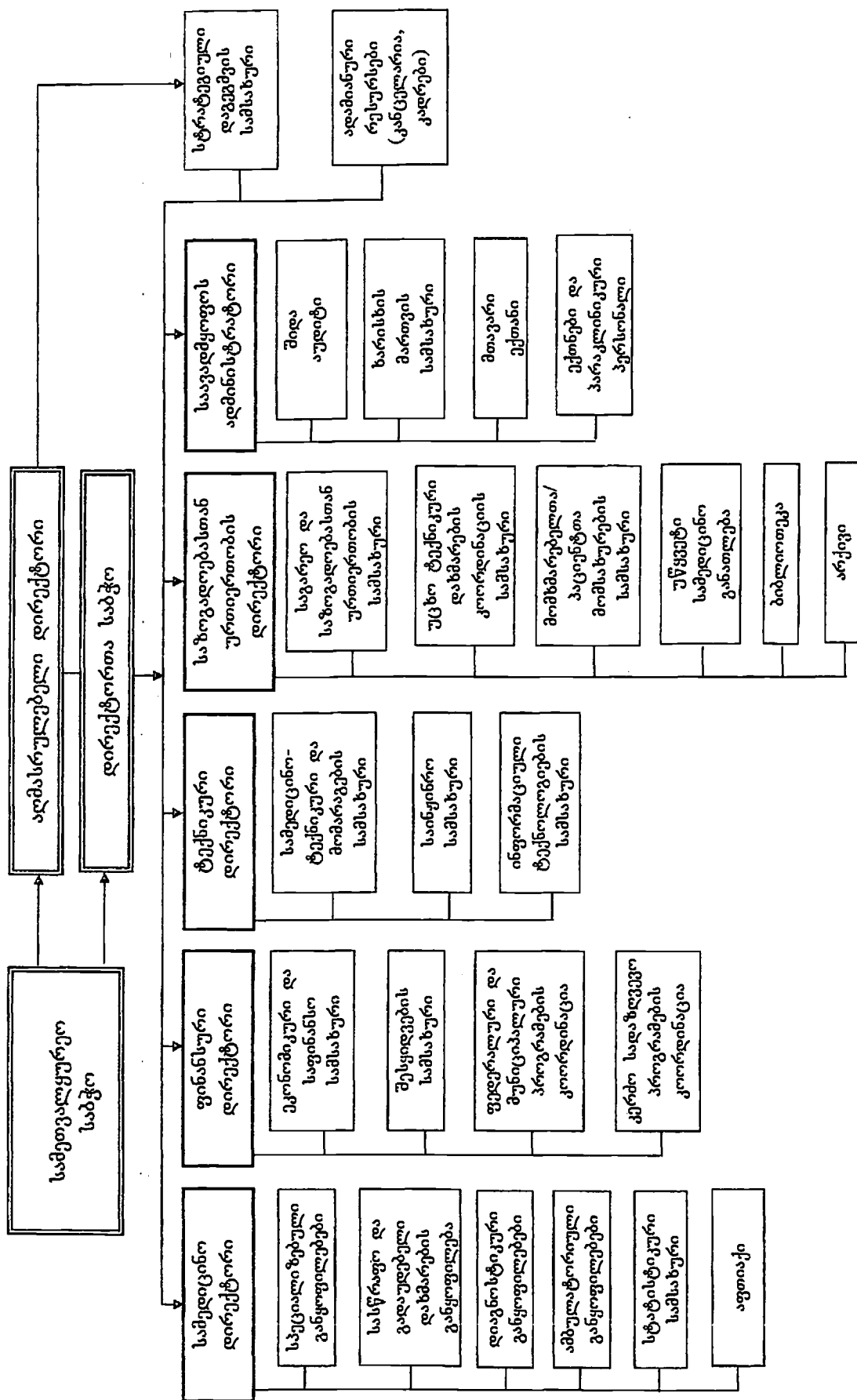
საავადმყოფოს სტრუქტურა გამომდინარეობს მისი ფუნქციური დანიშნულებიდან. ბუნებრივია, რომ მრავალპროფილური სტაციონარის სტრუქტურა მნიშვნელოვნად განსხვავდება ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ან სამშობიარო სახლისაგან. მიუხედავად ამისა, მთელი რიგი ქვედანაყოფები წარმოდგენილი უნდა იქნეს ნებისმიერ მათგანში. კერძოდ:

- მიმღები ან სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარების განყოფილება;
- პროფილური სამკურნალო განყოფილებები;
- სპეციალური მკურნალობის (სამკურნალო ფიზიკულტურის, სისხლის გადასხმისა და სხვ.) განყოფილებები ან კაბინეტები;
- დიაგნოსტიკური განყოფილებები ან კაბინეტები;
- სამეურნეო განყოფილება.

საავადმყოფოს მართავს დირექტორთა საბჭო, აღმასრულებელი დირექტორის ხელმძღვანელობით. საბჭოს წევრებსა და აღმასრულებელ დირექტორს თანამდებობაზე ნიშნავს და ანთავისუფლებს სამეთვალყურეო საბჭო. დირექტორთა საბჭოს შემადგენლობაში, აღმასრულებელი დირექტორის გარდა, შედიან სამედიცინო, ფინანსური, ტექნიკური და საზოგადოებასთან ურთიერთობის დირექტორები. შეიძლება შედიოდეს საავადმყოფოს ადმინისტრატორიც. სამედიცინო დირექტორი ხელმძღვანელობს სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ პროცესს, ფინანსური დირექტორი აკონტროლებს საავადმყოფოს ეკონომიკურ საქმიანობას, ტექნიკური დირექტორი უზრუნველყოფს სამედიცინო და სხვა აღჭურვილობის გამართულ მუშაობასა და კომუნიკაციებს (ელექტრომომარაგება, წყალი, სატელეფონო კავშირი და ა.შ.), ხოლო საზოგადოებასთან ურთიერთობის დირექტორი პასუხისმგებელია პაციენტთა მომსახურებაზე, მათ მოზიდვაზე, საზოგადოების ურთიერთობაზე და სხვ. საავადმყოფოს ადმინისტრატორს შეიძლება დაევალოს ხარისხის მართვის სამსახურის, შიდა აუდიტის და საექონო საქმის კურირება (ნახატი 60).

ნახატი 60

მრავალპროფილიანი საავადმყოფოს ტიპური სტრუქტურა



პედიატრიული სტაციონარის სტრუქტურა სხვა საავადმყოფო დაწესებულებების მსგავსია, მაგრამ ხასიათდება გარკვეული სპეციფიკით, რაც ამ ასაკში პათოლოგიის მიმდინარეობის თავისებურებებითაა განპირობებული.

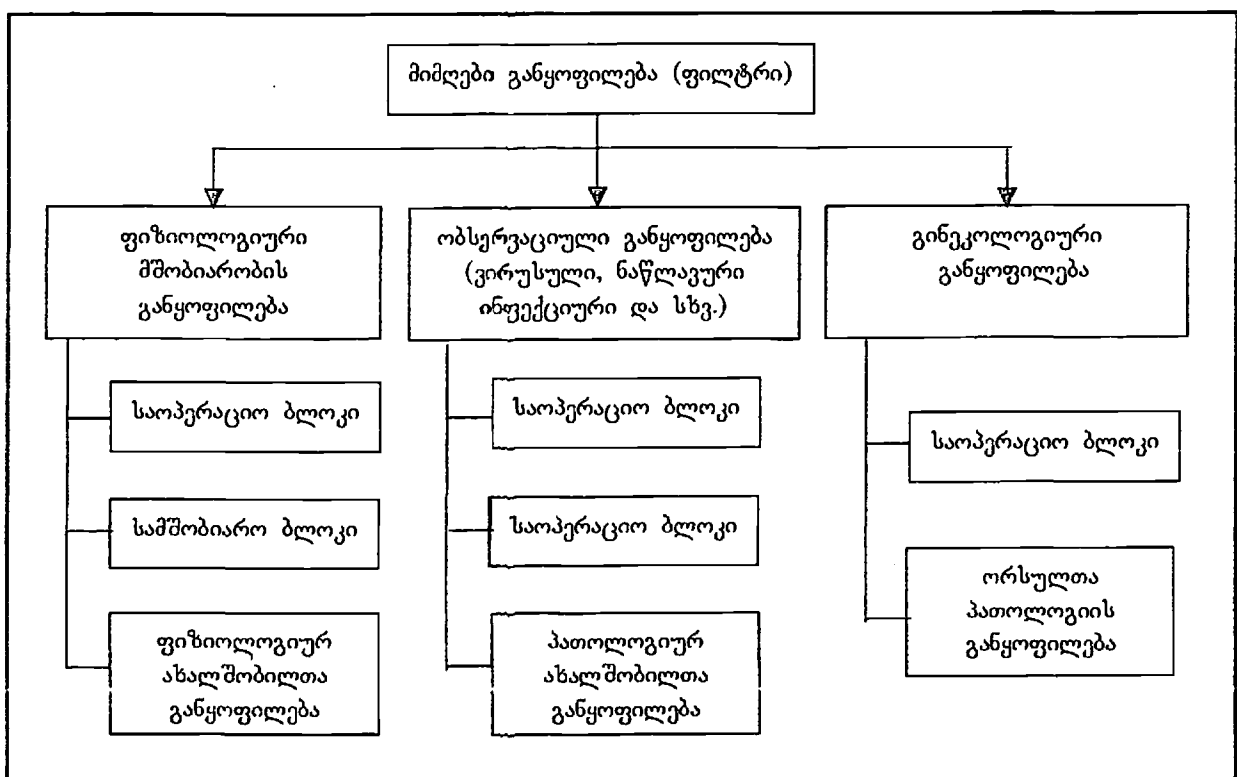
ინფექციური დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით უკვე მიმღებ განყოფილებაში გამოიყოფა სპეციალური ფართი იზოლატორისათვის. ფუნქციონირებს ახალშობილთა და დღენაკლულთა განყოფილება (სადაც სათანადო ჩვენებით თავსდებათ სამშობიარო სახლიდან შემდგომი მკურნალობისათვის გადაყვანილი ახალშობილები).

შიდაპოსპიტალური ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით პედიატრიულ განყოფილებაში (ზოგჯერ ქირურგიულშიც) პაციენტები მოთავსებულნი არიან ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (1-3 წლის, 3-7 წლის და 7-15 წლის ასაკი). გასაგები მიზეზების გამო სამედიცინო პერსონალი უნდა შეეცადოს, რათა მაქსიმალურად შეამსუბუქოს ბავშვის მდგომარეობა, რომელიც ზოგჯერ ხანგრძლივი დროის მანძილზე იმყოფებოდა სტაციონარში. ამ მიზნით მოქმედებს სათამაშო ოთახი, ბიბლიოთეკა, ზოგან მუშაობენ პროფესიონალი პედაგოგები.

სამშობიარო სახლი წარმოადგენს დამოუკიდებელ დაწესებულებას, თუმცა ზოგჯერ მრავალპროფილური საავადმყოფოს სტრუქტურულ ერთეულსაც წარმოადგენს. სამშობიარო სახლის სტრუქტურაში შეიძლება მოქმედებდეს სამეანო და გინეკოლოგიური განყოფილებები. საავადმყოფოსშიდა ინფექციის თავიდან აცილების მიზნით მიმღებმა განყოფილებამ, რომელსაც სამშობიარო სახლში ფილტრსაც უწოდებენ, უნდა უზრუნველყოს მშობიარეთა და ორსულთა ნაკადის ისეთი განაწილება, რომ ჯანმრთელი ქალი არ დაინფიცირდეს. ამ მიზნით მოქმედებს ორი ბოქსი ცალკე შესასვლელით და დამოუკიდებელი კავშირით სათანადო განყოფილებებთან (ნახატი 61).

ნახატი 61

სამშობიარო სახლის სტრუქტურა



სამშობიარო სახლის ძირითადი ფუნქციები:

- ორსულთა გაღრმავებული სამედიცინო გამოკვლევა. ექსტრაგენიტალურ დაავადებათა მკურნალობა;
 - გონორეისა და სტაფილოკოკური ინფექციების პროფილაქტიკა;
 - ფიზიოლოგიური მშობიარობის მიღება;
 - პათოლოგიური მშობიარობის მიღება;
 - მიკროპედიატრიის კონსულტაცია;
 - ახალშობილთა შორის „რისკის“ ჯგუფების გამოყოფა;
 - ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა;
 - ორსულთა ჰოსპიტალიზაცია ექსტრაგენიტალური დაავადებებისა და სამედიცინო პათოლოგიის არსებობის შემთხვევაში;
 - ორსულთა ჰოსპიტალიზაცია მშობიარობამდე 2-3 კვირით ადრე ექსტრაგენიტალური დაავადებებისა და სამედიცინო პათოლოგიის შემთხვევაში;
 - ექსტრაგენიტალური დაავადებებისა და სამედიცინო-პათოლოგიის მქონე ორსულთაგან მშობიარობის მიღება ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის, თერაპევტისა და მიკრო-პედიატრის მონაწილეობით;
- ნაყოფის ანტენატალური და პერინატალური დაცვის ღონისძიებათა გატარება.

27.5. საქართველოს საავადმყოფოთა ქსელი

2002 წლის მონაცემებით, საქართველოში ფუნქციონირებდა 279 სტაციონარი, რომელშიც გაშლილი იყო 18290 საწოლი. მათ შორის 250 იყო საავადმყოფო, 11 სხვადასხვა პროფილის დისპანსერი და 17 სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი. 267 სტაციონარი წარმოადგენს დამოუკიდებელ სამართალსუბიექტს, ხოლო 12 სხვადასხვა უწყების დაქვემდებარებაში იმყოფებოდა (ცხრილი 61).

ცხრილი 61

საქართველოს სტაციონარების ქსელის სტრუქტურა

	სულ		საავადმყოფო		მ.შ. დისპანსერი		ს/კ ინსტიტუტი	
	რაოდენობა	საწო-ლები	რაოდენობა	საწოლები	რაოდენობა	საწო-ლები	რაოდენობა	საწო-ლები
საქართველო	279	18290	250	16066	11	260	17	2024
თბილისი	83	7120	65	5096	0	0	17	2024
აჭარა	24	1676	21	1586	3	90	0	0
ფოთი	4	266	3	246	1	20	0	0
გურია	10	455	8	420	2	35	0	0
რაჭა-ლეჩხუმი	5	265	5	265	0	0	0	0
სამეგრელო	22	969	22	969	0	0	0	0
გემო სეანეთი	2	40	2	40	0	0	0	0
მცხეთა-მთიანეთი	6	188	6	188	0	0	0	0
სამცხე-ჯავახეთი	13	727	13	727	0	0	0	0
ქვემო ქართლი	25	1109	24	1074	1	35	0	0
იმერეთი	37	2272	34	2202	3	70	0	0
კახეთი	19	770	19	770	0	0	0	0
შიდა ქართლი	15	966	14	956	1	10	0	0
ცხინვალი	1	15	1	15	0	0	0	0
აფხაზეთი	1	20	1	20	0	0	0	0
სხვა უწყებები	12	1432	12	1434	0	0	0	0

წლების მანძილზე საავადმყოფო საწოლებით უზრუნველყოფის საკითხები ჩვენში ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთ ძირითად პრობლემად ითვლებოდა. ამასთან,

ნაკლები ყურადღება ეთმობოდა საწოლის ტექნიკურ აღჭურვას. მხოლოდ ახალი საავადმყოფოს მშენებლობის პირობებში იყო შესაძლებელი თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვა. ამასთან, არსებული წესების მიხედვით, როგორც საშტატო განრიგი, ასევე აღჭურვილობა დამოკიდებული იყო დაგეგმილ საწოლთა რიცხვზე, რამაც ხელი შეუწყო მსხვილი საავადმყოფოების დაუსაბუთებელ გახსნას. არასაკმარისი დაფინანსების პირობებში, ამგვარი საავადმყოფოების სათანადო შენახვა თითქმის შეუძლებელი გახდა. საავადმყოფო საწოლთა რაოდენობის ზრდის ერთ-ერთი ნეგატიური შედეგია ისიც, რომ პარალელურად აგრძელებდა ფუნქციონირებას ჯერ კიდევ XX საუკუნის დასაწყისში აშენებული საავადმყოფოები და, როგორც შედეგი, სადღეისოდ, საქართველოს ტერიტორიაზე განლაგებული სტაციონარული დაწესებულებებიდან პირობითად მხოლოდ მცირე ნაწილი შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებს, საწოლის საშუალო წლიური დატვირთვა, დაყოფნა და ბრუნვა კი ზედმიწევნით დაბალია (ცხრილი 62).

