ოთარ გერზმავა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი

სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის

მეხუთე შესწორებული და განახლებული გამოცემა

თბილისი
2012

ოთარ გერზმავა — მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის სრული პროფესორი

სახელმძღვანელოს ცალკეული თავების მომზადებაში მონაწილეობდნენ:

ირინე ზარნაძე	თსსუ-ს ჯანდაცვის პოლიტიკის, მენეჯმენტისა და ეკონომიკის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი
ლილი ლომთაძე	თსსუ-ს ჯანდაცვის პოლიტიკის, მენეჯმენტისა და ეკონომიკის დეპარტამენტის ასისტენტ პროფესორი
დალი კიტოვანი	თსსუ-ს ჯანდაცვის პოლიტიკის, მენეჯმენტისა და ეკონომიკის დეპარტამენტის ასისტენტ პროფესორი
მარინა ყაჯრიშვილი	თსსუ-ს ჯანდაცვის პოლიტიკის, მენეჯმენტისა და ეკონომიკის დეპარტამენტის ასისტენტ პროფესორი
შალვა ზარნაძე	თსსუ-ის კლინიკა და ამბულატორიული მედიცინის მიმართულების ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი
თამილა გურგენიძე	თსსუ-ის ჯანდაცვის პოლიტიკის, მენეჯმენტისა და ეკონომიკის დეპარტამენტის ასისტენტი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამკისტრო პროგრამის "ჯანდაცვის მენეჯმენტი და ადმინისტრირება" მოწვეული პროფესორები:

მანანა ციცაგაძე
ირინე ემნატაშვილი
ირმა მანჯავიძე
მირიან მურჯიკნელი
ნანა ჩაჩუა
მაია ზეიკიძე
ირინა ძარღვანიძე

ივ.ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორები:

ნუგზარ თოდუა *მარინა ქეკჭაძე*

საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის პროფესორები:

ოთარ მასაძე *რამაზ ურუშაძე*

სკრენტონის (აშშ) უნივერსიტეტის პროფესორები:

დანიელ ვესტი (Daniel J. West, Jr.) ჰაროლდ ბეილი (Harold W. Baille), უილიამ უოლიკი (William G. Wallick), მაიკლ კოსტელო (Michael J. Costello)), სტივენ შიდლოუსკი (Steven J. Szydlowski) და სათია ჩატოპადიაი (Satya P. Chattopadhyay).

სახელმძღვანელოს რედაქტორი:	პროფესორი	ჯანგირ მამალაძე
სახელმძღვანელოს რეცენზენტი:	პროფესორი	*ვადიმ სააკაძე*
გამომცემლობის რედაქტორი:		*მანანა სანაღირაძე*

uak (VDC)
612.6+65.01
გ 577

© ო.გერზმავა — საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი

თბილისის სახელმწიფო-სამედიცინო უნივერსიტეტის აკადემიური საბჭოსა და გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტის აკადემიური საბჭოს მიერ დამტკიცებულია სახელმძღვანელად უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტთათვის და მაგისტრებისათვის.

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

წინასიტყვაობა

თანამედროვე მსოფლიოში მიმდინარე მოვლენებმა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი ძირითადი ინდიკატორების გამოხატულმა შეცვლამ, სამედიცინო ტექნოლოგიების სწრაფმა განვითარებამ ძირეულად შეცვალა შეხედულებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემისა და მის ფარგლებში მოქმედი სტრუქტურების მართვის საკითხებზე.

დღესდღეობით, მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მიმართული ნებისმიერი საკითხის განხილვა შეუძლებელია კომპლექსური მიდგომის გარეშე, რომელიც ეფუძნება სხვადასხვა სამეცნიერო დარგში მიღებულ ცოდნას. ამით აიხსნება საგნის შესწავლასთან დაკავშირებული სიძნელეებიც, ვინაიდან ამ დარგში მომუშავე სპეციალისტი კარგად უნდა იყოს გათვითცნობიერებული როგორც მედიცინაში, ასევე სოციოლოგიაში, პოლიტოლოგიაში, ეკონომიკაში, მარკეტინგში, მენეჯმენტში, სოციალურ ფსიქოლოგიაში, დემოგრაფიაში, ეპიდემიოლოგიაში, ინფორმატიკასა და სხვ.

დასმული ამოცანების გადაწყვეტა, თავის მხრივ, მოითხოვს კარგად განსწავლული კადრების მოზიდვას, მათ საფუძვლიან მომზადებას და გადამზადებას. ამ საკმარისად მწვავე პრობლემის გადაჭრა კი შეფერხებულია ქართულ ენაზე საჭირო სასწავლო და მეთოდური ლიტერატურის სიმწირის გამო. წარმოდგენილი სახელმძღვანელო, ჩვენი აზრით, ხელს შეუწყობს ამ პრობლემის ნაწილობრივ გადაჭრას.

დარგის სწრაფი განვითარება, ახალი მოთხოვნები ქვეყნის საუნივერსიტეტო განათლების მიმართ, განაპირობებს სასწავლო პროგრამების მუდმივ განახლებას, გაფართოებას და მიახლოებას საერთაშორისო სტანდარტებთან, რაც წარმოდგენილ ნაშრომშიც აისახა. სახელმძღვანელოს მომზადების პროცესში (ისევე, როგორც წინა რედაქციებში) უცხოელ პარტნიორებთან ერთად ჩვენ შევეცადეთ მოგვეწოდებინა მკითხველისათვის არა მხოლოდ დარგში დაგროვილი უახლესი მონაცემები, არამედ მოგვეხდინა მათი ინტეგრირება საგნის სწავლების ეროვნული თავისებურებებიდან გამომდინარე.

სახელმძღვანელო განკუთვნილია უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტთათვის და მთლიანად ასახავს სასწავლო პროგრამას. ვიმედოვნებთ, წარმოდგენილი ნაშრომი სასარგებლო იქნება ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე სპეციალისტებისათვისაც.

წარმოდგენილი ნაშრომი მომზადებულია ქართველ და უცხოელ სპეციალისტთა ერთობლივი ძალისხმევით, რამაც საშუალება მოგვცა კომპლექსურად ყოფილიყო წარმოდგენილი მთელი რიგი პრობლემებისა. გვინდა ხაზგასმით აღვნიშნოთ აწ განსვენებული პროფესორების – ჯანგირ მამალაძისა და მელენტი ყურაშვილის ღვაწლი სახელმძღვანელოს ყველა გამოცემის რედაქტირებასა და რეცენზირებაში.

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

პროფესორი ოთარ გერზმავა

სარჩევი

კარი I
სოციალური მედიცინის საფუძვლები

ნაწილი I
მოსახლეობის ჯანმრთელობა

თავი 1. ბიოლოგიური და სოციალური პროცესების ერთიანობა *10*

1.1. შესავალი 10

1.2. ჯანმრთელობაზე სოციალური გარემოს ზეგავლენის ამსახველი თანამედროვე თეორიები 11

თავი 2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ინდიკატორები *16*

2.1. შესავალი 16

2.2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი კრიტერიუმები 17

თავი 3. მოსახლეობის ავადობის შესწავლის თავისებურებები *21*

3.1. შესავალი 22

3.2. მოსახლეობის ავადობის ამსახველი ძირითადი მაჩვენებლები. პირველადი (ანუ საკუთრივ) ავადობა 22

3.3. სამედიცინო გასინჯვებით გამოვლენილი ავადობა. წინასწარი პროფილაქტიკური გასინჯვები 24

3.4. ავადობის შესწავლა სიკვდილის მიზეზების მიხედვით 25

3.5. ავადობის შესწავლის შედეგების ინტერპრეტაცია. მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურის თავისებურებები კვლევის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებისას 25

3.6. სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების ცნება 26

3.7 ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაცია 27

თავი 4. მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარება, როგორც ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორი *31*

4.1. შესავალი 31

4.2. მოსახლეობის სტატიკა. მოსახლეობის ნორმალური ასაკობრივი სტრუქტურა 32

4.3. მოსახლეობის აღწერის სახეები. მოსახლეობის საყოველთაო აღწერები 33

4.4. მოსახლეობის მოძრაობის სახეები. მოსახლეობის დინამიკა. მოსახლეობის მექანიკური მოძრაობა. მოსახლეობის სოციალური მობილურობა. მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობა 35

4.5. შობადობაზე მოქმედი ფაქტორები 38

4.6. შობადობის მაჩვენებლები. მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის მაჩვენებლები 39

4.7. მოსახლეობის სიკვდილიანობის აღრიცხვა 42

4.8. მოსახლეობის სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 42

4.9. ბავშვთა სიკვდილიანობა 49

4.10. სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა. დღეგრძელობის ცხრილები 46

4.11. დაავადებათა გლობალური ტვირთისა და DALY-ის მაჩვენებლები 49

თავი 5. მოსახლეობის ფიზიკური განვითარება *52*

5.1. შესავალი 52

5.2. მოსახლეობის ფიზიკური განვითარების შესწავლის გზები 52

5.3. ფიზიკური განვითარების შესწავლა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში 53

5.4. აქსელერაცია 54

თავი 6. მყარი შრომისუუნარობა, როგორც ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი კრიტერიუმი *56*

6.1. შესავალი 56

6.2. პიროვნების შესაძლებლობების შეზღუდვის სახეები 57

6.3. პიროვნების ქმედუნარიანობის შეზღუდვის შეფასების კრიტერიუმები 59

6.4. მყარი შრომისუუნარობის ექსპერტიზის წესები 60

ნაწილი II
მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები

თავი 7. სამედიცინო სტატისტიკა, როგორც მეცნიერება და სწავლების საგანი *62*

7.1. შესავალი 62

7.2. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების განვითარების ძირითადი ეტაპები 64

7.3. სტატისტიკური ერთობლიობა 66

7.4. ამორჩევითი ერთობლიობის განსაზღვრის მეთოდები 69
7.5. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები. ალბათობის თეორია. დიდ რიცხვთა კანონი

თავი 8. სამედიცინო სოციოლოგიის კვლევის მეთოდები 71
8.1. სოციოლოგიური კვლევის პროგრამა 80
8.1.1. მასალის შეგროვება 81
8.1.2. გამოკვლევის გეგმა 82
8.1.4. მასალის შეგროვების წესების ზოგადი დახასიათება და კლასიფიკაცია 85
8.2. გამოკითხვის ჩატარების პროცესი 87
8.3.1. ანკეტირება 88
8.3.2. ინტერვიუ 93
8.3.3. ინტერვიუს განხორციელების ეტაპები 94
8.3.4. დოკუმენტის ანალიზი 96
8.3.5. დაკვირვება, როგორც სოციოლოგიური ინფორმაციის შეგროვების მეთოდი 101

თავი 9. სტატისტიკური კვლევის დაგეგმვა, ორგანიზება და მიღებული შედეგების შეფასება *104*
9.1. შესავალი 104
9.2. სტატისტიკური მასალის შეგროვება 105
9.3. სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება 106
9.4. ფარდობითი სიდიდეები 107
9.5. დინამიური რიგი 109
9.6. ვარიაცია კლინიკურ დაკვირვებებში 110
9.7. საშუალო სიდიდეები 110
9.8. საშუალო სიდიდეებს ან მაჩვენებლებს შორის განსხვავების სარწმუნოობის შეფასება 114
9.9. მასალის გრაფიკული გამოსახვა 118
9.10. მოვლენებს შორის კავშირის განსაზღვრა (კორელაცია) 119
9.11. სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 122
9.12. არაპარამეტრული კრიტერიუმები 123
9.13. მეტა-ანალიზი და მონაცემთა სინთეზი სამედიცინო კვლევაში 127

ნაწილი III
მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალურ-ბიოლოგიური ფაქტორები
თავი 10. დაავადებათა გავრცელების სოციალური პრობლემები *132*
10.1. შესავალი 132
10.2. ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორები 134
10.3. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, როგორც სოციალური პრობლემა 135
10.4. ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, როგორც სოციალური პრობლემა 137
10.5. ტრავმატიზმი, როგორც სოციალური პრობლემა 139
10.6 ტუბერკულოზი, როგორც სოციალური პრობლემა 141
10.7. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და შიდსი, როგორც სოციალური პრობლემა 142
10.8. ფსიქიკური აშლილობები, როგორც სოციალური პრობლემა 145
თავი 11. ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი სოციალური დეტერმინანტები *148*
11.1. შესავალი 148
11.2. გენდერული ფაქტორები 149
11.3. მოსახლეობის განათლება, როგორც ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტი 150
11.4. ოჯახის გაელენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე 152
11.5. სიღარიბე და ჯანმრთელობა 155
11.6. ფსიქო-სოციალური ფაქტორები 157
11.7. მოსახლეობის იძულებითი მიგრაცია, როგორც სოციალური პრობლემა 158
11.8. მოსახლეობის დაბერება, როგორც სოციალური პრობლემა. 160
თავი 12. მოსახლეობის ქცევის თავისებურებები, როგორც ჯანმრთელობის სოციალურ-ფსიქოლოგიური დეტერმინანტი *164*
12.1. შესავალი 164
12.2. მოსახლეობის კვება 166

12.3. თამბაქოს მოხმარება
12.4. ალკოჰოლის მოხმარება 167
12.5. ნარკოტიკების მოხმარება 168
12.6. კონტრაცეფცია და აბორტი 170
თავი 13. ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფორმირების თავისებურებები 171
13.1. შესავალი *174*
13.2. სამედიცინო ინფორმაციის გავრცელება 174
13.3. კომუნიკაციის როლი და მნიშვნელობა საექიმო პრაქტიკაში 175
13.4. სამედიცინო პროპაგანდა 177
13.5. პიარ-ტექნოლოგიების როლი და მნიშვნელობა სამედიცინო ცოდნის გავრცელების საქმეში 181
13.6. რეფერენტულ (სამიზნე) ჯგუფებთან მუშაობის თავისებურებები 183
კარი II საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების არეალი 185
თავი 14. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც მეცნიერება და სწავლების საგანი 190
14.1. შესავალი *191*
14.2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების კვლევის მეთოდები 191
14.3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეფციის განვითარების ეტაპები 193
14.4. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის განვითარების წინაპირობები 194
14.5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მოქმედების ძირითადი მიზნები და ამოცანები 196
თავი 15. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია 197
15.1. შესავალი *201*
15.2. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია 201
15.3. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის გლობალური სტრატეგიების შემუშავებისა და განხორციელების თავისებურებები 202
15.4. ჯანდაცვის გლობალური სტრატეგიების განხორციელების თავისებურებები განვითარებად ქვეყნებში 204
15.5. ჯანდაცვის გლობალური სტრატეგიების განხორციელების თავისებურებები საქართველოში 206
თავი 16. საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში 207
16.1. შესავალი *210*
16.2. ჯანდაცვის სისტემის სამართლებრივი უზრუნველყოფის პრობლემები 210
16.3. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა 211
16.4. მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში 212
16.5. სამედიცინო მომსახურების ადეკვატური ხარისხის უზრუნველყოფა 213
16.6. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა 215
16.7. პაციენტის პირადი ცხოვრების კონფიდენციალურობის ხელშეუხებლობა 218
16.8 სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება 220
თავი 17. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების გატარების თავისებურებები სხვადასხვა ქვეყანაში 222
17.1. შესავალი *225*
17.2. ჯანდაცვის სფეროს რეფორმების გლობალური სტრატეგიები 225
17.3. ზოგიერთი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების თავისებურებები 226
17.4. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების თავისებურებები საქართველოში 232
239

კარი III
ჯანდაცვის მენეჯმენტი და ადმინისტრირება 249

ნაწილი I
ჯანდაცვის მენეჯმენტი
თავი 18. მენეჯმენტის ცნება და სახეები *250*
18.1. შესავალი 250
18.2. მენეჯმენტი და მართვა 251
18.3. მენეჯმენტის შესწავლის საგანი 252
18.4. მართვის სისტემა 253
18.5. მენეჯმენტის ძირითადი თეორიები 255
თავი 19. ორგანიზაცია, როგორც სისტემა *265*
19.1. შესავალი 265
19.2. ორგანიზაციის, როგორც სისტემის დახასიათება 267
19.3. მართვის სისტემის სტრუქტურა 268
19.4. ორგანიზაციის მისია და მიზნები 274

19.5. პროგრამირება 281
თავი 20. მენეჯმენტის ფუნქციები *284*
20.1. შესავალი 284
20.2. მენეჯმენტის ფუნქციები 285
20.3. მართვის ციკლი 288
20.4. გადაწყვეტილების მიღების მეთოდები და მოდელები 290
20.5. ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვა 293
20.6. დაგეგმვის მეთოდები 296
20.7. დაგეგმვის ძირითადი მაჩვენებლები 297
20.8. სტრატეგიული დაგეგმვა. საორგანიზაციო სტრატეგიის სახეები. 297
თავი 21. მართვის ორგანიზება *303*
21.1. შესავალი 303
21.2. მართვის ორგანიზების მოდელები 304
21.3. ორგანიზაციული კულტურა. 305
21.4. მართვის დონეები 306
21.5. მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურის ელემენტები 308
21.6. ორგანიზაციის სტრუქტურის შერჩევის სტრატეგია 313
21.7. მუშაობის კოორდინირება 322
21.8. ოპერატიული მენეჯმენტის საფუძვლები 324
21.9. პროგნოზირება 326
თავი 22. ინფორმაციული სისტემები მენეჯმენტში *330*
22.1. შესავალი 330
22.2. ინფორმაცია და ინფორმაციული სისტემა 331
22.3. ინფორმაციული სისტემების ფორმები 334
22.4. ინფორმაციული სისტემების ტიპები 335
22.5. ინფორმაციული სისტემების დაგეგმვა 338
22.6. კომუნიკაციის პროცესი 339
22.7. კომუნიკაციის პროცესი 340
თავი 23. სამედიცინო კადრების მენეჯმენტი *344*
23.1. შესავალი 344
23.2. სამედიცინო კადრების განვითარების მოკლე ისტორია 345
23.3. კადრების სტრუქტურა და მართვა 347
23.4. ადამიანური რესურსების დაგეგმვა 348
23.5. შრომითი რესურსების განვითარება 349
23.6. კადრების ატესტაცია ჯანდაცვის სისტემაში 350
23.7. გუნდური მუშაობის პრინციპები 352
23.8. სამედიცინო პერსონალის ქცევის სოციალურ-ფსიქოლოგიური ასპექტები 358
23.9. კონფლიქტის გადაწყვეტის ძირითადი პრინციპები 364
თავი 24 მენეჯერის მუშაობის მეთოდები *372*
24.1. შესავალი 372
24.2. ხელმძღვანელის ძალაუფლება, როგორც სოციალური კატეგორია 373
24.3. მენეჯერის მუშაობის მეთოდების კლასიფიკაცია 374
24.4. ლიდერობა 381
24.5. მენეჯერის როლები 386
24.6. მენეჯერის სოციალური პასუხისმგებლობა და ეთიკა 390
24.7. ინტერესთა და მოტივაციის ბუნება მენეჯმენტში 392
24.8. ინოვაციების და ცვლილებების მართვა 397

ნაწილი II

ჯანდაცვის სერვისების ადმინისტრირება

თავი 25. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა *403*
25.1. შესავალი 403
25.2. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები 404
25.3. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები 406
25.4. ექთნის როლი პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში 415
25.5. პროფილაქტიკური ღონისძიებების ორგანიზების თავისებურებები 418
25.6. კონსულტაციის თეორიის როლი და მნიშვნელობა პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის სისტემაში მომუშავე ექთნის პრაქტიკაში 427

თავი 26. სტაციონარული დახმარება 438
26.1. შესავალი 438
26.2. საავადმყოფოს ძირითადი ფუნქციები 439
26.3. საავადმყოფოს სტრუქტურა 445
26.4. საავადმყოფოს მუშაობის მაჩვენებლები 447
26.5. საქართველოს საავადმყოფოთა ქსელის ძოქმედების თავისებურებები 449
თავი 27. მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დამყარებული მედიცინა 455
27.1. შესავალი 455
27.2. სამეცნიერო ნაშრომის კრიტიკული შეფასების (განხილვის) მეთოდი 457
27.3. მეტა-ანალიზის მეთოდი 460
27.4. მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინა 465
27.5. კოკრენის ბიბლიოთეკის ბაზით სარგებლობის თავისებურებები საექიმო პრაქტიკაში 467
თავი 28. ხარისხის კონტროლი ჯანდაცვის მენეჯმენტში 474
28.1. შესავალი 474
28.2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მახასიათებლები 477
28.3. ხარისხის კონტროლის ტიპები და ხარისხის განხორციელების ძირითადი ეტაპები 479
28.4. აუდიტი 481
28.5. ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები 481

კარი IV ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაფინანსება 487
თავი 29. ჯანდაცვის ეკონომიკის საფუძვლები 488
29.1. შესავალი 488
29.2. ჯანდაცვის ეფექტიანობა 490
29.3. გლობალიზაციის პროცესი 493
29.4. პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის სფეროში 495
29.5. საზოგადოების როლი ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენის საქმეში 498
29.6. სამედიცინო მომსახურების აუცილებელი ბაზისური პაკეტი 499
29.7. პრივატიზების თავისებურებები ჯანდაცვაში 500
29.8. საკუთრების მფლობელობის სახეები 502
29.9. ბიზნეს-გეგმის სამაგალითო სქემა 508
თავი 30. ბაზრის სეგმენტაცია ჯანდაცვის სისტემაში 515
30.1. შესავალი 515
30.2. ბაზრის ადგილი და როლი 516
30.3. მარკეტინგის კონცეფციის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპები 518
30.4 მარკეტინგის ძირითადი ცნებები 521
30.5. საქონელი მარკეტინგის სისტემაში 524
30.6. სამედიცინო ბაზრის ძირითადი მახასიათებლები 526
30.7. ბაზრის სეგმენტაცია და საქონლის პოზიციონირება 530
30.8. სამედიცინო ბაზრის დაგეგმვა და რეგულირება 534
თავი 31. ფასი და ფასწარმოქმნა ჯანდაცვის სისტემაში 542
31.1. შესავალი 542
31.2. ფასების კლასიფიკაცია 543
31.3. ფასის გათვლის საერთო სქემა 544
31.4. საქონლის (მომსახურების) ფასი და ფასწარმოქმნის პოლიტიკა 546
თავი 32. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები 548
32.1. შესავალი 548
32.2. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითადი გზები 550
32.3. დაზღვევა 553
32.4. სახელმწიფო პროგრამების ჩამონათვალი 558
თავი 33. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდები 569
33.1. შესავალი 569
33.2. სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურების მეთოდი 570
33.3. ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით 571
33.4. ანაზღაურება მკურნალობის ხანგრძლივობის მიხედვით 572
33.5. ანაზღაურება დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების მიხედვით 573
33.6. ანაზღაურება ფიქსირებული ხელფასის მიხედვით 574
33.7. გლობალური ბიუჯეტი 574
სახელობითი საძიებელი 577

კარი I

სოციალური მედიცინის საფუძვლები

ნაწილი I
მოსახლეობის ჯანმრთელობა

თავი 1. ბიოლოგიური და სოციალური პროცესების ერთიანობა
თავი 2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ინდიკატორები
თავი 3. მოსახლეობის ავადობის შესწავლის თავისებურებები
თავი 4. მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარება, როგორც ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორი
თავი 5. მოსახლეობის ფიზიკური განვითარება
თავი 6. მყარი შრომისუუნარობა, როგორც ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი კრიტერიუმი

ნაწილი II
მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები

თავი 7. სამედიცინო სტატისტიკა, როგორც მეცნიერება და სწავლების საგანი
თავი 8. სტატისტიკური კვლევის დაგეგმვა, ორგანიზება და მიღებული შედეგების შეფასება

ნაწილი III
მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალურ-ბიოლოგიური ფაქტორები

თავი 9. დაავადებათა გავრცელების სოციალური პრობლემები
თავი 10. ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი სოციალური დეტერმინანტები
თავი 11. მოსახლეობის ქცევის თავისებურებები, როგორც ჯანმრთელობის სოციალურ-ფსიქოლოგიური დეტერმინანტი
თავი 12. ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფორმირების თავისებურებები

თავი 1

ბიოლოგიური და სოციალური პროცესების ერთიანობა

პირველი თავის შინაარსი

1.1. შესავალი
1.2. ჯანმრთელობაზე სოციალური გარემოს ზემოქმედების ამსახველი თანამედროვე თეორიები. მალთუსიანელობა. ნეომალთუსიანელობა. დარვინიზმი. სოციალური დარვინიზმი. ეგენიკა. ფროიდიზმი. ფსიქოსომატიკა. ცივილიზაციის დაავადებების თეორია. სოციალური დეზადაპტაციის თეორია. სტრესის თეორია

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა ადამიანის ორგანიზმზე ბუნებრივი და სოციალური ფაქტორების ზეგავლენის თავისებურებებს*
- *გაეცნობა ჯანმრთელობაზე სოციალური გარემოს ზემოქმედების ამსახველი ძირითადი თეორიების არსს*
- *შეფასებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე სოციალური გარემოს ზემოქმედების როლსა და მნიშვნელობას*

1.1. შესავალი

ბიოლოგიურისა და სოციალურის ურთიერთშეფარდება მედიცინის ძირითადი საკითხია. ყველა სხვა ცოცხალ არსებათაგან განსხვავებით, საერთო ბიოლოგიურ კანონზომიერებებთან ერთად, ადამიანისათვის დამახასიათებელია სოციალური 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, როგორებიცაა სიკვდილიანობა, შობადობა, ავადობა, მჭიდროდაა დაკავშირებული ამა თუ იმ საზოგადოებრივი ფორმაციის სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებთან, ვინაიდან საზოგადოების დონეზე უკვე ვლინდება 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.

1.2. 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 განმავლობაში 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 ჭარბმოსახლეობა“. 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 რაოდენობასთან. თუ იგი სამყოფია, ცხოველები ნაკლებად აგრესიულები არიან, წინააღმდეგ შემთხვევაში კი ცხოველთა კოლონიიდან განიდევნება მათი ნაწილი).

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

XIX საუკუნის მეორე ნახევარში წარმოიშვა ისეთი თეორიები, როგორებიცაა **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-დარვინიზმსა და ევგენიკაზე დაფუძნებული **რასობრივი** თეორიები. მათი საშუალებით ამართლებდნენ არა მარტო ფერადკანიანი მოსახლეობის მიმართ გატარებულ პოლიტიკას, არამედ ე.წ. არასრულფასოვანი ადამიანების განადგურების იდეოლოგიურ საფარს ქმნიდნენ (მაგალითად, გერმანიაში, სამხრეთ აფრიკაში, აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში და ა.შ.).

სოციალურ დარვინიზმთან უშუალო კავშირშია ევგენიკა — თეორია ადამიანთა მოდგმის გაუმჯობესების შესახებ. ევგენისტების აზრით, ადამიანთა საზოგადოებაში უწყვეტად ხდება ბუნებრივი შერჩევა, რომლის მეოხებითაც ბიოლოგიურად სრულფასოვანი ინდივიდები ვადარჩებიან და გაბატონებულ მდგომარეობას დაიკავებენ. ევგენისტთა მტკიცებით, ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი დონე, დაავადებები, რომლებიც მაღალი ლეტალობით ხასიათდებიან, ბუნებრივი შერჩევის ხელშემწყობი 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 არა მარტო 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 არა მარტო ფაშისტურ გერმანიაში, არამედ სხვა ქვეყნებშიც. კერძოდ, აშშ-ის ზოგიერთ შტატში დღემდე მოქმედებს კანონი ფსიქიკურად დაავადებულთა იძულებითი სტერილიზაციის შესახებ. ინდოეთის აწ განსვენებული პრემიერ-მინისტრის **ინდირა 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 ერეთ 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 უხილავი, 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, **ნეოფროიდისტებისათვის** 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 ნეოფროიდისტები, 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, **ფალექსანდერის** აზრით, გამოწვეულია ცივილიზაციისა და პიროვნების ურთიერთობის თავისებურებით.

ფსიქოსომატიკოსების კონცეფცია, ისევე, როგორც ნეოფროიდიზმი, ფროიდისტულ 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 **ეტოფელერმა** 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 ეუცხოელი დარჩა ახალ, უჩვეულო პირობებში, თანამედროვე ცხოვრების ტემპის დაჩქარების პროცესში. თუ განვითარების ასეთი ტემპი შენარჩუნდა, წარმოიქმნება საყოველთაო „მომავალთან შეჯახებით გამოწვეული შოკი". იგი წარმოადგენს გადატვირთვასთან დაკავშირებულ მასობრივ დეზადაპტაციას, რაც გამოიხატება ძალადობით, სისასტიკით, აპათიით, დეპრესიით, ფიზიკური მოშლილობით და ა.შ.

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

რადიუბის აზრით, დისჰარმონია, რომელიც ადამიანში მისი ბუნებრივი, ბიოლოგიური და სოციალური გარემოს მიერ განპირობებული ცხოვრების რიტმის შეუთავსებლობით წარმოიშობა, დაავადების საწინდარია (მაგალითად, მემანქანეები, 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 (გადაჯიშებამდე, დეგრადაციამდე)". ამგვარად, წარმოიშობა ე.წ. სოციალური დეზადაპტაცია ანუ ადამიანის შეუგუებლობა ცხოვრების თანამედროვე წესთან.

ნობელის პრემიის ლაურეატის **ჰანსელიეს „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, ზოგჯერ ისევ მედიცინის სხვა დარგებიდანაა გადმოტანილი და ადამიანთა საზოგადოებაზეა გავრცელებული, თითქმის

ყოველთვის ყურადღების ცენტრში ხვდება. ეს გასაგებიცაა, 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.).