ცხრილი 62

საქართველოს სტაციონარების მუშაობის მაჩვენებლები

საწოლთა პროფილი	საწოლთა რაოდენობა	დატვირთვა საწოლზე (დღეებში)	დაყოფნა	ბრუნვა
თერაპიული	3347	76,0	8,68	8,8
პედიატრიული	1676	126,35	10,86	11,89
ქირურგიული	4518	82,03	7,58	10,95
ონკოლოგიური და რადიოლოგიური	626	113,24	18,51	6,15
ინფექციური	1403	91,09	9,51	9,63
ტუბერკულოზის	614	301,47	58,54	5,34
სამეანო-გინეკოლოგიური	3393	95,93	5,02	19,12
ნევროლოგიური	591	103,33	11,51	9,04
ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური	1252	296,04	95,6	3,08
ოტოლარინგოლოგიური	248	35,26	1,63	21,64
ოფთალმოლოგიური	224	62,44	5,09	12,26
დერმატო-ვენეროლოგიური	30	40	14,53	2,73

თავი 28. ჯანსაღი ცხოვრების წესი და მისი ფორმირება

28.1. შესავალი

ჯანსაღი ცხოვრების წესი გულისხმობს იმ ქცევას, რომელიც დადებით გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, ე.ი. ჯანსაღი ცხოვრების წესი მოიცავს ქცევის ყველა ელემენტს (შრომითი, სოციალური, ინტელექტუალური, ფიზიკური, სამედიცინო აქტივობა), რომელთა მიზანი ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაა. ჯანსაღი ცხოვრების წესის ცნება ასევე შეიცავს ჯანმრთელობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილების გზებს.

მოსახლეობის სანიტარიული კულტურის ამაღლება ჯანმრთელობის შენარჩუნების უმთავრესი პირობაა, ხოლო სანიტარიული განათლება – მისი ძირითადი მეთოდი და საშუალება.

მოსახლეობის **სანიტარიული განათლება** ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შემადგენელი ნაწილია. იგი პროფილაქტიკური მედიცინის ერთ-ერთი ძირითადი დარგია და ამიტომ სახელმწიფოებრივ ხასიათს უნდა ატარებდეს.

სანიტარიული განათლება მიზნად ისახავს მოსახლეობაში სამედიცინო ცოდნის გავრცელებას, თვით- და ურთიერთდახმარების ჩვევების გამომუშავებას, ქცევის ისეთი ელემენტების ჩამოყალიბებას, რომლებიც ადამიანს საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის, შენარჩუნებისა და განმტკიცების საშუალებას მისცემს.

გამოთქმა, „სანიტარიული განათლების“ ნაცვლად ზოგჯერ **სანგანათლებას** ხმარობენ (sanus, sana, sano – ლათ. ჯანმრთელობა). სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, სანგანათლება გულისხმობს განათლებას ჯანმრთელობის შესახებ. დასავლეთში გამოიყენება ტერმინები **სამედიცინო პროპაგანდა, პაციენტის სწავლება, სოციალური მარკეტინგი**.

სანგანათლება, როგორც დამოუკიდებელი საზოგადოებრივი დისციპლინა, ვითარდებოდა ცალკეული საბუნებისმეტყველო და საზოგადოებრივ მეცნიერებებთან (მედიცინის, სოციოლოგიის, ფსიქოლოგიის, მარკეტინგული თეორიის, პედაგოგიკისა და სხვ.) ინტეგრაციის პროცესში. განვითარებულ საზოგადოებაში იგი ჯანდაცვის პოლიტიკის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია, ვინაიდან მოწოდებულია დაამკვიდროს ის ჭეშმარიტება, რომ ჯანმრთელობისათვის ზრუნვა თითოეული მოქალაქის საზოგადოებრივი მოვალეობაა.

ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფორმირების, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი მიმართულებების, მნიშვნელობა ზედმიწევნით დიდია. ბოლო წლებში მოხერხდა მრავალ დარგში დაგროვილი გამოცდილების თავმოყრა გამაფრთხილებელ ღონისძიებათა გაუმჯობესების მიზნით. მართალია, ადამიანის ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე მიმართული ქმედებები ექიმის საქმიანობის განუყოფელი ნაწილია და უძველესი დროიდან მოსდევს მას, მაგრამ ახალი ცოდნის, ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება საგრძნობლად ზრდის მის ეფექტს.

სანიტარიული განათლების ელემენტებს, ცხოვრების სწორი წესის დაცვის აუცილებლობის მტკიცებას ეხდებით უძველესი დროიდან შემონახულ სამედიცინო ძეგლებში. მრავალ მეცნიერ-მედიკოსთა შრომებში მოყვანილ ბევრ რჩევას ცხოვრების სწორი წესის დაცვის აუცილებლობის შესახებ დღესაც არ დაუკარგავს თავისი აქტუალობა. საკმარისია გავიხსენოთ XIX საუკუნეში ეგვიპტეში ნაპოვნი ე.წ. „ეპერსის პაპირუსი“ (II ათასწლეული ჩვენს წელთაღრიცხვამდე), აფიცენას „კანონი მედიცინაზე“ (XII ს.), ზაზა ფანასკერტელი-ციციშვილის „სამკურნალო წიგნი-კარაბადინი“ (XVI ს.) და სხვ. რომლე-

ბიც ღღესაც ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდის ბრწყინვალე ნიმუშებს წარმოადგენენ.

ჩვენი ქვეყნის განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე სოციალურ-ეკონომიკური პირობების ცვლილებებთან ერთად იცვლებოდა სანიტარიული განათლების ფორმები, მეთოდები და საშუალებანი. სადღეისოდ ამ მიმართულებით გასატარებელი საქმიანობის ძირითადი ამოცანებია:

- ჯანდაცვისა და მედიცინის სხვადასხვა პრობლემასთან დაკავშირებული თეორიული და მეთოდური საკითხების შემუშავება და მათი პრაქტიკაში დანერგვა;
- მოსახლეობის სანიტარიული კულტურის დონის შესწავლა;
- სანგანათლების ახალი, შედარებით ეფექტიანი, ფორმებისა და საშუალებების გამო-
ნახვა და გამოყენება;
- გამოცდილების შეფასება, განზოგადება და სამედიცინო პრაქტიკაში დანერგვა;
- მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფორმირებასა და განმტკიცებაზე მიმარ-
თული ღონისძიებების კოორდინაცია.

28.2. სამედიცინო ინფორმაციის გავრცელება

სანიტარიული განათლების ზემოქმედების ობიექტს შეიძლება წარმოადგენდეს, როგორც ცალკეული პირი, ან მიზნობრივი ჯგუფი, ასევე მთლიანად საზოგადოება. სათანადო ინფორმაცია შესაძლოა მიეწოდებოდეს მომხმარებელს, როგორც ცალკეული მონაცემების მიხედვით, ასევე უფრო ფართო ფორმატში. განსაკუთრებით მნიშვნელობას იღებს ე.წ. პროპაგანდისტული კამპანიები, რომელთა გატარების ძირითადი მიზანია საზოგადოების ყურადღების მიპყრობა გარკვეული პრობლემის მიმართ.

ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ როგორც ექიმი, ასევე პაციენტი დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დანერგვასთან დაკავშირებულ პრობლემებს ხშირად ნაკლებად მნიშვნელოვნად თვლიან. ამასთან, უკვე აქსიომად იქცა, რომ კვების რეჟიმის შეცვლაზე, მაგნე ჩვევებისაგან თავის დაღწევაზე, ფიზიკური აქტივობის გაზრდაზე მიმართული ღონისძიებები ზოგჯერ გაცილებით ეფექტურია, ვიდრე მრავალრიცხოვანი პრეპარატების მიღება.

სამედიცინო ინფორმაციის გავრცელების პროცესში გასათვალისწინებელია მრავალი ფაქტორი, მათ შორის ე.წ. **სარეკლამო ოთხკუთხედი**, რომლის მხარეებს ინფორმაციის მიმწოდებელი, თვით ინფორმაცია, ინფორმაციის რეცეპიენტი (მომხმარებელი) და ინფორმაციის გავრცელების წყარო წარმოადგენს.

ინფორმაციის გავრცელების დაწყებამდე უნდა გაირკვეს, თუ რა არის უკვე ცნობილი მოსახლეობისათვის განსახილველი საკითხებიდან, ინფორმაციის რომელ წყაროს ანიჭებს უპირატესობას, რა სახის ცნობები მიაჩნია მას საჭიროდ. უნდა გვახსოვდეს, რომ არასწორი მონაცემების მიწოდების შემთხვევაში ღეზინფორმაციის შედეგების გამოსწორება უფრო ძნელია, ვიდრე ახალი ინფორმაციის აღქმის მიღწევა.

ინფორმაციის გავრცელებასთან დაკავშირებული პრობლემის არსის გასაგებად საჭიროა კომუნიკაციის პროცესის ძირითადი მახასიათებლების განხილვა. **კომუნიკაცია** არის ნებისმიერი შეტყობინების (ინფორმაციის) გაცვლა ადამიანებს შორის. ის გულისხმობს ინფორმაციის გადაცემასა და აღქმას საერთო სიბოლოების გამოყენებით. კომუნიკაცია შეიძლება იყოს: **აღმაჯალი** და **დაღმაჯალი**, **პორაზონტალური**, **დიაგონალური** და **არაფორმალური**.

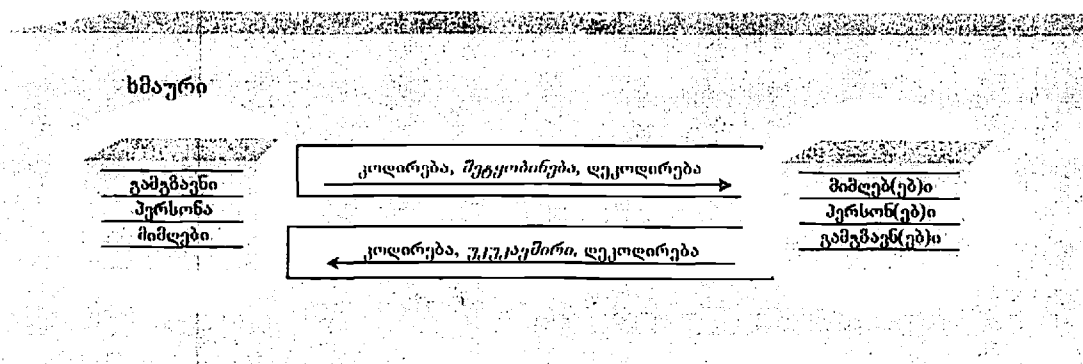
ინფორმაციის გაცემის პროცესში მონაწილეობს რამოდენიმე ელემენტი:

- **გამგზავნი (კომუნიკატორი)** – პირი, რომელიც ახდენს იდეების გენერირებას ან აგროვებს ინფორმაციას და გადასცემს მას;
- **კოდირება** – გულისხმობს კომუნიკატორის შეტყობინების გადაყვანას მიმღებისათვის გასაგებ ენაზე (ტექსტი, აუდიო-ვიზუალური, ტაქტილური და სხვ. სახის ინფორმაცია);
- **მედიაუმი** – გზავნილის მატარებელი;
- **შეტყობინება** – თავად ინფორმაცია, რომელიც კოდირებულია სიმბოლოების მეშვეობით (სიტყვიერი, წერილობითი და სხვ.);
- **არხი** – ინფორმაციის გადაცემის საშუალება;
- **დეკოდირება** – მიმღების მიერ კომუნიკატორის ინფორმაციის აღქმის პროცესი;
- **მიმღები** – პირი, რომლისთვისაც განკუთვნილია ინფორმაცია და რომელიც მას საკუთარ ინტერპრეტაციას უკეთებს.
- **უკუკავშირი** – მიმღებიდან კომუნიკატორისაკენ (გადაგზავნილი შეტყობინება ინფორმაციის დაზუსტების საშუალებას იძლევა).

ცალკე გამოსაყოფია ე.წ. „ხმაური“, რომელიც წარმოადგენს ინფორმაციის დამახინჯებას, მისი გადაცემის ან უკუკავშირის პროცესში (ნახატი 62).

ნახატი 62

საკომუნიკაციო პროცესის ძირითადი კომპონენტები



თანმიმდევრობით გადაცემული სიტყვიერი ან არასიტყვიერი კომუნიკაციური ელემენტები შეტყობინების გადაცემას უზრუნველყოფენ. თუ კომუნიკაცია უზრუნველყოფს პირდაპირ და სასწრაფო უკუკავშირს, მაშინ მას ორარხიანი კომუნიკაცია ეწოდება, ხოლო უკუკავშირის არარსებობის შემთხვევაში კი ერთარხიანი.

თავის საქმიანობაში ექიმი, ძირითადად, ორი ტიპის კომუნიკაციას იყენებს – **სიტყვიერ** ანუ **ვერბალურ** (მათ შორის წერილობით, ელექტრონულ და სხვ.) და **არავერბალურ** ანუ **პარალანგვისტიკურს** (საქციელი, ტანისა და თვალის მოძრაობა, ობიექტების ენა და სხვ.). დღესდღეობით განსაკუთრებით სერიოზული ყურადღება ექცევა არავერბალური შეტყობინებების ზემოქმედებას. ფიზიკური საშუალებებით დამყარებული კომუნიკაცია, (მაგალითად, სახის გამომეტყველება, მიმიკა, ტაქტილური კონტაქტი, დისტანცია, ხმის ტონი და სხვა) ზოგჯერ უფრო ძლიერ ზემოქმედებას ახდენს მიმღებზე, ვიდრე ვერბალური კომუნიკაცია. ამ მიმართულებით ჩატარებული კვლევების

საფუძველზე დამუშავებულია ე.წ. „პიარის ტექნოლოგიები“, რომლებიც დღესდღეობით ეფექტურად გამოიყენება სხვადასხვა სფეროში (მენეჯმენტი, რეკლამა, მოლაპარაკების პროცესი და სხვ.).

28.3. კომუნიკაცია საექიმო პრაქტიკაში

ინდივიდუალური კომუნიკაციების წარმართვა მოითხოვს სათანადო ჩვევებისა და გამოცდილების არსებობას, რომელთაგან უმთავრესია მოსმენის უნარი, კომუნიკაციის გაგზავნისა და მიღების ფაქტის სათანადო უკუკავშირით დადასტურება და ა.შ.

გასათვალისწინებელია, რომ მიმღებს შეუძლია, თავისი მოსაზრებით, კომუნიკაციის რომელიმე ელემენტი (მაგალითად, პარალინგვისტიკური) ჭეშმარიტად ჩათვალოს, რაც, ალბათ, თავდაპირველი ინფორმაციის დამახინჯებას გამოიწვევს. ცნობილია, რომ იატროგენიის განვითარება ყველაზე ხშირად დაკავშირებულია მედიცინის მუშაკის სიტყვასთან, ან საქციელთან. მაგალითად, პაციენტთან გასაუბრებისას ექიმი შესაძლოა სიტყვიერად ამშვიდებს მას, მაგრამ კაბინეტში მდგომი ექთნის სახის გამომეტყველება ან უნებლიე მოძრაობა პაციენტს მიღებული ინფორმაციის ობიექტურობაში აეჭვებს.

კომუნიკაციის წარმატებულობას ბევრად განაპირობებს ინფორმაციის მიმღების უნარი – ზუსტი ინტერპრეტაცია გაუკეთოს მიღებულ ცნობებს. ამას ხელს უწყობს ე.წ. აქტიური მსმენელის ტექნიკის დაუფლება (ცხრილი 63).

ცხრილი 63

„აქტიური მსმენელის“ ტექნიკის ძირითადი მახასიათებლები

მიზანი	მიზნის მიღწევის საშუალება
მოსაუბრე უნდა გრძნობდეს, რომ თქვენ მას ინტერესით უსმენთ	ყურადღებით მოეპყარით მოსაუბრეს და ხშირად შეხედეთ მას. შეეცადეთ, პერიოდულად გადაიხაროთ წინ, უყუროთ თვალებში, დროდადრო გააკეთოთ მოკლე კომენტარი ან დასვით შეკითხვა
საინტერესო ინფორმაციის მიღების გზები	აგრძნობინეთ მოსაუბრეს, რომ თქვენ გაინტერესებთ მისი ნათქვამი. პერიოდულად დასვით შეკითხვები
მოსაუბრის ყურადღების დაფიქსირება არსებით საკითხებზე	შეეცადეთ დამატებითი შეკითხვების ან კომენტარების მეშვეობით არ გადახვეწილით მოსაუბრეს თქვენს მიერ დაგეგმილი თემის განხილვიდან
მოსაუბრის ნათქვამის სწორად გაგება	შეაჯამეთ ნათქვამი და შეამოწმეთ, რომ სწორად გაიგეთ ყველაფერი
მოსაუბრის ნათქვამის შეფასება	მიაქციეთ ყურადღება მოსაუბრის ქესტიკულაციასა და მიმიკას. ისინი ხშირად გამოხატავენ ზოგად დამოკიდებულებას საკითხისადმი, მაგალითად, აღელვებას, ენთუზიზმს, შიშს და ა.შ., რაც ხელს შეგიწყობთ მიღებული ინფორმაციის სწორ შეფასებაში
ნეიტრალური პოზიციის დაცვის აუცილებლობა	ნუ აჩქარდებით, გამოხატოთ თქვენი აზრი ან დამოკიდებულება საკითხისადმი, შეეცადეთ, დაიცვათ ნეიტრალური პოზიცია

სამედიცინო პრაქტიკაში „აქტიური მსმენელის“ მეთოდი მოითხოვს შემდეგი ძირითადი პირობების დაცვას:

- ექიმის კაბინეტში უნდა იყოს შექმნილი სათანადო პირობები კონფიდენციალური საუბრისათვის, უნდა შეიკვეცოს ტელეფონების ზარები, ოთახში სხვა პირთა მიმოსვლა და ა.შ. პაციენტს უნდა შეექმნას ყველა პირობა, რათა მან ყურადღება მოიკრიბოს და სრულად წარმოაჩინოს საკუთარი მდგომარეობა;

- ექიმი უნდა შეეცადოს, მიიღოს ის ინფორმაცია, რომელიც პირველი შეხვედრით არ წარმოადგენს საუბრის ძირითად თემას, მაგრამ მნიშვნელოვანია დიაგნოზის დასასმელად;
- ექიმმა უნდა ისაუბროს, რაც შეიძლება, ნაკლები. გასაუბრებისათვის დათმობილი დროის განაწილება ოპტიმალურია, თუ მისი 80% საუბრობს პაციენტი, ხოლო 20% ექიმი;
- ექიმი უნდა შეეცადოს, არ შეაწყვეტინოს საუბარი, ნაკლებად გააკრიტიკოს ან განსაჯოს იგი, არ გამოხატოს უარყოფითი აზრი ნათქვამის შესახებ;
- ექიმს უნდა შეეძლოს, არა მხოლოდ მოსმენა, არამედ საუბრის სწორი წარმართვაც;
- ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტის სიტყვების თანმხლებ ემოციებს, შესტებს, მიმიკას, ხმას და ა.შ.;
- საუბრისას მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი სიტყვიერი შენიშვნების რაოდენობა. საუბრისას ექიმს ხშირად უხდება ჩანაწერების გაკეთება, მაგრამ, უკეთესია, შეეცადოს, ეს სხვადასხვა შემოკლების ან ნიშნის მეშვეობით გააკეთოს, საუბარი კი მოგვიანებით გაიშიფროს.
- ექიმის პირადი აზრი ან მიკერძოებული შეფასებები საჭიროა გაკეთდეს მოგვიანებით, პაციენტისათვის დანიშნულების მიცემის დროს.

სათანადო გამოკვლევებით ირკვევა, რომ ინფორმაციის მხოლოდ სიტყვიერი გადაცემის შემთხვევაში (მითუმეტეს, თუ საუბარი ერთფეროვანია, ემოციების გარეშე) მსმენელი იგებს და მთლიანად აღიქვამს მიწოდებული ახალი მონაცემების მხოლოდ 7%-ს, ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან სიტყვები აზრების აღქმის იმ საწყის ბიძგს წარმოადგენს, რომელსაც მსმენელი თავის ინტერპრეტაციას უკეთებს.

პაციენტის ბუნება-განწყობის შესახებ, გაცილებით დიდი ინფორმაციის მოპოვება ხერხდება მაშინ, თუ ექიმი საკმარისად დაკვირვებულია და პარალინგვისტიკური ინფორმაციის გაშიფვრა ძალუძს. დადგენილია, რომ ინფორმაციის მიღებისას მსმენელზე ყველაზე დიდ გავლენას ახდენს მოსაუბრის სახის გამომეტყველება, მისი მიმიკა, შესტიკულაცია და სხვა. ამ შემთხვევაში სიტყვების აღქმისა და დამახსოვრების დონე გაცილებით მაღალია. გასაგებია, რომ აღქმის დონე მერყეობს იმისდა მიხედვით, თუ რამდენად შენარჩუნებული აქვს პაციენტს მხედველობა, სმენა, რა ასაკის არის, აქვს თუ არა რაიმე ინფორმაცია მიწოდებული საკითხის ირგვლივ და ა.შ. სოციალურ ფსიქოლოგიაში დამუშავებულია ინფორმაციის გადაცემის სხვადასხვა ტიპისათვის დამახასიათებელი მონაცემების სპეციალური ნუსხა, რომელთა ცოდნა და მითუმეტეს გამოყენება ექიმის საქმიანობის აუცილებელ კომპონენტს უნდა წარმოადგენდეს. მაგალითად, თუ პაციენტი ცდილობს, შეკითხვას მოკლე პასუხი გასცეს, ეს იმის მაუწყებელია, რომ იგი დაძაბულია, მორცხვობს, ან ცდილობს, თავი აარიდოს მისთვის არასასიამოვნო პრობლემას, თუმცა ზოგჯერ ეს შეიძლება დასმული კითხვის სპეციფიკიდანაც გამომდინარეობდეს.

მოსაუბრის ინტონაცია გადმოსცემს პაციენტის ემოციებს და ეხმარება ექიმს იმის დადგენაში, თუ რამდენად აღელვებს მას პრობლემა, რომლის გადმოცემასაც ცდილობს.

მეტყველების დროს დაშვებული შეცდომები შეშფოთების ან სტრესის გამომხატველია. ხოლო დამატებითი ფრაზების ხმარება მოწმობს, რომ პაციენტი უბრალოდ დროის მოგებას ცდილობს.

აქცენტი გვიჩვენებს, თუ საიდან, რომელი კუთხიდან არის რესპონდენტი. შესაძლოა იგი ცდილობს, სპეციალურად გამოიყენოს დამახასიათებელი აქცენტი დამატებითი

ზეწოლის, შეღავათის მიღების ან უფრო მჭიდრო ფსიქოლოგიური კონტაქტის დამყარების მიზნით.

სიტყვების შერჩევა ინფორმაციის ხატოვნად გადმოცემის მიზნით შეიძლება არამართო განათლების მაღალი დონის მაჩვენებლად, არამედ რაიმე ფსიქოლოგიური დეფექტის გამოხატულებადაც მივიჩნიოთ.

სიტყვაზე მახვილის დასმა შესაძლოა მიუთითებდეს, რომ მოსაუბრე ისწრაფვის დამატებითი ფსიქოლოგიური კონტაქტის დამყარებისაკენ, მიანიშნებს ექიმს, რომ მისთვის ცნობილია მოსაუბრის პირადი ინტერესი ან დამოკიდებულება ამა თუ იმ საკითხის მიმართ (მაგალითად, „მე ვიცი თქვენ რა დამოკიდებულება გაქვთ ამ საკითხისადმი“).

პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს სპეციფიკური ჩვევები, რომლებიც დაკავშირებულია ღარიბ ლექსიკასთან, მოდის ზეგავლენასთან, გაფანტულ აზროვნებასთან, რაც თავისთავად გასათვალისწინებელია.

პიროვნების ფსიქოლოგიური თავისებურებების ამსახველ ელემენტებს მიეკუთვნება: დგომის ან ჯდომის მანერა, ჟესტიკულაცია, მიმიკის თავისებურებები. მაგალითად, დადგენილია, რომ ევროპელი თავს უფრო კომფორტულად გრძნობს მაშინ, როდესაც თანამოსაუბრესა და მას შორის მანძილი საშუალოდ 46 სმ-ია. ამ საშუალო მაჩვენებლის გარდა, შეიძლება გამოიყოს კიდევ 4 „კომფორტული ზონა“, რომლებშიდაც სხვადასხვა ადამიანები ქვეცნობიერად კიდევ უფრო მოხერხებულად გრძნობენ თავს. მაგალითად, სოფლად აღზრდილი ადამიანებისათვის საჭიროა კომფორტული ზონის მეტი სიგრძე, მაშინ, როდესაც ხმელთაშუაზღვის ზონის მცხოვრებნი ამჯობინებენ უფრო ახლო კონტაქტს მოსაუბრესთან და ხელით მის ხშირ შეხებას, რაც ნაკლებად დამახასიათებელია ინგლისელებისათვის ან სკანდინავიელებისათვის. ამასთან შემჩნეულია, რომ ადამიანები საუბრისას ცდილობენ უფრო მოშორებით დადგნენ იმ პირებისაგან, რომელნიც, მათი აზრით, სტატუსით უფრო მაღალ საფეხურზე დგანან. ცნობილია, რომ ქალები თავიანთი სქესის წარმომადგენლებთან საუბრისას საშუალოდ 15 სმ-ით უფრო ახლოს დგანან, ვიდრე მამაკაცები და ა.შ.

პაციენტის ფსიქოლოგიური რეაქციის ჩამოყალიბებაზე ექიმთან საუბრის პროცესში გავლენას ახდენს დაავადებაზე არსებული წარმოდგენის **მდგრადობა** და გადატანილ დაავადებასთან დაკავშირებული **გამოცდილება**.

პაციენტებს, როგორც წესი, თავიანთი წარმოდგენა აქვთ დაავადებაზე, მის მიზეზებზე, მკურნალობის ეფექტიანობაზე, რომლის ჩამოყალიბება დამოკიდებულია პიროვნებისა და მისი ოჯახის კულტურულ დონეზე, განათლებაზე, ეთნიკურ თავისებურებებზე და ეფუძნება სხვადასხვა საინფორმაციო არხით მიღებულ სამეცნიერო თუ სამეცნიერო-პოპულარული სახის მონაცემებს, ტრადიციული მედიცინის წარმომადგენელთა შეხედულებებსა და ა.შ. მიუხედავად იმისა, სარწმუნოა თუ არა ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია, ადამიანის ფსიქოლოგიიდან გამომდინარე, მისი რწმენის შეცვლა ამა თუ იმ პრობლემის შესახებ ძნელია. თუ ექიმის რეკომენდაციები შეესაბამება პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების შეხედულებებს დაავადებაზე, მაშინ შეიძლება მათი დადებითად, წინააღმდეგ შემთხვევაში, უარყოფითად აღქმა, რაც თავისთავად ართულებს ექიმის მდგომარეობას, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც დაავადების პროგნოზი ცუდია.

ყოველ ოჯახში არსებობს ავადმყოფობასთან ბრძოლის საკუთარი გამოცდილება, რომელიც სათანადო გავლენას ახდენს ოჯახის წევრთა რეაქციაზე. ამ შეხედულების ფორმირებაში არსებით როლს თამაშობს საზოგადოებაში ჩამოყალიბებული დამოკიდებულება ამა თუ იმ პათოლოგიისადმი. მაგალითად, საზოგადოებრივ ცნობიერებაში ჭარბი წონა დაკავშირებულია არა ნივთიერებათა ცვლის მოშლასთან, არამედ, პირველ რიგში, პიროვნების თავშეუკავებლობასთან, ნებისყოფის უქონლობასთან, რის გამოც იგი გადამეტებულად იღებს საკვებს.

ასეთი პაციენტი თავს არასრულფასოვნად გრძნობს საზოგადოებაში, სადაც მდგრადი ჩამოყალიბებული არასწორი აზრი მისი მდგომარეობის შესახებ. ამიტომ, მოუხდავად იმისა, რომ ექიმი ყოველთვის ვერ ახდენს გავლენას სწორი საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებაზე, იგი ვალდებულია დაეხმაროს პაციენტს არასრულფასოვნების კომპლექსის გადალახვაში.

ავადმყოფობის აღქმა დამოკიდებულია მოსალოდნელი შედეგების მნიშვნელობაზე, მათ გავლენაზე ავადმყოფისა და მისი ოჯახის წევრთა ცხოვრების წესზე. ამიტომ დაავადებას, რომელიც პროფესიის შეცვლას მოითხოვს, პიროვნება აღიქვამს, როგორც გაცილებით უფრო მნიშვნელოვან მოვლენას, ვიდრე იმ შემთხვევას, როდესაც ადგილი აქვს შრომისუუნარობის დროებით შეზღუდვას.

მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები დღეს წარმოადგენს მთავარ არხს, რომლის სწორი გამოყენებით შეიძლება დავარწმუნოთ საზოგადოება ახალი აზროვნების გათავისებაში. თანამედროვე საზოგადოებაში, სადაც ძლიერდება ადამიანთა განცალკევება, მხოლოდ ეს საშუალებები უზრუნველყოფს თანამიმდევრულ და საყოველთაო კავშირს საზოგადოებასა და ინდივიდებს შორის. ინფორმაციის წყაროს სწორი გამოყენება გარკვეულ ბიძგს აძლევს მოვლენების ამა თუ იმ მიმართულებით განვითარებას. ბევრ სპეციალისტს მიაჩნია, რომ მასობრივი ინფორმაციის საშუალებათა მეშვეობით მთელ რიგ დაავადებათა აქტიური პროფილაქტიკა შესაძლებელია.

მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გამომწვევი რისკის ფაქტორების თავიდან აცილებაზე მიმართულმა ღონისძიებებმა, ბევრ ქვეყანაში, შესანიშნავი შედეგები გამოიღო, შემცირდა ამ პათოლოგიით გამოწვეული მოსახლეობის დაინვალიდება და სიკვდილიანობა, ვინაიდან, ფართო გავრცელება ჰპოვა სისტემატურმა ფიზიკურმა ვარჯიშებმა, რაციონალურმა კვებამ, მავნე ჩვევებზე, განსაკუთრებით, თამბაქოს წევაზე უარის თქმამ და ა.შ.

განვითარებადი ქვეყნების მოსახლეობა ხშირად ინფორმაციის ნაკლებობას განიცდის. ეს შეეხება არამარტო ყოველდღიური გაზეთების, სხვა სახის პერიოდული გამოცემების ნაკლებობას, არამედ რადიო და ტელევიზიასაც (მაგალითად, სამხრეთ აზიის ქვეყნებში, ჩრდილოეთ კორეაში, ცენტრალური აფრიკის უმეტეს ქვეყნებში რადიო ან ტელევიზორი მხოლოდ ყოველ მეოცე ოჯახს აქვს). ამის გამო მოსახლეობის უღარიბესი ნაწილი, რომელსაც განსაკუთრებით ესაჭიროება სამედიცინო ცოდნის მიწოდება, მოკლებულია ინფორმაციის მიღების მთავარ წყაროს.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ექიმ-პაციენტის ურთიერთობა, პირველ რიგში, ინფორმაციის გადაცემას გულისხმობს. იგი ხასიათდება სხვადასხვა ინტენსიურობით, თუმცა მიღებულ ინფორმაციაზე რეაგირება სხვადასხვაგვარია. თუ პაციენტის წარმოდგენა გარკვეული საკითხის ირგვლივ მდგრადია, უფრო ხშირად მისი შეცვლა საკმაოდ ძნელია, ზოგჯერ კი შეუძლებელიც. პაციენტის მიერ ამა თუ იმ სპეციფიკური რეაქციის ჩამოყალიბებაზე სერიოზულ ზემოქმედებას ახდენს საზოგადოებრივი აზრი, პაციენტის ოჯახის წევრების, ახლობლებისა და ექიმის მიერ მიწოდებული ინფორმაციის ხასიათი. განვიხილოთ ინფორმაციის გადაცემის, მისის აღქმისა და რეაგირების სხვადასხვა სახე.