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- სოციალური და ბიოლოგიური ფაქტორების როლი და მნიშვნელობა
- გენური ინჟინერია – კაცობრიობის განვითარების ახალი ეტაპი თუ ეუგენისტური თეორიის დაფუძნების ახალი შესაძლებლობა
- დაავადება, როგორც ზეციური სასჯელი
- ჯანმრთელობის კონცეფციის ევოლუცია
- სტრესის თეორიის როლი თანამედროვე მედიცინაში

დამატებითი ლიტერატურა

- არისტოტელე სულის შესახებ (თარგმანი თ.ჟუკავასი). თბილისი, 2001
- დ.უზნაძე, ზოგადი ფსიქოლოგია. თბილისი, 1998
- მ.შენგელია, ქართული მედიცინის ისტორია. თბილისი, 1980
- ზ.ფროიდი, ტოტემი და ტაბუ. პირველყოფილი კულტურისა და რელიგიის ფსიქოლოგია (თარგმანი ბ.ნიჟარაძისა). თბილისი, 2002
- ზ.ფროიდი, მოსე და მონოთეიზმი (თარმანი ბ.ნიჟარაძისა). თბილისი, 2002
- გ.თევზაძე, XX საუკუნის ფილოსოფიის ისტორია. თბილისი, 2002
- კ.ჭიჭინაძე, ზოგიერთი მოსაზრება სტრესის თეორიის შესახებ. თბილისი, 2000

თავი 2
მოსახლეობის ჯანმრთელობა

მეორე თავის შინაარსი

2.1. შესავალი. პიროვნებაზე მოქმედი ფაქტორების გავლენა დაავადების აღმოცენებაზე
2.2. მოსახლეობის ჯანმრთელობის აშსახველი ძირითადი კრიტერიუმები. ტერმინი ჯანმრთელობა. ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები. მოსახლეობის ჯანმრთელობის აშსახველი ძირითადი კრიტერიუმები

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა* ჯანმრთელობის კონცეფციის განვითარების ძირითად ეტაპებს
- *შეაფასებს* დაავადების აღმოცენებაზე მოქმედი ფაქტორების როლსა და მნიშვნელობას
- *კონკრეტული* მაგალითების გამოყენებით *შეაფასებს* ჯანმრთელობის პრიორიტეტებს

2.1 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:

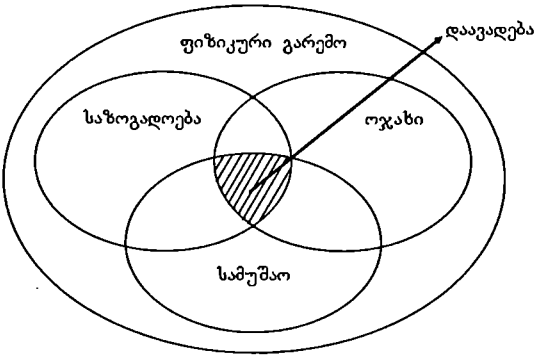
- ბიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებზე (მემკვიდრეობა, სხეულის აგებულების ტიპი, ტემპერამენტი და სხვ.);
- ფიზიკურ გარემოზე (ადგილმდებარეობა, ფლორა, ფაუნა და სხვ.);
- სოციალურ-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ ფაქტორებზე, რომლებიც შრომისა და ყოფა-ცხოვრების პირობების ცვალებადობას განაპირობებენ;

- 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.

2.2. 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 ხშირ შემთხვევაში დაზუსტებას მოითხოვს.

ჯანმრთელობა გულისხმობს არა მარტო 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.

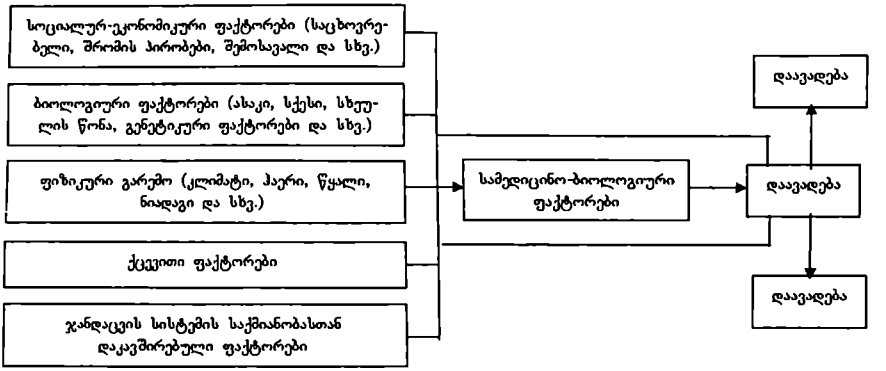
სოციალური კეთილდღეობა გულისხმობს საყოფაცხოვრებო პირობებს, კვებას, სამედიცინო დახმარების ხარისხს, გარემოს, ცხოვრების წესს, შრომის პირობებს, დასვენებას, დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს (მოსახლეობის ზრდა, მოსახლეობის დაბერება, მიგრაციული პროცესები).

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 გარემება, რომ ჯანმრთელობის ცნების განმარტებას არა მარტო თეორიული, არამედ ზედმიწევნით დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა გააჩნია. მაგალითად, ძნელია დავარქვათ ჯანმრთელი ისეთ ადამიანს, რომელიც, მართალია, არ ავადმყოფობს, მაგრამ იმავდროულად იძულებულია იშიმშილოს, განიცდიდეს ხარისხიანი წყლის ნაკლებობას, არ ჰქონდეს სახლ-კარი და ა.შ. არადა, დღესდღეობით მსოფლიოში მცხოვრები 6 მილიარდზე მეტი ადამიანიდან 3 მილიარდი სიღარიბის ზღვარს მიღმა ცხოვრობს, 2 მილიარდი მოიხმარს დღეში 1 აშშ დოლარზე ნაკლებს, 2 მილიარდისათვის ხელმისაწვდომი არ არის სუფთა სასმელი წყალი, 3 მილიარდი საერთოდ ვერ მოიხმარს ელექტროენერგიას. ალბათ არ შეიძლება ჯანმრთელად ჩათვალოს 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 ხელს უწყობს, როგორც ცალკეული პიროვნების დასნებოვნებას, ისე მოსახლეობაში დაავადებათა გავრცელებას. რაც კიდევ უფრო ამძიმებს საერთო სიტუაციას. ხაზგასასმელია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობა საზოგადოების განვითარების ძირითადი პირობაა და ამავე დროს – მისი მოქმედების საბოლოო შედეგი.

ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები



ჯანმრთელობის ცნება შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც ცალკეული პიროვნების, ასევე საზოგადოების წევრთა ერთობლიობის მიმართ. ამასთან დაკავშირებით სხვადასხვა კრიტერიუმის გამოყენებით შესაძლოა შეფასდეს:

ინდივიდუალური ჯანმრთელობა, რომელიც ასახავს ცალკეული ინდივიდის თვითგრძნობას, დაავადების არსებობას ან არარსებობას;

- **ჯგუფური** ჯანმრთელობა, რომელიც გულისხმობს ადამიანთა ცალკეული ჯგუფის ჯანმრთელობას;
- **პოპულაციის (მოსახლეობის)** ჯანმრთელობა **(საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა)**, რომელიც ასახავს მთლიანად მოსახლეობაში არსებულ ტენდენციებს.

პოპულაციურ დონეზე სხვადასხვა მონაცემის გათვალისწინებით მოსახლეობა შეიძლება პირობითად დაიყოს ე.წ. „ჯანმრთელობის ჯგუფებად“:

- **ჯანმრთელები** (პირები, რომლებიც საერთოდ არ ავადმყოფობდნენ, სამედიცინო შემოწმებისას კი პათოლოგია არ გამოუვლინდათ. გასაგებია, რომ თანამედროვე პირობებში ამ ჯგუფში შეიძლება გაერთიანდეს მოსახლეობის არაუშეტეს 5-8%);
- **ბრაქტიკულად ჯანმრთელები** (პირები, რომლებსაც სამედიცინო შემოწმებისას უმნიშვნელო პათოლოგიური გადახრა გამოუვლინდათ, აგრეთვე ამ ჯგუფში გაერთიანებულია ის ჯანმრთელი პირები, რომელნიც მავნე საწარმოო ან საყოფაცხოვრებო პირობების ზეგავლენის ქვეშ იმყოფებიან);

- **მწვავე დაავადებაგადატანილი პირები;**
- **ქრონიკული აავადმყოფები;**
- **შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები (ინვალიდები).**

აშკარაა, 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 არა მარტო სხვადასხვაგვარია, არამედ ზოგჯერ ერთმანეთს ეწინააღმდეგება.

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

თუ ზემომოყვანილ კრიტერიუმებს ცალკეულ ჯგუფებად გავაერთიანებთ, შესაძლოა დავასკვნათ — როგორც თითოეული ადამიანის, ასევე მთლიანად მოსახლეობის ჯანმრთელობის დახასიათებისათვის გამოიყენება შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები:

- **დემოგრაფიული მაჩვენებლები;**
- **აავადობა;**
- **მყარი შრომისუუნარობა (დაინვალიდება);**
- **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.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები:

ჯანმრთელობის პრიორიტეტები *health priorities* — მეცნიერულად დასაბუთებულ პრობლემათა სფერო, რომელთაც საზოგადოება საგრძნობ დანაკარგებამდე მიჰყავთ.

ჯანმრთელობის ეკოლოგიური მოდელი, ჯანმრთელობის ეკოლოგია — *ecological public health* — საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცნების განხილვა იმის გათვალისწინებით, რომ ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური ჯანმრთელობის მდგომარეობა განისაზღვრება გარემომცველი სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურული, პოლიტიკური, ინდივიდუალური ფაქტორების ურთიერთქმედებით, სამედიცინო დახმარების მიღების ჩათვლით.

გარემოს ჰიგიენა (ჯანმრთელობა) — *environmental health (higiena)* — ჯანდაცვის სფერო, რომელიც განსაზღვრავს, ადგენს, აკონტროლებს და მართავს მოსახლეობაზე მოქმედ ფიზიკურ და სოციალურ პირობებს. მაგალითად, საწარმოს ან რომელიმე ტერიტორიის გარემოს ჰიგიენა შეისწავლის პათოგენური ქიმიური, რადიაციული, ფიზიკური და ზოგიერთი ბიოლოგიური აგენტის როგორც პირდაპირ, ასევე არაპირდაპირ ზემოქმედებას მოსახლეობაზე.

ჯანმრთელობის მდგომარეობა (სტატუსი) — health status — ცალკეული ინდივიდის ან მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების შედეგები სპეციალური მაჩვენებლების გამოყენების საფუძველზე.

ჯანმრთელობის განვითარება – health development – ჯანმრთელობის მდგომარეობის პროგრესული გაუმჯობესების უწყვეტი პროცესი ინდივიდუალურ, ჯგუფურ, პოპულაციურ დონეზე.

რისკის ანალიზი – health risk analise – პროგნოზირებადი პარამეტრების შეგროვების, ანალიზისა და შედარების პროცესი ცალკეული პირის ან მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

პროფესიული ჯანმრთელობა – occupational health – ინდივიდუალური ჯანმრთელობა, რომელიც განპირობებულია პროფესიული ფაქტორებისა და პირობების გავლენით. ფუნქციური მდგომარეობა – functional status – პიროვნების მიერ ყოველდღიური საქმიანობის განხორციელების უნარი. ფუნქციური მდგომარეობა შესაძლებელია შეფასდეს სხვადასხვა (ფიზიკური, სოციალური, ფსიქო-ემოციური და სხვა) პარამეტრით სათანადო ასაკისა და სქესისათვის დამახასიათებელი ხორმების გათვალისწინებით.

სიცოცხლის ხარისხი – quality of life (ან ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ადამიანის „სიცოცხლის ხარისხი" – health related quality of life – HRQOL) გულისხმობს ზემოქმედებას, რომელიც მოახდინა ავადმყოფობამ, ტრავმამ, მკურნალობის შედეგებმა, ასაკთან ან სქესთან დაკავშირებულმა პრობლემებმა ცალკეული პიროვნების ფიზიკურ, სოციალურ, ან ფსიქოლოგიურ სტატუსზე. „სიცოცხლის ხარისხი" შეიძლება შეფასდეს სპეციალური ინდექსების მეშვეობით QUALY (QUALY-ს ინდექსი), რომელიც ასახავს ცხოვრების იმ მონაკვეთს, როდესაც ჯანმრთელობის მდგომარეობა (ან მისი გარკვეული შეცვლა) არ აბრკოლებს სასიცოცხლო ფუნქციების შესრულებას.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები:

- რამდენად ადეკვატურია მეთოდები, რომელთა გამოყენებით შესაძლოა ჯანმრთელობის ჯგუფების დადგენა?
- რამდენად რეალურია თანამედროვე პირობებში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მოწოდების „ჯანმრთელობა ყველასათვის" რეალიზება?
- რა სახის ღონისძიებებია ჩასატარებელი ჯანმრთელობის სხვადასხვა ჯგუფში გაერთიანებული პაციენტებისათვის?
- რამდენად ადეკვატურია QUALY-ს ინდექსი ხანდაზმული მოსახლეობის სიცოცხლის ხარისხის შესაფასებლად?
- როგორ გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე სოციალური ფაქტორები?

დამატებითი ლიტერატურა:

- ო. გერზმავა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი, 2008
- ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2010. სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი, 2011
- ქართული სამედიცინო პორტალი WEB: http://medportal.ge/
- Тульчинский Т.Х. Варавикова Е.А., Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку. Иерусалим, 1999
- Yahoo! Health: Medical Dictionary, Diseases, Drugs and Medicines. WEB: health.yahoo.com
- World Health Organization WEB: www.who.int
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM): WEB: nccam.nih.gov

თავი 3

მოსახლეობის ავადობის შესწავლის თავისებურებები

მესამე თავის შინაარსი

3.1. *შესავალი*
3.2. მოსახლეობის ავადობის ამსახველი ძირითადი მაჩვენებლები. პირველადი (ანუ საკუთრივ) ავადობა. საერთო ავადობა. ავადობის სტრუქტურა. ინფექციური ავადობა. ჰოსპიტალიზებულთა ავადობა. უმთავრესი არაინფექციური დაავადებები. ავადობა დროებითი შრომისუუნარობით
3.3. სამედიცინო გასინჯვებით გამოვლენილი ავადობა. წინასწარი პროფილაქტიკური გასინჯვები. პერიოდული პროფილაქტიკური სამედიცინო გასინჯვები. გეგმიური, მიზნობრივი, მასობრივი სამედიცინო გასინჯვები
3.4. ავადობის შესწავლა სიკვდილის მიზეზების მიხედვით
3.5. ავადობის შესწავლის შედეგების ინტერპრეტაცია. მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურის თავისებურებები კვლევის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებისას
3.6. სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების ცნება
3.7 ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაცია
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა* მოსახლეობის ავადობის ამსახველ ძირითად მაჩვენებლებს
- დაასაბუთებს ავადობის კვლევის სხვადასხვა მეთოდის აუცილებლობას კონკრეტული მაგალითების გამოყენებით
- დამოუკიდებლად გაითვლის მოსახლეობის ავადობის ამსახველ მაჩვენებლებს
- დასაბუთებულად შეაფასებს მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურას
- შეაფასებს და გაიაზრებს საჭირო ზომებს სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების გავრცელების შესამცირებლად
- გაეცნობა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის პრაქტიკული გამოყენების წესებს

3.1. 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, არა მარტო დავადგინოთ პათოლოგიის არსებობა და მისი გავრცელების დონე, არამედ, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, მიღებული შედეგების საფუძველზე დავგეგმოთ აუცილებელი სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

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

- ეხდოგენური 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, შეეზება ეს ოპტიმალური ტემპერატურული რეჟიმის შენარჩუნებას, თუ მიწისძვრისაგან თავის დაზღვევას ახალი სამშენებლო კონსტრუქციების გამოყენებით.

3.2. მოსახლეობის ავადობის აშსახველი 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 წელიწადში შეიძლება რამდენჯერმე განმეორდეს, ქრონიკული დაავადებები, რომლებიც შეიძლება შემთხვევით პირველად გამოვლინდეს, მაგალითად, ექიმთან ვიზიტის დროს და ა.შ.).

პირველადი ავადობის მაჩვენებელი გამოითვლება შემდეგნაირად:

$$\frac{\text{სიცოცხლეში პირველად გამოვლენილ და რეგისტრირებულ შემთხვევათა რიცხვი}}{\text{მოსახლეობის რაოდენობა}} \times 1000$$

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 (მაგალითად სტატისტიკურ ცნობარებში) იხმარება ტერმინი დაავადებიანობა.

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, ქუნთრუშას, დიფთერიის აღმოჩენის შემთხვევაში. ასევე, ექიმს ევალება, შეატყობინოს ჯანმრთელობის ცენტრს პარატიფის, ბაცილური ტუბერკულოზის, ციმბირის წყლულის, ქოთაოს, დიზენტერიის, ეპიდემიური მენინგიტის, ენცეფალიტის, ტულარემიის, ბრუცელოზის, ტეტანუსის, ცოფის, ინფექციური სიყვითლის, ყივანახველის, 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.

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, თითქმის მთლიანად იქნა ლიკვიდირებული ისეთი საშიში ინფექციები, როგორიცაა: შავი ჭირი, ყვავილი, შებრუნებული და პარტახტიანი ტიფები და სხვ. მკვეთრად იკლო წითელათი, ყივანახველით, 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 სანიტარიული კულტურის დაბალმა დონემ ინფექციურ დაავადებათა გავრცელების რეალური საშიშროება შექმნა. საღღეისოდ საერთაშორისო ჰუმანიტარული ორგანიზაციების დახმარებით ქვეყნის მოსახლეობის ვაქცინებით მომარაგება გაუმჯობესდა, მაგრამ ფართომასშტაბიანი და გეგმიური პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება, მათი სიძვირისა და არარეგულარული მოწოდების გამო, სრული სპექტრით ვერ ხერხდება.

ჰოსპიტალიზებულთა ავადობა ასახავს მონაცემებს იმ პაციენტებზე, რომლებიც სტაციონარში მკურნალობენ. აშკარაა, რომ ეს მაჩვენებელი მთლიანად მოსახლეობის ავადობის ჭეშმარიტ დონეზე მსჯელობის უფლებას არ გვაძლევს, რადგან ადამიანების უმრავლესობას ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში არ ესაჭიროება ჰოსპიტალური დახმარება. მიუხედავად ამისა, ჰოსპიტალიზებულთა 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: გულ-სისხლძარღვთა, ენდოკრინული, ფსიქიატრიული და ონკოლოგიური დაავადებები.

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

დროებითი შრომისუუნარობით ავადობის შეფასება ხდება შემდეგი ძირითადი მაჩვენებლების მეშვეობით:

- დაავადების შემთხვევათა სიხშირე, რომელიც გამოითვლება ყოველ 100 მომუშავეზე:

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

- შრომისუუნარობით გაცდენილ დღეთა რიცხვი:

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

- ერთი შემთხვევის საშუალო ხანგრძლივობა:

$$\frac{\text{დროებითი შრომისუუნარობის დღეთა რიცხვი}}{\text{დროებითი შრომისუუნარობის შემთხვევათა რიცხვი}}$$

- დროებითი შრომისუუხარობის შემთხვევების ჯერადობა:

$$\frac{\text{შემთხვევათა რაოდენობა}}{\text{ავადმყოფ პირთა რაოდენობა}}$$

დროებითი შრომისუუნარობის მაჩვენებლების ანალიზი ამ შემთხვევების შესამცირებლად ეფექტური ღონისძიებების შემუშავების საშუალებას გვაძლევს.

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

3.3. 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 აელენენ.

ამ სახის შემოწმებები საქართველოში უკვე 60 წლის განმავლობაში 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 ფიზკულტურის ინსტიტუტში ან მეტყველების დარღვევების მქონე პიროვნებას გაუჭირდება პედაგოგობა), როგორი უნდა იყოს სადაზღვევო გადასახადი (გასაგებია, რაც უფრო მძიმედ არის დაავადებული პიროვნება, მით უფრო იზრდება ეარაუდი, რომ მას დასჭირდება ძვირადღირებული მკურნალობა, ე.ი. სათანადოდ იზრდება სადაზღვევო რისკიც).

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

3.4. ავადობის შესწავლა სიკვდილის მიზეზების მიხედვით

ამ მეთოდით ავადობის შესწავლის ძირითად დოკუმენტს 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 არაადეკვატური 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.

3.5. ავადობის შესწავლის შედეგების ინტერპრეტაცია

მიუხედავად მოსახლეობის ავადობის კვლევის მეთოდების მრავალფეროვნებისა, განსაკუთრებული ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემობას, 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 დაეყრდნობით 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		ჰოსპიტალიზებულთა 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		**დაინვალიდებულთა 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 შრომისუუნარობით		**გაღრმავებული 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%

3.6. სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების ცნება

მხოლოდ ავადობის მონაცემების კომპლექსური სოციალურ-ჰიგიენური და კლინიკური შეფასება საფუძველს არ იძლევა, რათა საბოლოო დასკვნა გამოვიტანოთ საჭირო საორგანიზაციო ღონისძიებების გატარების შესახებ. ამიტომ, ავადობის შესწავლის პროცესში ხშირად გამოიყენება მრავალსფეროვანი კვლევა, რომელიც ითვალისწინებს მოსახლეობის გამოკითხვის მასალების ანალიზს, მიზნობრივი სამედიცინო შემოწმების ჩატარებას, სხვადასხვა წყაროდან მიღებული ინფორმაციის (გარდაცვალების მოწმობები, ავადმყოფთა ისტორიები, ამბულატორიული ბარათები და სხვ.) დამუშავებას. შეკრებილი 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 იღონოს 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 საფუძველზეა შესაძლებელი იმის დადგენა, თუ რა პათოლოგია წარმოადგენს განსაკუთრებულ სოციალურად მნიშვნელოვანს საზოგადოებისათვის მოცემულ დროში, რაც, საბოლოო ჯამში, საფუძველად ედება საჭირო საორგანიზაციო ღონისძიებების გატარებას.

3.7 ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაცია

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

ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დაავადებათა ერთიანი კლასიფიკაციისა და ნომენკლატურის შემუშავებას, რაც საშუალებას გვაძლევს, არა მარტო გავაუმჯობესოთ ავადობის ამსახველი 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 საშუალებასაც 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 წლიწადში 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 სისხლმბადი 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 შობიარობის შემდგომი პერიოდის გართულებები (630-679)
XII. კანისა და კანქვეშა ქსოვილის დაავადებები (680-709)
XIII. ძვალ-კუნთოვანი 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, მთელი რიგი ცვლილებებით. 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. ახალწარმონაქმნები (C00 - C99, D00 - D49)
III. სისხლისა და სისხლმბადი 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 კლასიფიკაციებში არ თავსდება (R00 - R99)
XIX. შინაგანი მიზეზებით გამოწვეული ტრავმები, მოწამვლები და სხვა გარკვეული შედეგები (V00 - V99, W00 - W99)
XX. დაავადებებისა 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 სტანდარტული კლინიკური დიაგნოზების ჩამონათვალია იმ საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, რომლითაც ყველა პროფესიის ექიმმა უნდა იხელმძღვანელოს.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

მოსახლეობის მოცვა (ჯანდაცვის სამსახურებით) – *population coverage* – საქმიანობა, რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის სამსახურების ხელმისაწვდომობას მოსახლეობისათვის.

მოსახლეობის ფუნქციური მოცვა (ჯანდაცვის სამსახურებით) – *functional coverage* – მოსახლეობის მიერ სამედიცინო დაწესებულების გამოყენება (პასიური მოცვა) ან სამედიცინო დაწესებულებების მიერ განხორციელებული მოსახლეობის მომსახურება (სამუშაო, საცხოვრებელ და სხვ.) ადგილზე (აქტიური მოცვა).

რისკ–ჯგუფის ადამიანებზე დაკვირვება – *human risk management* – რისკ-ჯგუფის პაციენტებზე ფოკუსირებული ჯანდაცვითი ღონისძიებების გატარება (მათი დროული და სრულფასოვანი გამოკვლევა, სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური დახმარება და სხვ.).

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები:

რამდენად ეფექტურია სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების კრიტერიუმების გამოყენება ჯანდაცვის სისტემის საჭიროებათა შეფასებისას?

მოსახლეობის აკადობის შესწავლის პროცესში რა გზით შეიძლება მიეაღწიოთ მაქსიმალურ ეფექტურობას მინიმალური დანახარჯებით?
როგორ უნდა დაიგეგმოს მუშაობა მოსახლეობის სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფში მასობრივი და მიზნობრივი სამედიცინო გასინჯვების ჩატარების პროცესში?
რომელი მეთოდების გამოყენებაა გამართლებული ხანდაზმული მოსახლეობის აკადობის დასადგენად?

დამატებითი ლიტერატურა:

- ICD-„10" - „აკადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია". თბილისი, 2001
- ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. თბილისი, 2010
- ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2019. სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი, 2011
- USA Census Bureau. International Data Base (IDB) WEB: http://www.census.gov/ipc/www/idb
- World Health Organization - WHO/OMS. The United Nations public health arm. Monitors disease outbreaks, assesses the performance of Health systems around the globe. WEB: www.who.int/en

თავი 4
მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარება

მეოთხე თავის შინაარსი

4.1. *შესავალი*
4.2. მოსახლეობის სტატიკა. მოსახლეობის ნორმალური ასაკობრივი სტრუქტურა
4.3. მოსახლეობის აღწერის სახეები. მოსახლეობის საყოველთაო აღწერები
4.4. მოსახლეობის მოძრაობის სახეები. მოსახლეობის დინამიკა. მოსახლეობის მექანიკური მოძრაობა. მოსახლეობის სოციალური მობილურობა. მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობა
4.5. შობადობაზე მოქმედი ფაქტორები
4.6. შობადობის მაჩვენებლები. მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის მაჩვენებლები
4.7. მოსახლეობის სიკვდილიანობის აღრიცხვა
4.8. მოსახლეობის სიკვდილიანობის მაჩვენებლები
4.9. ბავშვთა სიკვდილიანობა
4.10. სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა – დღეგრძელობის ცხრილები
4.11. დაავადებათა გლობალური ტვირთისა და DALY-ის მაჩვენებლები
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

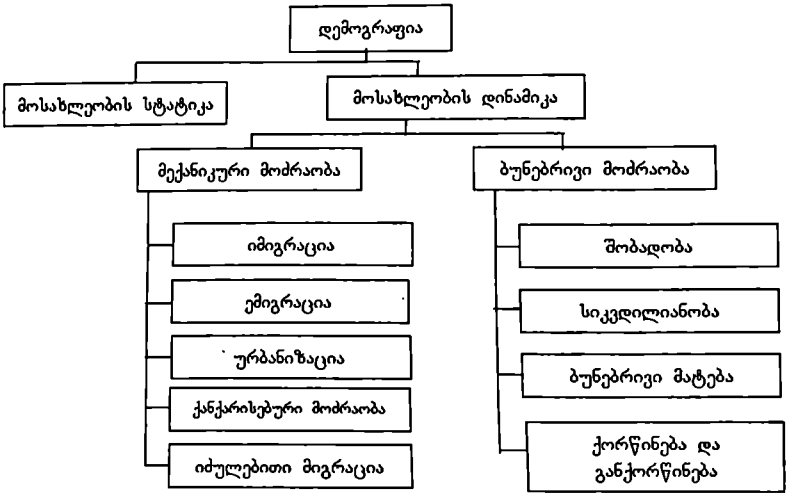
- *გაეცნობა* მოსახლეობის აღწარმოების ამსახველ მონაცემებს
- დამოუკიდებლად გაითვლის მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარების ამსახველ მაჩვენებლებს
- *გაეცნობა* დემოგრაფიული კვლევის სხვადასხვა მეთოდს
- კონკრეტული მაგალითების გამოყენებით შეაფასებს დემოგრაფიულ სიტუაციას ნაციონალურ და რეგიონულ ჭრილში
- გაეცნობა დემოგრაფიულ სიტუაციას მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში
- შეაფასებს დემოგრაფიული სიტუაციის გაჯანსაღებაზე მიმართულ საორგანიზაციო ღონისძიებებს

4.1 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.

დემოგრაფიის შესწავლის საგანი



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

4.2. მოსახლეობის სტატიკა

მოსახლეობის **სტატიკა** (Status – ლათ. წონასწორობა, მდგომარეობა) ასახავს მოსახლეობის მდგრადობას. 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 სტატიკის დამახასიათებელ მონაცემებს შეისწავლიან დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში.

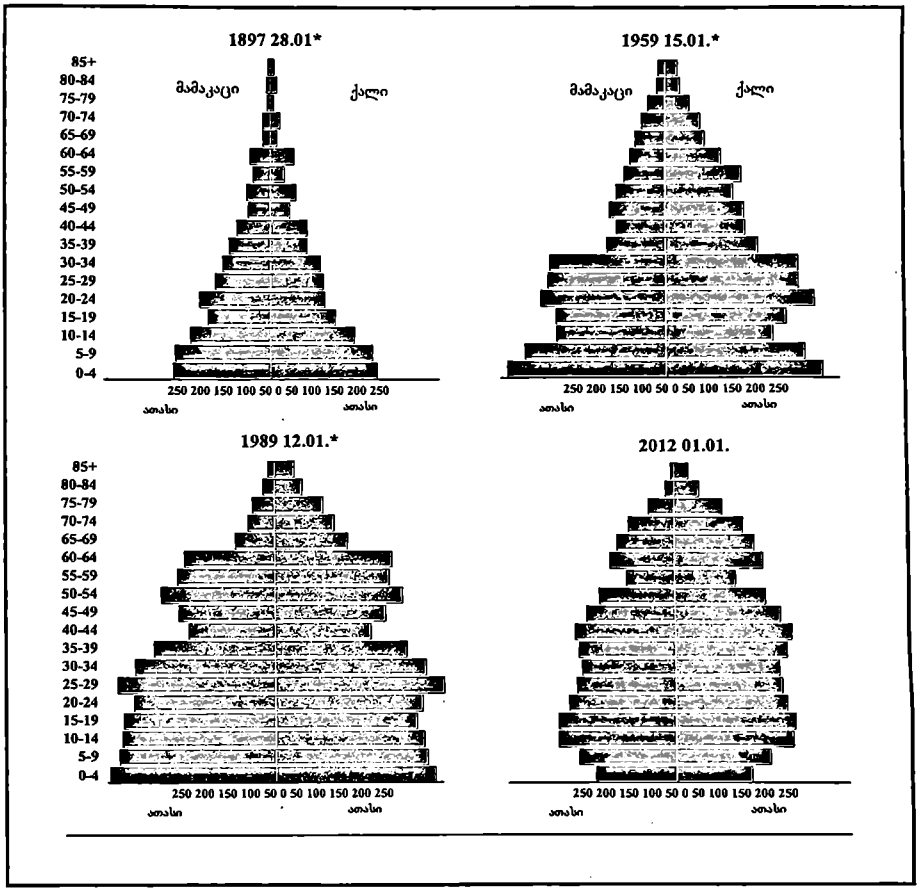
თუ არ გვეცოდინება მოსახლეობის სქესობრივი და, განსაკუთრებით, ასაკობრივი შემადგენლობა, ძნელია ვიმსჯელოთ არსებული დემოგრაფიული მაჩვენებლების შესახებ.

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 2).

ნახატი 2

საქართველოს მოსახლეობა ასაკისა და სქესის მიხედვით



* მოსახლეობის აღწერის მასალების მიხედვით

4.3. მოსახლეობის აღწერის სახეები

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

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

ცხრილი 2

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
2011.1.10	7.1 მილიარდი

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

2011 წლის მონაცემებით, მსოფლიოს მოსახლეობამ 7 მილიარდ 100 მილიონს მიაღწია. საპროგნოზო შეფასებით, 2015 წ. დედამიწაზე 8 მილიარდი ადამიანი იცხოვრებს (ცხრილი 2).

ცხრილი 3

საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა (ათასებში)

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
2010	4 452.0

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 განურჩეველად ასაკისა და სოციალური მდგომარეობისა, რისი მიღწევაც შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის შრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობების მკვეთრი გაუმჯობესებით, სოციალური პროგრამების გაფართოებით, სახელმწიფო, საზოგადოებრივი, საქველმოქმედო და სადაზღვევო სახსრების რაციონალური გამოყენებით.