დადებითი (პოზიტიური) გადაცემა. პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ გამოხატული დადებითი ემოციები ექიმის მიმართ. ამ სახის დამოკიდებულება არაიშვიათად ყალიბდება საზოგადოებრივი აზრის გავლენით, უკვე ექიმთან უშუალო კონტაქტამდე. თავისთავად დადებითი დამოკიდებულება მყარდება უშუალოდ ექიმთან ვიზიტის დროსაც. უნდა აღინიშნოს, რომ თუმცა პოზიტიური გადაცემა პაციენტის გამოჯანსაღებაზე მიმართულ ძლიერ ფსიქოლოგიურ ფაქტორს წარმოადგენს, იგი ფარულ საშიშროებასაც შეიცავს. გადამეტებულმა დადებითმა რეაქციამ შეიძლება გამოიწვიოს ექიმის დეზორიენტირება,

ვინაიდან პაციენტის მიერ გამოთქმული სუბიექტური მოსაზრებები მკურნალობის მაღალი ეფექტურობის შესახებ შეიძლება ობიექტური მონაცემებით არ დასტურდებოდეს.

უარყოფითი (ნეგატიური) გადაცემა. პაციენტს შეიძლება შეექმნას უარყოფითი დამოკიდებულება ექიმის მიმართ, თუ მასზე დამყარებული იმედი არ გამართლდა. იგი კრიტიკულად უდგება ექიმის ნებისმიერ რეკომენდაციას, თავს არიდებს მასთან ვიზიტს, არ ენდობა მას. რა თქმა უნდა, ეს სიტუაცია ზედმიწევნით აფერხებს მკურნალობის პროცესს, ვინაიდან ექიმი-პაციენტის კონტაქტის დამყარება გართულებულია. ასეთი ქცევა ზოგჯერ ფარულ ხასიათს ატარებს. ერთი შეხედვით, პაციენტს თითქოსდა აქვს ექიმის რეკომენდაციების სწორად შესრულების სურვილი, მაგრამ შემდგომში ირკვევა, რომ მან არ მიიღო დანიშნული წამალი ან არასწორად აღიქვა ექიმის განმარტება. ნეგატიური გადაცემა განსაკუთრებით ხშირია, როდესაც ექიმი ახალგაზრდა ან გამოუცდელია, რის შესახებაც წინასწარ გათვითცნობიერებულია პაციენტი.

ექიმის ქვეცნობიერი უარყოფითი რეაქცია პაციენტის მიმართ (უკუგადაცემა). ექიმ-პაციენტის ურთიერთობაში ორი მხარე მონაწილეობს. ამიტომ, როგორც პაციენტს ექიმის მიმართ, ასევე ექიმსაც შეიძლება ჰქონდეს – პაციენტის მიმართ არაადეკვატური რეაქცია, რასაც უკუგადაცემას უწოდებენ. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტის მოლოდინი გადაჭარბებულია ან მას აქვს ნეგატიური გრძნობა მკურნალობის მიმართ, წარმოიშვება ექიმის მხრიდან თვითკრიტიკის გრძნობის დაკარგვის საშიშროება. უკუგადაცემის რეაქცია საკმაოდ ხშირად ხდება, თუ ავადმყოფი თვითონაც ექიმია. ამ სიტუაციაში მკურნალი ექიმის ქვეცნობიერი რეაქცია იმ ფაქტზე, რომ მისმა კოლეგა-პაციენტმა იმდენივე იცის დაავადების შესახებ, რამდენიც თვითონ, პაციენტის მიმართ გამოხატულ პოზიტიურ ან ნეგატიურ რეაქციას იწვევს. ამ გრძნობის ორივე ტიპმა შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს მკურნალობაზე, ვინაიდან ექიმი კარგავს ობიექტურობას, წინა პლანზე წამოიწევს ემოციური მხარე, რასაც კრიტიკულ შემთხვევაში შესაძლოა სავალალო შეცდომა მოჰყვეს.

ექიმის დახასიათების ზეგავლენა. ზოგჯერ ექიმის უბრალო დახასიათება ემოციურად მნიშვნელოვანია პაციენტისათვის და შესაძლოა გადაცემის განვითარებაზეც იმოქმედოს. ამ სახის გადაცემის ჩამოყალიბებისას ძალზე მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ექიმის სქესი და, განსაკუთრებით, ასაკი. ახალგაზრდა ექიმი ზოგჯერ გრძნობს, რომ მას უფროსი ასაკის პაციენტი განსაკუთრებულად ექცევა, მიმართავს, როგორც შვილს, რითაც ზღუდავს ექიმის დამოუკიდებლობას, ხელს უშლის ამა თუ იმ საკითხის დროულად გადაწყვეტაში.

არაადეკვატური რეაქცია ექიმთან ურთიერთკავშირის დამყარებისას, ძირითადად, პაციენტის წინა გამოცდილებაზეა დამოკიდებული. ასეთ პაციენტებს ხშირად მკვეთრად შემცირებული სოციალური კონტაქტები აქვთ, ისინი შეიძლება ეჭვიანი ან გულგრილნი იყოს. ამ შემთხვევაში პაციენტსა და ექიმს შორის საჭირო თანამშრომლობა შეიძლება საერთოდ არ შედგეს. ამ სახის ურთიერთკავშირი ყალიბდება, თუ ექიმის ქცევა პაციენტს არ აკმაყოფილებს.

რაც უფრო სწრაფად მოხერხდება ექიმსა და პაციენტს შორის კონტაქტის დამყარება, მით უფრო უკეთესია, მაგრამ ზოგჯერ ეს პროცესი დიდ დროს იკავებს და უარყოფით გავლენას ახდენს მკურნალობის ხარისხზე. სასწრაფო დახმარების ან პოლიკლინიკის ექიმმა ავადმყოფთან საჭირო ფსიქოლოგიური კონტაქტი მცირე დროში უნდა დაამყაროს. მიუხედავად ამისა, ნდობისა და ურთიერთგაგების განწყობის შექმნა

აუცილებელია. ეს კი ექიმისაგან მოითხოვს არამარტო პროფესიული, არამედ სათანადო ფსიქოლოგიური ჩვევების გამომუშავებასაც, რომელთა გარეშე სასურველი ეფექტის მიღწევა გაძნელებულია.

28.4. სამედიცინო პროპაგანდა

სამედიცინო ინფორმაციის გადაცემის სპეციფიკა მოითხოვს, რომ აქცენტი კეთდებოდეს არა იმდენად თვით პრობლემაზე, რამდენადაც მისი დაძლევის გზებზე. ის, ძირითადად, ხორციელდება ზეპირი სიტყვის, ბეჭდვითი ან თვალსაჩინოების მეთოდების გამოყენებით.

ზეპირი სიტყვას ოდითგანვე უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა, რამდენადაც იგი განსაკუთრებით ხელმისაწვდომი და მოხერხებული მეთოდია. პრაქტიკული გამოყენების თვალსაზრისით ზეპირი სიტყვის მეთოდს აქვს სხვადასხვა ფორმა და საშუალება. მიზანშეწონილია მათი მონაცვლეობა.

არჩევენ ზეპირი სიტყვის გამოყენების შემდეგ მეთოდებს:

- პირადი საუბარი პაციენტთან;
- პაციენტის პირდაპირი ან სატელეფონო კონსულტაცია;
- ლექციების, მოხსენებების ჩატარება;
- კითხვა-პასუხების საღამოების მოწყობა;
- ხმამაღალი კითხვა, განსაკუთრებით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან ან მოხუცებთან მუშაობისას;
- მოსახლეობის ცალკეულ რეფერენტულ ჯგუფებთან (მოსწავლე-ახალგაზრდები, ხანდაზმულები, ახალგაზრდა დედები და სხვ.) სხვადასხვა სახის კურსების, სემინარების, სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციების ჩატარება. თავისთავად, ასეთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია სხვადასხვა სახის აუდიო-ვიზუალური საშუალების გამოყენებაც.

ამ მეთოდით სარგებლობის დროს არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ მოუფიქრებლად ნათქვამი სიტყვა ადამიანს მთელი სიცოცხლის მანძილზე შეიძლება დაამახსოვრდეს. ამიტომ, სულ მცირე შეცდომასაც კი პაციენტისათვის ისეთივე ზიანის მიყენება შეუძლია, როგორც, თუნდაც, არასწორ ქირურგიულ ჩარევას. ამიტომ, ასეთი მუშაობა ერთგვარი სიფრთხილით უნდა ტარდებოდეს, პაციენტის ასაკის, სქესის, პროფესიის, ინტელექტისა და სხვა ნიშნების გათვალისწინებით.

ბეჭდვითი სიტყვის მეთოდს ზეპირ სიტყვაზე არანაკლები მნიშვნელობა ენიჭება. მისი გამოყენების საშუალებებია სამახსოვროები, ბროშურები, ბუკლეტები, გაზეთები, ჟურნალები, სამეცნიერო-პოპულარული ხასიათის წიგნები. ბეჭდვითი სიტყვის მეთოდის გამოყენება ზოგ შემთხვევაში შეიძლება უფრო მომგებიანიც იყოს, რამდენადაც მკითხველს საშუალება აქვს უფრო საფუძვლიანად და მყარად გაეცნოს მასალას, საჭირო შემთხვევაში კი განმეორებითაც წაიკითხოს.

შედარებით მეტ ინფორმაციას იძლევა **თვალსაჩინოების მეთოდი**. რა თქმა უნდა, საკუთარი თვალით ნანახი და ყურით განაგონი უკეთესად ამახსოვრდება ადამიანს, მით უმეტეს, თუ ეს შეეხება მის ჯანმრთელობას. არჩევენ თვალსაჩინოების მეთოდის გამოყენების შემდეგ საშუალებებს: ტელევიზია, კინო, თეატრი, ტელეკონფერენცია, ვიდეოკონფერენცია, დიაპოზიტივები, მაკეტები, მულაჟები, პლაკატები, ლოზუნგები, გამოფენები და სხვ.

სანგანათლების ზემოაღნიშნული მეთოდები ალტერნატიული არ არის. პირიქით. ისინი ერთმანეთს ავსებენ და მეტნაკლები წარმატებით გამოიყენებიან მოსახლეობის სამედიცინო განსწავლისა და ჰიგიენური აღზრდის პროცესში.

მოსახლეობის სანიტარიული განათლების საქმისადმი პრიმიტიული მიდგომის შედეგია, რომ სამედიცინო საზოგადოებაში ჩამოყალიბდა მდგრადი წარმოდგენა იმის შესახებ, რომ მოსახლეობა ამ სფეროში არ მოითხოვს განსაკუთრებულ ცოდნას. მოწოდებული მეთოდები კი (მაგალითად, პლაკატი, ლოზუნგი, ლექცია და ა.შ.) დრომოჭმული და არაეფექტურია. მსოფლიოში დაგროვილი გამოცდილება საწინააღმდეგოს მოწმობს.

მაგალითად, ახალი მედიკამენტების რეკლამაზე გაწეული ხარჯების თითქმის 7% მოდის მხოლოდ სათანადო ლოზუნგის ძიებაზე. ეს პროცესი მოიცავს კვლევებს ისეთი მიმართულებებით, როგორიცაა სოციოლოგია, ფსიქოლოგია, ნეიროფიზიოლოგია, ლინგვისტიკა. ლოზუნგი უნდა იყოს ინფორმატიული და ზედმიწევნით მოკლე (არაუმეტეს 4-8 სიტყვისა), ვინაიდან მომხმარებლისა და მიმწოდებლის ე.წ. სარეკლამო კონტაქტი (მაგალითად, ქუჩაში გამოკრული პლაკატის შეთვალერება) შეადგენს, საშუალოდ, 5 წამს. ამ დროში პიროვნებამ არამარტო უნდა წაიკითხოს და აღიქვას, არამედ იმდენად დაინტერესდეს, რომ დაიმახსოვროს კიდევაც ე.წ. ლოზუნგით მოწოდებული იდეის არსი.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა დიდი ხანია ვიწრო პროფესიულ ინტერესებს გასცდა და მთელი საზოგადოების ყურადღების ცენტრში აღმოჩნდა. ამიტომ, თანამედროვე ადამიანს უჩნდება კანონიერი სურვილი – უზრუნველყოფილი იყოს ადეკვატური სამედიცინო ინფორმაციით. ექიმთან დამოკიდებულებაშიც იგი თანასწორუფლებიანობას მოითხოვს.

მოსახლეობის სამედიცინო ინფორმაციით უზრუნველყოფა, თანამედროვე გაგებით, ნიშნავს არამარტო იმას, რომ პიროვნებას მივაწოდოთ მისთვის საინტერესო ცნობები, არამედ საშუალება მივცეთ, სხვადასხვა კუთხით შეაფასოს ესა თუ ის პრობლემა, ვინაიდან ინფორმაციის მიღება და, მითუმეტეს, პაციენტების მიერ მისი სწორი აღქმა, თავისუფალი არჩევანის გაკეთების შედეგი უნდა იყოს.

მიუხედავად იმისა, რომ მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები, მეტი ყურადღების მიპყრობის მიზნით, ძირითად ყურადღებას სენსაციური ხასიათის მასალის გამოქვეყნებას უთმობენ, მათ მიერ გავრცელებული სამედიცინო ცოდნა უფრო მისაწვდომი და ეფექტიანია. მასობრივი ინფორმაციის წყაროების გამოყენების პროცესში გასათვალისწინებელია ისეთი საკვანძო პრობლემები, როგორიცაა:

- მოწოდებული ინფორმაციის საშუალებებით სოლიდარობის გრძნობის განმტკიცება (მაგალითად, მოხუცებულთა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ, სისხლის დონორობის მხარდაჭერის შესახებ და ა.შ.);
- მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები შეძლებისდაგვარად უნდა განუმარტავდეს ადამიანებს, რომ მედიცინა არ არის ყოვლისშემძლე, რომ ჯერ კიდევ არსებობს მრავალი გადაუჭრელი პრობლემა, რომ მედიცინის პროგრესს თან ახლავს ჩავარდნები, ეჭვები, არასტაბილურობა, დროებითი უკუსვლები და ა.შ.
- ცრუ წარმოდგენებთან ბრძოლა (მაგალითად, 30-იან წლებში **ა. ზაილბერის** მიერ ჩამოყალიბებულმა თეორიამ ავთვისებიანი სიმსივნეების ვირუსული ეტიოლოგიის შესახებ, მოსახლეობაში უფრო დიდი გავრცელება პოვა, ვიდრე სამედიცინო საზოგადოებაში. ამას კი შედეგად მოჰყვა ონკოლოგიური ავადმყოფის თავისებური დისკრიმინაცია, როგორც მთლიანად საზოგადოებაში, ისე მიკროსოციალურ გარემოში, სადაც გაჩნდა შიში, რომ დაავადება გადამდებია და ავადმყოფს უნდა ერიდო, რაც სინამდვილეს არ შეესაბამება);

ფსიქოლოგების აზრით, ინფორმაცია, როგორც საგანგებო, ისე გამამხნეველი, ადამიანის ფანტაზიაში გარდატეხილად აღიქმება, ზოგჯერ სხვადასხვა შიშის ელემენტით ან სხვა სახის ემოციების წარმოჩინებით. აქედან გამომდინარე, მოსახლეობას უნდა მივაწოდოთ გადამოწმებული ცნობები, ვინაიდან საექვო, დაუსაბუთებელმა ინფორმაციამ შეიძლება უკუშედეგი მოგვცეს.

შექმნილი სიმნელებების გადალახვა შესაძლებელია სამედიცინო პროპაგანდის პროცესის სწორი დაგეგმვისა და მართვის შემთხვევაში. რომელიც ითვალისწინებს:

- პრობლემის განსაზღვრას, მის იდენტიფიცირებას და საკვანძო საკითხების გამოყოფას;
- შესაძლო გადაწყვეტილებათა ძიებას;
- ოპტიმალური გადაწყვეტილების შერჩევას;
- გადაწყვეტილების შესრულებას;
- მიღებული შედეგების შემოწმებას;
- კონტროლის მიზნით მთელი პროცესის განმეორებას.

თავად, პროპაგანდა უნდა იყოს თვალსაჩინო და თანამედროვე. თვალსაჩინოების მიღწევა ზოგჯერ უფრო იოლია, ვიდრე საკითხის თანამედროვე დონეზე გაშუქება. ამავე დროს გასათვალისწინებელია, რომ სანიტარიული პროპაგანდის გატარება განვითარებულ ქვეყნებში გაცილებით იოლია, ვიდრე განვითარებად ქვეყნებში. ამის საწინდარია მოსახლეობის განათლების უფრო მაღალი დონე, საჭირო ინფორმაციის ათვისებისათვის მზადყოფნა და, რაც ყველაზე მთავარია, მომხმარებლის ფართო არჩევანი, მასობრივი ინფორმაციის წყაროების გაცილებით დიდი სპექტრის არსებობა. გლობალური საინფორმაციო ქსელის (ინტერნეტის) მექანიზმმა გაფართოებამ საშუალება მისცა მომხმარებელს, მოკლე ვადაში მიიღოს მისთვის საინტერესო სამედიცინო ინფორმაცია. ამავე დროს, განვითარებად ქვეყნებში ღარიბი და საშუალო სოციალური ფენები არამარტო მოკლებული არიან ინტერნეტით სარგებლობის საშუალებას, არამედ ზოგჯერ არც იციან მისი გამოყენება.

28.5. პიარ-ტექნოლოგიები

ჯანსაღი ცხოვრების მოთხოვნების ჩამოყალიბება მხოლოდ სტანდარტული პროპაგანდის მეთოდების გამოყენებით საკმაოდ ძნელია, ვინაიდან მისი ეფექტურობის საფუძველი მიმდევართა არსებობაში ანუ „სხვების აყოლიებაში“ მდგომარეობს, ხოლო ადამიანებისათვის პირდაპირ ზემოქმედებაზე, ზეწოლაზე წინააღმდეგობის გაწევაა დამახასიათებელი. ჯანსაღი ცხოვრების წესის დასამკვიდრებლად მასობრივ აუდიტორიაზე ზემოქმედების შედარებით ეფექტურ გზას პიარ-ტექნოლოგიების გამოყენება წარმოადგენს.

პიარი (PR-Public relations – ინგლ. საზოგადოებასთან კავშირები) წარმოადგენს საზოგადოებასთან, პრესასა და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან კავშირის სისტემას, რომელიც სარეკლამო პრაქტიკის მომიჯნავეა, მაგრამ მისგან განსხვავებით უპირატესად არაკომერციულ საფუძველზეა დამყარებული. ის არ მოუწოდებს მოსახლეობას ყიდვისაკენ, არამედ წარმოაჩენს ახალი მომსახურების ან საქონლის დანიშნულებასა და სარგებლიანობას საზოგადოებისათვის.

პიარის ღონისძიებებს მიეკუთვნება პრესკონფერენციები, არაკომერციული სტატიები, ტელეფილმები, ტელერეპორტაჟები, მრავალფეროვანი საზოგადოებრივი საქველმოქმედო

საქმიანობა, სხვადასხვა საიუბილეო ღონისძიებები, არასარეკლამო ჟურნალები ან ბიულეტენები და სხვ.

პროპაგანდისა და რეკლამისაგან განსხვავებით, პიარი იდეებისა და აზრების ნებაყოფლობით შეცნობას ეფუძნება, არაპირდაპირი ზემოქმედების გამოყენებით ესწრაფვის აუდიტორიასთან ურთიერთგაგებასა და მყარი საზოგადოებრივი ინტერესის ჩამოყალიბებას. პიარ-ტექნოლოგიების პრაქტიკა ფართო აუდიტორიასთან ორმხრივ კავშირსა და სათანადო უკუგებას გულისხმობს. პიარის მთავარი ამოცანაა – გადალახოს შეუთანხმებლობა, მიაღწიოს ჰარმონიას და ურთიერთგაგებას ისე, რომ მოსახლეობას თავს არ მოახვიოს მხოლოდ საკუთარი ფასეულობები. პიარის გამოყენება გამიზნულია საზოგადოებისათვის სასარგებლო ამოცანების გადასაწყვეტად ურთიერთგაგებისა და თანამშრომლობის გზით, რაც ინფორმაციის სარწმუნოების, კომპეტენტურობისა და სისრულის საფუძველზე მიიღწევა.

პიარ-ტექნოლოგია გულისხმობს 4 ეტაპის განხორციელებას, რომელიც ინგლისური აბრევიატურით RACE აღინიშნება (Research – კვლევა, Action – მოქმედება, Communication – ურთიერთობა და Evaluation – შეფასება). თავდაპირველად ანალიზის საფუძველზე ხდება პრობლემის ფორმულირება, მეორე ეტაპზე მზადდება მოქმედებათა პროგრამა და მისი ბიუჯეტი, შემდეგ მიმდინარეობს პროგრამის კოორდინაცია და განხორციელება, და ბოლოს, კონტროლი, შეფასება და, საჭიროების შემთხვევაში, პროგრამის კორექტირება.

პიარის ფილოსოფია დიდ ადგილს უთმობს ორმხრივ ურთიერთობებს და ერთ-ერთ მთავარ ამოცანად საკომუნიკაციო არხების გაუმჯობესებასა და ორმხრივი ინფორმაციული ნაკადების დამყარების ახალი გზების ძიებას მიიჩნევს.

პიარ-სპეციალისტების საქმიანობის ძირითადი მიმართულებებია – კონსულტირება, პროგნოზირება, საზოგადოებრივი აზრის შესწავლა, კონფლიქტებისა და გაუგებრობების თავიდან აცილება, პირადი და საზოგადოებრივი ინტერესების ჰარმონიზაცია. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებაა. საზოგადოებრივი აზრი ხშირად დაფუძნებულია არამართო ფაქტებზე, არამედ შეგონებებსა და შეფასებებზე, ამიტომ ის ცვალებადია და ადვილად ექვემდებარება ზეგავლენას.

საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებაში გამოიყოფა შემდეგი სტადიები:

- წინასწარი ინფორმაციის წარმოქმნა (ადამიანებს გააჩნიათ გარკვეული წარმოდგენა რაიმე საკითხის შესახებ, თუმცა არ იცნობენ მის სპეციფიკას და ამიტომ არ აქვთ ჩამოყალიბებული აზრი ამა თუ იმ პრობლემაზე);
- დაინტერესება (პრობლემა აქტუალური ხდება, რაც იწვევს მის შესახებ მეტი ინფორმაციის მიღების სურვილს);
- არჩევანის წარმოჩინება (ჩნდება ალტერნატივა – იმოქმედო თუ არა მიღებული ინფორმაციის შესატყვისად);
- სასურველის და არსებულის დაპირისპირება (გამოკვეთილი ნაკლის მქონე ალტერნატივა იწვევს წინააღმდეგობას);
- ალტერნატივების შეფასება (დადებითისა და უარყოფითის შედარება საბოლოო გადაწყვეტილების მიღების წინ);
- საზოგადოებრივი აზრის ფორმირება (ფასეულობების, შეხედულებების შემუშავება);

- გადაწყვეტილების მიღება (ემოციური შეგრძნებისა და მორალური პრინციპების საფუძველზე ამა თუ იმ მოვლენის მიმართ დამოკიდებულების საბოლოო ჩამოყალიბება, მყარი შეფასება).

ამასთან, აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ადამიანებს უფრო ადვილად შეაქვთ ცვლილებები თავის მსჯელობაში, ვიდრე შეგრძნებებში. ინტელექტუალური გადაწყვეტილების მიღება ითხოვს ბუნდოვანი აზრების გახსნას, წინააღმდეგობათა შერიგებას, შეპირისპირებული ფაქტორებისა და ახალი რეალობის განხილვას. რაც შეეხება ემოციურ გადაწყვეტილებას, მისი მიღება ხორციელდება ურთიერთსაწინააღმდეგო შეგრძნებებთან ჭიდილში, რეალობასთან შეგუებისა და საკითხის სხვა დროისთვის გადადების სურვილის გადალახვით.

როგორც უკვე აღინიშნა, პიარ-ტექნოლოგიის მნიშვნელოვანი კომპონენტია სამიზნე ჯგუფთან უკუკავშირის დამყარება, რისთვისაც გამოიყენება სოციოლოგიური კვლევის ისეთ მეთოდები, როგორიცაა დაკვირვება და გამოკითხვა.

სოციოლოგიური დაკვირვება წარმოადგენს მნიშვნელოვანი ფაქტების, მოვლენების და პროცესების მიზანმიმართულ, სისტემატურ, უშუალო, კვალდაკვალ მიყოლას, ფიქსირებასა და რეგისტრაციას. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ეს არის ინფორმაციის შეკრების მეთოდი სოციალური მოვლენის ბუნებრივ პირობებში შესწავლის გზით. ჩვეულებრივი, ყოფითი დაკვირვებისაგან ის განსხვავდება გეგმიურობითა და მიზნობრივობით. სოციოლოგიური დაკვირვებისათვის მომზადებული პროგრამა უნდა ითვალისწინებდეს კვლევის ობიექტის რეგისტრაციის, მონაცემთა დამუშავებისა და მათი ინტერპრეტაციის მეთოდებს.

დაკვირვება შეიძლება იყოს ჩართული, თუ დამკვირვებელი შედის შესასწავლ არეში, და ჩაურთავი, თუ მკვლევარი არ მონაწილეობს შესასწავლი ობიექტების ცხოვრებაში.

სოციოლოგიური გამოკითხვა არის პირველადი სოციოლოგიური ინფორმაციის მიღების მეთოდი, რომელიც დამყარებულია მკვლევარსა და რესპონდენტს შორის უშუალო კავშირზე. განასხვავებენ გამოკითხვის ორ ძირითად ფორმას – ანკეტირებას (გამოსაკითხი პირი თვითონ აღიქვამს ანკეტის ტექსტს და ავსებს მას) და ინტერვიუებას (შუამავალი ინტერვიუერი სვამს შეკითხვებს, ისმენს და აფიქსირებს პასუხებს). ორივე შემთხვევაში მთავარია შეკითხვების სწორად ჩამოყალიბება. სოციოლოგიაში კითხვები დაიყოფა – სტრუქტურის, ფუნქციის, შინაარსის, ფორმის მიხედვით.

შეკითხვის ტექნიკის მიხედვით გამოყოფენ შეკითხვების ორ ძირითად ჯგუფს: ღია და დახურულს. ღია შეკითხვა საშუალებას აძლევს რესპონდენტს, დამოუკიდებლად ჩამოაყალიბოს პასუხი. დახურული შეკითხვა გულისხმობს პასუხების მზა ვარიანტების არსებობას.

ფუნქციის მიხედვით შეკითხვები იყოფა – ძირითად, საკონტროლო, გამფილტრავ და „ხაფანგ“ შეკითხვებად. ძირითადი (ღია და დახურული) შეკითხვების მეშვეობით წყდება გამოკვლევის მთავარი ამოცანები. საკონტროლო კითხვები განიხილება, როგორც ძირითადი შეკითხვების შემოწმების ფორმა. შეკითხვა-ფილტრის დახმარებით რესპონდენტები იყოფიან ორ ჯგუფად – ვისაც შეუძლია ან არ შეუძლია უპასუხოს შეკითხვებს. შეკითხვა-„ხაფანგი“ მოწოდებულია წარმოაჩინოს გამოსაკითხი პიროვნების გულწრფელობა, რისთვისაც ვარიანტების სახით მოცემულია პასუხები – „არ ვიცი“, „მიძინებდა პასუხი“.

სოციოლოგიური გამოკვლევების დროს ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენების მიზანშეწონილობა დამოკიდებულია კვლევის ობიექტის სპეციფიკურ თავისებურებებზე.

28.6. რეფერენტული (სამიზნე) ჯგუფები

პროფილაქტიკური ღონისძიებების დაწყებამდე საჭიროა იმ **რეფერენტული (სამიზნე) ჯგუფების** წარმომადგენელთა გამოვლენა, რომელთაც სათანადო ინფორმაცია ესაჭიროებათ და შეთავაზებული მიმართულებით სამოქმედოდ მზად არიან. მიზნობრივი ან რეფერენტული ჯგუფების გამოყოფა ხორციელდება გარკვეული ნიშნების მიხედვით (ასაკი, სქესი, პროფესია, მეგობრული კავშირები, სოციალური ან ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სხვ.), რომლებიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ მასში გაერთიანებულ ადამიანის ქცევაზე. რეფერენტული ჯგუფის პირდაპირი ან არაპირდაპირი ზემოქმედება სოციალური-ფსიქოლოგიის საგანს წარმოადგენს. მაგალითად, პიროვნებაზე პირდაპირ ზეგავლენას ახდენს ე.წ. მეგობრული ჯგუფები (წრეები), ვისთანაც მას უშუალო, არაფორმალური ურთიერთობა გააჩნია. მეგობრულ წრეში გამომუშავდება საკუთარი ხედვა ამა თუ იმ საკითხის მიმართ, რომელიც, მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება განსხვავდებოდეს, როგორც მთლიანად საზოგადოების, ისე ცალკეული ადამიანის შეხედულებისაგან, გადამწყვეტ როლს თამაშობს ჯგუფის წევრების ქცევის ნორმების ფორმირებაში.

არსებობს ე.წ. მეორადი მიზნობრივი ჯგუფები, რომლებთანაც პიროვნებას, უმეტესად, მხოლოდ ფორმალური ურთიერთობები აკავშირებს. ასეთია პროფესიული, რელიგიური და სხვა ჯგუფები. ადამიანთა ქცევის განსაზღვრაში მათაც დიდი წვლილი შეაქვთ. სპეციალისტები ცდილობენ გამოავლინონ და შეისწავლონ რეფერენტული ჯგუფების ჩამოყალიბებისა და ფუნქციონირების თავისებურებები, რის გარეშე შეუძლებელია სათანადო პროპაგანდისტული ღონისძიებების სწორად და თანმიმდევრულად გატარება.

მაგალითად, პირები, რომელთაც მაღალი არტერიული წნევის მაჩვენებლები აქვთ, შეიძლება დაიყონ ორ ჯგუფად, რომლებმაც გაიცნობიერეს საკუთარი მდგომარეობა და რომლებმაც არ იციან თავიანთ დაავადებათა შესახებ;

გაცნობიერებულთა ჯგუფი შეიძლება, თავის მხრივ, დაიყოს შემდეგ ქვეჯგუფებად:

- პაციენტები, რომლებიც მკურნალობენ და მუდმივად აკონტროლებენ თავიანთ არტერიულ წნევას;
- პაციენტები, რომლებმაც გარკვეულად დაკარგეს გამოჯანმრთელების იმედი და შეწყვიტეს მკურნალობა (რა თქმა უნდა, ამ ჯგუფის წარმომადგენლების დარწმუნებაა საჭირო, რათა განაახლონ მკურნალობა);
- პაციენტები, რომელნიც მკურნალობენ, მაგრამ მათი არტერიული წნევის მაჩვენებლები არ ემორჩილება ეფექტიან კონტროლს;

მეორე ჯგუფში უნდა გამოიყონ პაციენტები, რომელთაც არასოდეს უმკურნალიათ და საჭიროებენ დარწმუნებას, რათა დაიწყონ მკურნალობა.

რეფერენტული ჯგუფების დადგენის შემდგომ უნდა განისაზღვროს საინფორმაციო შეტყობინების ხასიათი. იგი უნდა ითვალისწინებდეს ცალკეული პაციენტის თუ პაციენტთა ჯგუფის ან მთლიანად მოსახლეობის ინტერესების მკაფიო, რაციონალური და კონკრეტული ამოცანის განსაზღვრას.

შემდგომ ეტაპზე უნდა მომზადდეს **საინფორმაციო მასალები ან შეტყობინებები**, რაც საკმარის შრომატევადი საქმეა, ვინაიდან მაღალ პროფესიონალიზმს მოითხოვს. საინფორმაციო მასალების შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი პრობლემები

- **შეცნობა** – შეიცნობს თუ არა მიზნობრივი ჯგუფი განხილული (განსახილველი) პრობლემის არსს?
- **გაგება** – გასაგებია თუ არა ყველა დაინტერესებული პირისათვის პრობლემა და მისი გადაჭრის გზები? მაგალითად, ექიმი პრობლემის ერთ მხარეს ხედავს, ავადმყოფი – მეორეს, ხოლო ავადმყოფის ოჯახი ან დამკირავებელი – მესამეს. ამიტომ, საინფორმაციო შეტყობინების შედგენისას გასათვალისწინებელია ყველა მოსაზრება.

- **შესაძლებლობა** – იცის თუ არა სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელმა, თუ როგორ შეასრულოს საინფორმაციო შეტყობინებაში მოცემული რეკომენდაციები.
- **სარგებლიანობა** – საკმარისად და გამოკვეთილად არის თუ არა ნაჩვენები სარგებელი, რომელიც შეიძლება მოუტანოს პაციენტს ექიმის მიერ მოცემული რეკომენდაციის შესრულებამ? რაში მდგომარეობს იგი? როდის უნდა ველოდოთ შედეგს?