არსებული მონაცემები გვაუწყებს, რომ წინა წლებთან შედარებით საქართველოს მოსახლეობა გამოხატულად შემცირდა, რაც, ძირითადად, განპირობებულია შობადობის მკვეთრი კლებით და ინტენსიური მიგრაციული პროცესებით (ცხრილი 3).

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.

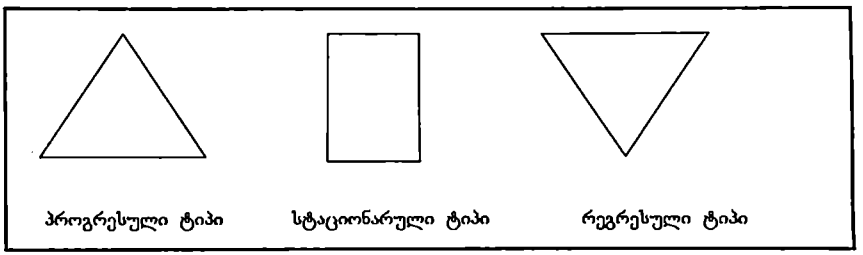
პროგრესული ტიპი – როდესაც 0-14 წლის ასაკის პირთა რაოდენობა მეტია 60 წლისა და მეტი ასაკის პირთა რაოდენობაზე. დამახასიათებელია ქვეყნებისათვის, სადაც მაღალია შობადობის და, შესაბამისად, დაბალია საერთო სიკვდილიანობის მაჩვენებლები.

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 3).

ნახატი 3

მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი პირამიდების პირობითი მოდელები



გასაგებია, რაც მეტია ხანდაზმული ასაკის პირთა ხვედრითი 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 დოვლათს ქმნის.

4.4. 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 ჟროს ემთხვევა ქვეყანაში საწარმოო სიმძლავრეების მკვეთრი ზრდა, მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის მიღწევების ფართო ფანერგვა, რაც დამატებითი მუშახელის მოზიდვას მოითხოვდა. თუ 1921 წელს საქართველოს მოსახლეობის სტრუქტურაში ქალაქის მოსახლეობა მხოლოდ 20%-ს შეადგენდა, 1989 წელს იგი 56%-ს აღემატებოდა, 2010 წელს კი – 65%-ს. ამავე დროს თბილისის მოსახლეობა 234 ათასიდან 1350 ათასამდე გაიზარდა.

ცხრილი 4

მსოფლიოს უდიდესი ქალაქების მოსახლეობის რიცხვი (2011 წ.)

ქალაქი (ქვეყანა)	მოსახლეობის რაოდენობა (მლნ)
ტოკიო (იაპონია)	34,4
ჯაკარტა (ინდონეზია)	21,8
ნიუ-იორკი (აშშ)	20,0
მანილა (ფილიპინები)	20,0
სეული (სამხრეთ კორეა)	19,5
ბომბეი (ინდოეთი)	19,5
სან-პაულო (ბრაზილია)	19,1
დელი (ინდოეთი)	18,0
შანხაი (ჩინეთი)	14,5
კალკუტა (ინდოეთი)	13,6

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში წარმოიშვა ე.წ. **მეგაპოლისები** (ცხრილი 4), რომლებიც სადღეისოდ უდიდესი პრობლემის წინაშე დგანან (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 არა მარტო ადამიანის ჯანმრთელობას, არამედ მის სიცოცხლესაც.

სეზონური მიგრაცია წარმოადგენს მოსახლეობის გადაადგილებას 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 მეცხოველეობის 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, სასწავლებლად და ა.შ.). ამ ტიპის მიგრაცია განსაკუთრებით დიდ პრობლემას წარმოადგენს მეგაპოლისებში, სადაც გარეუბნების მცხოვრენი 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 მატებაზე.

იძულებითი მიგრაცია არის მოსახლეობის ომით, სტიქიური უბედურებით ან დაძალებით გამოწვეული გადაადგილება. ამ სახის მიგრაცია განსაკუთრებით დიდ ზიანს აყენებს ქვეყანას, მის მომავალს. საკმარისია გაეცნოთ 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 არა მარტო ადმინისტრაციული, არამედ ჯანდაცვის ორგანოებიც, ვინაიდან მიგრაციული აქტივობა დიდ გაელენას 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 მასობრივი გაუარესება, ფერხდება დემოგრაფიული პროცესები, ვინაიდან მიგრანტები საყოფაცხოვრებო მოუწყობლობის გამო დაგვიანებით ქორწინდებიან, თავს იკავებენ ბავშვის გაჩენაზე და ა.შ.

ცხრილი 6

საქართველოს მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის მაჩვენებლების დინამიკა

(1000 სულ მოსახლეზე)

წლები	ქორწინება	განქორწინება	მოსახლეობა	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
2012	2.8	0.4	14.1	10.7	3.3

მოსახლეობის **ბუნებრივ მოძრაობას** ასახავს ისეთი პროცესები, როგორებიცაა შობადობა, სიკვდილიანობა, ბუნებრივი ნამატი, 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 მიანდვეს.

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. მმაჩ-ის ბიუროს), ასევე საეკლესიო დავთრების მეშვეობით (თუ ჩატარდა ჯვრისწერის ან სხვა საეკლესიო რიტუალი). მმაჩ-ის ბიუროში აღრიცხულ მონაცემებს შემდეგ ამუშავებენ სახელმწიფო სტატისტიკის ორგანოები, რომლებიც საჭირო ცნობებს აწვდიან სხვადასხვა უწყებას, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებსაც.

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

4.5. შობადობაზე მოქმედი ფაქტორები

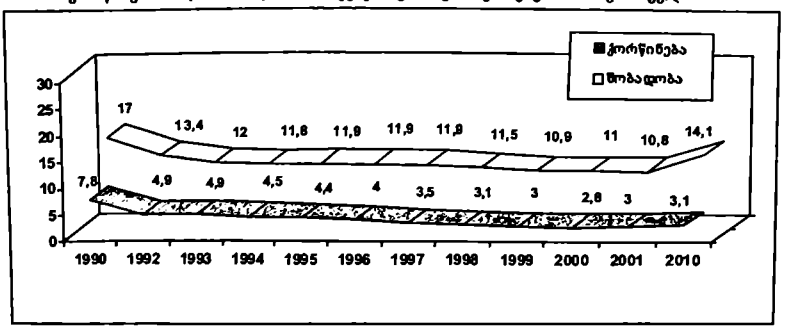
შვილიანობა არა მხოლოდ პიროვნების ან ოჯახის საქმეა, არამედ მას საზოგადოებრივი, ეროვნული და სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობა ენიჭება. თუ შვილიანობა, ერთი შეხედვით, ცალკეული პიროვნების ან ოჯახის პრობლემად გვესახება, ქვეყნის მასშტაბით იგი საზოგადოებრივ მნიშვნელობას იძენს. **შობადობის** დონე, მისი დინამიკა, კლების 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 ურთიერთმოქმედებაზე.

თუმცა შობადობის მაჩვენებელზე დიდ ზეგავლენას ახდენს მრავალი სოციალური ფაქტორი (მოსახლეობის მატერიალური და კულტურული დონე, ქალის საზოგადოებრივ საქმიანობაში ჩართვის 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 დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად მტკიცედაა ეამყარებული მოცემულ ეპოქაში ან ქვეყანაში ოჯახის ინსტიტუტი. თუ XX საუკუნის მეორე ნახევრამდე ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა ხვედრითი წილი უმეტეს ქვეყნებში არ აღემატებოდა 2-5%-ს, დედა და ბავშვი კი ხშირად განდეგილი იყო საზოგადოებისგან. ბოლო ათწლეულებში, განსაკუთრებით სკანდინავიის ქვეყნებში, რუსეთში, გერმანიაში სიტუაცია მკვეთრად შეიცვალა, 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. არასრულ ოჯახში, ძირითადად, იბადება ერთი ბავშვი, რომელიც შემდგომში – ხშირად ასევე არიდებს თავს ქორწინებას. ქორწინების გარეშე დაბადებულ ბავშვთა ეკანმრთელობის მდგომარეობა გამოხატულად უარესია იმ თანატოლებთან შედარებით, რომლებიც იზრდებიან სრულ ოჯახში. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის გარემობა, რომ ყველაზე ფართოდ დაწესებული შეღავათებით სარგებლობს არა ძირითადი მოსახლეობა, არამედ იმიგრანტები, რამაც ზოგიერთი ევროპული ქვეყნის მოსახლეობის ეთნიკური შემადგენლობის გამოხატულ შეცვლას შეუწყო ხელი.

ნახატი 4

ქორწინებისა და შობადობის მაჩვენებლების ურთიერთკავშირი საქართველოში



განსხვავებული პროცესები მიმდინარეობს იმ ქვეყნებში, სადაც ოჯახის ინსტიტუტი საკმარისად გამყარებულია, საზოგადოების მხრიდან კი აშკარა ნეგატიური განწყობაა ქორწინების გარეშე დაბადებული ბავშვების მიმართ. ამ ქვეყნების რიცხვს საქართველოც მიეკუთვნება, სადაც შობადობის მაჩვენებლების კლება ხდებოდა ქორწინების კოეფიციენტის პარალელურად (ნახატი 4), რაც თავისთავად მოითხოვს განსაკუთრებული ზომების მიღებას. ისეთ ტრადიციული ორიენტაციის ქვეყანაში, როგორიცაა საქართველო, გასაკუთრებელია სპეციფიკური დემოგრაფიული პოლიტიკა, მიმართული ოჯახის განმტკიცებაზე, ახალგაზრდა მშობლებისათვის შელავათების 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. 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 არა მარტო შეხედულებებით, არამედ ცხოვრების კონკრეტული პირობებითაც განისაზღვრება.

აშკარაა, რომ შობადობის შემცირება იმ დონემდე, როდესაც ახალგაზრდა თაობა მშობლების თაობაზე ნაკლებია, დეპოპულაციის საფრთხეს ქმნის. დადგენილია, რომ მოსახლეობის **მარტივი აღწარმოებისათვის** (განახლებისათვის) ოჯახს უნდა ჰყავდეს საშუალოდ 2,2-2,5 ბავშვი, ხოლო მოსახლეობის **გაფართოებული 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 აღწარმოებას და მისი „დაბერების" პროცესის დაჩქარებას უწყობს ხელს.

4.6. 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 შევუფარდოთ მოსახლეობის საერთო რიცხვს.

$$\frac{\text{ცოცხლად დაბადებულთა რიცხვი}}{\text{მოსახლეობის საშუალო წლიური რიცხვი}} \times 1000$$

შობადობის მაჩვენებლები განსხვავდება არა მარტო სხვადასხვა ქვეყნის, არამედ ცალკეული რეგიონის მიხედვითაც. ამასთან დაკავშირებით სარგებლობენ შობადობის კოეფიციენტის კლასიფიკაციით, რომელიც ქვეყნის ან ცალკეული რეგიონის მოსახლეობის აღწარმოების ტენდენციების შეფასების საშუალებას იძლევა (ცხრილი 6).

შობადობის ზოგადი კოეფიციენტის კლასიფიკაცია

შობადობის კოეფიციენტი	კოეფიციენტის კლასიფიკაცია	ქვეყნები, სადაც აღირიცხება არსებული კოეფიციენტი
10,0-მდე	ზედმიწევნით დაბალი	შვეცია, შვეიცარია, დანია
11-12,9	ძალიან დაბალი	საქართველო, ლიტეა, 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, კიპროსი, პერუ, აზერბაიჯანი, ყაზახეთი
26-30,9	საშუალოზე მაღალი	მალაიზია, სირია, ფილიპინები, ეკვადორი, მექსიკა, უზბეკეთი
31-40,9	მაღალი	ქუვეითი, სალვადორი, ალჟირი, ინდოეთი, 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 აღწარმოების 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 ახ კლება ფასდება ძასძი შეძავალი 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.

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

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

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

ნაყოფიერების ასაკობრივი კოეფიციენტი განსხვავდება როგორც სხვადასხვა ქვეყანაში, 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 მრავალშვილიანი ოჯახების და ზოგადად შობადობის მაჩვენებლების შემცირებაზე.

ცხრილი 7

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	419	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
2007	33,2	112,8	63,2	50,4	21,2	6,6	1,4	1,42

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 (ცხრილ 7-ში მოცემულია ნაყოფიერების ასაკობრივი და ჯამური კოეფიციენტების დინამიკა საქართველოში).

იმისათვის, რომ უფრო ზუსტი წარმოდგენა ვიქონიოთ შობადობის ტენდენციების შესახებ, 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 დავადგინოთ 1 ქალის მიერ ნაშობ გოგონათა რიცხვი. მისი გამოთვლისათვის ნაყოფიერების ჯამური კოეფიციენტი უნდა გავამრავლოთ დაბადებულ ბავშვთა შორის გოგონების ხვედრით წილზე. მაგალითად, თუ ნაყოფიერების ჯამური კოეფიციენტი 3-ის ტოლია, ხოლო გოგონათა ხვედრითი წილი დაბადებულ ბავშვთა შორის 45%-ია (0,45), მაშინ ბრუტო-კოეფიციენტი უდრის 3 x 0,45 = 1,25. აქედან გამომდინარე, შესაძლოა დავასკვნათ, რომ არსებულ რეგიონში (ან ქვეყანაში), სადაც გათხოვილ ქალს, საშუალოდ, 3 ბავშვი ეცდება, 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.

4.7. მოსახლეობის სიკვდილიანობის აღრიცხვა

მოსახლეობის სიკვდილიანობა, ისევე, როგორც შობადობა, ნათლად ასახავს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების თავისებურებებს. ისტორიის სხვადასხვა ეტაპზე მოსახლეობის სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მკვეთრად განსხვავდებოდა. განსაკუთრებით ძლიერად მერყეობდა 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 დაიწყეს 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 მკურნალი ექიმი გასცემს დაწესებულების ბეჭდით დამოწმებულ **სიკვდილის შესახებ სამედიცინო მოწმობას**, რომელშიც აღნიშნული უნდა იყოს სიკვდილის მიზეზი. მოულოდნელი ან ძალადატანებითი 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)" — 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 მმაჩ-ის ბიუროები გასცემენ **ცნობას გარდაცვალების შესახებ**, რომლის დუბლიკატი იგზავნება სტატისტიკის ორგანოებში, სადაც მონაცემებს ამუშავებენ.

4.8. 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 ურთიერთკავშირში და არა ერთიმეორისაგან 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 (ცხრილ 8-ში მოცემულია სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტები საქართველოში).

მამაკაცების, როგორც საერთო, ისე ასაკობრივი სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ჭარბობს ქალების ანალოგიურ მონაცემებს. განსაკუთრებით ეს აღინიშნება 15-49წ. და 50-69წ. 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 ნაადრეი სიკვდილის საშიშროებას ზრდის.

ცხრილი 8

სიკვდილიანობის ასაკობრივი კოეფიციენტები საქართველოში

ასაკი	1996	2000	2006	2010
0	28,7	23,1	24,4	11.2
1-4	0,7	0,6	0,6	0.5
5-9	0,4	0,3	0,3	0.3
10-14	0,2	0,3	0,3	0.3
15-19	0,6	0,5	0,7	0.5
20-24	0,8	0,8	0,7	0.8
25-29	1,3	1,2	1,4	1.0
30-34	1,7	1,6	1,8	1.3
35-39	2,3	2,4	2,5	2.0
40-44	3,5	3,4	3,5	3.1
45-49	5,0	5,0	4,9	4,7
50-54	7,8	7,6	7,4	7,0
55-59	13,8	11,4	10,0	10,4
60-64	17,8	17,8	16,3	15,3
65-69	29,0	29,0	26,9	24,1
70-74	46,2	46,4	45,7	37,3
75-79	70,8	761,4	71,1	60,9
80-84	115,0	115,0	114,6	94,0
85+	206,7	216,9	217,6	137,9
სულ	10,4	10,7	10,7	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 ასაკობრივ კოეფიციენტებს.

4.9. ბავშვთა სიკვდილიანობა

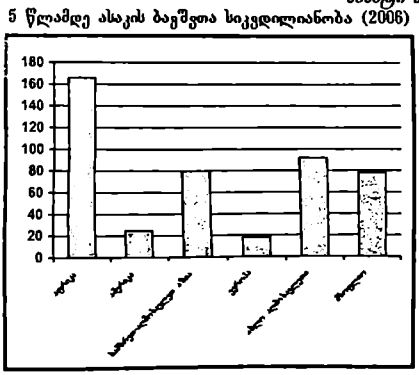
ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (როგორც 5 წლამდე, ისე 1 წლამდე ასაკში) ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ამსახველ ყველაზე მგრძნობიარე მაჩვენებლად ითვლება.

განვითარებად ქვეყნებთან შედარებით, ბავშვთა სიკვდილიანობა ზედმიწევნით დაბალია ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში. მაგალითად, თუ აფრიკის რეგიონში ყოველ 1000 ახალდაბადებულიდან 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 5).

ბავშვთა სიკვდილიანობაზე გავლენას ახდენს როგორც ბიოლოგიური ფაქტორები (დედის ასაკი, ინტერვალი 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 ოავისებურებები.

ნახატი 5

5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა (2006)



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 ზედმიწევნით საინტერესო ტენდენცია. ზოგიერთ ქვეყანაში, სადაც საუკუნეების მანძილზე შობადობისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები იყო, თითქმის ერთი თაობის ცხოვრების პერიოდში ეკონომიკური სიტუაცია მკვეთრად გაუმჯობესდა, 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, ქუეეთი, საუდის არაბეთი და სხვ.). ამ მოვლენას ე.წ. **დემოგრაფიული მაკრატლის ფენომენს** უწოდებენ.

ერთ წლამდე ასაკის ანუ ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობას ახასიათებს გამოხატული თავისებურებები. საზგასასმელია 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-6 დღის ჩათვლით) პერიოდებს. შემდგომ მოდის **გვიანი ნეონატალური** (7-დან 28 დღემდე) და **პოსტნეონატალური** (28 დღიდან 1 წლამდე) პერიოდები. არაიშვიათად იხმარება ზოგადი ტერმინიც - ნეონატალური პერიოდი (ბავშვის დაბადებიდან 28 დღემდე).

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

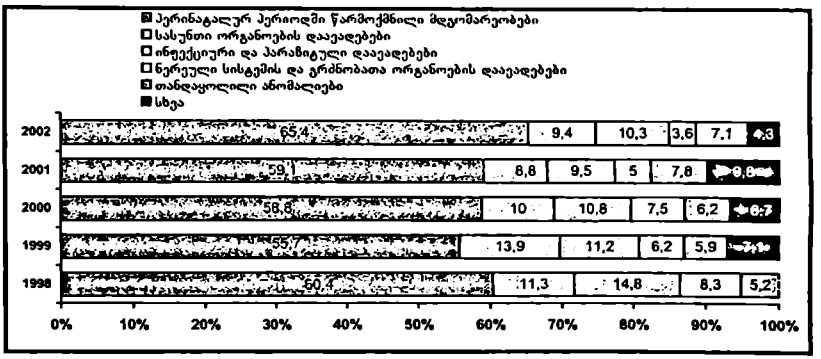
პერინატალური სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზებია ასფიქსია, ატელექტაზი, განვითარების თანდაყოლილი მანკები, სამშობიარო ტრავმები და სხვ.

ადრეულ 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 6-ში მოცემულია 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მიზეზების სტრუქტურა).

ნახატი 6

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 — მმაჩ-ის ბიური — სტატისტიკის ორგანოები) გადაგზავნა ხშირად გვიანდება, დაგვიანებით ხდება ახალშობილთა რეგისტრაციაც.

სწორედ ამიტომ სიკვდილიანობის კოეფიციენტის ზუსტად გამოანგარიშებისათვის დაბადებულთა რიცხვი წარმოდგენილია აღებულ 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

$$\frac{\text{მკვდრადშობილთა რაოდენობა + მე-6 დღის ჩათვლით გარდაცვლილთა რიცხვი}}{\text{მკვდრად და ცოცხლადშობილთა საერთო რაოდენობა}} \times 1000$$

მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი

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

ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

$$\frac{\text{0-დან 6 დღის ასაკის გარდაცვლილთა რიცხვი}}{\text{წლის განმავლობაში ცოცხლადშობილთა რაოდენობა}} \times 1000$$

გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

$$\frac{\text{7-27 დღის გარდაცვლილთა რიცხვი}}{\text{წლის განმავლობაში ცოცხლადშობილთა რაოდენობა}} \times 1000$$

პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი

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

4.10. 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 9).

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

ცხრილი 9

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 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 ჭრილში და ბოლო სამი წლის განმავლობაში დაბადებულთა რიცხვი.

სიკვდილის ალბათობის მონაცემები დაბადებისას (q_0)შემდეგნაირად მიიღება:

$$q_0 = \frac{\text{2000 და 2001 წწ. 1 წლის ასაკამდე გარდაცვლილთა ჯამი}}{\text{2000 წ. დაბადებულთა 1/3 + 2001 დაბ. მთლიანი რიცხვი + 2002 წ. დაბ. 2/3}}$$

1-დან 2 წლამდე ასაკისათვის გამოთვლა ხორციელდება შემდეგნაირად:

$$q_1 = \frac{\text{2000 და 2001 წწ. 1-დან 2 წლამდე ასაკში გარდაცვლილთა ჯამი}}{\text{2000 წ. დაბადებულთა 1/2 + 2001 წ. დაბ. მთლიანი რიცხვი + 2002წ. დაბ. 1/2}}$$

ანალოგიურად გამოითვლება q_2, q_3 და q_4.

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

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

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

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

ცხრილის სტაციონარული მოსახლეობის რაოდენობა (L_x) მიღებულია შემდეგნაირად:

ა) 12 თვემდე $L = 0{,}35i + 0{,}65i$

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

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

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 ძიღწეულთა რიცხვზე:

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

ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარება უდიდეს გავლენას ახდენს სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე. თუ განვითარებულ ქვეყნებში 2007 წლის მონაცემებით ამ მაჩვენებელმა 79-80 წელს მიაღწია, აფრიკისა და აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში ის არ აღემატებოდა 37-45 წელს (ნახატი 7).

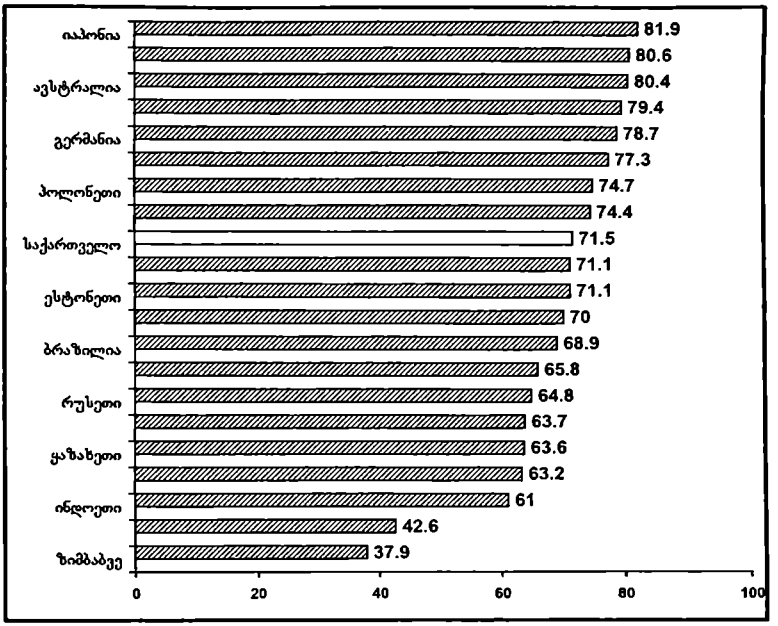
თსსუ-ის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის კათედრის თანამშრომელთა გამოკვლევებით დადგინდა: თუ 1938-1939 წლებში თბილისის მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 54,1 წელს, 1969-70წწ. მან მოიმატა 70,7 წლამდე, 1990 წელს ამ მაჩვენებელმა მიაღწია 71,2 წელს, 1994 წლის მონაცემებით 69,2 წლამდე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

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში (2006 წ.)



ცალკეულ მიზეზთა გავლენის შეფასება სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მხოლოდ ზემომოყვანილი 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, ტრავმულ დაზიანებათა კლების შემთხვევაში — 1,5 წლით, ხოლო ონკოლოგიურ დაავადებათა შემცირებისას — 1,7 წლით.

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

4.11. 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 შემოთავაზებებით 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 მეთოდიკის შესახებ.

დაავადებათა გლობალური ტვირთის მაჩვენელის 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).

ცხრილი 10

დაავადებათა გლობალური ტვირთის განაწილება მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში

მოსახლეობის მიერ სიცოცხლის წლების და შრომისუუნარობით 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

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 დანაკარგი**, 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%-იანი 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 დამუშავებულიყო 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 ცხრილ 10-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.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- მოსახლეობის საყოველთაო აღწერების მნიშვნელობა ჯანდაცვის სისტემისათვის
- დემოგრაფიული სტატისტიკა – როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის შეფასების კრიტერიუმი
- ბავშვთა სიკვდილიანობის ძირითადი ტენდენციები მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში
- რა კავშირშია ასწლოვანთა რიცხვის ზრდა და მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა
- DALI-ის ინდექსი – კვლევის შედარებით ახალი მეთოდი თუ განვითარებად ქვეყნებზე განხორციელებული პოლიტიკური ზეწოლის ბერკეტი?
- მოსახლეობის შობადობის სტიმულირების პრობლემა თანამედროვე საქართველოში
- დეენილთა დემოგრაფიული განვითარების საერთაშორისო ასპექტები

დამატებითი ლიტერატურა

- დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი (შემდგენელი გ.წულაძე), თბილისი, 2007
- გ.წულაძე, ნ.მაღლაფერიძე, ა.ვადაჭკორია საქართველოს დემოგრაფიული განვითარება (1960-2000), თბილისი, 2002.
- ა.სულაბერიძე, ფიქრები ქართულ ოჯახზე და დემოგრაფიაზე. თბილისი, 2007.
- ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2010. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველოს შრომის, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, 2011
- World Popclock Tracks the estimated global population. From the U.S. Census Bureau WEB: www.census.gov/cgi-bin/ipc/popclockw.
  Гундарев И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизмы, пути преодоления. М. 2001
- http://www.mongabay.com/cities_pop_01.htm

თავი 5
მოსახლეობის ფიზიკური განვითარება

მეხუთე თავის შინაარსი

5.1. შესავალი
5.2. მოსახლეობის ფიზიკური განვითარების შესწავლის გზები
5.3. ფიზიკური განვითარების შესწავლა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში
5.4 აქსელერაცია
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი გაეცნობა:

- მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის ფიზიკური განვითარების შესწავლის ძირითად გზებს
- აქსელერაციის პროცესის გლობალიზაციის ძირითად მიზეზებს
- სტატისტიკურ მონაცემებს, რომლებიც ადასტურებენ ფიზიკური განვითარების, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი ინდიკატორის, შესწავლის აუცილებლობას

5.1. შესავალი

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

ადამიანის ფიზიკური განვითარება, გარდა მემკვიდრეობით გადმოცემული 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.

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 მაჩვენებელთა დინამიკურ შესწავლას გარემოსა და სოციალური პირობების თავისებურებების გათვალისწინებით.

ფიზიკური განვითარების შეფასების მეთოდიკა, 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 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 გადახრაა.

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, ბ.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 საავალდებულო სამხედრო სამსახურისათვის და ა.შ.

5.3. ფიზიკური განვითარების შესწავლა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში

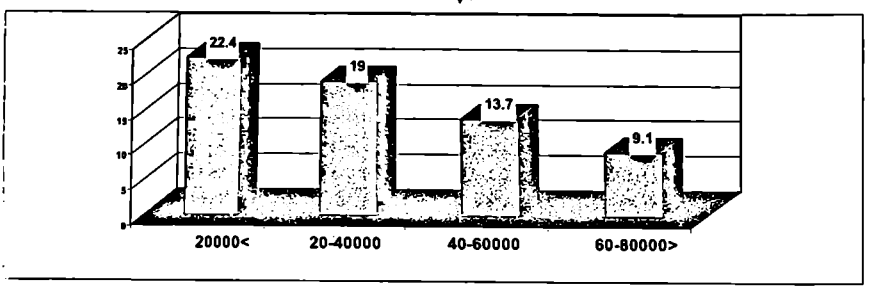
მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის მონაცემების დამუშავება ხასიათდება რიგი თავისებურებით. კერძოდ, თუ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვების მონაცემებს მათი ფიზიკური განვითარების შესახებ მშობელი ან პედიატრი აზუსტებს ყოველი თვის მიხედვით, ერთი წლიდან ორ წლამდე ეს ხდება ყოველკვარტალურად. ორი წლიდან სამ წლამდე — 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, ამასთან, მრავალრიცხოვანი კვლევების შედეგები მიუთითებს იმაზე, რომ, რაც უფრო სერიოზულ ყურადღებას უთმობს ოჯახი ბავშვის მიერ ჯანსაღი ცხოვების წესის დაცვას, მით უფრო უმჯობესდება მისი ფიზიკური განვითარების ამსახველი მონაცემები (ნახატი 8).

ნახატი 8

ჭარბი წონის მქონე ბავშვების ხვედრითი წილი სხვადასხვა შემოსავლის მქონე ოჯახებში (აშშ, 2011 წ.)



მრავალწლიანი დაკვირვების შედეგები ადასტურებს იმ აზრს, რომ პოპულაციურ დონეზე ჭარბი წონის გავრცელების ძირითად რისკ-ფაქტორს მშობელთა დაბალი შემოსავალი, განათლების დონე, ქრონიკული სტრესი და როგორც შედეგი – არარაციონალური კვება და მაგნე ჩვევების გავრცელების მაღალი სიხშირე წარმოადგენს. ამას ადასტურებს ნახატზე წარმოდგენილი აშშ-ის სტატისტიკური რესურსების ცენტრის 2005 წლის მონაცემები ბავშვთა და მოზარდთა შორის ჯარბი წონის გავრცელების შესახებ. ღარიბებთან შედარებით (2005 წლის მონაცემებით, აშშ-ში სიღარიბის ზღვარს მიღმა მცხოვრებ ოჯახთა რიცხვს მიეკუთვნება 4-სულიანი ოჯახი (მშობლები და ორი არასრულწლოვანი ბავშვი), რომლის წლიური შემოსავალი არ აღემატება 20000 დოლარს). ოჯახის შემოსავალთან ერთად პროგრესულად კლებულობს ჭარბი წონის მქონე ბავშვთა და მოზარდთა რიცხვიც.

სხვადასხვა გამოკვლევის მიხედვით საქართველოში 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, განსაკუთრებთ 80-იანი წლების დამდეგს. ამასთან, ბოლო ათწლეულის მანძილზე აღინიშნება აქსელერაციის პროცესის შენელება, რაც, სავარაუდოდ, მჭიდროდაა დაკავშირებული სოციალურ ფაქტორებთან.