საინფორმაციო შეტყობინება უნდა ითვალისწინებდეს პიროვნების მიერ იმ ცოდნისა და გამოცდილების დაუფლებას, რასაც დასმული ამოცანების შესრულება მოითხოვს.

საინფორმაციო შეტყობინება უნდა იყოს კონკრეტული, დაწვრილებით უნდა ჩამოყალიბდეს, თუ რისი გაკეთებაა საჭირო და როგორ პირობებში.

მაგალითად, თუ წამლის მიღება საჭიროა 4-ჯერ დღეში, უნდა მივუთითოთ როდის, სახელდობრ, საუზმის, სადილის, ვახშმის დროს, თუ ღამით. პაციენტებმა უნდა იცოდნენ, როგორ მოიქცნენ, თუ გამოტოვეს წამლის მიღების დრო – არ მიაქციონ ამას ყურადღება, მიიღონ წამალი ერთბაშად, მაშინვე, როცა გაახსენდებათ, თუ გაადიდონ დოზა შემდეგი მიღების დროს და ა.შ.

მოსახლეობასთან **კავშირის დამყარება** შეიძლება მასობრივი ინფორმაციის წყაროების (ტელევიზია, რადიო, პრესა, ინტერნეტი) მეშვეობით ან ინდივიდუალური კონტაქტების გზით, რომლის დროსაც გასათვალისწინებელია მთელი რიგი მახასიათებლები.

სოციალური სტატუსი და როლი. ადამიანები, სოციალური სტატუსიდან გამომდინარე, სხვადასხვა ვითარებაში განსხვავებულ როლს ასრულებენ. მაგალითად, მშობლებთან პიროვნება შეილია, ოჯახში – მეუღლე ან მშობელი, სამსახურში მისი სტატუსი შესაძლოა თანამდებობით განისაზღვრებოდეს.

კულტურული და ეთნიკური ფაქტორები. ადამიანის ქცევა შეძენილი ცოდნის პროდუქტია. ამიტომ მნიშვნელოვანია, თუ როგორ საზოგადოებაში გაიზარდა და ცხოვრობს იგი, განვითარების რა დონეა საზოგადოებაში, რა ინტერესებია გამეფებული, რა საშუალებები არსებობს დასახული მიზნების განსახორციელებლად და სხვ. ამ ფაქტორის გათვალისწინებლად შეუძლებელია ეფექტიანი პროპაგანდის განხორციელება ისეთ დარგში, როგორიცაა პაციენტთა განათლება.

სუბკულტურა. ნებისმიერი კულტურული ერთობა უფრო ვიწრო სახის კულტურული ჯგუფებისაგან შედგება. გამოიყოფა რამდენიმე ტიპის სუბკულტურა (მაგალითად, ეროვნული, რელიგიური, რეგიონული ჯგუფები და ა.შ.). სხვადასხვა სუბკულტურის თავისებურებათა მატარებელ პირებს, გასაგები მიზეზების გამო, სამედიცინო მომსახურებისადმი განსხვავებული მოთხოვნილებები გააჩნიათ.

ეკონომიკური მდგომარეობა. პიროვნების ან პიროვნებათა ჯგუფის ეკონომიკურ მდგომარეობა ბევრად განაპირობებს მათ მოთხოვნებს სამედიცინო მომსახურებაზე. ამის მაგალითია, მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო დაწესებულებებში. კერძოდ, თუ 1991 წლამდე საქართველოში, სხვადასხვა მიზეზთა გამო (ავადმყოფობა, პროფილაქტიკური გასინჯვა, კონსულტაცია, ანალიზის ჩატარება, ცნობის აღება და სხვ.) მიმართვათა რიცხვი ერთ სულ მოსახლეზე წელიწადში 12-13-ს შეადგენდა, მომდევნო წლებში, განსაკუთრებით, თანაგადახდის პრინციპის შემოღების შემდგომ თითქმის ექვსჯერ შემცირდა. აშკარაა, რომ ე.წ. უფასო სამედიცინო დახმარების სისტემის მოქმედების შემთხვევაში პაციენტის ვიზიტი ექიმთან ხშირად დაუსაბუთებელი იყო, მაგრამ არსებული სიტუაციაც მიუღებელია, ვინაიდან საჭიროების შემთხვევაში პაციენტი უსახსრობის გამო თავს არიდებს დროულ მიმართვას სამედიცინო დაწესებულებაში.

სოციალური კლასი. ნებისმიერ საზოგადოებას ახასიათებს სოციალური დიფერენციაცია, საზოგადოების ფენებად დაყოფა და, საბოლოო ჯამში, ერთფეროვანი სოცია-

ლური კლასების ჩამოყალიბება, რომელთა შორისაც გარკვეული იერარქია არსებობს. ყოველი სოციალური კლასის წარმომადგენელი იზიარებს მისი კლასისათვის დამახასიათებელ ფასეულობებს, ინტერესებსა და ქცევის ნორმებს.

ოჯახი ყველაზე გამოხატულ ზეგავლენას ახდენს პიროვნებაზე. იგი აყალიბებს ადამიანის წარმოდგენებს, გემოვნებას, ჩვევებსა და მისწრაფებებს. ტრადიციისამებრ, რაიმე სერიოზული გადაწყვეტილება ოჯახში მიიღება კოლექტიურად, განსაკუთრებით თუ ეს ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებს ეხება, როგორიცაა ოჯახის წევრის ავადმყოფობა.

ასაკი და სასიცოცხლო ციკლის სტადია. ცხოვრების მანძილზე ადამიანების მოთხოვნილებები გამოხატულად იცვლება. სხვადასხვა ასაკში ის განსხვავებულად იკვებება, იცვამს, ერთობა, ისვენებს და. ა.შ. იგივე შეეხება ადამიანის ავადობის ასაკობრივ თავისებურებებს და, შესაბამისად, მის მოთხოვნილებებს სამედიცინო მომსახურების მიმართ.

ცხოვრების წესი კრებითი ცნებაა. იგი სუბკულტურის, ოჯახის, სოციალური კლასის, საქმიანობისა და სხვა მსგავსი ფაქტორების გავლენით ყალიბდება. ცალ-ცალკე ეს ფაქტორები პიროვნების შესაძლებელ თავისებურებებზე მხოლოდ ცალსახად მიგვითითებენ. ცხოვრების წესი კი პიროვნების აქტივობას, ინტერესებსა და მოვლენებისადმი დამოკიდებულებას ასახავს.

პიროვნული თვისებები და წარმოდგენა საკუთარ თავზე. თითოეულ პიროვნებას ახასიათებს ისეთი თვისებები, როგორიცაა თვითდაჯერებულობა, დამოუკიდებლობა, განსხვავებულობა, ადაპტაციის უნარი, თავდაცვის უნარი და ა.შ. პიროვნულ თვისებებსა და გარკვეული მოვლენისადმი დამოკიდებულებას შორის აშკარა კავშირი არსებობს, რაც გასათვალისწინებელია ექიმ-პაციენტის ურთიერთთანამშრომლობის დამყარებისას.

თვითრწმენის დონე. თითოეულ ადამიანს საკუთარ თავზე გარკვეული წარმოდგენა გააჩნია. ხშირ შემთხვევაში მისი ქცევა სწორედ ამ წარმოდგენას ესადაგება. მაგალითად, რაიმე ნივთის შეძენისას საბოლოო არჩევანი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა წარმოდგენა გვაქვს საკუთარ თავზე, შესაძლებლობაზე. თუმცა, ეს წარმოდგენა ზოგჯერ სრულიად არ შეეფერება რეალობას. ამიტომ სპეციალისტი უნდა ცდილობდეს, შეისწავლოს პაციენტის „თვითშეგნება“ – წარმოდგენა საკუთარი შესაძლებლობების შესახებ, რათა ეს ინფორმაცია გამოიყენოს დაგეგმილი სტრატეგიის განსაზოგციელებლად.

განწყობა გადმოგვცემს ადამიანის ემოციურ დამოკიდებულებას რაიმე მოვლენის, საგნის ან იდეის მიმართ. იგი განსაზღვრავს ობიექტისადმი ადამიანის სიმპათიას ან ანტიპათიას, მის სურვილებს. მაგალითად, ბევრმა არ იცის, რითი სჯობს „მერსედესი“-ს მარკის ავტომანქანა „ფორდ“-ს, მაგრამ მათ უბრალოდ „მერსედესისადმი“ ან პირიქით, „ფორდ“-ისადმი ასეთი განწყობა აქვთ. ადამიანის ფსიქიკაში განწყობის ფენომენის არსებობას თავისი საფუძველი გააჩნია. სწრაფად ცვალებადი და მოვლენებით აღსავსე სამყაროში ადამიანს არა აქვს საშუალება, გაიაზროს ყოველი ნაბიჯი და გადაწყვეტილება, ამიტომ ასეთ შემთხვევაში განწყობამ თავისებური მეგზურის როლი უნდა შეასრულოს.

ადამიანს ერთდროულად მრავალი **საჭიროება** ამოძრავებს. ზოგი მათგანი ბიოგენურია და მათი საწყისი ფიზიოლოგიურ დონეზე უნდა ვეძებოთ, ზოგიც ფსიქოგენურია (თვით-რეალიზება, პრესტიჟი). საჭიროებების დაუკმაყოფილება ადამიანში დაძაბულობას, ან დისკომფორტის გრძნობას ბადებს, რომელზედაც პიროვნება გარკვეულ დრომდე არ რეაგირებს, მაგრამ, როდესაც საჭიროება ინტენსივობის (დაძაბულობის) განსაზღვრულ დონეს მიაღწევს, პიროვნებისათვის ის მოქმედების მოტივად გვევლინება. თუ მოქმედების

შედეგად მოხერხდება საჭიროების დაკმაყოფილება, ამ პროცესს დაძაბულობის მოხსნა მოჰყვება.

აღქმა. მოტივირებული ადამიანი მზადაა გარკვეული მოქმედებისათვის, რომელიც დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ აღიქვამს მიღებულ სამედიცინო ინფორმაციას. ორმა ერთნაირად მოტივირებულმა ადამიანმა ერთნაირ ვითარებაში შეიძლება სრულიად განსხვავებულად იმოქმედოს, რადგანაც მათ აღქმის განსხვავებული უნარი გააჩნიათ. სიტუაციის აღქმა ადამიანის ხასიათსა და ფსიქიკაზეა დამოკიდებული. პიროვნების მიერ სიტუაციის აღქმის თავისებურებები, ფსიქოლოგების თვალსაზრისით, სამი ფაქტორით არის განპირობებული, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია პროდუქციის ასორტიმენტის ფასის, რეკლამისა და სხვა შემუშავების პროცესში.

არჩევით აღქმასთან დაკავშირებით მხედველობაში მისაღებია სამი მომენტი:

- ადამიანები უკეთ ამჩნევენ იმ გამაღიზიანებლებს, რომლებიც მათ აქტუალურ მოთხოვნილებასთანაა დაკავშირებული;
- ადამიანები უკეთ ამჩნევენ იმ გამაღიზიანებლებს, რომლებსაც ელიან (მაგალითად, ტელევიზორის საყიდლად მაღაზიაში შესული მომხმარებელი, პირველ რიგში, ყურადღებას აქცევს ტელევიზორს და შემდეგ სხვა საქონელს);
- ადამიანები უკეთ ამჩნევენ იმ გამაღიზიანებლებს, რომელთა ზომები არ აღემატება (ან პირიქით, აღემატება) მათ წარმოდგენებს. მაგალითად, ადამიანი ხშირად უგულებელყოფს ძალზე ძველ და იაფფასიან საქონელს.

არჩევითი დამახინჯება. ადამიანები ხშირად მოვლენას ისე აღიქვამენ, როგორც სურთ ან როგორც ელიან. მაგალითად, თუ ადამიანს მეტისმეტად სურს ამა თუ იმ ნივთის ყიდვა, იგი არ ითვალისწინებს ამ ნივთის შესახებ მიღებულ ნეგატიურ ინფორმაციას და გაზვიადებულად აღიქვამს მის დადებით მხარეებს.

არჩევითი დამახსოვრება. ადამიანი ცხოვრების მანძილზე ბევრ რამეს ივიწყებს. ეს ბუნებრივი, მეხსიერების განტვირთვის პროცესია. მაგრამ იგი ცდილობს დაიმახსოვროს ისეთი ინფორმაცია, რომელიც გადაწყვეტილების მიღებისას მის პირად განწყობას უბამს მხარს. მაგალითად, მიუხედავად იმისა, რომ სიგარეტის კოლოფს აწერია – „სიგარეტი ენებს თქვენს ჯანმრთელობას“, ტელევიზიით, რადიოთი, პრესითა და ინფორმაციის სხვა საშუალებებით ხორციელდება ანტინიკოტინური და ანტიალკოჰოლური პროპაგანდა შესაბამისი ფაქტების დემონსტრირებით, ადამიანი ყველაფერ ამას ივიწყებს და მის მეხსიერებაში მხოლოდ სიამოვნების ის წამები ამოტივტივდება, რომლებიც ამ სახის საქონლის მოხმარებას უკავშირდება.

ადამიანები მოქმედებისა და საგნების მიმართ გარკვეულ წარმოდგენას იძენენ. მიუხედავად იმისა, სწორია თუ არა ეს რწმენა, ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს იგი, რათა გამოავლინოს, თუ რაზეა იგი დაფუძნებული.

სახელოებითი საძიებელი

ა

აბაკელია ი. 105
 ავიცენა 128, 324
 აღადაშვილი ა. 140
 ალენი რ. 225
 ალექსანდერი ფ. 12
 ალი-იბნ-აბასი 128
 ამირეჯიბი ს. 140
 ანდრონიკაშვილი ა. 190
 არისტოტელე 128
 არსენ იფალთოელი 138
 ასათიანი ა. 8
 ასათიანი მ. 140

ბ

ბაბუციძე ი. 8
 ბაკურდახტი 138
 ბარი ჯ. 111
 ბატონიშვილი დ. 139
 ბევერიჯი 175
 ბელბინი რ. 204
 ბენტამი ი. 208
 ბერიტაშვილი ი. 140
 ბერნული ი. 58
 ბისმარკი ო. 274
 ბოტკინი ს. 213
 ბროკა პ. 28

გ

განდი ი. 11
 გელაშვილი ა. 8
 გორდონი მ. 18
 გორფინი ე. 58
 გრაუნტი ჯ. 58
 გროტიანი ა. 7

დ

დარვინი ჩ. 10
 დიუბო რ. 13

ე

ელაშვილი ი. 58
 ერისმანი ფ. 28, 58

ვ

ვახტანგ VI 139
 ვილსონი ე. 311
 ვუდსი ვ. 204

ზ

ზილბერი ა. 333

თ

თამარაშვილი მ. 139
 თიკანაძე ი. 140

ი

იანგი გ. 102
 ილარიონ ქართველი 139

კ

კაციტაძე გ. 58
 კახიანი ნ. 140
 კომაროვი ი. 231
 კოზი ე. 29
 კურკინი პ. 58
 კოპრეინი ა. 60
 კუჭაიძე გ. 7

ლ

ლაპლასი პ. 58
 ლევიტი თ. 242
 ლისკმი პ. 112
 ლიჩი ს. 215

მ

მალთუსი ტ. 10
 მარუაშვილი ლ. 140
 მაყაშვილი მ. 190
 მაჭავარიანი ა. 140
 მედეა 131
 მიქელაძე შ. 140
 მორგანი ჯ. 24
 მოსეშვილი ვ. 140
 მუხაძე გ. 140
 მუხაძე თ. 190
 მჭედლიშვილი ბ. 8

ნ

ნათიშვილი ა. 140
 ნაიტინგელი ფ. 189
 ნეიშანი ს. 7
 ნიცშე ფ. 11
 ნიქოზაძე ი. 8

ო

ოსიპოვი ე. 58

პ

პარეტო ვ. 230
 პეტი ვ. 58
 პეტრე იბერი 138
 პეტრიაშვილი ა. 190
 პიროგოვი ნ. 58
 პირსონი კ. 84
 პორტერი მ. 174, 176