ფიზიკური განვითარების შესწავლა პედიატრის მუშაობის აუცილებელი ელემენტია. ეს ეხება არა მარტო 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 გამოხატავს მოცემული თაობის ბავშვთა და მოზარდთა ზრდისა და საერთო განვითარების დაჩქარებას წინა თაობებთან შედარებით. არსებული ტერმინი შემოიღო **ეკოხმა** 1935 წელს, რომელმაც შეადარა 1830 და 1920 წლებში ევროპაში დაბადებულ ბავშვთა ანთროპოლოგიური მონაცემები. ეკოხმა დაასკვნა, რომ 90 წლის განმავლობაში 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 გერმანიასა და ავსტრიაში, რომელიც XIX საუკუნის ოციანი 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 გლობალიზაციის ძირითადი 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 პროცესი საკმაოდ დიდი ხნის განმავლობაშია ცნობილი, მთელი რიგი პრობლემა დღესაც ნაკლებადაა შესწავლილი (მაგალითად, აქსელერაციის გავლენა გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიურ დაავადებათა გაახალგაზრდავებაზე, მათ გავრცელებაზე და სხვ.).

ბოლო წლებში, რიგ მკვლევართა აზრით, დაწყებულია საპირისპირო პროცესი, ე.წ. **დეცელერაცია** (decceleratio ლათ. – შენელება), რომელიც მოსახლეობის ანთროპომეტრიული 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.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რამდენად ობიექტურად ასახავს ფიზიკური განვითარების მონაცემები მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას?
- რამდენად მჭიდროდაა დაკავშირებული მოსახლეობის მაღალი მიგრაციული აქტივობა და აქსელერაციის პროცესი?
- რამდენად მნიშვნელოვანია ანთროპოლოგიის საფუძვლების ცოდნა ექიმისათვის?

დამატებითი ლიტერატურა

- Data Resource Center for Child & Adolescent Health WEB: www.childhealthdata.org
- The National survey of children health USA 2003 WEB:http://www.cdc.gov/nchs/
- Poverty Thresholds for 2005 by Size of Family WEB: www.census.gov/hhes/www/poverty/threshld/

თავი 6

მყარი შრომისუუნარობა, როგორც ჯანმრთელობის ამსახველი კრიტერიუმი

მეექვსე თავის შინაარსი

6.1. შესავალი
6.2. პიროვნების შესაძლებლობების შეზღუდვის სახეები
6.3. პიროვნების ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვის შეფასების კრიტერიუმები
6.4. მყარი შრომისუუნარობის ექსპერტიზის წესები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა სტატისტიკურ მონაცემებს, რომლებიც ასახავენ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების პრობლემას
- გაეცნობა პიროვნების ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვის შეფასების კრიტერიუმებს
- გაეცნობა მყარი შრომისუუნარობის ექსპერტიზის წესებს
- შეფასებს სოციალური გარემოს ზემოქმედების როლსა და მნიშვნელობას შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების უფლებების დაცვის საქმეში

6.1. შესავალი

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების პრობლემა, ერთი შეხედვით, გარკვეულად შენიღბულია ჩვენს საზოგადოებაში, მაგრამ მისი მნიშვნელობა დღითიდღე იზრდება. საკმარისია აღინიშნოს, რომ 2006 წლის მონაცემებით საქართველოში აღირიცხა თითქმის 180 ათასი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი, რომლებზედაც გაიცემოდა პენსია. ამასთან, პრობლემა გაცილებით სერიოზულია, ვინაიდან სხვადასხვა სახის და სიმძიმის შეზღუდვა გააჩნია გაცილებით მეტ ადამიანს, რომელთა ხვედრითი წილი სხვადასხვა ქვეყნის მონაცემებით მთლიანი მოსახლეობის 18-25%-ს შეადგენს. ამასთან, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების რიცხვი იზრდება. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება საშუალებას იძლევა, გადავარჩინოთ იმ პაციენტების სიცოცხლე, რომლებიც სულ ცოტა ხნის წინათ განწირულად ითვლებოდნენ. არაშვიათად, ასეთ პაციენტებს სხვადასხვა სახის შეზღუდვები აღენიშნებათ.

ამასთან, ღიად რჩება საკითხი იმის შესახებ, აუცილებლად წარმოადგენს თუ არა შეზღუდული უნარი დაბრკოლებას პიროვნების თვითრეალიზაციის საქმეში?

თუ გადავხედავთ ადამიანის უფლებების დაცვის მოძრაობის ისტორიას, დავრწმუნდებით, რომ დისკრიმინაციას ან მიკერძოებას შეუძლია შეუშალოს ხელი ადამიანს საზოგადოების ცხოვრებაში სრულყოფილი მონაწილეობის მიღებაში. შეზღუდული უნარი ხშირად განიხილება, როგორც განსხვავებული მდგომარეობა, რომელიც უარყოფით დაღს ასვამს ადამიანს სხვებთან შედარებით. მრავალი დარგის (მედიცინა, ფსიქოლოგია) წარმომადგენელთა თვალსაზრისით, შეზღუდული უნარი არის გადახრა; ამ თეორიული მოდელის მიხედვით, მოსახლეობის უმეტესობა განიხილება როგორც ნორმალური, შეზღუდული უნარის არსებობა კი პიროვნებას საზოგადოების გარეთ აყენებს. ამ თვალსაზრისით, შეზღუდული უნარი ზიანს აყენებს პიროვნებას – მიაღწიოს თავისი პოტენციური შესაძლებლობების მაქსიმუმს. საზოგადოების დამოკიდებულება კი პიროვნებას არახელსაყრელ მდგომარეობაში აყენებს. მაგრამ მაშინ რა ვთქვათ განსაკუთრებული ნიჭის ან გამოჩენილი ინტელექტის მქონე პიროვნებებზე? ნუთუ ადამიანების დამოკიდებულება მათ მიმართ უნდა განსხვავდებოდეს და ზღუდავდეს მათი პოტენციალის რეალიზებას?

რა თქმა უნდა, არა. არსებობს მრავალი მონაცემი იმის შესახებ, რომ შეზღუდული უნარი წარმოადგენს ადამიანის მდგომარეობის განუყოფელ ნაწილს (მაგალითად, ავადმყოფობით, ტრავმით გამოწვეული მდგომარეობა). უძველესი დამწერლობის ძეგლები გვაუწყებს, რომ უუნარო ადამიანები ყოველთვის არსებობდნენ. ზოგიერთის (ბრმა, ყრუ, „ოდნავ ექსცენტრიული", ან ის, ვისაც შეეზღუდა უნარი უკვე უფროს ასაკში), მაგალითად, ეზოპეს (ბრმა ბერძენი პოეტის) ზნეობის გაკვეთილები დღემდე შეისწავლება სკოლებში. შესაძლებელია, რომ შეზღუდული უნარი მიგვანიშნებდეს სოციალურ პრობლემაზე, რომელიც ყურადღებას იმსახურებს. მნიშვნელოვანი საკითხი ის კი არაა, არსებობენ თუ არა შეზღუდული უნარის მქონე ადამიანები, არამედ უფრო ის, თუ როგორ რეაგირებს ადამიანი მათზე. თუ ასეთ ადამიანებს სამართლიანად ეპყრობიან და მათ შეუძლიათ მაქსიმალური ეფექტურობით გამოიყენონ თავიანთი პოტენციალური შესაძლებლობები, ჩვენ უფლება გვაქვს ვიმსჯელოთ დემოკრატიულ, თავისუფალ საზოგადოებაზე. მაგრამ თუ გადავხედავთ იმას, თუ როგორ ეპყრობოდნენ უუნარო ადამიანებს სხვადასხვა ისტორიულ ეპოქაში, შესაძლოა, დავასკვნათ, რომ ძალიან ბევრი საკითხი არც ძველად და არც დღესდღეობით გადაწყვეტილი არ არის. უფრო ხშირად პასუხი ამ კითხვაზე ერთია: ამ ადამიანებისადმი საზოგადოების დამოკიდებულება არათანმიმდევრული, ხშირად კი დისკრიმინაციულია. მაგალითად, ბევრ კულტურაში ჩვეულებრივ პრაქტიკას წარმოადგენდა დეფექტური ბავშვების დატოვება ტყეში ან მკვლელობა.

6.2. პიროვნების შესაძლებლობების შეზღუდვის სახეები

შესაძლებლობების შეზღუდვა არის დაავადებების, ტრავმის, ანატომიური ან გონებრივი დეფექტის შედეგად გამოწვეული ადამიანის ჯანმრთელობის მოშლა, ორგანიზმის ფუნქციის მყარი დარღვევით, რაც ქმედობაუნარიანობის დროებით ან მუდმივ შეზღუდვას განაპირობებს.

ორგანიზმის ძირითადი ფუნქციების დარღვევას განეკუთვნება:

1. ფსიქიკური ფუნქციის დარღვევა (აღქმა, ყურადღება, მეხსიერება, აზროვნება, ემოცია, მეტყველება);
2. სენსორული ფუნქციის დარღვევა (მხედველობა, სმენა, ყნოსვა, შეგრძნება);
3. დინამიურ-სტატიკური ფუნქციის დარღვევა (გადაადგილება, დგომა და ა.შ.);
4. სისხლის მიმოქცევის, სუნთქვის, საჭმლის მონელების, გამოყოფის, ნივთიერებათა ცვლის, შინაგანი სეკრეციის ფუნქციის დარღვევა.

ორგანიზმის ძირითადი ფუნქციების დარღვევა განისაზღვრება შემდეგნაირად:

- **პირველი ხარისხი** — ფუნქციების უმნიშვნელოდ გამოხატული დარღვევა;
- **მეორე ხარისხი** — ფუნქციების ზომიერად გამოხატული დარღვევა;
- **მესამე ხარისხი** — ფუნქციების მნიშვნელოვნად გამოხატული დარღვევა;
- **მეოთხე ხარისხი** — ფუნქციების მკვეთრად გამოხატული დარღვევა.

ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვა გამოიხატება თვითმომსახურების, გადაადგილების, ორიენტაციის, ურთიერთობის, თვითკონტროლის, სწავლისა და შრომითი საქმიანობის უნარის შეზღუდვაში.

თვითმომსახურების უნარი – ადამიანის მიერ ძირითადი ფიზოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების, ყოველდღიური საყოფაცხოვრებო საქმიანობისა და პირადი ჰიგიენის ჩვევების შესრულების უნარი;

გადაადგილების უნარი – სივრცეში დამოუკიდებლად გადაადგილების, მექანიკური წინააღმ-დეგობების გადალახვის, საყოფაცხოვრებო, საზოგადოებრივი და პროფესიული საქმიანობის ფარგლებში სხეულის წონასწორობის შენარჩუნების უნარი;

სწავლის უნარი – ზოგადსაგანმანათლებლო, პროფესიული და ა. შ. ცოდნის მიღების სოციალური, კულტურული და საყოფაცხოვრებო ჩვევების ათვისების უნარი;

შრომითი საქმიანობის უნარი – სამუშაოს ხასიათის მოცულობისა და პირობების მოთხოვნების შესაბამისად სამუშაოს შესრულების უნარი;

ორიენტაციის უნარი – დროსა და გარემო-სივრცეში გარკვევის, გარემოდან ისეთი სიგნალების მიღების, როგორიცაა დანახვა, მოსმენა, შეხება, მეტყველება, ყნოსვა და ამ სიგნალების ასიმილაციის მეშვეობით საპასუხო რეაქციის გამოხატვის უნარი;

ურთიერთობის უნარი – ინფორმაციის მიღების, აღქმის ანალიზისა და გაცემის გზით ადამიანებთან კონტაქტის დამყარების უნარი;

თვითკონტროლის უნარი – სოციალურ-სამართლებრივი ნორმების ფარგლებში ქცევისა და თავის მოქმედებაზე კონტროლის უნარი;

შეზღუდვის სტატუსი დგინდება ქმედობაუნარიანობის შესაძლებლობების ზომიერად, ძნიშვნელოვნად და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდვის შემთხვევაში.

ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვის კატეგორიები სიმძიმის მიხედვით განისაზღვრება შემდეგი ხარისხით:

თვითმომსახურების უნარის შეზღუდვა:

- **პირველი ხარისხი** – თვითმომსახურების უნარი დამხმარე საშუალებების გამოყენებით;
- **მეორე ხარისხი** – თვითმომსახურების უნარი დამხმარე საშუალებების გამოყენებით, ან სხვა პირის დახმარებით;
- **მესამე ხარისხი** – თვითმომსახურების შეუძლებლობა და სრული დამოკიდებულება სხვა პირის დახმარებაზე.

დამოუკიდებელი გადაადგილების უნარის შეზღუდვა:

- **პირველი ხარისხი** – დამოუკიდებელი გადაადგილების უნარი ჩვეულებრივზე მეტი დროის დანახარჯითა და გადაადგილების დანაწევრებით;
- **მეორე ხარისხი** – დამოუკიდებელი გადაადგილების უნარი დამხმარე საშუალებების გამოყენებით, ან სხვა პირის დახმარებით;
- **მესამე ხარისხი** – დამოუკიდებელი გადაადგილების შეუძლებლობა და სრული დამოკიდებულება სხვა პირის დახმარებაზე.

სწავლის უნარის შეზღუდვა:

- **პირველი ხარისხი** – სწავლის უნარი საერთო ტიპის სასწავლებლებში, სწავლის პროცესის სპეციალური რეჟიმის დაცვით და დამხმარე საშუალებების გამოყენებით ან სხვა პირების დახმარებით;
- **მეორე ხარისხი** – სწავლის უნარი მხოლოდ სპეციალურ სასწავლო დაწესებულებებში ან ბინაზე სწავლების სპეციალური პროგრამით;
- **მესამე ხარისხი** – სწავლის შეუძლებლობა.

შრომითი საქმიანობის უნარის შეზღუდვა:

- **პირველი ხარისხი** — შრომითი საქმიანობის შესრულების უნარი კვალიფიკაციის დაქვეითების ან სამუშაოს მოცულობის შემცირების პირობებში ან თავისი პროფესიით მუშაობის შეუძლებლობა;
- **მეორე ხარისხი** — შრომითი საქმიანობის შესრულების უნარი სპეციალურად შექმნილ პირობებში (სპეციალიზებული საწარმო, საამქრო, უბანი, ბინაზე შრომა) ან ჩვეულებრივ საწარმოო პირობებში სპეციალურად მოწყობილ სამუშაო ადგილზე დამხმარე საშუალებების გამოყენებით ან სხვა პირების დახმარებით.
- **მესამე ხარისხი** — შრომითი საქმიანობის შეუძლებლობა.

ორიენტაციის უნარის შეზღუდვა:

- **პირველი ხარისხი** — ორიენტაციის უნარი დამხმარე საშუალებების გამოყენებით;
- **მეორე ხარისხი** — ორიენტაციის უნარი სხვა პირების დახმარებით;
- **მესამე ხარისხი** — ორიენტაციის უნარის შეუძლებლობა.

ურთიერთობის უნარის შეზღუდვა:

- **პირველი ხარისხი** — ურთიერთობის უნარი, რომელიც ხასიათდება ადამიანებთან ურთიერთობისას ინფორმაციის მიღების, გადამუშავების, ათვისების, გადაცემის სიჩქარისა და მოცულობის მნიშვნელოვანი შემცირებით;
- **მეორე ხარისხი** — ურთიერთობის უნარი მხოლოდ დამხმარე საშუალებების გამოყენებით და ან სხვა პირების დახმარებით;
- **მესამე ხარისხი** — ურთიერთობის უნარის დაკარგვა.

თვითკონტროლის უნარის შეზღუდვა:

- **პირველი ხარისხი** — სოციალურ-სამართლებრივი ნორმების ფარგლებში ქცევისა და თავის მოქმედებაზე კონტროლის დაქვეითება;
- **მეორე ხარისხი** — ქცევისა და თავის მოქმედებაზე კონტროლის უნარის შენარჩუნება მხოლოდ სხვა პირების დახმარებით;
- **მესამე ხარისხი** — ქცევისა და თავის მოქმედებაზე კონტროლის უნარის დაკარგვა.

6.3. პიროვნების ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვის შეფასების კრიტერიუმები

ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვის სიმძიმის მიხედვით დგინდება მკვეთრად, მნიშვნელოვნად და ზომიერად გამოხატული შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი.

მკვეთრად გამოხატული შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენის კრიტერიუმს წარმოადგენს დაავადებების, ტრავმის, ანატომიური ან გონებრივი დეფექტის შედეგად გამოწვეული ადამიანის ჯანმრთელობის მოშლა, ორგანიზმის ფუნქციის მყარი და მკვეთრი დარღვევით, რაც განაპირობებს ქმედობაუნარიანობის მკვეთრად გამოხატულ შეზღუდვას და მუდმივ გარეშე მოვლის, დახმარების ან მეთვალყურეობის საჭიროებას.

ქმედობაუნარიანობის მკვეთრად გამოხატულ შეზღუდვას წარმოადგენს:

- თვითმომსახურების უნარის შეზღუდვა — მესამე ხარისხის;
- გადაადგილების უნარის შეზღუდვა — მესამე ხარისხის;
- შრომითი საქმიანობის უნარის შეზღუდვა — მესამე და მეორე ხარისხის;
- ორიენტაციის უნარის შეზღუდვა — მესამე ხარისხის;
- თვითკონტროლის უნარის შეზღუდვა — მესამე ხარისხის;
- ურთიერთობის უნარის შეზღუდვა — მესამე ხარისხის;

მნიშვნელოვნად გამოხატული შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენის კრიტერიუმს წარმოადგენს დაავადებების, ტრავმის, ანატომიური ან გონებრივი დეფექტის

შედეგად გამოწვეული ადამიანის ჯანმრთელობის მოშლა, ორგანიზმის ფუნქციის მყარი და მნიშვნელოვანი დარღვევით, რაც განაპირობებს ქმედობაუნარიანობის მნიშვნელოვნად გამოხატულ დარღვევას.

ქმედობაუნარიანობის მნიშვნელოვნად გამოხატულ შეზღუდვას წარმოადგენს:

- თვითმომსახურების უნარის შეზღუდვა – მეორე ხარისხის;
- გადაადგილების უნარის შეზღუდვა – მეორე ხარისხის;
- შრომითი საქმიანობის უნარის შეზღუდვა – მესამე და მეორე ხარისხის;
- ორიენტაციის უნარის შეზღუდვა – მეორე ხარისხის;
- თვითკონტროლის უნარის შეზღუდვა – მეორე ხარისხის;
- ურთიერთობის უნარის შეზღუდვა – მეორე ხარისხის;
- სწავლის უნარის შეზღუდვა – მეორე ხარისხის;

ზომიერად გამოხატული შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენის კრიტერიუმს წარმოადგენს დაავადებების, ტრავმის, ანატომიური ან გონებრივი დეფექტის შედეგად გამოწვეული ადამიანის ჯანმრთელობის მოშლა, ორგანიზმის ფუნქციის მყარი და ზომიერი დარღვევით, რაც განაპირობებს ქმედობაუნარიანობის ზომიერად გამოხატულ დარღვევას.

ქმედობაუნარიანობის ზომიერად გამოხატულ შეზღუდვას წარმოადგენს:

- თვითმომსახურების უნარის შეზღუდვა – პირველი ხარისხის;
- გადაადგილების უნარის შეზღუდვა – პირველი ხარისხის;
- შრომითი საქმიანობის უნარის შეზღუდვა – პირველი ხარისხის;
- ორიენტაციის უნარის შეზღუდვა – პირველი ხარისხის;
- თვითკონტროლის უნარის შეზღუდვა – პირველი ხარისხის;
- ურთიერთობის უნარის შეზღუდვა – პირველი ხარისხის;
- სწავლის უნარის შეზღუდვა – პირველი ხარისხის.

6.4. მყარი შრომისუუნარობის ექსპერტიზის წესები

აშკარაა, რომ მიუხედავად არსებული შეზღუდვებისა, პაციენტთა უმეტესობა ადაპტირებულია სოციალურ გარემოში, შეუძლია განახორციელოს შრომითი საქმიანობა, თუმცა საზოგადოებისაგან სერიოზულ მხარდაჭერას მოითხოვს. ამასთან, მნიშვნელოვან სამედიცინო და სოციალურ პრობლემას წარმოადგენს იმ პაციენტთა ბედი, რომლებიც სხვადასხვა მიზეზით ვერ ეწევიან შრომით საქმიანობას და პენსიის დანიშვნას საჭიროებენ.

მყარი შრომისუუნარობა (ინვალიდობა – invalidus – ლათ. – სუსტი, უძლური) გულისხმობს პიროვნების დაავადებით ან ანატომიური დეფექტით განპირობებულ მდგომარეობას, რომელიც ხელს უშლის პროფესიული მოვალეობების შესრულებაში 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, როგორებიცაა – „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე“, „განსხვავებული მოთხოვნილებების მქონე“ ადამიანები.

ცალკეული პირის შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენას საფუძვლად უდევს კლინიკურ-ფუნქციონალური, სოციალური, პროფესიულ-შრომითი და ფსიქოლოგიური მონაცემების კომპლექსური შეფასება. მხედველობაში მიიღება დაავადების ხასიათი, ორგანიზმის სისტემებისა და ორგანოთა ფუნქციურ დარღვევათა ხარისხი, მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ეფექტურობა, კლინიკური და შრომითი პროგნოზი. სოციალური ადაპტაციის შესაძლებლობები, შრომის კონკრეტული პირობები და ხასიათი.

შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენის შესახებ დასკვნა, ინდივიდუალური მიმართვის საფუძველზე, გამოაქვს შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს ზოგადი პროფილის ან სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებას, შემდეგი სახის გამოკვლევების გათვალისწინებით:

- საერთო კლინიკური გამოკვლევები;
- ბიოქიმიური გამოკვლევები;
- იმუნოლოგიური გამოკვლევები;
- რენტგენოლოგიური გამოკვლევები;
- ფუნქციონალური გამოკვლევები.

მყარი შეზღუდვების დადგენის საფუძველზე ხორციელდება პენსიის დანიშვნასთან დაკავშირებული პროცედურები. ამ ეტაპზე ხდება შემდეგი ჯგუფების გამოყოფა:

- **მყარი შეზღუდვა, განპირობებული დაავადებებით ან ტრავმით;**
- **მყარი შეზღუდვა, განპირობებული პროფესიული დაავადებით;**
- **მყარი შეზღუდვა, განპირობებული ბავშვობაში გადატანილი დაავადებებით ან ტრავმით;**
- **სამხედრო სამსახურთან** დაკავშირებული ქმედობაუნარიანობის მყარი დაქვეითება.
- იმისდა მიხედვით, რომელ ჯგუფს მიეკუთვნება პიროვნება, განისაზღვრება პენსიის ოდენობა და ამა თუ იმ ჯგუფისათვის კანონით განსაზღვრული შეღავათების დაწესება.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რამდენად გამართლებულია ზნეობრივი, პოლიტიკური, ეკონომიკური თვალსაზრისით პერინატალური და ნეონატალური სწრაფი განვითარება?
- რამდენად გამართლებულია ზნეობრივი, პოლიტიკური, ეკონომიკური თვალსაზრისით გერიატრიული მედიცინის სწრაფი განვითარება?
- არსებობს თუ არა შეზღუდული უნარის მქონე ადამიანების დისკრიმინაცია საქართველოში?
- როგორ წყდება პრობლემები, დაკავშირებული შეზღუდული უნარის მქონე ადამიანების ქორწინებასა და შვილიანობასთან?

დამატებითი ლიტერატურა:

- საქართველოს კანონი სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შესახებ. თბილისი, 2006 წლის 29 დეკემბერი (№4298-რს), WEB: http: //kanoni.justice.gov.ge
- ო.გერზმავა, უნარშეზღუდული ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პედაგოგიური, ფსიქოლოგიური და სამედიცინო ასპექტები. თბილისი, 2002.
- THE SALAMANCA STATEMENT AND FRAMEWORK FOR ACTION ON SPECIAL NEEDS EDUCATION World Conference on Special Needs Education: Access and Quality Salamanca, Spain, 7-10 June, 1994
- Disability Info.gov: Disability related information and resources (Contains information of interest to people with disabilities, their families, employers, service providers, and other community members). WEB: www.disabilityinfo.gov
- Disability and Health Team. The National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities promotes child development, prevents birth defects and developmental disabilities, and enhances WEB: www.cdc.gov/ncbddd/dh

თავი 7

სამედიცინო სტატისტიკა, როგორც მეცნიერება და სწავლების საგანი

მეშვიდე თავის შინაარსი

7.1. შესავალი
7.2. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების განვითარების ძირითადი ეტაპები. ციტირების ინდექსი. იმპაქტ-ფაქტორი. მეტა-ანალიზი. მტკიცებებზე დამყარებული მედიცინის ცნება
7.3. სტატისტიკური ერთობლიობა
7.4. ამორჩევითი ერთობლიობის განსაზღვრის მეთოდები
7.5. კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები. ალბათობის თეორია. დიდ რიცხვთა კანონი
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების განვითარების ძირითად ეტაპებს
- გაეცნობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატისტიკური კვლევის თანამედროვე მეთოდებს
- აითვისებს ჯანდაცვის სტატისტიკის ძირითად ელემენტებს
- გაეცნობა რანდომიზირებული კვლევების ჩატარების მეთოდოლოგიას
- კონკრეტულ მაგალითებზე დაყრდნობით შეაფასებს სტატისტიკური კვლევის მეთოდების გამოყენების დადებით და უარყოფით მხარეებს

7.1 შესავალი

სტატისტიკა (status-ლათ. – მდგომარეობა) არის საზოგადოებრივი მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის მასობრივ, ერთგვაროვან მოვლენებს რაოდენობრივ და თვისებრივ ურთიერთკავშირში, ავლენს 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.უიბლმა სტატისტიკას „მეცნიერების დედოფალი“ უწოდა.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, სტატისტიკა არის მეცნიერება, რომელიც საშუალებას იძლევა, მათემატიკური აპარატის გამოყენების მეშვეობით მოკლედ და ნებისმიერი პროფესიონალისათვის გასაგებ ენაზე აღვწეროთ მოვლენა.

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 ეპიდემიოლოგიურ 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 შესამუშავებლად. ამასთან, სამედიცინო სტატისტიკის ცნებები და მეთოდები ეპიდემიოლოგიის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს.

კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევა ხორციელდება შემდეგი მიმართულებით:

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

აღწერითი (დესკრიპტიული) ეპიდემიოლოგიური კვლევით შესაძლებელია ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების სტანდარტიზაცია, მოსახლეობის ავადობისა და 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, რისკს-ფაქტორების (მათ შორის ენდოგენური და ეგზოგენური, პროფესიასთან, ცხოვრების წესთან და ეთნიკურ თავისებურებებთან დაკავშირებული ფაქტორების) როლის დადგენა დაავადების წარმოშობასა და მის გავრცელებაში, მაღალი რისკის ჯგუფების ფორმირება.

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების გამოყენებით შეისწავლება მკურნალობის შორეული შედეგები, დიაგნოსტიკური მეთოდებისა და სკრინინგ-პროგრამების ეფექტიანობა (სპეციფიკურობა, 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. ანალიტიკური სტატისტიკის მეთოდების გამოყენებით შესაძლოა ჯანდაცვის ბიუჯეტის დაგეგმვისა და მართვის ეკონომიკური დასაბუთება, კანონპროექტების მომზადების, კანონების, კანონქვემდებარე აქტებისა და ნორმატიული დოკუმენტების აღსრულების კონტროლი და სხვ.

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.

7.2. 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 რეტროსპექტრიულად 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.პეტის** 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 **ეჰალეიმ** (1656-1742) პირველმა შეადგინა მეცნიერულად დასაბუთებული სიკვდილიანობის ცხრილები, **ბერნულიმ** (1654-1705) აღმოაჩინა ე.წ. „დიდ რიცხვთა კანონი", **ლაპლასმა** (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 მეცნიერ **ეოსიპოვს**, რომელმაც პირველმა გამოიყენა სტატისტიკური მეთოდი მოსახლეობის ავადობის შესწავლის მიზნით. მისი საქმიანობა განაგრძო და განავითარა **ბ.კურკინმა**. ამ უკანასკნელმა სტატისტიკა გამოიყენა მოსახლეობის ავადობის, ფიზიკური განვითარებისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შესასწავლად.

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

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

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 გამოჩენილმა ბიბლიოგრაფმა **ე.გარფილდმა (E.Garfield)**, 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 ე.გორფილდის მიერ მოწოდებული ინდექსაციის სისტემა მეცნიერული მოღვაწეობის შეფასების ერთ-ერთ ყველაზე ობიექტურ მაჩვენებლად იქნა აღიარებული. ეს კი იმას ნიშნავდა, რომ კვლევათა შესრულების ხარისხი და შედეგების სარწმუნოობა უპირატესად მეცნიერის მიერ გამოქვეყნებულ ნაშრომთა ციტირების ინდექსთან ასოცირდება.

კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგების დამაჯერებლობა მჭიდროდაა დაკავშირებული არა მარტო სამკურნალო საქმესთან, არამედ ფარმაცევტული 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 სარწმუნოობა კი, დადასტურებული ციტირების ინდექსით, ეხმარება მწარმოებელს ინვესტიციების მოზიდვაში, ახალი წამლის ან აპარატურის გასაღების ბაზრის 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 დადებითი თვისებების შესახებ. კვლევა არ გამოირჩეოდა დიდი ორიგინალობით, ვინაიდან შავი ღვინის სამკურნალო თვისებები ცნობილია უძველესი დროიდან და ამ კუთხით სხვადასხვა დროს ჩატარებული იყო მრავალი დაკვირვება, მაგრამ ღვინის მწარმოებელი ფირმების მარკეტინგულმა განყოფილებებმა ამ კვლევის შედეგების საფუძველზე ფართო სარეკლამო კამპანია გაჩაღეს, რომელსაც ხელი შეუწყო საფრანგეთის, იტალიისა და ესპანეთის მთავრობებმა. შედეგად, სულ მოკლე დროში ბორდოს, ბურგუნდიის (საფრანგეთი), ტოსკანის (იტალია), პენედესის (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).

იმის გათვალისწინებით, რომ ყოველწლიურად მსოფლიოში გამოქვეყნებული თითქმის 2 მილიონი ბიოსამედიცინო კვლევის შედეგებიდან მხოლოდ 50% შეიცავს სარწმუნო ინფორმაციას, 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 სოლიდური და სარწმუნოა წყარო, სადაც

გამოქვეყნდა კვლევის შედეგები. იმპაქტ-ფაქტორის მნიშვნელობა მერყეობს 0-დან 100000-ის ფარგლებში.

იმპაქტ-ფაქტორის (ისევე, როგორც ციტირების ინდექსის) გამოთვლა ბოლო წლებში ხორციელდება პერმანენტულად. სამეცნიერო პერიოდული გამოცემები შეირჩევა, როგორც წინა წლებში დადგენილი რეიტინგის მიხედვით, ასევე ცალკეული შეკვეთების საფუძველზე (საშუალოდ შეირჩევა 6-7 ათასი ჟურნალი ინგლისურ, ფრანგულ, გერმანულ, ესპანურ, იაპონურ, ჩინურ ენებზე).

მეორე ეტაპზე ხდება ყველა იმ სტატიის აღრიცხვა, სადაც ჟურნალის გამოქვეყნების შემდგომ 2 წლის (ან მეტი დროის) მანძილზე ციტირებულ იქნა ესა თუ ის პუბლიკაცია.

იმპაქტ-ფაქტორი წარმოადგენს ჟურნალში განთავსებული სტატიების ციტირებათა ჯამის შეფარდებას მათ საერთო რიცხვთან (ე.წ. კლასიკური, ანუ ე.გარფილდის სინქრონული იმპაქტ-ფაქტორი).

ბოლო წლებში გამოითვლება აგრეთვე დიაქრონული იმპაქტ-ფაქტორი (მაჩვენებელი კონკრეტული წლისათვის); ოპერატიულობის ინდექსი (immediacy index), რომელიც ასახავს მიმდინარე წელს გამოსული ჟურნალისა და მასში განთავსებული პუბლიკაციების იმპაქტ-ფაქტორს; თვითციტირების ინდექსი - გვაუწყებს, თუ რამდენჯერ იყო ციტირებული ერთი და იმავე ჟურნალის წინა ნომრებში გამოქვეყნებული სტატიები.

იმპაქტ-ფაქტორის მიხედვით განისაზღვრება სამეცნიერო ჟურნალების რეიტინგი, რომლის შედეგებიც ქვეყნდება MEDLIN -ის, PubMed -ის, JCI -ის, ScienceWatch.com -ის და სხვ. WEB გვერდებზე.

მიუხედავად მწვავე კრიტიკისა, როგორც ციტირების ინდექსი, ასევე იმპაქტ-ფაქტორი, დღესდღეობით ითვლება სამეცნიერო ინფორმაციის აქტუალურობისა და სარწმუნოობის შეფასების ძირითად კრიტერიუმად. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ მრავლადაა დაფიქსირებული შემთხვევა, როდესაც ცალკეული ავტორები, სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრებისა და პერიოდული სამეცნიერო გამოცემების ხელმძღვანელები, კოლეგებთან შეთანხმებით ხელოვნურად ზრდიან თავიანთ პუბლიკაციებში მოხსენიებულ ავტორთა რაოდენობას (რაც, შესაბამისად ზრდის მათ ციტირების ინდექსს). სერიოზულ პრობლემას აგრეთვე წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ ციტირების ინდექსი და იმპაქტ-ფაქტორი ძირითადად გამოითვლება იმ ჟურნალების რეცენზირების საფუძველზე. რომლებიც გამოქვეყნებულია ინგლისურ (თითქმის 85%), ესპანურ, ფრანგულ, გერმანულ, ჩინურ, იაპონურ ენებზე. ალბათ, ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ 2007 წლის მონაცემებით, მაგალითად, ჟურნალი „Nature" იმყოფება მეათე, მაშინ, როდესაც რუსეთის ერთ-ერთი ყველაზე პრესტიჟული სამეცნიერო ჟურნალი „Доклады Российской Академии наук" კი – 2745-ზე ადგილზე.

ბოლო წლებში განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს კლინიკურ-სტატისტიკური კვლევები, ჩატარებული **მეტა-ანალიზის** (***meta-analisys***) მეთოდოლოგიის გათვალისწინებით, რომელიც ჯერ კიდევ 1972 წელს იქნა შემოთავაზებული გამოჩენილი ეპიდემიოლოგის **ეკოკრენის** მიერ. მეტა-ანალიზის მეთოდოლოგია საშუალებას იძლევა შეჯამდეს და განზოგადდეს მრავალი ცალკეული გამოკვლევის შედეგები და საბოლოო ჯამში მიღწეულ იქნას მიღებულ დასკვნათა სარწმუნოობის ამაღლება.

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 სარწმუნოობა, მეტა-ანალიზის პროცესში დამატებით გამოიყენება გაზომვების დროს შემთხვევით დაშვებული და ე.წ. სისტემატური შეცდომების გავლენის შემცირებაზე მიმართული გათვლები.

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

ბიოსამედიცინო კვლევათა წარმოებაში მეტა-ანალიზის ფართო გამოყენებამ ხელი შეუწყო **მტკიცებებზე დამყარებული მედიცინის** (Evidence based medicine) ტექნოლოგიების დანერგვას. მტკიცებულებებზე დამყარებული (დამადასტურებელი) მედიცინა გულისხმობს სამედიცინო

პრაქტიკას (ან სამედიცინო ჩარევას), რომელიც ეფუძნება ზუსტ სამეცნიერო შედეგებს და მათი გათვალისწინებით უარყოფს ან ადასტურებს ზოგიერთ, თითქოს და აქსიომად ქცეულ მოსაზრებას. მტკიცებებზე დამყარებული (დამადასტურებელი) მედიცინა წარმოადგენს სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზის, სინთეზისა და გამოყენების ახალ ტექნოლოგიას, რომელიც პაციენტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესში ოპტიმალური გადაწყვეტილების მიღების საშუალებას იძლევა. მტკიცებებზე დამყარებული მედიცინის საფუძველზე შესაძლებელი გახდა კვლევათა წარმოების მეთოდოლოგიის გაუმჯობესება და უკვე განხორციელებული კვლევების მეცნიერული და პრაქტიკული ღირებულების რეტროსპექტული ანალიზი და შეფასება.

7.3. სტატისტიკური ერთობლიობა

როდესაც მეცნიერული მტკიცების დამაჯერებლობის შეფასებაზეა საუბარი, ბუნებრივია, საინტერესოა იმის გარკვევა, თუ ვინ იღებდა მონაწილეობას კვლევაში, რომლის საფუძველზეც ესა თუ ის მტკიცება იქნა მოპოვებული. როგორც წესი, შეინიშნება ამ შედეგების განზოგადების ტენდენცია. მაგალითად, უკვე აქსიომად იქცა მტკიცება იმის შესახებ, თუ რა ფაქტორები განაპირობებენ გულის მწვავე იშემიური დაავადების წარმოშობას. ამასთან, ბოლო წლებში ამ კუთხით ჩატარებული ფართომასშტაბიანი კვლევების უმრავლესობა, ძირითადად, შემოიფარგლებოდა საშუალო ასაკის მამაკაცების მდგომარეობის შესწავლით. თავისთავად, მიღებული შედეგების გავრცობა მთლიანად მოსახლეობაზე გაუმართლებელია და ზშირად მცდარია.

აღნიშნული შეცდომების თავიდან აცილების მიზნით ზუსტად უნდა იყოს შერჩეული სტატისტიკური დაკვირვების ობიექტი.

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, აღებულს დროისა და სივრცის განსაზღვრულ მონაკვეთში.

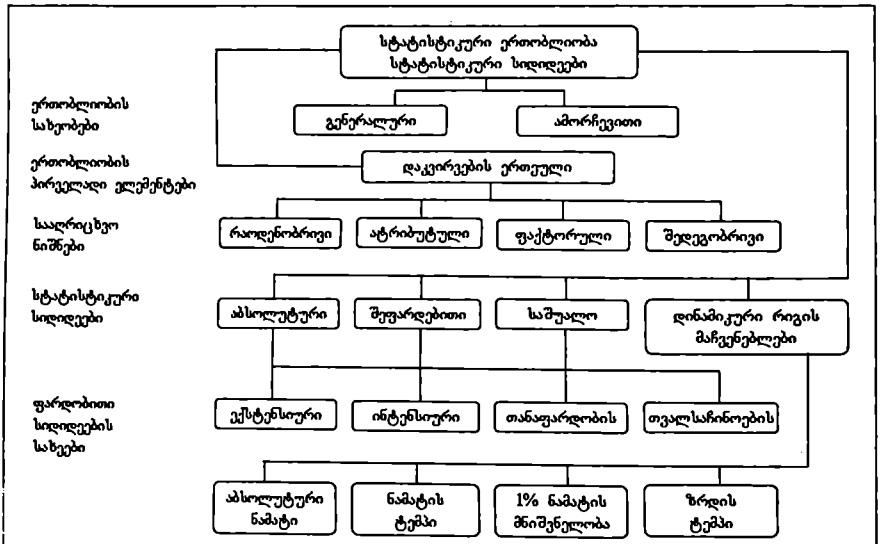
სტატისტიკურ ერთობლიობას წარმოადგენს ყოველგვარი მოვლენა, რაც ითვლება და, საერთო ჯამში, რაოდენობას ქმნის (მაგალითად, ამა თუ იმ ქალაქის თუ სახელმწიფოს მოსახლეობა; მოცემულ წელს დაბადებულ ბავშვთა ან გარდაცვლილთა რაოდენობა; დაავადებები, როგორც საერთოდ, ისე ცალკეული დიაგნოზის მიხედვით და სხვ.).

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 მრავალი დამახასიათებელი ნიშანი აქვს. მაგრამ უფრო ზშირად აღირიცხება მხოლოდ ის ნიშნები, რომლებიც საჭიროა კვლევის კონკრეტული მიზნისა და ამოცანების გადასაწყვეტად. ამიტომ სტატისტიკური კვლევის განხორციელებისას რეგისტრირდება და აღირიცხება შესასწავლი ნიშნები, რის გამოც მათ **საღრიცხო ნიშნებსაც** უწოდებენ.

სტატისტიკური ერთობლიობა, სტატისტიკური სიდიდეები



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, გაჯანსაღება, უცვლელი მდგომარეობა, გაუარესება და ა.შ. იგივე ითქმის დაკვირვების ერთეულის სხვა ნებისმიერ ნიშანზეც.

სტატისიკური ერთობლიობის შესწავლის ძირითად საწყისს დაკვირვების ერთეული წარმოადგენს. ამიტომ ამ უკანასკნელის ღრმა, დეტალური გააზრება აუცილებელი პირობაა ნებისმიერი სახის სტატისტიკური კვლევის სწორად წარმართვისათვის (ნახატი 9).

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

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

დაკვირვების ერთეულის რაოდენობრივ ნიშანს წარმოადგენს რიცხობრივი გამოხატულება. მაგალითად: სიმაღლე სანტიმეტრობით, წონა კილოგრამობით, მკურნალობის ხანგრძლივობა წლობით, სისხლში ქოლესტერინის ან ცილების შემცველობა მილიგრამობით და ა.შ. რაოდენობრივი ნიშნების ყოველ ცალკეულ სიდიდეს **ვარიანტა** ეწოდება, იგი აღინიშნება „V"-თი.

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 იმავე 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, სიგარეტის მოწევა და დაავადება);

II – ერთი ფაქტორული ნიშანი მოქმედებს რეზულტატური ნიშნების კომპლექსზე (სიგარეტის 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 ქვაკუთხედია. იმის მიხედვით, თუ რას მოიცავს სტატისტიკური ერთობლიობა – დაკვირვების ყველა შემთხვევას თუ მათ ნაწილს – იგი შეიძლება იყოს ე.წ. **გენერალური** ან **ამორჩევითი**. ამ საკითხის წინასწარ გათვალისწინებას არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან მასზეა დამოკიდებული სტატისტიკური კვლევის შედეგების გაანალიზება, 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.

7.4. ამორჩევითი ერთობლიობის განსაზღვრის მეთოდები

კვლევის უკვე საწყის ეტაპებზე ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია იმის დადგენა, თუ რა ნიშნების მიხედვით ჩამოვაყალიბებთ ამორჩევით ერთობლიობას. ძირითადად, ეს შეიძლება განხორციელდეს: ტიპიური ამორჩევის, შემთხვევითი ამორჩევის, სისტემური, ჯგუფური ამორჩევის, ბუდობრივი ამორჩევის, კომბინირებული ამორჩევის გზით.

ტიპიური ამორჩევის მეთოდი გულისხმობს შესასწავლი ობიექტის ერთეულთა დაყოფას ტიპიურ და არატიპიურ ჯგუფებად (მაგალითად, სტუდენტთა გენერალურ ერთობლიობაში გამოკვლეულ 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 გადავნომროთ 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 ამოკრეფის გაცილებით სწრაფად ჩატარება. მაგალითად, პაციენტთა დაყოფა სქესის, დაავადების სიმძიმის ან საავადმყოფო 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 დიაბეტის 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 კლევის 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 „შემთხვევით რიცხვთა ცხრილის" მიხედვით შეირჩევა 80-80 პირი. არსებული მეთოდიკა გულისხმობს, რომ გამოკვლევა ჩაითვლება რეპრეზენტატულად 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 ტიპიური რაიონი. აქ მიღებული შედეგები კი განზოგადდება მთელ რეგიონზე.
- **კომბინირებული** **ამორჩევა** გულისხმობს ამორჩევის რამდენიმე ტიპის ერთდროულ გამოყენებას.

ზოგიერთ შემთხვევაში მკვლევარი, სტატისტიკაში ნაკლები კომპეტენციის ან უყურადღებობის გამო, იკვლევს იმ პაციენტებს, რომლებიც მასთან ხვდებიან და პირველი შეხედვით 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 ცოლქმრული ცხოვრების ერთნაირი ხანგრძლივობა 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 მკეთრად შემცირდა მათი საქმიანობა დაკავშირებული ახალი პრეპარატის კლინიკურ გამოცდასთან. შსხვილმა ფარმაცევტულმა ფირმამ უარი თქვა ჩვენში ამ სახის პროექტების განხორციელებაზე მიღებული შედეგების სტატისტიკური გადამოწმების შემდეგ. 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 ან 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, ყოველთვიური ან ყოველწლიური მონაცემების შეჯამების 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 მიღებულ შედეგებს თავისთავად 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.

7.5. 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 მკაცრად უნდა იქნას დაცული ერთგვაროვანი მონაცემების მქონე ობიექტების გამოყოფის პრინციპი გამოსაკვლევ ჯგუფებში.

არარანდომიზირებული კვლევა. გამოსაკვლევი 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 აევლება 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 მოქმედებს 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 ეყრდნობა.

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 სარწმუნოობის 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 ავაგდეს, რა თქმა უნდა, ნაკლები გარანტიაა იმისა, რომ რომელიმე ერთი მხარე ზუსტად 5-ჯერ გამოვა; თუ მონეტა 100-ჯერ ავაგდეს, იმის შანსი, რომ განაწილება 50 : 50-თან იქნება, უფრო მეტია და ა.შ. ე.ი. რაც უფრო დიდია მონეტის აგდების რიცხვი, მით უფრო მეტად უახლოვდება პროპორცია 0,50-ს. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მონეტის აგდების 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 საფუძვლად უდევს ექიმის აზრის ჩამოყალიბებას პაციენტის დაავადების შესახებ. ზოგიერთი ადამიანი სუბიექტურ ალბათობას აგდებით 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 (h).

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, სპოლო 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, მიღებათა გრაფიკში საჭირო გახდება შესწორების შეტანა, მაგრამ მთლიანობაში საერთო სურათი ნაკლებად შეიცვლება.

აშკარაა, რომ სტატისტიკური კვლევის მეთოდების ემპირიული გამოყენების გარეშე შეუძლებელია სამედიცინო (ისევე, როგორც სხვა სახის) საქმიანობის წარმართვა. ამასთან, სტატისტიკური კვლევის 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 საჭიროებს. 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 კვლევას 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 განმავლობაში მეთვალყურეობა უნდა დაწესდეს.

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 ცირროზის მქონე პაციენტებს) რომელიმე პარამეტრის (ბილირუბინის შეცველობა 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 მოვიყვანთ შემდეგ მაგალითს. 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 მწეველთა და არამწეველთა ხვედრითი წილის დადგენას. მიღებული შედეგების შედარების საფუძველზე გაკეთდა დასკვნა, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა შორის მწეველთა რიცხვი გაცილებით მეტია, ვიდრე ჯანმრთელებში. ამ იდეის ოპონენტების მტკიცებით კვლევებში დაშვებული შესაძლო ცდომილებები, დაკავშირებული „შემთხვევა-კონტროლის" მეთოდის ნაკლოვანებებთან, არ იძლეოდა იმის საშუალებას, რათა საბოლოო დასკვნა გაკეთებულიყო თამბაქოს მოხმარების მავნე მოქმედების შესახებ. ოპონენტების აზრით, მკვლევარები მოსალოდნელ შეცდომებს მხოლოდ ხანგრძლივი დინამიკური დაკვირვების წყალობით ააცილებენ თავს. ასეთი სახის დინამიკური დაკვირვება ინგლისში ჩატარდა 1950-1976 წწ., რომლის საფუძველზე დადგინდა, რომ სიკვდილიანობა მწეველებში ოთხჯერ აღემატება ანალოგიურ მაჩვენებლებს არამწეველებში. ამასთან, 1976 წელს გამოქვეყნდა ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ 1950 წლიდან ინგლისელ ექიმთა შორის ჩატარებულმა დინამიკურმა 25-წლიანმა დაკვირვებამ გამოავლინა, რომ მწეველებში 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 განმავლობაში მწეველთა რიცხვი ინგლისში თითქმის 50%-ით შემცირდა, რამაც, თავის მხრივ, გაულენა მოახდინა ფილტვის კიბოს მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირებაზე.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგია – analitical epidemiology – შესაძლებლობას იძლევა ჩატარდეს გამოკვლევის შედეგების ანალიზი ჰიპოთეზების რეტროსპექტული და პერსპექტიული მეთოდების გამოყენებით.

აღწერითი ეპიდემიოლოგია – descriptive epidemiology – შესაძლებლობას იძლევა, ძირითადი სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით განვახორციელოთ გამოკვლევები ამა თუ იმ დაავადების ან დაავადებების გავრცელების შესასწავლად;

ექსპერიმენტული ეპიდემიოლოგია – experimental epidemiology – შესაძლებლობას იძლევა, ჩატარდეს ექსპერიმენტი საკონტროლო კვლევების შედეგების განსაზღვრის მიზნით, მათი შედეგების შესაფასებლად. უფრო ხშირად იგი გამოიყენება მოსახლეობაზე მავნე ფაქტორთა სავარაუდო ზემოქმედებისა ან გატარებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების ეფექტურობის დასადგენად.

დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური კვლევა – epidemiological study of a disease – დაავადების კლინიკური სურათისა და მოსახლეობაში მისი გავრცელების შესწავლა.

ეპიდემიოლოგიური დაკვირვება (ზედამხედველობა) – *epidemiological surveyllance* – გულისხმობს მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფზე ან ცალკეულ ტერიტორიაზე სისტემატური ეპიდემიოლოგიური დაკვირვების განხორციელებას ცალკეულ დაავადებათა (მაგ. ინფექციურის) შემთხვევების ნაადრევად გამოვლენის მიზნით და საჭიროების შემთხვევაში შესაბამისი ღონისძიებების გატარებას.

ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა – *epidemiological survey* – გამოკვლევა, რომელიც ტარდება დაავადების გავრცელების ხარისხის, შემთხვევათა სიხშირის, განვითარების კანონზომიერების დასადგენად.

გამოკვლევები ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის დარგში – *health survey* – მთელი მოსახლეობის ან მისი ცალკეული ჯგუფის გამოკვლევა ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების ან დაავადებების გამოვლენის მიზნით, რომელიც საჭიროებს პროფილაქტიკური და გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების გატარებას.

მაჩვენებელი – *rate* – რაოდენობრივად გამოსახული განსაზღვრული თვისება, ერთობლიობის ან მისი ნაწილის ხარისხი. განასხვავებენ *აბსოლუტურ* (შესასწავლი მოვლენის, ობიექტის, პროცესის მოცულობის, სიდიდის სახით) და *ფარდობით* (ფარდობითი რიცხვების სახით, რომელიც ასახავს განსაზღვრული რაოდენობის მნიშვნელობას სხვა რაოდენობასთან შედარებით) მაჩვენებლებს. მაჩვენებელი შეიძლება იყოს: *ექსტენსიური* (გამოსახული წილობრივი სახით), *ინტენსიური* (ერთობლიობაზე, მაგალითად, მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით), *თვალსაჩინოებითი* (დინამიკის შესაფასებლად, როცა რომელიმე წლის მაჩვენებელი მიჩნეულია ერთეულად ან 100%-ად და შემდეგ გამოითვლება საბაზო წლიდან); მაჩვენებლების მიხედვით შეიძლება წარმოდგენა ვიქონიოთ რაიმე მოვლენის ან პროცესის ვითარება-მდგომარეობაზე.

ინდექსი – *index* – შეფარდებითი ციფრობრივი მაჩვენებელი, რომელიც პროცენტობით ასახავს რაიმე მოვლენის თანმიმდევრულ ცვალებადობას (მოცემული მოვლენის დონეს მისსავე დონესთან წარსულში ან საფუძვლად მიღებული ანალოგიური მოვლენის დონესთან).

თავდაპირველი დონე – *baseline* – მონაცემები გასაზომი ან შესაფასებელი მოვლენის ან ვითარების საწყისი დონის შესახებ. გამოიყენება ექსპერიმენტული ჩარევისა ან გარემო ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად მიღებული მონაცემების შესადარებლად. ჩვეულებრივ, საწყისი დონე და შემდგომი შედეგები ეხება ერთსა და იმავე ობიექტს (პროცესს, მოვლენას, სისტემას).

დაკვირვება თვითკონტროლით 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.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- იმპაქტ-ფაქტორისა და ციტირების ინდექსის მნიშვნელობა სამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკოსი ექიმებისათვის
- კოკრენის ბიბლიოთეკის განვითარების ძირითადი ეტაპები
- მტკიცებებზე დამყარებული მედიცინა – პრაქტიკოსი ექიმის მეკვლე თუ შემმოწმებლის იარაღი ექიმის წინააღმდეგ
- სხვადასხვა კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდების უპირატესობანი და ნაკლოვანებები

დამატებითი ლიტერატურა

- აციბაძე, ინფორმაციის თეორიისა და მათემატიკურ-სტატისტიკური მეთოდების გამოყენება მედიცინაში. სახელმძღვანელო თსსუ-ის სტუდენტებისათვის. თბილისი, 2007
- BIOSTATISTICS. GRADUATE STUDENT. HANDBOOK. 2004-2005. UNIVERSITY AT BUFFALO . USA, BUFFALO, 2006
- STUDENT HANDBOOK . Dept. of Epidemiology and Biostatistics. Case Western Reserve University's Student Handbook...WEB: epbiwww.cwru.edu/handbooks/
- C.P. Carvounis Handbook of Biostatistics: A Review and Text . USA, "Informa Healthcare", 1 edition, 2000
- STATSnetBASE. Statistical Sciences Online. WEB: www.statsnetbase.com/default

თავი 8

სამედიცინო სოციოლოგიის კვლევის მეთოდები

მერვე თავის შინაარსი

სოციოლოგიური კვლევის ეტაპები
8.1. სოციოლოგიური კვლევის პროგრამა
8.1.1. მასალის შეგროვება
8.1.2. გამოკვლევის გეგმა
8.1.3. მასალის შეგროვების წესების ზოგადი დახასიათება და კლასიფიკაცია
საზოგადოებრივი აზრის ფიქსირების მეთოდები
8.2. გამოკითხვის სახეები
8.3. გამოკითხვის ჩატარების პროცესი
8.3.1. ანკეტირება
8.3..2. ინტერვიუ
8.3.3. ინტერვიუს განხორციელების ეტაპები
8.3.4. დოკუმენტების ანალიზი
8.3.5. დაკვირვება, როგორც სოციოლოგიური ინფორმაციის შეგროვების მეთოდი
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა სოციოლოგიური კვლევის მეთოდებს და სახეებს
- შეაფასებს საზოგადოებრივი აზრის ფიქსირების მეთოდებს

კონკრეტული მაგალითების გამოყენებით შეაფასებს სოციოლოგიური კვლევის პრიორიტეტებს

სოციოლოგია (Socio – საზოგადოება, logos – შესწავლა (ლათ.) წარმოადგენს მეცნიერებას საზოგადოების განვითარების ზოგადი კანონების შესახებ.

სამედიცინო სოციოლოგია კი წარმოადგენს სოციოლოგიის განხრას, რომელიც შეისწავლის ადამიანების ჯანმრთელობაზე სოციალური გარემოს ზემოქმედების თავისებურებებთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

სამედიცინო სოციოლოგია, როგორც მეცნიერება და შესწავლის საგანი, ჩამოყალიბდა ჯერ კიდეე XVIII საუკუნის ბოლოს. ამ პერიოდში საფრანგეთში, მოგვიანებით კი – დიდ ბრიტანეთში, გერმანიასა და აშშ-ში, განხორციელდა მთელი რიგი კვლევები, რომლებიც მიმართული იყო დაავადების აღმოცენებასა და მის მინდინარეობაზე. სხვადასხვა სოციალური დეტერმინანტის (სიღარიბე, სქესი, ასაკი, პროფესია და სხვ.) როლისა და მნიშვნელობის

განსაზღვრისათვის. ბოლო ათწლეულებში აღინიშნება განსაკუთრებული ინტერესი სოციოლოგიური კვლევების მიმართ, რაც შეიძლება განპირობებული იყოს შემდეგი მიზეზებით:

- თანამედროვე საზოგადოებაში ჩამოყალიბდა მყარი წარმოდგენა იმის შესახებ, რომ ადამიანის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე აღიარებულია, როგორც უდიდესი სოციალური ფასეულობა;
- ადამიანის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, უმეტეს შემთხვევაში, სოციალური ბუნება გააჩნია;
- სოციალური გარემოს გათვალისწინების გარეშე, შეუძლებელია მრავალი სამედიცინო დარგის, მათ შორის, ფსიქიატრიის, პედიატრიის, საოჯახო მედიცინის, ერიატრიის, და სხვ. განვითარება;
- შეუძლებელია ექიმისა და ექთნის სრულფასოვანი მომზადება სოციოლოგიის პრობლემატიკის შესწავლის გარეშე. სამედიცინო სოციოლოგია სხვადასხვა ქვეყანაში შეისწავლება, როგორც ცალკე დარგი, ან კი ისეთ მეცნიერებათა ფარგლებში, როგორიცაა ანთროპოლოგია, ბიჰევიორისტიკა, სოციალური ფსიქოლოგია, კლინიკური ფსიქოლოგია, ბიოეთიკა, ჯანმრთელობის მეცნიერებები (aelsh Studies), სამედიცინო დემოგრაფია და სხვ.

დღესდღეობით, სერიოზული ყურადღება ექცევა ისეთი, შედარებით ახალი, მიმართულების განვითარებასაც, როგორიცაა ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების შესწავლა კონკრეტული სოციოლოგიური მეთოდების გამოყენებით. ეს გასაგებიცაა, რამეთუ ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს საზოგადოების სოციალური სფეროს ნაწილს. ამ კუთხით, სოციოლოგიური კვლევის ძირითადი ასპექტებია:

- ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და სამედიცინო დახმარების გაწევის სოციალური მნიშვნელობა;
- ადამიანის ჯანმრთელობის ხელშემწყობი პირობებისა და ადეკვატური სამედიცინო დახმარების მიღების ხელმისაწვდომობის პრობლემები;
- მოქალაქის უფლებები და გარანტიები ადეკვატური სამედიცინო დახმარებისა და უსაფრთხო სოციალურ გარემოში თანაცხოვრების საკითხებთან მიმართებაში;
- სოციალური გარემოს გავლენა ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ქცევის ფორმირებისათვის;
- სოციალური უთანასწორობის როლი ადეკვატური სამედიცინო დახმარების მიღების საქმეში;
- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სოციალური ინტერესების მოლოდინის, მოთხოვნების, სტიმულირების შესწავლა;
- სამედიცინო მუშაკების სოციალური როლი და იერარქიები.

ამრიგად, სამედიცინო სოციოლოგიის ყურადღების ცენტრშია ისეთი პრობლემები, როგორებიცაა: ადამიანის ჯანმრთელობაზე სოციალური ფაქტორების მნიშვნელობის დადგენა; დაავადების წარმოშობის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები; მედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის ურთიერთობა სახელმწიფოსთან და ცალკეულ სოციალურ ჯგუფებთან და სხვა.

სოციოლოგიური კვლევის ეტაპები

სოციოლოგიური კვლევა, როგორც ნებისმიერი სხვა სახის კვლევა მიმდინარეობს ხუთ ეტაპად:

1. კვლევის პროგრამის ან პროექტის შედგენა;
2. კვლევის ობიექტებისა და ერთეულების განსაზღვრა;
3. კვლევის მეთოდიკის – მასალის შეკრების ხერხების შემუშავება;
4. მასალის შეგროვება;

5. მასალის ანალიზი და მისი განზოგადება.

თავის მხრივ, თითოეული ეტაპი მოქმედებათა საკმაოდ რთული რიგია და შეიძლება განხორციელდეს სხვადასხვა საშუალებითა და ვარიანტით.

სრულფასოვანი კვლევის ჩატარება ერთი ადამიანის შესაძლებლობებს აღემატება. თანამედროვე სოციოლოგიური გამოკვლევის განსახორციელებლად აუცილებელია კარგად ორგანიზებული და ერთსულოვნად დარაზმული გუნდი.

კვლევის ყველა ეტაპი ორგანულად არის ერთმანეთთან დაკავშირებული საერთო ჩანფიქრითა და იდეით. შესასწავლი ობიექტის გამოკვლევა, მასალის შეგროვების საშუალებათა შემუშავება და თვით მასალის შეგროვების პროცესი შეესაბამება პროგრამაში ფორმულირებული კვლევის ერთიან მიზანსა და ამოცანებს. პროექტის მთავარი იდეის დაზუსტებასთან ერთად ზოგჯერ საჭირო ხდება მეთოდიკის, შერჩევის და შესაგროვებელი მასალის მოცულობის დაზუსტება. ეს მოთხოვნა შეიძლება ყოველთვის ვერ განხორციელდეს; მაგალითად, თუ მასალა უკვე შეგროვებულია. ამიტომ აუცილებელია, რომ პროგრამა თავიდანვე გულდასმით შემუშავდეს, შერჩეული მეთოდიკის გამოყენებით უნდა ჩატარდეს წინასწარი საცდელი გამოკვლევა (პილოტაჟი). რაც განხორციელდება პილოტური პროექტით მიღებული შედეგების ანალიზი, დაზუსტდება მეთოდიკა, მხოლოდ იმის შემდეგ შეიძლება პროექტის — მთელი თავისი მოცულობით — „გაშვება“.

მკვლევარის აზრის, მოქმედების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფორმაა ცნებათა ოპერაციონალური ანუ ოპერაციული განსაზღვრება, ე.ი. გასაანალიზებელი ცნების შედარება-შეპირისპირება ფაქტების იმ ერთობლიობასთან, რომელთა განზოგადებასაც წარმოადგენს ეს ცნება.

ოპერაციონალური განსაზღვრება ემსახურება სიტყვების „გაწმენდას“, გამოკვლევაში ხმარებული ტერმინების აზრის გარკვევას და ნათელყოფას. ოპერაციონალური განსაზღვრება ცოდნის ერთი დონიდან მეორეზე გადასვლას, აზრის სვლის უზრუნველყოფას ემსახურება.