ჟ

ჟღენტე ვ. 140

რ

რესლე ე. 7

ს

სააკაშვილი მ. 8
 სელიე პ. 13
 სირანოსი 128
 სტეფანე ოშკელი 138

ტ

ტეილორი გ. 12
 ტომეი მ. 207
 ტომპსონი ა. 288
 ტოფლერი ო. 12, 13
 ტუკმანი ბ. 99

უ

უიპლზი ნ. 56

ფ

ფანასკერტელ-ციციშვილი ზ. 139, 324
 ფეტერი ჯ. 288

ფიშერი ა. 7

ფრინციგი ფ. 7

ფროიდი ზ. 11

ქ

ქანანელი 139
 ქარჩავა ა. 8
 ქუთათელაძე ი. 140
 ქურჩიშვილი ი. 8

ლ

ლამბარაშვილი გ. 140

ყ

ყარაშვილი ი. 139

შ

შაშიკაშვილი ნ. 8
 შოპენჰაუერი ა. 11
 შორეტცი კ. 240

ც

ცაბაძე ვ. 8
 ცხოვრებაძე ნ. 107

ხ

ხარისჭირაშვილი მ. 139
 ხმალაძე ე. 7
 ხოჯაყოფილი 139
 ხუტულაშვილი ჯ. 7

წ

წინამძღვრიშვილი მ. 140

ჯ

ჯანგერი ჯ. 311

ჭ

ჭალეი ე. 58
 ჭარტმანი ე. 11
 ჭიპოკრატი 128
 ჭოლენდერი მ. 210

ანბანური საძიებელი

ა

- აბორტი 129
- აბორტის სახეები
 - თვითნებური 129
 - კრიმინალური 129
 - მედიკამენტოზური 129
 - მინი 129
 - სამედიცინო 129
 - ხელოვნური 129
- ადამიანური რესურსების მენეჯერი 191
- ავადობის სტრუქტურა 19
- ავადობა 18
 - დაგროვილი 19
 - დროებითი შრომისუნარობით 20
 - ინფექციური 19
 - პირველადი (ანუ საკუთრივ) 18
 - საერთო ავადობა 18
 - უმთავრესი არაინფექციური დაავადებები 20
 - ჰოსპიტალიზებული 20
- ალმა-ათის დეკლარაცია 291
- ამბულატორია 295
- ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური
 - გაერთიანება 295
- ამორჩევითი გამოკვლევა 66
- ამბლიტუდა 79
- ანაზღაურება
 - სამედიცინო მომსახურების 284
 - სულადობრივი (კაპიტაციური) 284
- არაპარამეტრული კრიტერიუმი 89
- არხი 326
- არჩევითი აღთქმა 340
 - დამახინჯება 340
 - დამახსოვრება 340
- ასაკობრივი სტრუქტურა 35
- ასაკობრივ-სქესობრივი პირამიდა 35
- ასაკი და სასიცოხლო ციკლის სტადია 339
- ატესტაცია 195
- აუდიტი 226
 - კრიტერიუმებზე დამყარებული 226
 - კრიტიკული შემთხვევების 226
 - სამედიცინო 226
 - წყვილში მიმოხილვა 226
- აქცია 236
- აქციონერი 236
- აქსელერაცია 29
- აქტიური მსმენელი 327
- აქცენტი 328
- აღქმა 340
- აღწერა საყოველთაო 36
 - სპეციალური 37

ბ

- ბავშვთა პატრონაჟი 296
- ბაზრის ნაკლოვანებები 252
- ბაზარი 240, 247
 - გამყიდველის 247
 - მყიდველის 247
 - სამომხმარებლო 247
- ბევერიჯის მოდელი 275
- ბიზნეს-დონე 173
- ბიოსოციალური ფაქტორები 9
- ბიოსტატისტიკა 56
- ბისმარკის მოდელი 274

გ

- გაგება 337
- გადასახადი 271
- გამაფრთხილებელი მედიცინა 1
- გამგზავნი 326
- გამოყენებითი პროგრამული პაკეტი 184
- გამოცდილება 329
- გამჭირვალეობა 266
- განვითარების ფაზა 201
- განწყობა 339
- გარეგება 247
- გასაღებითი ორინტაცია 242
- გასახელმწიფობრიობა 257
- გაცვლა 247
- გაწონასწორებული ფასი 239
- გეგმა
 - გრძელვადიანი 170
 - მიმდინარე 169, 171
 - ოპერატიული 169
 - პერსპექტიული 171
 - ტაქტიკური 169
 - ტერიტორიული 171
- გენერაციები 238
- გლობალური ბიუჯეტი 289
- გონებრივი შტურმი 217
- გუნდი 197
- გუნდის როლები
 - ახალი იდეების გენერატორი 203
 - იდეებისათვის სათანადო სახის, ფორმის, მიმართულების მიმცემი 203
 - იდეების დამწერგავი 203
 - კოორდინატორი 203
 - რესურსების მაძიებელი 203
 - საქმის დამსრულებელი 203
 - სპეციალისტი 203
 - შემფასებელ-დამკვირვებელი 203
 - შავი მუშა 203

გუნდის განვითარების სტადიები 199

- დაშლის 200
- ნორმირების 200
- ფორმირების 199
- შერწყმის 200
- შესრულების 200

დ

- დაავადებათა პროფილაქტიკა 1
- დაავადებათა საერთაშორისო ჩამონათვალი 26
- დაავადების გლობალური ტვირთი 54
- დაავადების ტრაექტორია 111
- დაგეგმვა 162, 168
- დაზღვევა 270
 - ნებაყოფლობითი 271
 - სოციალური 273
 - ჯანმრთელობის (სამედიცინო) 272
- დაზღვეული 271
- დაკვირვება თვითკონტროლით 69
- დაკვირვებათა საერთო რიცხვი 76
- დაკვირვების ერთეული 60
 - ამორჩევითი 62
 - ატრიბუტული 62
 - გენერალური 62
 - რადიკალიზებული 62
 - ფაქტორული 62
 - შედეგობრივი 62
- დაკმაყოფილების სამკუთხედი 219
- დაშავებულობის კრიტერიუმი 85
- დამზღვევი 271
- დამცველი სარქველი 300
- დანახარჯები
 - ზღვრული 257
 - ცვალებადი 256
 - მუდმივი 256
 - არაპირდაპირი 257
- დარგობრივი გეგმა 171
- დაცდის ფურცელი 318
- დახურული გაწევრიანება 285
- დახურული სისტემა 159
- დეკოდირება 326
- დემოგრაფია 34
- დემოგრაფიული მაკრატლის ფენომენი 48
- დეპერსონალიზაცია 12
- დეტერმინანტები 110
- დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფი 288
- დიაგრამა 83
- დიდ რიცხვთა კანონი 67
- დისკრეტული ვარიაციული რიგი 76
- დისპანსერა 298
- დიფუზია 186

ე

- ევთანაზია 213
- ეთიკა 208
- ეკვივალენტური ერთეულები 232
- ეკონომიკური ეფექტიანობა 234
- ეკონომიკური მდგომარეობა 338
- ემიგრაცია 38
- ემბრიოლოგია 1
- ერთგვაროვანი სტატისტიკური ერთობლიობა 78
- ერთდროული აღრიცხვის წესი 65
- ერთპიროვნული მფლობელობა 236
- ეფექტიანობის ფაზა 201
- ეფექტურობა 223
 - ეკონომიკური 223
 - სამკურნალო 223
 - სოციალური 223
- ეფექტიანობა 166
- ექიმი 188
- ექიმისა და პაციენტის ურთიერთკავშირის მოდელები 210
 - აქტიურობა-პასიურობის (პატერნალური) 210
 - ინტერპრეტაციული 211
 - ორმხრივი მონაწილეობის 211
 - ხელმძღვანელობა-თანამშრომლობის (საინფორმაციო) 210
- ექთანა 188

ვ

- ვარიანტურობა 76, 228
 - თავისუფალი 228
 - სპეციფიკური მიზეზით გამოწვეული 228
- ვარიანტა 62, 76
- ვარიაციის კოეფიციენტი 79
- ვერტიკალური ურთიერთობა 167

ზ

- ზეპირი სიტყვა 331
- ზოგადი პრაქტიკის ექიმი 303

თ

- თავისუფალი არჩევანი 266
- თავისუფალი ფასწარმოქმნა 239
- თანამშრომლობა 305
- თანასწორუფლებიანობა 266
- თემზე ორიენტირება 305
- თეორია
 - ლიდერის პიროვნულ თვისებებზე ორიენტირებული 205
 - მიზანზე ორიენტირებული 206

რასობრივი 10
 სიტუაციური მიდგომის 206
 სტრესის 13
 ქცევითი 205
 ცივილიზაციის დაავადებების და
 სოციალური ღეშაპტაციის 12
 თვითრწმენის დონე 339

0

იატროგენური დაავადება 211
 იერარქია 165
 მალალი 165
 ოპერატიული 165
 საშუალო 165
 იმიგრაცია 38
 იმპაქტ-ფაქტორი 59
 ინვალიდობა 32
 ბავშვობიდან ინვალიდობა 32
 პროფესიული დაავადებით
 განპირობებული 32
 საერთო დაავადებებით განპირობებული 32
 სამხედრო სამსახურთან დაკავშირებული 32
 ინკრეტული ვარიაციული რიგი 76
 ინიციაციის პერიოდი 187
 ინოვაციური აქტივობა 251
 ინტეგრაცია 187
 ინფორმაცია 179
 ინფორმაციის გადაცემა
 დადებითი (პოზიტიური) 330
 უარყოფითი (ნეგატიური) 331
 ინფორმაციული ასიმეტრია 253
 ინფორმაციული ნაკადი 180

კ

კადრების მოზიდვა 193
 კადრების შერჩევა და განაწილება 163
 კავშირის დამყარება 338
 კერძო პრაქტიკის ექიმი 299
 კვლევა

ანალიტიკური 56
 არარანდომიზირებული 65
 აღწერითი (დესკრიპტიული) 56
 რანდომიზირებული 65
 სიცოცხლის სტატისტიკის 56
 ჯგუფური 69
 ჯვარედინი თვითკონტროლით 69

კოდირება 326

კოეფიციენტი

აღწარმოების 43
 აღწარმოების ბრუტო 44
 აღწარმოების ნეტო 45

ნაყოფიერების ასაკობრივი 44
 ნაყოფიერების ჯამური 44
 საერთო ნაყოფიერების 43
 სარწმუნოების 79
 სიკვდილიანობის საერთო 46
 ქორწინებაში მყოფ ქალთა
 ნაყოფიერების 44
 შობადობის ზოგადი 42

კომპლექსური გეგმა 171

კომფორტი 224

კომუნიკაცია 325

არაუკერძალური ანუ
 პარალინგვისტიკური 326
 არაფორმალური 325
 აღმავალი 325
 დაღმავალი 325
 დიაგონალური 325
 სიტყვიერი ანუ ვერბალური 326
 ჰორიზონტალური 325

კომუნიკატორი 326

კონფერსიული მარკეტინგი 244

კონკურენტუნარიანობა 251

კონსოლიდაცია 187

კონტროლის სისტემები 224

კონტროლი 164, 221

გამოსავალზე 222
 დასკვნითი 222
 მიმდინარე 222
 მრავალმხრივი 224
 პროგნოზული 224
 პროცესზე 222
 უკუკავშირით 224
 შესავალზე 222
 წინასწარი 222

კონფლიქტი 214

პიროვნებათაშორისო 214
 პიროვნებასა და ჯგუფებს შორის 214
 შიდაპიროვნული 214
 ჯგუფებს შორის 214

კოორდინირება 163, 305

კორელაცია 84

კორპორაცია 236

კორპორაციული დონე 173

კრეატიული მარკეტინგი 244

კრიტიკული მომენტი 36

ლ

ლამიდოს თეორია 11

ლიდერი 205

ბუშაკზე ორიენტირებული 206
 სამუშაოზე ორიენტირებული 206
 შემთხვევითი სიტუაციის 206

ლიდერობა 205

ლიმიტი 79

მ

მაღალსივრცეობა 10

მაკროეკონომიკური ეფექტიანობა 166

მაკროგარემო 158

მართვის ციკლი 164

მართვის ობიექტი 157

მართვის სუბიექტი 157

მარკა 250

მარკეტინგი 241

სამედიცინო 1

სტიმულირებადი 244

შეზღუდვები 244

მარკეტინგის კონცეფციები 243

გამანაწილებელი 243

ინსტიტუციონალური 243

ფუნქციონალური 243

მარკეტინგული მართვა 242

მანგებულები 73

ადრეული ნეონატალური სიკვდილობის 50

ექსტენსივობის 73

ზრდის 75

თანაფარდობის 74

თვალსაზირობის 332

თვალსაზირობის 74

მატების ტემპის 75

მკვლარშობადობის 50

ნეონატალური სიკვდილობის 50

პერინატალური სიკვდილობის 50

პოსტნეონატალური სიკვდილობის 50

სიღარიბის სიღრმის 113

სიღარიბის სიმწვაის 114

შეფარდებითი ინტენსივობის 74

მდგრადობა 329

მეგაპოლისები 39

მდგომარეობის სიმძიმის ინდექსი 54

მედიანა 77

მედიუმი 326

მეთოდები

ანალიზური 171

ანამნეზური 71

ანთროპომეტრული 6, 27

ანკეტური 71

ბალანსური 171

ბეჭდვითი სიტყვის 332

ბუღალტრული ამონაჩვენის 64

დემოგრაფიული 5

დინამიური 68

ეკონომიკური 6

ეპიდემიოლოგიური 6

ეკონომიკურ-მათემატიკური 172

ექსპერტული 6

ექსპერიმენტული 6

ექსტრაპოლაციური 172

„ზევიდან-ქვევით“ დაგეგმვის 185

ისტორიული 5

კლასტერული შემთხვევითი

ამონაჩვენის 63

კომბინირებული ამონაჩვენის 64

კოპორტული 64

მარტივი შემთხვევითი ამონაჩვენის 63

მიმდინარე აღრიცხვის 65

ნორმატიული 172

საბიუჯეტო 6

სამედიცინო სტატისტიკური 6

სისტემური ამონაჩვენის 64

სომატოსკოპიური 27

სოციოლოგიური 5

სხვაობის 81

ტიპური ამონაჩვენის 63

ფიზიომეტრული 27

ფსიქოანალიზის 11

„ქვევიდან-ზევით“ დაგეგმვის 185

შეღებებით თანაფარდობის ანუ

პროპორციულობის 171

შემთხვევა კონტროლის 68

შემთხვევითი ამონაჩვენის 63

ძირითადი მასივის 66

ჯგუფური ამონაჩვენის 64

მენეჯმენტი 156

მენეჯერის უნარ-ჩვევები

კონცეპტუალური 207

პიროვნული 207

ტექნიკური 207

მეორეული სამედიცინო მომსახურება 292

მესამეული სამედიცინო მომსახურება 292

მეტყველების დროს დაშვებული

შეცდომები 328

მეჭიშკრე 286

მეცნიერება ჯანმრთელი გარემოს შესახებ 1

მზღვეველი 271

მიგრაცია 39

იძულებითი 39

სეზონური 39

ქანქარისებური 39

მიზანი 168

მიზნობრივი სამედიცინო გასიჯვა 308

მიკროგარემო 158

მიმღები 326

მინიმალური ხელფასი 114

მისია 168

მიწოდებით პროვოცირებული მოთხოვნა 252

მმართველი ინფორმაცია 160
 მმართველი სისტემა 160
 მმართველობითი გადაწყვეტილება 161
 მოდა 77
 მოდელი

მედიკალური კვლევის 247
 რეგულირებული ბაზრის 258
 მოთხოვნა 245
 მოთხოვნილება 245
 თვითგანსაზღვრული 245
 ნამდვილი 246
 ტექნიკურად განსაზღვრული 245
 მოთხოვნილების შეფასება 193
 მომიჯნავე სპეციალობის მქონე
 პერსონალი 188
 მომსახურება 249
 მომსახურების მომწოდებელთა
 კონკურენცია 239
 მომსახურების ნიშანი 250
 მონოგრაფიული გამოკვლევა 66
 მოსაუბრის ინტონაცია 328
 მოსახლეობის დაბერება 37
 მოსახლეობის მოძრაობის სახეები 38
 ბუნებრივი 38
 მექანიკური 38
 სოციალური 38
 მოსახლეობის ტიპები 37
 პროგრესული 37
 რეგრესული 37
 სტაციონარული 37
 მტკიცებულებებითი მედიცინა 59
 მტრული ალიანსი 215