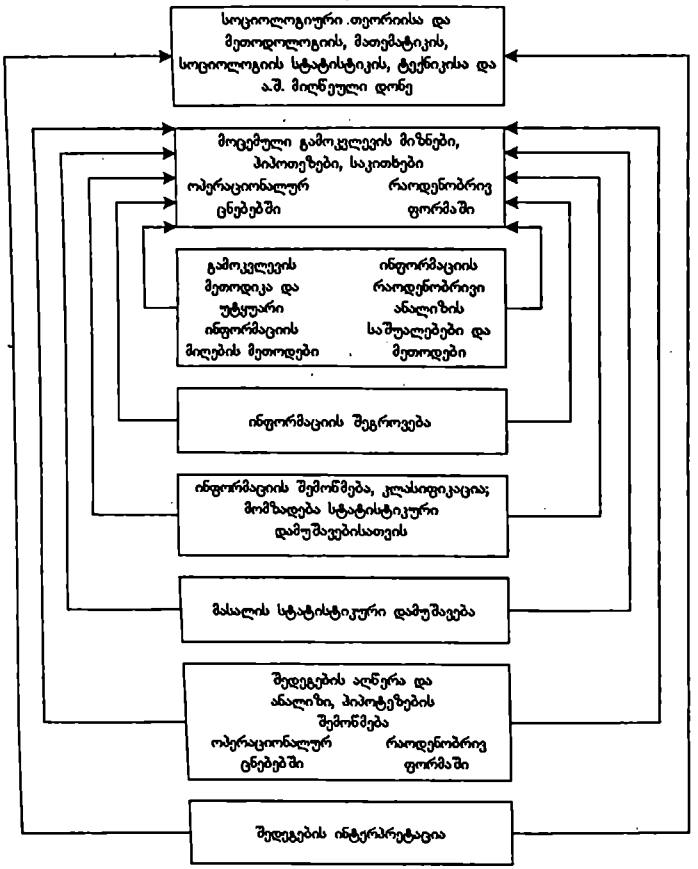
ოპერაციონალური განსაზღვრებანი შეიცავენ შეცდომის გარკვეულ შესაძლებლობასაც, ვინაიდან არ შეიძლება სინამდვილესთან შედარება-შეპირისპირების ყველა რიგის წარმოდგენა. ეს გარდუვალია ჭეშმარიტების ძიებისას.

სოციოლოგიურ გამოკვლევაში ცნობილია და ფართოდ გამოიყენება მასალის შეგროვების ისეთი მეთოდები, როგორებიცაა: ა) დაკვირვება, ბ) გამოკითხვა, გ) ექსპერიმენტი, დ) დოკუმენტაციის შესწავლა.

თითოეულ მათგანში გამოიყენება მრავალნაირი საშუალება. ასე მაგალითად, დაკვირვების ერთეულთა და ობიექტთა შერჩევის ტიპის მიხედვით იგი შეიძლება იყოს: ა) მონოგრაფიული, ბ) ე.წ. რაიონირებული შერჩევა, გ) შემთხვევით გამორჩევა, დ) კვოტის მეთოდით შერჩევა.

გამოკვლევები ერთმანეთისაგან განირჩევა ანალიზისა და განზოგადების მეთოდის მიხედვით: უპირატესად აღწერითი, დესკრიპტული გამოკვლევები, რომლებიც ქმნიან სოციოგრაფიულ ლიტერატურას და ასევე ანალიტიკური ანუ თეორიული გამოკვლევები.

სოციოლოგიური გამოკვლევის სქემა



8.1. სოციოლოგიური კვლევის პროგრამა

სოციოლოგიური გამოკვლევის პროგრამა მოიცავს ისეთი ეტაპების განხორციელებას, როგორებიცაა კვლევის მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა, პრობლემის ფორმულირება, მისი განხილვის დონეთა გამოვლენა, თემის ამოსავალი ცნებების განსაზღვრა მისი ოპერაციონალური და რაოდენობრივი გამოსახვით, კვლევის მსვლელობაში შესამოწმებელი საკითხების, ვარაუდების, ჰიპოთეზების დასმა.

ამოცანათა განსაზღვრის თვალსაზრისით, ყოველი სახის გამოკვლევა შეიძლება განხილულ იქნეს ან როგორც თეორიული, ან როგორც გამოყენებითი.

ყოველგვარი გამოკვლევა გულისხმობს ცნობილის უცნობისაგან მკვეთრ, გარკვეულ გამოყოფას. როგორც გამოყენებითი, ასევე თეორიული გამოკვლევა ორიენტირებულია საკვლევი

პროცესის მთლიანი სურათის წარმოჩენაზე. მაგრამ, თუ თეორიულ გამოკვლევაში ფაქტები, უპირველეს ყოვლისა, უკავშირდებიან მათ თეორიულ გააზრებას, გამოყენებით გამოკვლევას აქვს გაანალიზებული ფაქტების საფუძველზე გარკვეული ორგანიზაციის მოღვაწეობის ამოცანების ფორმულირების ტენდენცია. ამასთან დაკავშირებით, თავს იჩენს აშკარა საშიშროება თეორიული და გამოყენებითი კვლევის ურთიერთშეპირისპირებისა. მიუხედავად მთელი მათი განსხვავებულობისა, საჭიროა თეორიისა და პრაქტიკის ერთიანობის მიღწევა.

პრობლემის ფორმულირება და ჩამოყალიბება აუცილებელია — როგორიც არ უნდა იყოს კვლევის ამოცანა. ამ შემთხვევაში სოციოლოგს ემუქრება ორი საშიშროება: აბსტრაქტული თეორეტიზირება და ვიწრო ემპირიზმი.

პირველი სახის უკიდურესობის თვალსაჩინო ილუსტრაციაა ჯანმრთელობასა და დაავადებას შორის, გონებრივ და ფიზიკურ შრომას შორის, ქალაქსა და სოფელს შორის არსებით განსხვავებათა დაძლევა და ა. შ. ყველა ამ თემის ნაკლი საკითხის მეტად ფართო დაყენებით განისაზღვრება.

მეორე უკიდურესობისას თემა ზედმეტად ვიწროდაა შერჩეული.

იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ აღნიშნული უკიდურესობანი, საჭიროა პირველ შემთხვევაში თემა დავაკონკრეტოთ, მეორე შემთხვევაში კი — თემა განვაზოგადოთ. ორივე შემთხვევაში აუცილებელია რეალური პრობლემის ძიება, რაც იძულებულს ხდის მკვლევარს, უფრო გულმოდგინედ და მკაცრად მოეკიდოს გამოკვლევის თემის ფორმულირებას.

8.1.1. მასალის შეგროვება

სოციოლოგიურ გამოკვლევაში პრობლემის განსაზღვრის, თემის ამოსავალი ცნებების ფორმულირებისა და კვლევის მსვლელობაში შესამოწმებელი ჰიპოთეზების წამოყენების შემდეგ, უნდა დაიწყოს შერჩევა, რომელიც სოციოლოგიური გამოკვლევის საერთო პროცედურის გარკვეული ნაწილია. მისი ამოცანაა კვლევის ობიექტის განსაზღვრა და ინფორმაციის შემდგომი შეკრებისათვის საჭირო დაკვირვების კონკრეტული ერთეულების გამოყოფა. ერთი შეხედვით, ყოველ გამოკვლევაში იდეალური ვარიანტი ის იქნებოდა, რომ გამოკვლეულიყო საკითხთან დაკავშირებული ყველა ობიექტი. რისი განხორციელებაც თითქმის შეუძლებელია. აქ ყურადღება უნდა გავამახვილოთ თუნდაც იმაზე, რომ ინფორმაციის შეკრება დაკავშირებულია რიგ ორგანიზაციულ სიძნელეებთან. გამოკვლევის ჩასატარებლად საჭიროა ინფორმაციის შესაკრებად სათანადოდ მომზადებული გარკვეული აპარატი, სამუშაო დრო მასალის შესაგროვებლად, მატერიალური საშუალებები იმისათვის, რათა დაიბეჭდოს გამოკითხვის მეთოდიკები და დამუშავდეს შეგროვებული მასალა. ამასთან, რაც უფრო მეტია გამოკვლევის მოცულობა, მით უფრო მეტი სახსრებია საჭირო; გამოკვლევის ორგანიზების სიძნელეებს უფრო ადვილად გავიგებთ, თუ გავიხსენებთ მოსახლეობის აღწერის ჩატარების გამოცდილებას. ამასთან, კვლევის პროგრამაში ჩართული თითოეული პუნქტი ზედმიწევნით უნდა იქნეს განხილული. აგრეთვე, თუ მივიღებთ მხედველობაში კვლევის ჩასატარებლად საჭირო აუცილებელ დანახარჯებს, ამ სფეროში პრაქტიკული გამოცდილების გარკვეული განზოგადებით, შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ წესი: „რაც უფრო მეტია შერჩევის მოცულობა, მით უფრო ნაკლები მაჩვენებლები უნდა ჩაირთოს მასალის შეკრების პროგრამაში“.

პრაქტიკული სიძნელეების გარდა, რომელთაც ხვდება მკვლევარი მთლიანი გამოკვლევის ორგანიზებისას, არსებობს კიდევ ერთი არანაკლებმნიშვნელოვანი მომენტი, რომელიც ასაბუთებს შერჩევითი გამოკვლევების აუცილებლობას. ეს შესაძლებლობას ქმნის, გადაწყდეს ბევრი პრობლემა საკმაო სიზუსტით, თანაც ისე, რომ ამისათვის საჭირო არ იქნება მივმართოთ დაკვირვების ყველა ობიექტს. სოციალური მოვლენები ხასიათდება გარკვეული განმეორებადობით, რაც განაპირობებს საბოლოო დასკვნების ფორმულირების შესაძლებლობას შედარებით მცირე ოდენობის მასალის ანალიზის საფუძველზე.

ყველა ეს გარემოება მიუთითებს იმ ფაქტზე, რომ სოციოლოგიური გამოკვლევები უმთავრესად ხორციელდება შერჩევის ბაზაზე.

შერჩევის თეორია სტატისტიკის ყველა კურსის მნიშვნელოვანი ნაწილია, ეს ნაწილი კი მჭიდროდ არის დაკავშირებული ალბათობის თეორიასთან. აქ ჩვენ არ შეეხებით მისი ცალკეული განაკვეთების სიღრმისეულ და დეტალურად განხილვას, წარმოვადგენთ მხოლოდ შერჩევის საკითხებს კონკრეტული სოციოლოგიური გამოკვლევების ორგანიზებისათვის.

უპირველეს ყოვლისა, განვიხილოთ ის ძირითადი ცნებები, რომლებთანაც გვაქვს საქმე შერჩევითი გამოკვლევის ორგანიზების დროს. ასეთი ცნებებია — „დაკვირვების ერთეული", „ენერალური ერთობლიობა", „შერჩევითი ერთობლიობა", „შერჩევის დასაბუთება ან საიმედოობა", „შერჩევის რეპრეზენტატულობა".

დ ა კ ვ ი რ ვ ე ბ ი ს ე რ თ ე უ ლ ი სოციოლოგიურ გამოკვლევაში ინფორმაციის უშუალო წყაროა. იგი შეიძლება იყოს ცალკეული ადამიანი, ადამიანთა ჯგუფი, ორგანიზაცია ან დაწესებულება, იმის მიხედვით, თუ როგორია გამოკვლევის კონკრეტული მიზნები და ამოცანები. ასე მაგალითად, საზოგადოებრივი აზრის მრავალრიცხოვან გამოკვლევებში დაკვირვების ერთეულად გამოდის ადამიანი, რომლისკენაც მიმართულია ანკეტა ან ინტერვიუ. ნიშან-თვისებას ურევენ იმ ფაქტორში, რომელიც განაპირობებს მოცემულ მოვლენას.

ამ აზრის განმარტებისათვის მივმართოთ მაგალითს. ვთქვათ, რესპონდენტთა საკუთარი ჯანმრთელობისადმი დამოკიდებულების შესწავლისას უნდა ჩაითვალოს თუ არა მარხვა ისეთ ფაქტორად, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ამ დამოკიდებულების ფორმირებაზე? როგორი დიდიც არ უნდა იყოს აქ ცდუნება, უნდა ვალიაროთ, რომ მარხვა უფრო რელიგიისადმი ამა თუ იმ დამოკიდებულების ნიშანია და თავისთავად განპირობებულია გარკვეული ფაქტორებით. თუ ჩვენ ამ ნიშანს განვიხილავთ როგორც ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვისადმი გარკვეული დამოკიდებულების განმაპირობებელ გარეგან ფაქტორს, მაშინ იძულებული ვიქნებით შედეგი მიზეზად, ხოლო მიზეზი კი შედეგად მივიჩნიოთ.

კიდევ ერთი მოსაზრება, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იქნეს ჰიპოთეზის ფორმულირების დროს, ეს არის მისი შემოწმების შესაძლებლობა. ჭეშმარიტების დასადგენად, არა მარტო წმინდა თეორიული თვალსაზრისით, არამედ გამოკვლევის იმ ორგანიზაციული და ტექნიკური შესაძლებლობების გათვალისწინებითაც, რომლებიც ჩვენ გაგვაჩნია. აუცილებელია, კვლევის დასაწყისშივე გვქონდეს მხედველობაში, თუ როგორ შეიძლება წამოყენებული ჰიპოთეზის დადასტურება ან უარყოფა: მონაცემების გარკვეული ერთობლიობა მაჩვენებელი იქნება, რომ ჰიპოთეზა დადასტურებულია, ხოლო გარკვეულ მონაცემებში კი მანიშნებელი იქნება იმისა, რომ ჩვენი ვარაუდები მცდარია.

8.1.2. გამოკვლევის გეგმა

გამოკვლევის გეგმის შედგენის პროცესში უნდა განვსაზღვროთ პროცედურათა თანმიმდევრობა დროში, გავიანგარიშოთ ის ძალები, რომელიც გააჩნია მკვლევარს, ტექნიკა, რომელიც იქნება გამოყენებული კვლევაში და ა.შ. ყველა ეს საკითხი მიეკუთვნება არა იმდენად კვლევის პროგრამის შედგენას, რამდენადაც — კვლევის გეგმის შედგენის სფეროს.

იმის მიხედვით, თუ როგორია გეგმა, გამოიყოფა გამოკვლევის სამი ტიპი:

1. დ ა ზ ვ ე რ ვ ი თ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა ხასიათდება იმით, რომ არ გააჩნია ნათელი, გარკვეული წარმოდგენა გამოსაკვლევ პრობლემასა თუ სფეროზე; ძირითადად იგი მიმართულია მოცემული პრობლემის შესწავლის შესაძლებლობათა მოსინჯვისაკენ.

ასეთი ტიპის გამოკვლევაში შეიძლება შემდეგი ამოცანების დაყენება: პრობლემის ნათელი, გარკვეული ფორმულირება, გამოკვლევის ცნებების დაზუსტება, ჰიპოთეზების შემუშავება; აქვე უნდა გამოირკვეს გასაანალიზებელ საკითხებზე ინფორმაციის მიღების შესაძლებელი წყაროები; და ბოლოს, დაზვერვითი ტიპის გამოკვლევაში მუშავდება მეთოდიკა, მოწმდება ანკეტის, ინტერვიუს გეგმის აღქმა, ზუსტდება კითხვების ფორმულირებები. ასეთ გამოკვლევას არა აქვს საკითხის განხილვის სისრულის, მიღებული მასალის რეპრეზენტატიულობის პრეტენზია, იგი შეიძლება განხორციელდეს ძალიან ჰატარა მასივზე; ამგვარი გამოკვლევის საუკეთესო სახეა

ინტერვიუ ექსპერტებთან.

ამ ეტაპზე როგორც წესი, ხდება კვლევის მატერიალური საშუალებების დაახლოებითი შეფასება, განისაზღვრება სამუშაო დროის ხარჯვის ნორმატივები, კეთდება სამუშაოთა გაანგარიშება კაცსაათებში.

ასე მაგალითად, იმისათვის, რომ გამოკითხვის მასალა შეიკრიბოს და დამუშავდეს, საჭიროა მზა მეთოდიკის არსებობის შემთხვევაშიც კი ჩატარდეს შემდეგი სამუშაოები:

1. მოლაპარაკება შესაბამის ორგანიზაციებთან და რწმუნებულებთან გამოკვლევის შესახებ, მათი თანხმობისა და ნებართვის მიღება;
2. მომზადდეს ინსტრუქტორთა შემადგენლობა;
3. ჩატარდეს გასაუბრება გამოსაკვლევ პირებთან, გამოკითხვაზე დასათანხმებლად;
4. მასალის შეკრება;
5. მიღებული მასალის კოდირება;
6. მასალის დამუშავების პროგრამის შედგენა;
7. მიღებული მონაცემების ანალიზი;
8. მასალის აღწერა.

ცხადია, რომ ყველა ეს ოპერაცია გამოიხატება სხვადასხვა მომზადების, კვალიფიკაციის სხვადასხვა დონის მქონე ადამიანთა სამუშაო დროის გარკვეულ რაოდენობაში. 1-ლი, მე-2, მე-3, მე-8 ოპერაციები მოითხოვს სოციოლოგიურ კვალიფიკაციას. მე-4 და მე-5 ოპერაციები კი შეიძლება შეასრულონ ისეთმა ადამიანებმა, რომელთაც არა აქვთ რაიმე განსაკუთრებული პროფესიული მომზადება, მაგალითად, უფროსი კლასის მოსწავლეებმა, უმაღლესი სასწავლებლის სტუდენტებმა. აქ აუცილებელია ისეთი თვისებები, როგორიცაა კეთილსინდისიერება, ყურადღებიანობა და სიბეჯითე.

ოპერაციათა მთელი ეს თანმიმდევრობა შეიძლება განისაზღვროს და გაირკვეს სწორედ საცდელი გამოკვლევის მსვლელობისას; იგი უნდა დაგეხმაროს ძალებისა და საშუალებების გაანგარიშებაში, რათა შემდეგში შეეუდგეთ დამუშავებული მეთოდიკისა და პროცედურების გამოყენებას მასობრივი მასშტაბით.

სოციოლოგიური გამოკვლევის მეორე ტიპია **გამოკვლევა შესასწავლი მოვლენის აღწერის სახით** (დისკრიპტული გამოკვლევა). მისი მთავარი ამოცანაა — შეკრიბოს განსახილველ საკითხზე არსებული მთელი მასალა. ამასთან, უმთავრესი ყურადღება ექცევა სტატისტიკურ მონაცემებს.

გამოკვლევის მესამე ტიპი დაკავშირებულია **ე. წ. ექსპერიმენტულ გეგმასთან.** აქ ექსპერიმენტის ცნება იხმარება არა მხოლოდ ჩვეულებრივი, ყოველ-დღიური გაგებით, არამედ ლოგიკური პროცედურის აზრითაც, რომელიც უპირველეს ყოვლისა, ამა თუ იმ ვარაუდის თუ ამოსავალი ჰიპოთეზის შემოწმებისკენაა მიმართული.

თვით ცნება ექსპერიმენტისა საზოგადოებრივ მეცნიერებებში შემოვიდა საბუნების-მეტყველო მეცნიერებებიდან. შემდეგში კი გარკვეულად და ნათლად იგი ფორმულირდა ლოგიკაში. კერძოდ, ცნობილმა ინგლისელმა ლოგიკოსმა ჯ. ს. მილმა შეიმუშავა სქემა, რომელიც საბუნებისმეტყველო მეცნიერული ექსპერიმენტული პროცედურის განზოგადებას ეფუძნებოდა.

ეს სქემა შეიძლება ამგვარად გამოვსახოთ:

$$X - (+Z)$$
$$Y - (-Z)$$

X და Y-ით აღნიშნული ორი რიგის მოვლენებს თან სდევს განსხვავებული ან კიდევ საწინააღმდეგო შედეგი [(+Z) და (-Z)], მაგრამ X და Y შეიძლება წარმოდგენილ იქნეს როგორც:

$$X = (ABC) - (+Z)$$

$$Y = (AB - C) - (-Z)$$

ეს ნიშნავს იმას, რომ მოვლენათა X და Y რიგს შორის არსებობენ მსგავსების ელემენტებიც (C და –C). (+Z) და (-Z) საწინააღმდეგო ეფექტის გამორკვევისას აუცილებელია გამოვლენილ იქნეს სხვა გარემოებათა გამოვლენა და განსხვავებული შედეგი საფუძვლებშიც განსხვავების შედეგად უნდა განიხილებოდეს.

ექსპერიმენტული გეგმა გულისხმობს დაკვირვებათა ორი სერიის ჩატარებას. პირველ სერიას ეწოდება ექსპერიმენტული, მეორეს – საკონტროლო. ორივე სერია ისეთნაირად ეწყობა, რომ მოვლენათა გამოსაკვლევ რიგებში გამოვლინდეს მსგავსებისა და განსხვავების ელემენტები.

გ ე ნ ე რ ა ლ უ რ ე რ თ ო ბ ლ ი ო ბ ა დ გამოკვლევაში მიჩნეულია კვლევის პრობლემასთან დაკავშირებული დაკვირვების ერთეულთა მთელი ერთობლიობა ან კიდევ ერთეულთა ის ერთობლიობა, რომელსაც მკვლევარისათვის საინტერესო ნიშან-თვისება აქვს. ხშირად, გამოკვლევის თემის ფორმულირებისას, გამოსაკვლევი გენერალური ერთობლიობა წინასწარ შემოისაზღვრება, იმის გამო, რომ იგი პრაქტიკულად ამოუწურავია. ასე მაგალითად, ოჯახის პრობლემათა კვლევისას თეორიული ინტერესის საგანია ამ საზოგადოებაში არსებული ყველა ოჯახი. უფრო მეტიც, რამდენადაც ყველა ადამიანი ასე თუ ისე დაკავშირებულია ოჯახთან, რამდენადაც მარტოხელებიც მშობელთა ოჯახის წევრები არიან წარსულში და შესაძლოა მომავალში ოჯახის შექმნისაკენ ისწრაფვიან, ამდენად მთელი მოსახლეობა შეიძლებოდა ყოფილიყო კვლევის ობიექტი. ამიტომ თემის ფორმულირებისას გენერალური ერთობლიობა შემოისაზღვრება ან გარკვეული სოციალური ფენით, ან ტერიტორიული ერთობლიობით, ან კიდევ ასაკობრივი მახასიათებლებით, ზოგჯერ კი ყველა ერთად აღებული ამ პარამეტრით. ამრიგად, გენერალური ერთობლიობის საზღვრები მკაცრად უნდა იყოს მოცემული,

შ ე რ ჩ ე ვ ი თ ი ე რ თ ო ბ ლ ი ო ბ ა გენერალური ერთობლიობის ნაწილია, და უშუალოდ უნდა იქნეს შესწავლილი შემუშავებული მეთოდიკის ან მასალის შეკრების პროგრამის მიხედვით. გენერალური ერთობლიობა თავისებური რეზერვუარია, საიდანაც უნდა აეიღოთ შერჩევითი ერთობლიობა. ამავე დროს, მკვლევარმა შერჩევითი ერთობლიობის მიხედვით უნდა გააკეთოს დასკვნა გენერალური ერთობლიობის შესახებ.

შერჩევის თეორიის ცენტრალური პრობლემაა ორივე ერთობლიობათა თანაფარდობის პრობლემა, ანუ საკითხი იმ დასკვნათა ექსტრაპოლაციის მართლზომიერების შესახებ, რომელიც მიღებულია მთელი გენერალური ერთობლიობიდან შერჩევითი ერთობლიობის ანალიზის დროს. რაზეა დამოკიდებული ორივე ერთობლიობათა ადეკვატურობის ხარისხი?

ყველაზე ჩვეულებრივი კითხვა, რომელსაც აყენებს დამწყები მკვლევარი, არის ის, თუ რამდენი ადამიანი უნდა გამოიკითხოს, რათა შესაძლებელი გახდეს მსჯელობა ყველას აზრის შესახებ. დროის რა მონაკვეთი უნდა იქნეს აღებული, მთელი ერთობლიობისათვის დამახასიათებელი დროის ბიუჯეტის სურათის მისაღებად. არ შეიძლება ამ კითხვაზე ერთმნიშვნელოვანი და ცხოვრების ყველა შემთხვევისათვის სწორი პასუხის გაცემა. ასეთი პასუხი არ არსებობს. იმისათვის, რომ ვიქონიოთ წარმოდგენა დედამიწაზე არსებული ყველა წყლის ქიმიური შემადგენლობის შესახებ, საკმარისია გამოვიკვლიოთ ერთი მოლეკულა. იმისათვის, რომ გავიგოთ მოცემულ აუზში მდგარი სითხის ქიმიური შემადგენლობა, ერთი მოლეკულის ანალიზი უკვე საკმარისი არ იქნება; საჭიროა, წვეთიც საკმარისი იყოს, ვინაიდან აუზის სხვადასხვა ნაწილში სითხე შესაძლებელია არაერთგვაროვანი აღმოჩნდეს. მაშასადამე, შერჩევის მოცულობა უნდა განისაზღვროს, ჯერ ერთი, გამოკვლევის ამოცანებით; მეორე – გენერალური ერთობლიობის ერთგვაროვნობის ხარისხით; მესამე, საკითხის გადაწყვეტისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული შერჩევის განხორციელების ტექნიკური ხერხების ერთობლიობა, იმ ხერხებისა, რომელთა საშუალებითაც შესარჩევი ერთობლიობა გამოიყოფა გენერალური ერთობლიობიდან.

მოცემული შერჩევის გენერალურ ერთობლიობაზე ექსტრაპოლაციის უფლებამოსილების საკითხებს აქვს ორი ასპექტი: ა) შერჩევის დასაბუთების ან საიმედოობის პრობლემა და ბ) რეპრეზენტატიულობის პრობლემა.

მიუხედავად იმისა, რომ არ არის ერთიანი პასუხი გენერალური ერთობლიობის მიმართ შერჩევითი ერთობლიობის რაოდენობის ან წილის საკითხზე, იგი პრაქტიკულად უნდა გადაწყვიტოს ყველამ, ვისაც სურს ჩაატაროს შერჩევითი გამოკვლევა. როგორც წესი, შერჩევის შეფასება ტარდება პოსტ ფაქტუმ, მაგრამ იგი შეიძლება გაკეთდეს მხოლოდ გენერალური ერთობლიობის გარკვეული პარამეტრების ცოდნით. მაგალითად, თუ გვსურს გამოვარკვიოთ შერჩევით ერთობლიობაში მოქცეული ახალგაზრდობის განათლების შესახებ მიღებული მონაცემების მნიშვნელობა, ეს მონაცემები უნდა შევადაროთ ქალაქის ან ქვეყნის ახალგაზრდობის განათლების შესახებ მონაცემებს. მაგრამ ხშირად ჩვენ არ გაგვაჩნია ასეთი მონაცემები, უფრო მეტიც, კვლევის ერთ-ერთი ამოცანა შეიძლება სწორედ იმაში მდგომარეობდეს, რომ რამდენადმე მიახლოებით მაინც მივიღოთ მონაცემები გენერალური ერთობლიობის შესახებ, ამრიგად, იქმნება თავისებური დახშული წრე; იმისათვის, რომ შევაფასოთ მიღებული დასკვნების მნიშვნელობა, უნდა ვიცოდეთ გენერალური ერთობლიობის მონაცემები, ხოლო ამ მონაცემების ცოდნისათვის საჭიროა შერჩევითი გამოკვლევების ერთი ან ორი სერიის ჩატარება.

ამ წრეს აქვს გარკვეული მათემატიკური გამოხატულება. სტატისტიკაში არსებობს შერჩევის მოცულობის განსაზღვრის ფორმულები. მაგალითად, შემთხვევითი განმეორებითი შერჩევის მოცულობა (n) გამოიანგარიშება შემდეგნაირად:

$$n = \frac{Q^2 t^2}{\Delta^2},$$

სადაც Q გენერალურ ერთობლიობაში საკვლევი ნიშნის გაფანტვის ზომა, ანუ დისპერსიაა;

t – სანდოობის (სარწმუნოების) კოეფიციენტი;

Δ – შერჩევის ზღვრული შეცდომა.

ფორმულა ნათელყოფს, რომ შერჩევის მოცულობა (n) მით უფრო მეტია, რაც უფრო მეტია საკვლევი ნიშნის დისპერსია (Q), ერთი მხრივ, და რაც მეტია სიზუსტის ხარისხი (t), მეორე მხრივ – დისპერსიის მიღება შეიძლება, თუ ცნობილია გენერალური ერთობლიობის ძირითადი პარამეტრები. ამიტომ პრაქტიკულად კვლევა უნდა დაიწყოს არა შერჩევის რეპრეზენტატიულობის საკითხის გადაწყვეტით, არამედ მისი დასაბუთებულობის საკითხით.

რაც შეეხება **შ ე რ ჩ ე ვ ი ს რ ე პ რ ე ზ ე ნ ტ ა ტ ი უ ლ ო ბ ა ს**, იგი განისაზღვრება ჩვენთვის საინტერესო თითოეული ნიშნის მიხედვით ცალ-ცალკე. ამ ამოცანის გადაწყვეტისას გასათვალისწინებელია ორი გარემოება: პირველი, უნდა შედარდეს შერჩევითი და გენერალური ერთობლიობის საშუალო მაჩვენებლები, ამ მაჩვენებელთა განაწილების ფორმები.

ამრიგად, შერჩევის რეპრეზენტატიულობის განსაზღვრა ამ შემთხვევაში შედგება სამი ეტაპისაგან:

1. გენერალური ერთობლიობის საშუალოების შედარება შერჩევითი ერთობლიობის საშუალოებთან;
2. საშუალო მაჩვენებლების შედარება შერჩევითი ერთობლიობის ძირითად ქვეგანაყოფებში;
3. საშუალო მაჩვენებლების შედარება გენერალური ერთობლიობის ქვეგანაყოფებში შერჩევითი ერთობლიობის მაჩვენებლებთან.

8.1.4. მასალის შეგროვების წესების ზოგადი დახასიათება და კლასიფიკაცია

სოციოლოგიურ გამოკვლევაში გამოიყენება მასალის შეგროვების მრავალი ხერხი. ისინი სამ ძირითად განაყოფად ჯგუფდება: **დაკვირვება, დოკუმენტების ანალიზი (კონტენტ–ანალიზი) და გამოკითხვა.** თითოეულ მათგანს გააჩნია თავისი უპირატესობანიც და ნაკლოვანებებიც. შეგროვების მათოდების ამორჩევა, უფრო ზუსტად – ინფორმაციის შეგროვების სხვადასხვა წესებზე აქცენტირება, დამოკიდებულია გამოკვლევის ამოცანის დაყენებაზე, მისი პროგრამის

დამუშავების ხარისხზე. კვლევის პროგრამის შემუშავება სრულდება „ინსტრუმენტების“ შედგენით: მუშავდება და პილოტაჟური გამოკვლევის მსვლელობაში ისინჯება, ზუსტდება და სრულიყოფა საანკეტო ფურცლები, დაკვირვების ბარათები, ტესტები და სხვა ინსტრუმენტები, რომელთა მეშვეობითაც განხორციელდება ინფორმაციის შეგროვება. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს კვლევის თეორიულ ნაწილს: პრობლემის ფორმულირებას, ცნებების დაზუსტებას, კვლევის ჰიპოთეზებისა და ამოცანების შემუშავებას და ა. შ. ერთ-ერთი შეცდომა, რომელიც ყველაზე ხშირად გვხვდება სოციოლოგიურ გამოკვლევებში, ის არის, რომ გამოუცდელი მკვლევარი ჩქარობს მეთოდიკის შემუშავებას, იწყებს ანკეტის შედგენით და ვერ იცდის საქმის თეორიული მხარის მოფიქრებამდე.

საზოგადოებრივი აზრის ფიქსირების მეთოდები

ცნობიერების გარეგნულად ობიექტივირებული ფაქტების შესწავლის მეთოდები

ა) დაკვირვება –
ბ) დოკუმენტების ანალიზი –
გ) პრაქტიკულ მოქმედებათა ანალიზი –

1) გარეგანი
2) მონაწილე
3) პირადი
4) საზოგადოებრივი
5) ცალკეული პირები
6) მასა

ცნობიერების უშუალო ფაქტების შესწავლის მეთოდები (გამოკითხვები)

დ) უპროგრამო გამოკითხვა
ა) პირადი –
ბ) დაუსწრებელი (გადმოცემა მოცემულ თემაზე)

7) საუბარი მოცემულ თემაზე

პროგრამული გამოკითხვა

ა) პირადი ინტერვიუ (ინდივიდუალური ან ჯგუფური)
ანკეტირება (ინდივიდუალური ან ჯგუფური)
ბ) დაუსწრებელი (მეთოდი)

8) პირადი
9) წერილობითი (კორესპონდენტული)
10) ოქმირებული
11) არაოქმირებული
12) ზეპირი (ინტერვიუ-ანკეტა)
13) წერილობითი
14) შერეული
15) წერილობითი

გამოკითხვის სახეები

გამოკითხვა სოციოლოგიური გამოკვლევის აუცილებელი ელემენტია. ეს განპირობებულია კომპლექსური მიდგომის სპეციფიკით. ერთ-ერთი მხარე, რომლის გათვალისწინებაც აუცილებელია სოციოლოგიურ კვლევაში – ეს არის შესასწავლ პრობლემასთან მიმართებაში საზოგადოებრივი ცნობიერების მდგომარეობა.

საზოგადოებრივი ცნობიერების შესახებ ინფორმაციის მიღების გარდა, გამოკითხვა სხვა ამოცანასაც ასრულებს; იგი ბევრ შემთხვევაში ცნობათა წყაროა ობიექტური პროცესების შესახებ. ამ მიმართებით გამოკითხვის გამოყენების მაგალითია მოსახლეობის აღწერები. მაგრამ სოციოლოგიური კვლევისათვის სპეციფიკურია გამოკითხვის გამოყენება ზემოთ აღნიშნული პირველი მიმართებით.

ანკეტური გამოკითხვისადმი უნდობლობას ხშირად იმ მოსაზრებით ასაბუთებენ, თითქოს იგი მხოლოდ „სუბიექტურ“ მონაცემებს შეიცავს.

რას გულისხმობენ ამ შემთხვევაში სუბიექტურობაში? უმთავრესად იმ მოსაზრებას, რომ ანკეტის ამა თუ იმ კითხვაზე პასუხის გაცემისას გამოსაკითხი (რესპონდენტი), ჯერ ერთი, შეიძლება არასაკმარისად იყოს გარკვეული საქმის არსში, მეორეც — იგი შეიძლება არაგულწრფელი იყოს; მართლაცდა, გამოკითხვის პროცესში შეიძლება ერთიც შეგვხვდეს და მეორეც. მაგრამ აქ მნიშვნელოვანია იმის გაგება, თუ რა აინტერესებს სოციოლოგს გამოკითხვის ჩატარებისას. ძალიან იშვიათად ხდება ხოლმე, რომ სოციოლოგს სურს მიიღოს გამოსაკითხი პირებისაგან რაიმე ინფორმაცია საქმეთა ჭეშმარიტი ვითარების შესახებ, რომელიც მას აქამდე არ ჰქონდა და რომლის სხვა გზით მიღება მას არ შეუძლია. გამოკითხვათა უმრავლესობაში საქმე ეხება იმას, რომ განისაზღვროს გამოსაკვლევი ერთობლიობის აზრი საკითხთა რომელიმე წრეზე, გამოირკვეს ადამიანების დამოკიდებულება ამა თუ იმ მოვლენის, ღირებულების მიმართ და ამგვარად, გამოვლინდეს მათი ცნობიერების მდგომარეობა. ამიტომ, სოციოლოგისათვის მნიშვნელოვანი ხდება ის გარემოებაც, თუ რამდენად არიან ადამიანები საქმეში გარკვეულნი გამოკითხვის პროცესში.

მნიშვნელოვანია მხოლოდ გულწრფელობისა და საქმეში გარკვეულობის ხარისხის დადგენა. გამოკითხვის ჩატარებისას სოციოლოგს აინტერესებს საქმის სწორედ სუბიექტური მხარე, მას აინტერესებს, თუ როგორ აღიქმება ადამიანთა ცნობიერებაში ესა თუ ის ობიექტური პროცესები. მაშასადამე, გამოკითხვის უარყოფა მისი ე. წ. „სუბიექტურობის" გამო, უსაფუძვლოა. აქ მნიშვნელოვანია სწორედ ის, რომ სოციოლოგი გამოკითხვას განიხილავს როგორც გამოსაკითხთა ქცევის გარკვეულ სახეს; რომელიც გამოიწვევა ხელოვნურად — გამოკითხვის სიტუაციის შექმნით. მაგრამ ამ ხელოვნურ—სიტუაციაში მოქმედებენ რეალური ადამიანები, რეალური მოტივებით, განწყობებით, აზრებით, შეხედულებებით, ღირებულებითი ორიენტაციებით. სოციოლოგს აინტერესებს სწორედ ის მოტივები, რომლებიც ვლინდება გამოკითხვის პროცესში, რომელშიც ჩანს ორი მხარე. რასაკვირველია, სოციოლოგს აინტერესებს თვით გამოკითხვის საგანი, მაგრამ უმთავრესად იგი დაინტერესებულია გამოსაკითხის ცნობიერებით, თუ როგორ რეაგირებს, როგორ აღიქვამს, როგორ ესმის და განიცდის იგი მას. რაც უფრო სრულად იქნება გათვალისწინებული საქმის ეს მეორე მხარე, მით უფრო უკეთ უპასუხებს გამოკითხვა თავის დანიშნულებას.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, არ არის საკმარისი ცალკეული გამოკითხვების მხოლოდ თეორიულად დასაბუთებული მეთოდიკების არსებობა.

8.2. გამოკითხვის ჩატარების პროცესი

- გამოკითხვის მიზნების დასახვა
- შერჩევის გეგმა
- შესწავლის დიზაინი
- მონაცემთა შეგროვების პროცედურები
- კითხვაში შეყვანილი საკითხების შესწავლა
- წინასწარი ცდა
- მონაცემთა შეგროვება
- კოდირება და მონაცემთა დამუშავება
- ანალიზი
- ანგარიშის მომზადება

ამჟამად, შექმნილი პირობების გათვალისწინებით, საჭირო გახდა გამოკითხვის მეთოდების სტანდარტიზაცია ყველაზე მნიშვნელოვანი მიმართულებებით. პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ერთსა და იმავე პრობლემაზე ტარდება სულ სხვადასხვანაირი გამოკითხვები, რის გამოც მიღებული მონაცემების შედარება—შეპირისპირება შეუძლებელი ხდება.

მისაღები ინფორმაციის ხასიათისა და მისი მიღების საშუალებების მიხედვით, გამოკითხვა იყოფა ორ ძირითად ჯგუფად, როგორიცაა ანკეტირება და ინტერვიუირება. ანკეტურ გამოკითხვას, როგორც წესი, უფრო ფართო აუდიტორია გააჩნია, მონაცემთა დამუშავებაში

რაოდენობრივი მეთოდების გამოყენება აქ უფრო მეტად არის შესაძლებელი. ინტერვიუ კი — უფრო მცირე აუდიტორიას, გამოკითხვის პროგრამის უფრო დაწვრილებით შემუშავებას, უფრო დეტალურ ხარისხობრივ ანალიზს ითვალისწინებს. არსებობს გამოკითხვის საკმაოდ ფართოდ გავრცელებული შუალედური ფორმა — სტანდარტიზებული ინტერვიუ. ეს მეთოდიკა გულისხმობს გამოსაკითხი პირის თანდასწრებით კითხვარის შევსებას; მასში მოცემული კითხვები ყალიბდება საკმაოდ ერთგვაროვნობით; მონაცემების შემდგომი რაოდენობრივი შეპირისპირების მიზნით, კითხვებისა და პასუხების ფორმულირებები მკაცრად ფიქსირდება.

8.3.1. ანკეტირება

ინტერვიუს ჩატარების მეთოდები

- ფოკუს-ჯგუფები
- სატელეფონო გამოკითხვები
- პერსონალური ინტერვიუები
- საფოსტო გამოკითხვები
- ინტერნეტ გამოკითხვები

უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა დავახასიათოთ ანკეტის კითხვათა კლასიფიკაცია მათი შინაარსის მიხედვით. კითხვების რაოდენობა, რომელიც შეიძლება ადამიანს მიეცეს, პრინციპში განუსაზღვრელია, მაგრამ ბრუნვაში მყოფი ანკეტების განხილვისას გამოიყოფა კითხვების გარკვეული ჯგუფი, საერთო თითქმის ყველა ანკეტისათვის: გამოსაკითხი პირის სოციალური წარმოშობის ან მისი სტატუსის შესახებ; მისი როლებრივი პოზიციების შესახებ; მისი ქცევის მოტივებზე; წარმოსახულ სიტუაციაში შესაძლებელი ქცევის შესახებ (პროექტული კითხვები); მის ძიერ, გარკვეული ფაქტების, მოვლენების, ინფორმაციის წყაროების შეფასების შესახებ; რაიმე პრობლემის ან პრობლემათა ჯგუფზე მისი ინფორმირებულობის ხარისხის შესახებ; მის შინაგან მდგომარეობაზე თავისი მოღვაწეობა-საქმიანობით დაკმაყოფილებულობის შესახებ და ა. შ.

ზემოჩამოთვლილი თითოეული თემა დაკავშირებულია გარკვეულ მეთოდოლოგიურ თავისებურებებთან, იმდენად, რამდენადაც, ყველა ისინი თითქოსდა შეეხებიან პიროვნების სხვადასხვა მხარეს, მის სოციალურ მდგომარეობას, ინდივიდუალური ცნობიერების სტრუქტურათა და მოტივაციათა დონეებს. ახლა შეეჩერდეთ ანკეტის ყველაზე მნიშვნელოვანი კითხვების განხილვა-გარკვევაზე, კვლევისათვის მათ მნიშვნელობაზე და იმ მეთოდოლოგიურ სიძნელეებზე, რომლებიც იქმნება პასუხების სარწმუნოობის კონტროლის აუცილებლობასთან დაკავშირებით.

რესპონდენტის სოციალური მდგომარეობის ან მისი სტატუსის შესახებ კითხვებს ზოგჯერ სოციალურ-დემოგრაფიულ პასპორტსაც უწოდებენ. მინიმალურ ინფორმაციას შეიცავს პასუხები კითხვებზე სქესის, ასაკის, პროფესიის, განათლების დონისა და ოჯახური მდგომარეობის შესახებ. უფრო დაწვრილებით მუშავდება მონაცემები კვალიფიკაციის, სპეციალობის, პარტიულობის, სწავლისადმი დამოკიდებულების, ეროვნების, საცხოვრებელი ადგილის, მატერიალური პირობების (საცხოვრებელი ბინის ტიპი, მისი ფართი, ხელფასის ოდენობა, ოჯახის წევრთა რაოდენობა, შემოსავალი ოჯახის თითოეულ წევრზე) შესახებ. სოციალური სტატუსის კიდევ უფრო დაწვრილებითი დახასიათება შეიცავს კითხვებს გამოსაკითხი პირის ცხოვრებისეული გზის შესახებ: სოციალურ წარმოშობაზე, მშობელთა ოჯახის ტიპზე, მამისა და დედის პროფესიებზე ცალ-ცალკე, მათ განათლებაზე, გამოსაკითხი პირის მიერ განათლების მიღებისა და პროფესიული მომზადების გზების შესახებ, წარსულში საქმიანობის სახეებზე და ა. შ.

ანკეტის ამ ნაწილის დამუშავების ხარისხი, რომელიც, როგორც წესი, გამოსაკითხი ფურცლის ბოლოში თავსდება, დამოკიდებულია კვლევის კონკრეტულ ამოცანებზე.

ყველაზე დაწვრილებით დამუშავებული ანკეტა გამოიყენება ისეთ გამოკვლევებში, რომლებიც დაკავშირებული არიან ამა თუ იმ პროფესიული ჯგუფების სოციალურ-

ფსიქოლოგიურ შესწავლასთან.

მოკლედ შევჩერდეთ იმ ყველაზე ელემენტარული კითხვების ზოგად მნიშვნელობაზე, რომლებიც შეეხებიან გამოსაკითხი პირის სოციალურ სტატუსს.

თვით ასაკისა და სქესის შესახებ მიღებულ ინფორმაციასაც კი — სოციალური მნიშვნელობა აქვს.

ქალისა და მამაკაცის განსხვავება სოციოლოგისათვის საინტერესოა უპირველეს ყოვლისა იმ თვალსაზრისით, რომ სოციალიზმის პირობებშიც რჩება ქალისა და მამაკაცის შრომის პროფესიულ თავისებურებათა ნიშნები. ამ თვალთახედვით, პროფესიები შეიძლება დაიყოს სამ ჯგუფად: შერეული ტიპის პროფესიები, უმთავრესად მამაკაცისა და ქალის შრომითი პროფესიები. მამაკაცთა და ქალთა კოლექტივებში იქმნება თავისებური სოციალურ-ფსიქოლოგიური ატმოსფერო. მათი მდგომარეობა არსებითად განსხვავდება ერთმანეთისაგან წარმოების სფეროს გარეთაც — საოჯახო მოვალეობათა განაწილებაში, ყოფაში, რაც ვლინდება მათი გამაერთიანებელი ცენტრალური სოციალური ინსტიტუტის — ოჯახის მიმართაც.

სოციოლოგის ამოცანა ამ განსხვავების სუბორდინაციის გამოკვლევაა. ახლა უკვე სავსებით ნათელია, რომ ქალისა და მამაკაცის პოლიტიკური და იურიდიული თანასწორუფლებიანობა არ წყვეტს სქესთა თანასწორობის პრობლემებს. ამ სხვაობაში წამყვანი მხარის გამოყოფა — მნიშვნელოვანი თეორიული ამოცანაა. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ აქ მთავარი პრობლემა არა იმდენად წარმოების სფეროშია, რამდენადაც საოჯახო-საყოფაცხოვრებო სფეროში. საერთოდ კი — ამ საკითხის საბოლოო გადაწყვეტა მოითხოვს საკმაო ინფორმაციის დაგროვებას და მის ზედმიწევნით ანალიზს.

ინტერვიუერის როლი

გამოცდილი ინტერვიუერი სტანდარტული ინტერვიუს ჩატარების პროცედურების საშუალებით უფრო სანდო და დამაჯერებელ მონაცემებს აგროვებს. ინტერვიუერები სამ ძირითად როლს ასრულებენ:

მაქსიმუმამდე ზრდიან დასრულებული ინტერვიუების რაოდენობას ინტერვიუებზე უარის მთქმელთა რაოდენობის მინიმუმამდე დაყვანით;

წინასწარი ინფორმაციის მიწოდებით, კითხვებზე პასუხის გაცემით და რესპონდენტებთან კარგი ურთიერთობის დამყარებით ახდენენ რესპონდენტების მოტივირებას, რათა მათ გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღების სურვილი გამოთქვან;

ხელმძღვანელობენ კითხვარის შევსებას კითხვების დასმით, პასუხების ჩაწერითა და შეისწავლიან არასრულ პასუხებს.

სოციალურ სტატუსზე მიმართული კითხვები სარწმუნოობისა და სიცხადის განსხვავებული ხარისხით ხასიათდებიან. ეს გარემოება გათვალისწინებული უნდა იქნეს ინფორმაციისა და მისი კონტროლის წეს-საშუალებათა შეფასების დროს. მაგალითად, რესპონდენტის სქესის შესახებ კითხვაზე პასუხი ინფორმაციის დამახინჯების მინიმალურ შესაძლებლობას შეიცავს. სულ სხვა საქმეა კითხვა ხელფასის შესახებ. ამ შემთხვევაში მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ, ჯერ ერთი, თვით ცნების სხვადასხვანაირი ახსნა-გაგების შესაძლებლობანი: ანკეტას შეიძლება მხედველობაში ჰქონდეს ნომინალური ხელფასი, გადასახადების გამოქვითვამდე, მოპასუხემ კი — შეიძლება ჩათვალოს, რომ მას ეკითხებიან იმ თანხაზე, რომელსაც იგი ხელზე იღებს. მოპასუხემ უნდა იცოდეს, თუ რის შესახებ ეკითხებიან მას, მიმდინარე თვის ხელფასზე, უკანასკნელი რამდენიმე თვის (სახელდობრ, რამდენი თვისა) საშუალო ხელფასზე, თუ წლის განმავლობაში გამომუშავებულ საშუალო ხელფასზე, ამიტომ ხელფასის შესახებ კითხვა ფორმულირებული უნდა იქნეს სხვაობის ყველა ნიშნის გათვალისწინებით.

ინტერვიუერისთვის საჭირო უნარ-ჩვევები

- დაიწყოს და წარმართოს საუბარი უცნობთან;
- პროფესიულად უპასუხოს მოულოდნელ კითხვებს და სიტუაციებს;
- იყოს ნეიტრალური და არ გამოიქვას საკუთარი მოსაზრებები ინტერვიუს ჩატარების პროცესში;
- მოახდინოს იმ რესპონდენტების მოტივირება, რომლებიც უარს ამბობენ გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღებაზე;
- გამოკითხვა წარმართოს თავისუფლად, საუბრის სახით;
- საჭირო შედეგების მისაღებად დამატებითი კითხვები არასრულ პასუხებზე მიუკერძოებლად დასვას.

კითხვების მეორე ჯგუფი, რომელიც ჩვეულებრივ ყველა ანკეტაში ჩაირთვება ხოლმე, გამოსაკითხი პირის როლებრივი პოზიციების, მისი საქმიანობა-მოღვაწეობის, კონკრეტული მოქმედება-ქცევის, მის მიერ, გარკვეულ სიტუაციაში მიღებული გადაწყვეტილებების გამომრკვევია. მაგალითად, მონაცემები სპეციალობის, სამსახურებრივი მდგომარეობის, კვალიფიკაციის, ოჯახის მდგომარეობის, არჩევითი საზოგადოებრივი სამუშაოსადმი დამოკიდებულების შესახებ. ამ კითხვებს ბევრი რამ აქვთ საერთო პირველ ჯგუფთან — იმ კითხვებთან, რომლებიც შეეხება სოციალურ მდგომარეობას (სტატუსს).

წარსულისაკენ მიმართული კითხვების გარდა, საკმაოდ გავრცელებულია ან მომავლისაკენ, ან კიდევ წარმოსახული სიტუაციისაკენ მიმართული კითხვები. ისინი ქმნიან მესამე ჯგუფს და იწოდებიან პროექტულ კითხვებად. ამგვარი კითხვები, როგორც წესი, დამხმარე ხასიათისანი არიან, იმდენად, რამდენადაც აქ ვლინდება გამოსაკითხი პირის ე. წ. ვერბალური ქცევა, ე. ი. ირკვევა, თუ როგორ ჩათვლიდა იგი საჭიროდ ეპასუხა თავისი ქცევის შესახებ და არა ის, თუ როგორ თვლის იგი საჭიროდ მოიქცევა ან მოიქცევა სინამდვილეში. ეს სამი მდგომარეობა განსხვავებულ უნდა იქნეს ერთმანეთისაგან პასუხების შეფასებისას. პროექტული ხასიათის კითხვების მიღება შეფასების მტკიცე საფუძვლად არ შეიძლება. ერთ-ერთი შეცდომა, რომელიც საკმაოდ ხშირია, დაკავშირებულია სხვადასხვა ტიპის კითხვების ერთმანეთისაგან განსხვავების უცოდინარობასთან.

პროექტულ კითხვებზე გაცემული პასუხები უნდა შეეფარდოს გამოსაკითხი პირის ან რეალურ ქცევას, ან კიდევ არაპროექტული ტიპის სხვა კითხვებზე გაცემულ პასუხებს. მაგალითად, ლენინგრადში ჩატარებულ გამოკვლევაში ასეთი კითხვა იყო დასმული:

„სპეციალობის ხელახლა არჩევის საშუალება რომ მოგეცეთ, აირჩევდით თუ არა კვლავ ახლანდელ სპეციალობას?".

1. კი.
2. არა.
3. არ ვიცი.

ამ კითხვაზე გაცემული პასუხი უპირისპირდებოდა კითხვას სპეციალობით კმაყოფილებისა და მისი შეცვლის სურვილის ან ასეთი სურვილის უქონლობის შესახებ.

კითხვების მეოთხე სახე გამიზნულია ცალკეული ქცევის და მოქმედების ან მთლიანად საქმიანობის მოტივების გასარკვევად. ეს კითხვები თავიანთი ბუნებით ცნობიერების მდგომარეობის, განზრახვების, მიზნების, გრძნობებისა და ა.შ. გამორკვევისაკენაა მიმართული. ეს გარემება სულ სხვანაირად აყენებს ინფორმაციის უტყუარობის საკითხს. ამ შემთხვევაში უტყუარობა სულაც არ განისაზღვრება ობიექტური მონაცემების განსაზღვრულ ერთობლიობასთან შესატყვისობით, არამედ იგი განისაზღვრება მისი შესატყვისობით ცნობიერების მდგომარეობასთან. მაგრამ ინდივიდუალური ცნობიერების მდგომარეობის გაგება შეუძლებელია, ყოველ შემთხვევაში მანამდე, სანამ ქცევა არ განხორციელებულა, თუ არადა — ვერბალური განცხადების, გამოთქმის საშუალებით. მაშასადამე, ამ შემთხვევაში ინდივიდუალური პასუხის უტყუარობა გამოთქმათა შეთანხმებულობაში, სხვადასხვა გარემოებაში იმავე აზრის

გამოხატვაში მდგომარეობს. ამასთან ერთად, შეთანხმებულობის მიჩნევაც არ შეიძლება ინფორმაციის უტყუარობის საბოლოო უარყოფის საბუთად, ვინაიდან თვით გამოსაკითხის მოტივები და აზრები მათზე შეიძლება იცვლებოდეს სიტუაციიდან სიტუაციამდე ერთი გამოკითხვის განმავლობაშიც კი.

სოციოლოგს აინტერესებს არა იმდენად თითოეული ინდივიდუალური პასუხის უტყუარობა, რამდენადაც პასუხის მასობრივი განაწილების უტყურობა. ეს ამოცანა წყდება ერთსა და იმავე ან ანალოგიურ ჯგუფებში განმეორებითი ან პარალელური გამოკვლევების ჩატარების გზით. მოტივების განაწილებაში მყარი მონაცემების მიღება შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც საკმარისი კრიტერიუმი ინფორმაციის უტყუარობისა.

კითხვების შემდეგი ჯგუფი დაკავშირებულია ადამიანის ცნობიერებისა და შინაგანი სამყაროს უფრო ღრმა მხარეების გამორკვევასთან, რომლებიც ინდივიდუალური საქმიანობა-მოქმედების მოტივაციის საფუძველს წარმოადგენენ. ეს კითხვები გამიზნულია პიროვნების განწყობების, ურთიერთობებისა და ღირებულებითი ორიენტაციების გამოსარკვევად, რომლებიც მრავალფეროვან ფორმებში გამოიხატებიან.

ანკეტურ გამოკითხვებში ძალზე ხშირად ფიქსირდება მათი გამოკითხვის ისეთი წესები, როგორიცაა: მსჯელობები, რომლებშიც გამოითქმება რესპონდენტის გარკვეული შეხედულება (მსჯელობა-შეხედულებები);

- მსჯელობა-შეფასებანი, რომლებიც ეფუძნებიან ამა თუ იმ არჩევანისადმი უპირატესობის მიკუთვნებას;
- მსჯელობა-თვითშეფასებანი;
- მსჯელობები, რომლებიც გამოხატავენ დამოკიდებულებას უახლოეს სოციალურ გარემოსთან;
- მსჯელობები, რომლებიც გამოხატავენ დამოკიდებულებას სოციალურ ინსტიტუტებთან და მორალურ ნორმებთან;
- მსჯელობები, რომლებიც გამოხატავენ დამოკიდებულებას ზნეობრივ იდეალებთან და ღირებულებებთან;

შეხედულებათა გამომრკვევი კითხვების მოცემა შეიძლება იქნეს პირდაპირი ფორმით: „რას ფიქრობთ თქვენ თქვენი თაობის შესახებ?“ ან „რას ფიქრობთ თქვენ მომავლის მზეერავების შესახებ?“

ხშირად შეხედულების გამოსარკვევი კითხვები ისმება ირიბი ფორმითაც, რომელიც დაკავშირებულია წინასწარ ფორმულირებული გარკვეული მსჯელობების ამორჩევასთან.

მაგალითად, ინფორმაციისადმი დამოკიდებულების გამორკვევისას კითხვა დაისმება ასეთნაირად:

„მოცემული ოთხი მსჯელობიდან რომელს აირჩევთ თქვენ?“

1. ინფორმაციის შინაარსი სწორია, მაგრამ ფორმა ვერ პასუხობს შინაარსს.
2. ინფორმაციის შინაარსი სწორია, ფორმაც მთლიანად შეესატყვისება მას.
3. საჭიროა დაჯფიქრდე ინფორმაციის შინაარსზე, ფორმა კი ჩემთვის არაარსებითია.
4. უნდა სერიოზულად ვიფიქროთ ინფორმაციის ფორმაზეც და შინაარსზეც.

ძნელი არ არის შევნიშნოთ, რომ შერჩეული ოთხი მსჯელობა გამოხატავს ინფორმაციის კრიტიკული აღქმის სხვადასხვა ხარისხს. მეორე მსჯელობა გამოხატავს ინფორმაციის მიღებას მთლიანად, მეოთხე — კრიტიკულობის მაქსიმალურ ხარისხს, პირველი და მესამე — მეორედან მეოთხეზე გარდამავალი დამოკიდებულების სხვადასხვა ვარიანტს.

ადამიანის მრწამსი შეიძლება გამოიხატოს შეხედულების ფორმით. აქ ფსიქოლოგიის რთულ მრავალპლანიან მოვლენასთან გვაქვს საქმე. მრწამსები, ღირებულებითი ორიენტაციები უფრო ღრმა ხასიათისანი არიან, ვიდრე შეხედულებები. შეხედულება უფრო მოძრავი და ნაკლებად მყარია ადამიანის მრწამსთან შედარებით. ერთი და იმავე მრწამსის საფუძველზე, ინფორმირებულობის ხარისხისა და სხვა ნაკლებად არსებითი გარემოებების მიხედვით, ერთსა და იმავე მოვლენაზე შეიძლება შეიქმნას სხვადასხვა შეხედულება, აზრი.

მეორე მხარე საქმისა იმაშია, რომ ანკეტაში მოცემულ გარკვეულ კითხვებზე შეხედულება

შეიძლება არც გვქონდეს.

მაგალითად, ადამიანი არასოდეს არ დაფიქრებულა იმაზე, თუ რის შესახებ ეკითხებიან ანკეტაში და არც გაურკვევია თავისი დამოკიდებულება გამოკითხვის საკითხისადმი. პირველად ანკეტამ წარმართა მისი აზრები განსაზღვრული არხით და, მაშასადამე, იგი კი არ ავლენს უკვე ფორმირებულ აზრებს, არამედ ხელს უწყობს მათ ფორმირებას. აქ ვლინდება არა იმდენად აქტუალური, რამდენადაც პოტენციური აზრი, მაგრამ სოციოლოგისათვის საინტერესოა მისი აქტუალური ფორმაც, რომელსაც გამოკითხვამდე დიდი ხნით ადრე მკვლევარის ამოცანებისა და განწყობათაგან დამოუკიდებლად, გარკვეული სახის დასრულებულობა და სიმყარე გააჩნდა. საზოგადოებრივი აზრი, თავის აქტუალურ ფორმაში, არსებობს „ცნობიერების კვანძების“ სახით, რომლის პრიზმაშიც აღიქმება ესა თუ ის თეორიული და პრაქტიკული ცოდნა, ყოველგვარი ინფორმაცია. ცნობიერების კვანძების შინაარსი, მისი ასახვის ობიექტი, საზოგადოების სოციალურ-პოლიტიკური ცხოვრების ის მოვლენებია, რომელთაც ისტორიული შედეგების მიხედვით განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ. ამ მოვლენების გააზრება ხდება საზოგადოების განკარგულებაში მყოფი ყველა საშუალებითა და წესით, ამიტომაც ცნობიერების კვანძები მსჭვალავენ საზოგადოებრივი ცნობიერების ყველა ფორმას.

შეცდომების ჯგუფი, რომელიც ძალზე ხშირად გვხვდება, დაკავშირებულია იმასთან, რასაც შეიძლება ტერმინების არაადეკვატურობა ეწოდოს. მკვლევარი ისწრაფვის შეისწავლოს გარკვეული პრობლემა და ახდენს მის ფორმულირებას საკითხების სახით ისეთ ტერმინებში, რომლებიც მიღებულია მის წრეში, მაგრამ მხედველობის გარეშე რჩება ის, რომ იგივე პრობლემა გამოსაკითხთა წრეში რამდენადმე განსხვავებული ტერმინოლოგიით გამოითქმება და საერთოდ სხვანაირად აღიქმება. იმისათვის, რომ თავიდან აიცილოს არაადეკვატურობის შეცდომები, სასურველია მკვლევარმა იცოდეს, ან ინტუიციურად იგრძნოს მის მიერ გამოსაკვლევ წრეში მისთვის საინტერესო პრობლემის აღქმის ხასიათი და კითხვები მაქსიმალურად გასაგებ ფორმაში დასვას.

მესამე შეცდომა, რომელიც არაიშვიათად გვხვდება, იმ საკითხებშია მოსალოდნელი, რომლებიც შერჩევას გულისხმობენ. მას არათანაბარზომიერების შეცდომა ეწოდება.

ანკეტა გვთავაზობს — გავაკეთოთ არჩევანი აბსოლუტურად შეუპირისპირებად, არათანაბარზომიერ ღირებულებებს შორის. ამის სანიმუშოდ შეიძლება მოვიყვანოთ შემდეგი, საკმაოდ გავრცელებული კითხვა:

„ყველაზე უფრო რა თვისებები მოგწონთ თქვენს თანატოლში?

1. სამშობლოს სიყვარული.
2. მაღალი პროფესიონალიზმი.
3. პატიოსნება.
4. გულითადობა, სიკეთე, გულისხმიერება.
5. მიზანმისწრაფებულობა.
6. კოლექტივიზმი.
7. ოპტიმიზმი.
8. თავმდაბლობა.
9. ნაკლოვანებებისადმი შეურიგებლობა.