ნ

ნეომაღლთესიანელობა 10
 ნეოფროიდისტები 12
 ნიშანთა კრიტერიუმი 89
 ნორმა 172
 აუცილებელი 172
 სპეციალურად დაანგარიშებული 172
 ნორმატივები 172
 ნულოვანი ეფექტის შეფასება 82
 ნულოვანი პიპოთეზა 90

ო

ობიექტური აღბათობა 67
 ორგანიზაცია 157
 ორგანიზება 163
 ოჯახი 339
 ოჯახის ექიმი 304
 ოჯახის ფუნქციები 110
 აღმზრდელობითი 110

ემოციური 111
 საყოფაცხოვრებო და სამეურნეო 110
 სექსუალურ-ეროტიკული 111
 სოციალური 111
 ოჯახზე ორიენტირება 305

პ

პარამედიკა 188, 299
 პარეტოს დიაგრამა 230
 პასიური მწვეფელი 124
 პასუხიშეგებლობა 304
 პაციენტთა განათლება 1
 პაციენტის სწავლება 324
 პაციენტის რეაქციები 210
 იმპროვიზებული 210
 თანამშრომლობითი 210
 პესიმიზტური 210
 რიტუალური 210
 პერიოდული სამედიცინო გასიჯვა 308
 პიარი 334
 პიარ-ტექნოლოგიები 334
 პირადი სიკეთე 252
 პირდაპირი დანახარჯები 257
 პირველადი სოციალური კონტროლი 110
 პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი 294
 პიროვნებათშორისო დამოკიდებულებები 223
 პიროვნული თვისებები და წარმოდგენა
 საკუთარ თავზე 339
 პლაცებოს ეფექტი 76
 პოლიკლინიკა 295
 ბავშვთა 296
 მოზრდილთა 295
 სტომატოლოგიური 298
 პოლიტიკა 168
 პოლიტიკურად მისაღები 266
 პრევენცია 306
 პრივატიზაცია 235
 პროგნოზირება 170
 პროგრამული სწავლება 194
 პროცესი 158
 პროდუქცია 158
 პროფესიული კომპეტენცია 223
 პროფილაქტიკური გასინჯვები
 მიზნობრივი სამედიცინო 21
 პერიოდული სამედიცინო 21
 წინასწარი სამედიცინო 21
 პროფილაქტიკა 306
 მეორეული 307
 მესამეული 307
 პირველადი 307

რ

რანგული კორელაცია 85
 რეგრესიის კოეფიციენტი 86
 რეგრესიის სკალა 87
 რემარკეტინგი 244
 რესურსი 157
 რისკ-ფაქტორები 94
 რუქადიაგრამა 83
 რუქაგრამა 83

ს

სააგადმყოფო 315
 ზოგადი 316
 კლინიკური 316
 სპეციალიზირებული 316
 სააგადმყოფო საღარო 147
 სააგადმყოფოს ფუნქციები
 აღდგენითი 315
 პროფილაქტიკური 315
 სამეცნიერო-კვლევითი 315
 სასწავლო 315
 საავტორო უფლება 250
 სააღრიცხვო ნიშნები 61
 საბაზრო ორიენტაცია 242
 სადაზღვევო რისკი 271
 სადაზღვევო შემთხვევა 271
 სადაზღვევო შენატანი 271
 საექიმო დეონტოლოგია 208
 საექთნო სახლი 316
 საგარუდო ღირებულება 313
 საზოგადოებრივი აზრი 335
 საზოგადოებრივი სიკეთე 251
 საზოგადოებრივი ჯანდაცვა 1
 საინფორმაციო მასალა ან შეტყობინება 337
 საკადრო მოთხოვნები 193
 სამარკო დასახელება 250
 სამედიცინო აქტივობა 121
 სამედიცინო ბაზარი 1
 სამედიცინო ეთიკა 208
 ეფექტიანობა 233
 პროპაგადა 324
 მომსახურების ხარისხი 222
 მომსახურების უწყვეტობა 305
 სამომხმარებლო არჩევანის
 თავისუფლება 239
 სამუშაოს აღწერა 193
 სპეციფიკა 193
 სანიტარიული განათლება 324
 სანგანათლება 324
 სანოლოგია 122
 საოჯახო მედიცინა 304
 სარგებლიანობა 246, 338

სარეკლამო სამკუთხედი 325
 სასაქონლო ასორტიმენტი 250
 სასაქონლო ერთეული 250
 სასაქონლო ნიშანი 250
 სასაქონლო ნომეკლატურა 250
 სასაქონლო ორიენტაცია 242
 სასაქონლო პოლიტიკა 251
 სასიცოცხლო ინდექსი 43
 საშუალო დანახარჯი 257
 სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების
 სადგური 299
 საფერშლო-საბებიო პუნქტი 294
 საფარმო დასახელება 250
 საფარმო სტილი 250
 საქონელი 246, 248
 ხანგრძლივი მოხმარების 248
 ხანმოკლე მოხმარების 248
 საქონლის შეფუთვა 250
 საჭიროება 245, 339
 საწოლ-ღღე 318
 საწოლის წლიური დატვირთვა 317
 საწოლთა ბრუნვა 318
 საწოლთა რიცხვი 317
 საწოლზე დაყოვნების საშუალო დრო 317
 საშუალო სიდიდეები 77
 საშუალო არითმეტიკული 77
 საშუალო გეომეტრიული 77
 საშუალო ჰარმონიული 77
 ხელექცია 193
 სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მოწმობა 45
 სინქრომარკეტინგი 244
 სისტემა 156
 აღმასრულებელი ინფორმაციული 178
 გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე 178
 გადაწყვეტილების მიღების
 უზრუნველყოფის 183
 გლობალური 184
 ექსპერტული 183
 ინდივიდუალური 183
 ინფორმაციული 178
 კომუნიკაციური 183
 კორპორაციული 184
 ლოკალური 184
 მენეჯერული ინფორმაციული 178
 მონიტორინგის 183
 ოპერაციული 183
 ორგანიზაციითშორისო 184
 ოფისის ავტომატიზირებული 178
 პროცეს-საქმიანობის 178
 სამართავი 160
 საუბნო 303

სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო
ხანგრძლიობა 50
სიტყვების შერჩევა ინფორმაციის ხატოვნად
გადმოცემის მიზნით 329
სიტყვაზე მახვილის დასმა 329
სიღარიბის დონე 113
სკრინინგი 309
ანკეტური 310
მასობრივი 309
მეთვალყურეობის 309
მონოფაზური (ერთპროფილური) 309
მულტიფაზური (მრავალპროფილური) 309
პერსპექტიული 309
სელექციური 309
შემთხვევათა გამოვლენის
(ოპორტუნიტული) 309
სოლიდარობის პრინციპი 271
სოციალური დარვინიზმი 10
დახმარება 275
დიფერენცია 248
ეფექტიანობა 233
ფაქტორები 106
გარემო 9
კეთილდღეობა 16
მარკეტინგი 1, 324
სოციალური-ფსიქოლოგიური ფაქტორები 106
სოციალური სტატუსი და როლი 338
სოციალური კლასი 338
სტაციონარული აკადემიური 315
სტაციონარული მომსახურება 315
სტანდარტული გადახრა 78
სტატისტიკა 34
სტატისტიკური დაკვირვება 70
ერთობლიობა 60
სტრატეგია 168
სტრატეგიის ფორმულირება 174
განხორციელება 174
დაგეგმვა 174
სტრატეგიული გეგმა 169
სტრესი 214
სტატისტიკა 56
მოსახლეობის ჯანმრთელობის 56
ჯანდაცვის 56
სტაციონარი 315
დღის 316
ხანგრძლივი დაყოვნების 316
სუბიექტური ალბათობა 67
სუბკულტურა 338
SWOT- ანალიზი 174

ტ

ტაქტიკა 168

ტერიტორიულ-საუბნო პრინციპი 297
ტესტის მგრძნობელობა 312
ტესტის სპეციფიურობა 313
ტექნიკური პერსონალი 188
ტრაფიკატიზმი 101
ბავშვთა 103
სამხედრო 103
სატრანსპორტო 103
საყოფაცხოვრებო 103
საწარმოო (სამრეწველო ან სასოფლო-
სამეურნეო) 103
სპორტული 103
ტრაფიკოლოგიური დახმარება
ექიმადელი პირველადი 103
კვალიფიციური საექიმო 103
სარეაბილიტაციო ღონისძიებები 103
სპეციალიზებული 103

უ

უაიტის კრიტერიუმი 90
უკუკავშირი 326
ურბანიზაცია 38
უსაფრთხოება 224
უსაფრთხოების ფსიქოლოგია 102

ფ

ფარდობითი სიდიდეები 73
ფასილიტატორი 217
ფასი 262
გამოსაქვეყნებელი 264
თავისუფალი 263
ინდივიდუალური 263
მიწოდების 263
მოთხოვნის 262
მოდრაი 264
მყარი 264
მცოცავი 264
მწარმოებლის 262
რეგულირებული 263
საანგარიშო 264
საპრეისკურანტო 264
საცნობარო 264
ფიქსირებული 263
ჯგუფური 263
ფასწარმოქმნა 264
ფაქტორები
კულტურული და ეთნიკური 338
ფიზიკური კეთილდღეობა 16
ფირმა კომუტანტები 238
ფორმირების სტადია 199
ფსიქიკური კეთილდღეობა 16
ფსიქოსომატიკა 12

ფუნქციონარული დონე 174

ქ

ქალთა კონსულტაცია 297

ქცევის ტიპები

- დავალებაზე ორიენტირებული 202
- ინდივიდუალურ, ანუ საკუთარ
- პრობლემებზე ორიენტირებული 202
- პროცესზე ორიენტირებული 202

ლ

ღია გაწვევრიანება 285

ღია სისტემა 159

მ

ყოვლისმომცველობა 305

შ

შედეგიანობა 223

შემთხვევათა აღრიცხვა-რეგისტრაცია 68

შესაბამისობის კრიტერიუმი 92

შესაძლებლობა 338

შეფასება 194

შიდა ფაქტორების 177

გარე ფაქტორების 176

შეცნობა 337

შეტყობინება 326

შვილიანობა 40

შობადობის დონე 40

ჩ

ჩამოყალიბების ფაზა 201

ც

ციტირების ინდექსი 59

ცნობა გარდაცვალების შესახებ 46

ცხოვრების პირობები 121

წესი 121, 339

წ

წინასწარი სამედიცინო გასიჯვა 308

ხ

ხარისხის დიზაინი 227

გაუმჯობესება 227

კონტროლი 227

უწყვეტობა 223

ხარჯები

ზედნაღები 257

ძირითადი 256

ხელმისაწვდომობა 223, 266

ჯ

ჯანდაცვის ადმინისტრირება 1

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემები 267

კერძო 267

სადაზღვევო 268

სახელმწიფო (საბიუჯეტო) 267

ჯანდაცვის ეკონომიკა 1, 231

ჯანდაცვის სტრატეგიები 131

ჯანმრთელი ცხოვრების წლების

დანაკარგი 54

ჯანმრთელობა 15

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა 131

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა 1, 3

ჯანმრთელობის საფეხურები 17

ინდივიდუალური 17

მოსახლეობის ანუ საზოგადოებრივი 17

მწვავე დაავადება 17

პრაქტიკულად ჯანმრთელები 17

ქრონიკული ავადმყოფები 17

შეზღუდული შესაძლებლობების

მქონე პირები 17

ჯანმრთელები 17

ჯგუფური 17

ჯანსაღი ცხოვრების წესი 324

ჯგუფი

რეფერენტული (სამიზნე) 337

ჯგუფური სამედიცინო პრაქტიკის

ცენტრები 300

ჭ

პიფიქსური ქცევა 121

პიპერგარემო 159

პიპოკრატეს ფიცი 208

პორიზონტალური ურთიერთობა 167

პოსპისი 316

პოსპიტალი 316

ლიტერატურა

1. გამყრელიძე ა. ვასაძე ო. — საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა საუკუნეთა მიჯნაზე. მოკლე ისტორიული მიმოხილვა. თბილისი, 2003.
2. გერზმაძე ო. — საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი, 1998.
3. გერზმაძე ო., ვასაძე ო., ვესტი დ. — ჯანდაცვის მენეჯმენტის საფუძვლები. თბილისი, 2001.
4. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. თბილისი, 2002.
5. კიკნაძე გ., ჯავაშვილი გ. — ექიმის პროფესიული საქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები. თბილისი, 2002.
6. ლილუაშვილი ზ. — მარკეტინგი (ნაწილი I). თბილისი, 1993.
7. ლილუაშვილი ზ. — მარკეტინგი (ნაწილი II). თბილისი, 1996.
8. მარკოზაშვილი ნ. — მენეჯმენტის საფუძვლები. თბილისი, 1996.
9. საქართველოს სტატისტიკური წელიწადეული 2003. თბილისი, 2003.
10. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა. თბილისი, 1999.
11. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები. თბილისი, 1996.
12. ურუშაძე რ. — საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. ქართული მედიცინის განვითარების მიმართულებები. თბილისი, 2002.
13. ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2002. სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი, 2003.
14. Айдаралиев А. и соавт. — Экономика Здравоохранения. Бишкек/Алматы, 2001.
15. Бодди Д., Притон Р. — Основы менеджмента. Санкт-Петербург/Москва/Харьков/Минск, 1999.
16. Гроссман С., Тернер Дж. — Математика для биологов Москва, «Высшая школа», 1983.
17. Дойль П. — Менеджмент. Стратегия и тактика. Санкт-Петербург/Москва/Харьков/Минск, 1998.
18. Комаров Ю.М. — Проблемы теории и практики здравоохранения в переходный период и пути их решения. Москва, 1999.
19. Компоненты дисперсии и смешанная модель ANOVA/ANCOVA
<http://statsoft.ru/home/textbook/modules/stvario.com>.
20. Прыкин Б.В. и соавт. — Общий курс менеджмента в таблицах и графиках. Москва, «ЮНИТИ», 1998.
21. Руководство по профессиональным и административным аспектам развития общей практики/семейной медицины в странах европы. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро (EUR/LCP/DLVR 04 01 01, E58474R), 1998.
22. Сергеев П.В. — Менеджмент. Вопросы и ответы. Москва, «Юриспруденция», 1999.
23. Тульчинский Т.Х. Вараваикова Е.А. — Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку. Иерусалим, 1999.
24. Уитхед М. — Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, Копенгаген, 1991.
25. Уткин Э.А. — Курс менеджмента. Москва, «Зерцало», 1998.
26. Шейман И.М. — Экономика здравоохранения. Москва, 2001.

27. Шиган Е.Н. Остаюк С.Ф. — Целевые комплексные программы в здравоохранении. Москва, Медицина, 1988.
28. Электронный учебник по статистике. Москва, «Статсофт», 2001.
<http://www.statsoft.ru/home/textbook/default.htm>.
29. Basic statistic on country profile WHO. <http://mednet2.who.int/mdra/statistics.htm>.
30. Caldwell Ch. — The Handbook for Managing in Health Care. ASQ quality Press. Milwaukee, 1998.
31. Cooperation for Health and Development. WHO, Geneva, 1995.
32. Duncan W.J., Ginter P.M., Swayne L.E. — Handbook of Health Care Management. Blackwell Publishers, Malden, 1998.
33. Hajdu, P., McKee, M., & Bojan F. — Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and in England and Wales. European Journal of Public Health, 1995.
34. Health for all. Date base. www.who.dk/hfa.
35. Heleniak T. — Economic transition and demographic change in Russia, 1989-1995. Post-Soviet Geography, 1995.
36. Laflame L., Svanström L., Svhelp L. — Safety Promotion Research. Karolinska Institute, Stockholm, 1998.
37. Phillips D., Verhasselt Y. — Health and Development. London/N-Y, 1993.
38. Sachs J.D. — Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. World Health Organization, Geneva, 2001.
39. Sloane R.M., Sloane B.L., Harder R.K. — Introduction to Health Delivery Organizations. Functions and Management. Health Admin. Press, Chicago, 1998.
40. The World Health Report, 2003, Shaping the Future. World Health Organization, Geneva, 2003.
41. Tillett J.W. and al. — Audits of Providers of Health Care Services, N-Y, 1992.
42. United Nations Population Fund. <http://www.unfpa.org/about/index.htm>.
43. Wolper L.F. — Health Care Administration. Planning, Implementing and Managing Organized Delivery Systems, Jones and Bartlett Publishers, Boston, Toronto, London, Singapore, 2003.