არათანაბარზომიერება შესაძლებელი პასუხების ნუსხაში იმაში მდგომარეობს, რომ აქ ერთ რიგშია დაყენებული ადამიანის ისეთი პირადი თვისებები, როგორიცაა მიზანმისწრაფებულობა, გულითადობა, თავმდაბლობა და მოქალაქეობრივი თვისებები, მაგალითად, სამშობლოსადმი სიყვარული; ჩამოთვლილი მახასიათებლების რიგი თითქოსდა ცნობიერების სხვადასხვა სიბრტყეში ძევს: ერთ შემთხვევაში საქმე ეხება თავის სამუშაოსადმი დამოკიდებულებას, მეორე შემთხვევაში — კოლექტივისადმი დამოკიდებულებას, ხოლო მესამეში კი — ქვეყნისადმი მთლიანად. აღნიშნულ გარემოებათა გამო ჩამოთვლილი ღირებულებები სულაც არ გამორიცხავენ ერთმანეთს, არამედ, პირიქით, თითქოსდა ერთმანეთს ერწყმიან. ყველაზე ზოგადი დახასიათება — სამშობლოსადმი სიყვარული — ყველაზე ხშირად აღინიშნება არჩევანში, რაც მოსალოდნელიც იყო, მკვლევარი კი — ახალ ინფორმაციას არ ღებულობს.

ასეთი სახის კითხვებში წინასწარ უნდა გადაწყდეს ყოველ შემთხვევაში, ორი ამოცანა: პირველი, გააზრებული უნდა იქნეს შეთავაზებული ღირებულებების თანაფარდობა — ან მათი ზოგადობის ხარისხის, ან კიდევ რაიმე სხვა ნიშნის მიხედვით; თუ საქმე ეხება ერთრიგოვან ღირებულებებს, მაშინ მიღწეულ უნდა იქნეს მათი ყველაზე უმცირესი გადაკეთანი. მეორე, აუცილებლად უნდა დაისვას კითხვა თითოეული შეთავაზებული ღირებულებისადმი გამოსაკითხი პირის შესაძლებელი დამოკიდებულების შესახებ.

უკანასკნელი გარემოება, რომელიც მხედველობაში უნდა მიიღონ ანკეტის შედგენისას, მისი შემდგომი დამუშავებაა. არსებობს სოციოლოგიური ინფორმაციის დამუშავების სხვადასხვა წესი. ამიტომ, ანკეტის გამრავლებამდე და გამოშვებამდე უნდა გადაწყდეს მისი დამუშავების წესის საკითხი და გათვალისწინებულ იქნეს მისი გაფორმების ის მოთხოვნები, რომელთაც დამუშავების ტექნიკური შესაძლებლობები კარნახობენ.

8.3.2. ინტერვიუ

ინტერვიუ, ისევე როგორც ანკეტა, გამოკითხვის ერთ-ერთი სახეა. მისი თავისებურება იმაშია, რომ გამომკითხველი და გამოსაკითხი პირისპირ ხედებიან ერთმანეთს. ინტერვიუს აქვს გამოკითხვის წინასწარ შემუშავებული გეგმა. იმ შემთხვევაში, როდესაც კითხვები და მათი თანმიმდევრობა ერთგვაროვანია, ინტერვიუ სტანდარტიზებულია. თუკი საუბრის გეგმა, გარკვეული ზომით, ნებისმიერია, ხოლო კითხვები გადაადგილებული, გაფართოებული და გაღრმავებული საუბრის მსვლელობის გამო, ინტერვიუ თავისუფალია.

ანკეტასთან შედარებით ინტერვიუს გააჩნია რიგი უპირატესობანიც და ნაკლოვანებანიც. უპირატესობათაგან ყველაზე მნიშვნელოვანია შემდეგი: ინტერვიუ იძლევა საკვლევი პროცესების სოციალურ-ფსიქოლოგიურ მექანიზმებში უფრო ღრმად შეღწევის შესაძლებლობას; ინტერვიუირების დროს შეიძლება უფრო მეტი სიზუსტით დადგინდეს თითოეული ინდივიდუალური პასუხის გულწრფელობა. ამ მეთოდით შეკრებილი მასალა უფრო უშუალო, გამოკვეთილი და სრულია. მისი მეშვეობით მიიღწევა შესასწავლი მოვლენების თითქმის გამომსახველობითი კონკრეტულობა, ინტერვიუ იძლევა საკვლევი მოვლენის არა მარტო დაწვრილებით სურათს, არამედ საქმის შესახებ ყოველგვარი სიტუაციის უფრო მეტი მრავალგვარობის მიღების შესაძლებლობას.

ამ მეთოდს გააჩნია ნაკლოვანებები, რაც მისი ღირსებების საპირისპიროა. ინტერვიუირება, უპირველეს ყოვლისა, მოითხოვს გამომკითხველის მეტად კვალიფიციურ მომზადებას. აქ ძალზე მნიშვნელოვანია პიროვნების ფსიქოლოგიის ცოდნა, სხვა ადამიანის გაგების უნარი, გამოკითხვის ჩატარებისას ტაქტის დიდი გრძნობა, რაც ხშირად დაკავშირებულია ნაკლთა შემწყნარებლობასა და მორალიზებისაკენ სწრაფვის გამორიცხვასთან. ადამიანი, რომელიც ყოველთვის იმას ცდილობს, რომ თავს მოახვიოს თავისი აზრი თანამოსაუბრეს, ვერ იტანს სხვაგვარ აზროვნებას, არ ძალუძს სხვა ადამიანთა სუსტი მხარეების სწორად გაგება და შეწყნარება, არ შეიძლება იყოს კარგი ინტერვიუიერი. შემდეგ, ინტერვიუ უფრო მეტ დროს ითხოვს, ვიდრე ანკეტირება. ინტერვიუიერის პირადი დასწრება აუცილებელია ნებისმიერი გამოკითხვისას. გარდა ამისა, საჭიროა ჩაიწეროს და გაფორმდეს ყველაფერი, რაც შეეხება გამოკითხვას და ა.შ. ამიტომაც ინტერვიუს ძალიან იშვიათად იყენებენ მასობრივ გამოკვლევებში.

ამ მეთოდის გამოყენების მთავარი სფეროებია: 1) დაზვერვითი გამოკვლევა, როგორც პრობლემატიკის დაზუსტების, ასევე საერთო გამოკითხვის მეთოდიკის შეშუშავების მიზნით. ინტერვიუს გეგმა შემდეგში შეიძლება ანკეტად იქცეს; 2) საკონტროლო გამოკვლევა, სხვა მეთოდებით, მაგალითად, ანკეტირებით მიღებული ინფორმაციის შემოწმების მიზნით; 3) ინტერვიუ, როგორც მასალის შეგროვების ძირითადი მეთოდი, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს განსაზღვრული ან მცირე ამორჩევის დროს, უმთავრესად სოციალურ-ფსიქოლოგიურ გამოკვლევაში, როდესაც კვლევის ობიექტს თავისთავად არ აქვს დიდი გავრცელება, მაგრამ

რიგი თავისებურებების გამო განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს. ეს შეიძლება იყოს კოსმონავტთა ჯგუფების ან კიდევ არანაკლებ მნიშვნელოვანი სოციალური თავისებურებების მქონე ადამიანთა ჯგუფების სოციალურ-ფსიქოლოგიური გამოკვლევა.

ინტერვიუ ერთადერთი და სრულიად შეუნაცვლადი მეთოდი ხდება იმ შემთხვევაში, თუ გამოკვლევის ჩატარება სხვა მეთოდებით საერთოდ შეუძლებელია, მაგალითად, როდესაც სტატისტიკა არ აგროვებს ინფორმაციას მკვლევარისათვის საინტერესო რიგ საკითხებზე. განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია ინტერვიუს მეთოდი ანომალიური ან დევიანტური — ნორმიდან გადახრილი, საზოგადოებრივი გარემო-წრის მიერ მოუწონებელი ქცევის მიზეზების შესწავლისას. ინტერვიუს განსაკუთრებულ სფეროს მიეკუთვნება ადამიანის შინაგანი სამყაროს ინტიმურ მხარეებთან დაკავშირებული მოვლენების შესწავლაც; ასეთებია, მაგალითად, სქესობრივი მორალის, განქორწინებათა მიზეზებისა და ა. შ. საკითხები.

ინტერვიუ განსაკუთრებული ხასიათისაა არა მარტო მისი გამოყენების სფეროს მიხედვით, არამედ თვით რესპონდენტის ანუ ინტერვიუირებულის ტიპის მიხედვითაც. შეიძლება გამოიყოს ინტერვიუირებულთა სამი მთავარი ტიპი. უპირველეს ყოვლისა, ეს არის ექსპერტი — პირი, რომელიც თავისი განსაკუთრებული პროფესიული საქმიანობისა და ცხოვრებისეული გამოცდილების გამო, საკვლევ საკითხზე ყველაზე მეტ ინფორმაციას ფლობს. ექსპერტთან ინტერვიუს შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა მიზანი: პროგრამის დაზუსტება, კვლევის მეთოდიკის შეფასება, კვლევის ჰიპოთეზათა წამოყენება და განხილვა, შესასწავლ სფეროზე ფაქტიური მონაცემების მიღება. ყველა ეს მიზანი და ამოცანა წინასწარ უნდა იყოს გათვალისწინებული, საუბრის გეგმა — სათანადო ზედმიწევნილობით მოფიქრებული, რათა არცერთი მნიშვნელოვანი დეტალი არ იქნეს გამოტოვებული.

მეორე ტიპი ინტერვიუირებულისა შეიძლება იყოს პასუხისმგებელი პირი, რომელსაც, თავისი მდგომარეობის გამო, ამა თუ იმ წარმოებაში ან დაწესებულებაში მასალის შეგროვებისა ან ინტერვიუს ჩატარების ნებართვის მიცემის უფლება აქვს. ასეთი ტიპის ინტერვიუში მკვლევარის ამოცანაა — დაინტერესოს პასუხისმგებელი პირი და დააჯეროს იგი მოცემულ საკითხებზე ამ გამოკვლევის ჩატარების აუცილებლობაში, სახელდობრ, ამ გამოკითხვის შედეგების პრაქტიკული სარგებლიანობისა და პრესტიჟის მიზანშეწონილობის მოსაზრებებით. ინტერვიუირებულთა მესამე ტიპია რესპონდენტები ამ სიტყვის პირდაპირი გაგებით; პირი, რომელიც ამა თუ იმ მიზეზის გამო გამოკითხვის ობიექტი აღმოჩნდა.

8.3.3. ინტერვიუს განხორციელების ეტაპები

ინტერვიუ იწყება ორი ადამიანის შეხვედრით, ერთ-ერთ მათგანს სურს ინფორმაციის მიღება, ამიტომ იგი უნდა ეცადოს, გამოსაკითხის სიმპათია დაიმსახუროს. თუ დასაწყისშივე თავს იჩენს დაძაბულობა, შემდგომ მისი დაძლევა საუბარში ძალიან ძნელია. კეთილი განწყობილების მოსაპოვებლად ძალზე მნიშვნელოვანი მომენტია მოსაუბრის მიმართ პატივისცემის არაგამბედზრებელი გამოვლინება. ზომიერი დაინტერესება მისი მუშაობით და ა. შ. გამოსაკითხი, როგორც წესი, თანამოსაუბრისაგან ელოდება საქმიან მიდგომას, ამიტომ ინტერვიუიერმა გაცნობის შემდეგ უნდა უთხრას თავისი საუბრის მიზანი, დასახელოს ორგანიზაცია, რომელსაც იგი წარმომადგენლობს. გაცნობის პროცედურა შეიძლება დაფიქსირდეს ინტერვიუს გეგმაში.

შემდეგი ნაბიჯი ინტერვიუირებაში გამოკითხვაზე გადასვლაა. ამასთან, კითხვათა თანამიმდევრულობა ხასიათდება თანდათანობითი გადასვლით უფრო ნეიტრალურიდან ნაკლებ ნეიტრალურზე. აი მაგალითი ინტერვიუს მსვლელობაში თემების თანდათანობითი გაღრმავების ზოგადი გეგმისა, რომელიც ცნობილმა ამერიკელმა ფსიქოლოგმა ოლპორტმა შეიმუშავა.

1. წლოვანება.
2. ეროვნული და კულტურული დონე, აღზრდის ტრადიციები.
3. განათლების დონე.
4. ავადმყოფობანი და უბედური შემთხვევები.
5. პროფესიული ბიოგრაფია და გეგმები.

6. ჰობი და დასვენების წესი.
7. კულტურული ინტერესები.
8. იმედები და ამბიციები.
9. პირადი მოყვარულობანი.
10. ოცნებები.
11. შიში და საზრუნავი.
12. დამცირება და გულგატეხილობა.
13. ანტიპათიები და ზიზღი.
14. სქესობრივი ცხოვრება.
15. ნევროზები.
16. რელიგიური ცხოვრება.
17. ცხოვრების ფილოსოფია.

მაგალითად, რწმენის ფილოსოფიურ-ეთიკურ კომპლექსთან დაკავშირებული მსოფლმხედველობითი ხასიათის კითხვები ავტორს უკანასკნელი რიგისათვის აქვს მიკუთვნებული, მას სამართლიანად მიაჩნია, რომ აქ იმალება პიროვნული სტრუქტურის ყველაზე ღრმა მომენტები.

ინდივიდუალური მსოფლმხედველობა — ცხოვრების პირადი ფილოსოფია ყოველ ადამიანს ექმნება მთელი თავისი ცხოვრებისეული გამოცდილების შედეგად, როგორც გამაერთიანებელი მომენტი ადამიანის დამოკიდებულებისა ყველა განცდილ სიტუაციასთან, რომელიც მოიცავს არა მარტო მისი როლებრივი პოზიციებისა და ურთიერთობების სფეროს, არამედ მისი ინტიმური ცხოვრების სფეროსაც.

ინტერვიუს ზემოთ წარმოდგენილი გეგმა, შეიძლება დახასიათდეს როგორც რაციონალურ-ფსიქოლოგიური. ძირითადად მას იყენებენ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ გამოკვლევაში. სოციოლოგიაში კი — ამ გეგმის გამოყენება შეიძლება პიროვნების ტიპების შედარებითი გამოკვლევების დროს, როგორც გარკვეული სოციალური ჯგუფის ფარგლებში, ასევე სოციალური ჯგუფების ერთმანეთთან შედარებისას.

ინტერვიუს მეორე ტიპი შეიძლება დახასიათდეს — როგორც თემატური. იგი პიროვნებისა და მისი სტრუქტურის ყველა მხარეს კი არ ეხება, არამედ ზოგიერთ მათგანს, უმთავრესად მათ დამოკიდებულება-მიმართებაში არსებულ შესასწავლ პრობლემის სახეებს. თემატიურ ინტერვიუში შედარებით უფრო მეტად გამოიყენება ტესტები, სკალები და ფორმალური ხერხები.

ინტერვიუს მესამე ტიპი შეიძლება დახასიათდეს — როგორც არამიმართული. მისი ამოცანაა არა იმდენად ინფორმაციის მიღება რეალური ფაქტების, მოვლენების, ურთიერთობების შესახებ, რამდენადაც პიროვნების შინაგანი დაძაბულობის მოხსნა ვერბალიზაციის გზით.

სოციოლოგიურ არამიმართული ინტერვიუს ილუსტრირებას წარმოადგენს შემდეგი მავალითი: ქალი მიმართავს ფსიქიატრს თავისი ორი წლის შვილის შიშების გამო. ფსიქიატრი-ინტერვიუიერი უდასტურებს მას, რომ მართლაცდა არსებობს სერიოზული საფუძველი იმისათვის, რათა მიმართოს ექიმს. შემდეგ, დედა აღნიშნავს, რომ ეს შიში, ალბათ არასწორი აღზრდის შედეგია. ინტერვიუიერი ეთანხმება მას. მაშინ ქალი ამბობს, რომ ყველაფერი მისი ქმრის ბრალია, რომელიც ძალზე ნაზად ექცევა შვილს და სწორედ ეს არის ხშირი უსიამოვნების მიზეზი. დედა ეჭვიანობს შვილზე მამის მიმართ. ინტერვიუიერი ამაშიც თანაუგრძნობს. დედა უზიარებს, რომ მას არ უნდოდა შვილი ჰყოლოდა. როდესაც ინტერვიუიერი აქაც კვერს უკრავს, ქალი აღიარებს თავისი წუხილის ნამდვილ მიზეზს. ეშინია, ქმარს არ გაუქრეს მისადმი სიყვარული.

საზრუნავთა ერთი დონიდან მეორეზე გადასვლა და ბოლოს და ბოლოს ყველაზე ღრმა პრობლემის გამოვლინება საკმაოდ რთული და ხანგრძლივი გზაა, რომელიც ინტერვიუიერისაგან გარკვეულ ოსტატობას მოითხოვს.

ხაუტორნის ექსპერიმენტის პერიოდში ჩამოყალიბდა ინტერვიუიერის ქცევის შემდეგი წესები:

1. ინტერვიუიერი მოლაპარაკეს უნდა უსმენდეს მოთმინებით, მეგობრული, მაგრამ ამავე დროს გონიერულ-კრიტიკული მანერით.
2. ინტერვიუიერმა არ უნდა გამოავლინოს მბრძანებლურობის არავითარი ნიშანი.
3. ინტერვიუიერი არ უნდა იძლეოდეს რჩევას ან მორალურ დარიგებებს.
4. ინტერვიუიერი არ უნდა ეკამათოს მოლაპარაკეს.
5. ინტერვიუიერმა უნდა ილაპარაკოს ან კითხვები მისცეს მხოლოდ გარკვეული გარემოებისას:
   ა) რათა დაუსმაროს ადამიანს ყველაფრის გამოთქმაში.

ბ) რათა გაათავისუფლოს იგი შესაძლებელი შიშისა და დაძაბულობისაგან, რამაც შეიძლება ზეგავლენა იქონიოს მის დამოკიდებულებაზე ინტერვიუერის მიმართ.
გ) ინტერვიუირებულის მიერ თავისი აზრებისა და გრძნობების ზუსტად გამოთქმის მოსაწონებლად.
დ) რათა კლავ მიმართოს საუბარი ისეთ მომენტებზე, რომელნიც გამოტოვეს ან დაავიწყდათ.
ე) ფარული ვარაუდების გასარჩევად, თუ ეს შესაბამისი და დროული აღმოჩნდება.

მიმართული, ან თემატური, და არამიმართული ინტერვიუს შედარებისას, მათ შორის საკმაოდ არსებითი განსხვავებები გამოვლინდა.

ინტერვიუიერისა და ინტერვიუირებულის სიტყვათა რაოდენობას შორის შეფარდება მერყეობს 0,15-დან 4,02-მდე. სხვანაირად რომ ვთქვათ, ერთ შემთხვევაში ინტერვიუირებული ლაპარაკობს 7-ჯერ უფრო მეტს, ვიდრე ინტერვიუიერი, მეორე შემთხვევაში კი ინტერვიუიერი ლაპარაკობს 4-ჯერ უფრო მეტს, ვიდრე ინტერვიუირებული.

ინტერვიუს მეოთხე ტიპს ფოკუსირებული ინტერვიუ ეწოდება. თავისი ჩანაფიქრით იგი ძალიან უახლოვდება თემატურ ინტერვიუს. მისგან განსხვავდება მხოლოდ თემის უფრო გარკვეული მოცემულობით. ამასთან, აქ თემა მოიცემა თვალსაჩინოდ, ხატოვნად. ინტერვიუს ჩატარების წინ გამოსაკითხს შესთავაზებენ ნახოს ფილმი (ან მისი რამდენიმე კადრი), წაიკითხოს გარკვეული ტექსტი, მოისმინოს გადაცემათა ჩანაწერი და ა. შ.

ამის შემდეგ ინტერვიუ აიგება ნახულ, წაკითხულ ან მოსმენილ თემაზე. ინტერვიუიერს, საბოლოო ანგარიშში, აინტერესებს აღქმული მასალით გამოწვეული რეაქციის ტიპი. ასეთი სახის ინტერვიუს ნაყოფიერი გამოყენება შეიძლება პროპაგანდის სხვადასხვა ფორმის ეფექტურობის კვლევისას, ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ცნობიერების სტერეოტიპის შესწავლისას და სხვა.

სოციოლოგიურ გამოკვლევაში ინტერვიუ მეცნიერული პროცედურის ნაწილია, მაგრამ იგი ასეთად იქცევა მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ იგი ფიქსირებულია.

ამიტომ დიდად მნიშვნელოვნია არა მარტო საჭირო გეგმის მიხედვით ან მოცემული თემის შესაბამისად საუბრის წარმართვის ცოდნა, არამედ ინტერვიუს დროს მიღებული მასალის ჩაწერის ცოდნაც. ტექნიკურად ყველაზე მოსახერხებელია ინტერვიუს ჩატარება მაგნიტოფონით ან ვიდეოკამერით, რაც ინტერვიუს დამთავრებისთანავე უნდა გაიშიფროს, რათა შენარჩუნდეს დეტალები, გამოთქმათა ელფერები, ინტონაცია, სპეციფიკური გამოთქმები, რომლებშიც ხშირად უფრო მეტი შინაარსია, ,ვიდრე საუბრის უბრალო ლოგიკურ განვითარებაში. რასაკვირველია, საუბარი უნდა ჩაიწეროს მხოლოდ გამოსაკითხი პირის თანხმობით. გამოკვლევის ინტერესებიდან გამომდინარე უნდა უზრუნველყოფილ იქნეს ინტერვიუს მასალების შენახვა, ისევე, როგორც სოციოლოგიური ჯგუფის მიერ შეგროვებული სხვა მასალებისა. ამას მნიშვნელობა აქვს არა მხოლოდ ამოსავალი მონაცემების შემოწმების შესაძლებლობის თვალსაზრისით, არამედ გარკვეული დროის შემდეგ, იმავე მეთოდიკით პრობლემის განმეორებითი გამოკვლევის მიზნითაც.

8.3.4. დოკუმენტების ანალიზი

სოციოლოგიურ ლიტერატურაში გასაანალიზებელი დოკუმენტაცია იყოფა ორ ჯგუფად: პირადი დოკუმენტები და ოფიციალური დოკუმენტები.

როგორც პირველი, ისევე მეორე ჯგუფი ინფორმაციის საკმაოდ მნიშვნელოვანი და არსებითი წყაროა, მაგრამ თითოეულ მათგანს გააჩნია თავისი, მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი თავისებურებები.

უმრავლეს შემთხვევაში, ერთადერთი, რაც შეიძლება ცხოვრების აღწერათა მრავალსახეობიდან სოციოლოგმა მიიღოს, ეს არის მომხდარი ამბების მოტივაციური, ფსიქოლოგიური მხარის მაჩვენებელი საკმაოდ ნედლი ემპირიული მასალა, რომელიც გარკვეულწილად დამახინჯებულიცაა ინდივიდუალურ და ჯგუფურ ცნობიერებაში გარდატეხის გამო.

პირად დოკუმენტებს მიეკუთვნება ინდივიდის მიერ საკუთარი მოქმედებების, განცდებისა და რწმენა-შეხედულებათა აღწერა ავტობიოგრაფიის, დღიურისა და სხვადასხვაგვარი წერილების ფორმაში.

პირადი დოკუმენტების ანალიზის პროცესში დგება ორი მთავარი პრობლემა: მასალის დამახინჯების ხარისხი აზრის გადმოცემისას და ჩაწერისას, ე. ი. რამდენად შეესაბამება თვით გაფომება ამა თუ იმ პირადი დოკუმენტისა – განცხადებისა ან დღიურისა – მისი ავტორის რეალურ განზრახვებსა და საქმეთა ნამდვილ ვითარებას. მეორე პრობლემა მდგომარეობს იმაში, თუ რამდენად შეიძლება პირადი დოკუმენტები გამოდგეს მეცნიერული ჰიპოტეზის ფორმულირების ან ამა თუ იმ სოციალური კანონების აღმოჩენის ამოსავალ მასალად.

პირველი პრობლემის შესახებ ოლპორტმა გამოყო და ჩამოაყალიბა იმ მოტივთა 13 ჯგუფი, რომელნიც ადამიანებში აღძრავენ პირადი დოკუმენტების შედგენა-წარმოების სურვილს და, შესაბამისად, სხვადასხვანაირად ზემოქმედებენ ინფორმაციის უტყუარობაზე.

ოლპორტის აზრით, ეს მოტივებია:

1. საკუთარი ქცევისა და მოქმედების თვითმართლება.
2. სწრაფვა ყველასათვის საჩინო გახადოს თავისი შინაგანი სამყარო.
3. სწრაფვა აზრებისა და ქცევის მოწესრიგებისაკენ.
4. ლიტერატურული განზრახვები, სწრაფვა წერილობითი მეტყველების დახვეწისაკენ, მომავალში ჟურნალისტად ან მწერლად გახდომის მიზნით.
5. თავისი პირადი გეგმების განსაზღვრა და გაფორმება, რაიმე მიღწევის ან მოპოვების განზრახვათა უფრო გარკვეული ფორმულირება.
6. ფსიქოლოგიური დაძაბულობის, შინაგანი კონფლიქტის მოხსნა.
7. ფულადი სარგებლობა.
8. ვალდებულება, მაგალითად, ავტობიოგრაფიის დაწერის აუცილებლობა მუშაობის დაწყებისას ან საკლასო დავალების შესრულების სახით.
9. ფსიქოთერაპიული მიზნები.
10. აბსოლუტურის, ღმერთის ან კაცობრიობის წინაშე აღსარების თქმის სურვილი.
11. მეცნიერული ინტერესი.
12. საზოგადოებრივი სარგებლობა – გაკვეთილი ან მაგალითი სხვებისათვის.
13. სწრაფვა უკვდავებისკენ.

პირადი დოკუმენტების ანალიზის პრობლემის მეორე ასპექტი გულისხმობს მათი შედგენის მოტივების გამორკვევასა და ამ მოტივების შესაბამისად დოკუმენტების უტყუარობის შეფასებას. შეიძლება თუ არა საერთოდ ვენდოთ პირად დოკუმენტებს, რამდენად შეიძლება ვენდოთ და რა პირობებში? ამ კითხვაზე პასუხობს პროფესორი ლ. გოტშალკი, რომელიც გამოჰყოფს პირადი დოკუმენტებისადმი ნდობის ხუთ პირობას:

1. ავტორის ფრთხილი დამოკიდებულება გადმოცემული ფაქტების მიმართ, როდესაც თვით ეს ფაქტები არ ეხებიან მის პირად ინტერესებს, არ წარმოადგენენ მისი პირადი მიდრეკილების საგანს.
2. როდესაც საბუთი გარკვეულ ზარალს აყენებს ავტორს და თვით ჩანაწერი აღსარების ხასიათისაა.
3. თუ ამ დოკუმენტებში გადმოცემული მონაცემები ჩაწერის მომენტში საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი იყო და, მაშასადამე, ავტორი გვაცნობს რაიმე საყოველთაოდ ცნობილს.
4. როდესაც ცნობა ან მისი ნაწილი საინტერესოა მკვლევარისათვის და ამასთან ერთად იგი არ შეესატყვისება პირადი დოკუმენტის ტექსტის შინაარსის ძირითად თვალსაზრისს. მაგალითად, წერილში შეიძლება დაწერილებით იყოს გადმოცემული რამდენიმე ადამიანის შეხვედრის შინაარსი, მათი სახელების აღნიშვნით. აქ შეიძლება საეჭვოდ მივიჩნიოთ მათი საუბრის შინაარსის გადმოცემა, მაგრამ ამასთან ერთად დავასკვნათ, რომ გარკვეულ პირთა შეხვედრას ადგილი ჰქონია.
5. ნდობას იმსახურებს აგრეთვე ცნობა, რომელიც ეწინააღმდეგება მკვლევარის მიერ ნავარაუდევ ავტორის განწყობებს.

რაც შეეხება საქმის მეორე მხარეს პირადი დოკუმენტების ანალიზის დროს, რაც დაკავშირებულია მასალის შესაძლო დამახინჯებასთან, უკვე არა ამ დოკუმენტების ავტორის მიერ, არამედ მათი მკვლევარის მიერ, აქ გარკვეული საშიშროება თვით პირადი დოკუმენტების შეგროვების ხასიათში იმალება.

მაგალითად, ფსიქოლოგიის შესწავლის სფეროში განხორციელებულ კვლევებში გამოიყენება პირადი დოკუმენტების შეგროვების ისეთი ფორმა, როგორიცაა გარკვეულ თემაზე მიცემული სასკოლო თხზულება. ამ თემის შერჩევას და ფორმულირებას ბევრად განსაზღვრავს მასალის გადმოცემის ხასიათი და ამიტომ მიღებული დოკუმენტების შემდგომი ინფორმაციული

ტევადობის შეფასება შეფარდებულ უნდა იქნეს თვით გამოკვლევის წინასწარ სქემასთან. გარდა ამისა, სურათი შეიძლება დამახინჯდეს პირადი დოკუმენტების შეგროვებისას კვლევის გარკვეული მიმართულების გამოც.

მაგალითად, თუ დღიურებსა და სხვა აღსარებითი ხასიათის პირად ჩანაწერებს ერთ-ერთ წყაროდ მივიჩნევთ, მაშინ იქმნება საერთხე რეალური სურათის დამახინჯებისა, ვინაიდან თვით დღიურები ხასიათდებიან სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებებით. შეიძლება ვიკარაუდოთ, რომ მრავალ იმათგანს, რომლებიც დღიურებს წერენ, ყოველ შემთხვევაში, ადამიანთა საკმაოდ დიდ ნაწილს, არა სავსებით კეთილსასურველი ურთიერთობა აქვს გარემოწრეესთან. ამ გარე კონფლიქტების გადასაწყვეტად იყენებენ ისინი დღიურებს, მიმართავენ თვითანალიზს, რათა გარკვეული სახით გამოთქვან ყოველივე.

დოკუმენტების მეორე ჯგუფს შეადგენენ ოფიციალური დოკუმენტები, ანუ ის დოკუმენტები, რომლებიც გამომდინარეობენ არა ერთი პირისაგან, არამედ ამა თუ იმ დაწესებულებისაგან. შესაბამისად, ოფიციალური დოკუმენტები შეიძლება კლასიფიცირდეს იმ დაწესებულების ტიპის მიხედვით, რომლიდანაც ისინი გამომდინარეობენ; დოკუმენტები შეიძლება დაკავშირებული იყოს ამა თუ იმ საწარმოს მუშაობასთან ან ამა თუ იმ სოციალურ ჯგუფთან. დოკუმენტები შეიძლება იყოს რაიმე საზოგადოებრივი მოძრაობის მახასიათებელნი. ისინი შეიძლება ახასიათებდნენ საქმიანობის რომელიმე სფეროს, მაგალითად, სამინისტროს დოკუმენტები ახასიათებენ მის საქმიანობას. დოკუმენტები შეიძლება იყოს პოლიტიკური და სახელმწიფოებრივი ხასიათისა და თითოეულ მათგანს გააჩნია თავისი ინფორმაციული ღირსებები.

დოკუმენტები, თავიანთი შინაარსისა და ხასიათის მიხედვით შეიძლება დაიყოს, ყოველ შემთხვევაში, სამ ჯგუფად:

1. მოცემული დაწესებულების მიმდინარე დოკუმენტაცია, მიმდინარე მიმოწერა — შემოსული და გასული დოკუმენტები, ბრძანებები და სხვა.
2. არაპერიოდული ხასიათის, მიმოხილვითი დოკუმენტები — ანგარიშგებები, რაიმე კომისიის მოხსენებები, რომელმაც იკვლია მოცემული დაწესებულება და რაიმე საკითხზე შემოიტანა წინადადებები.
3. დოკუმენტების მესამე ჯგუფია პერიოდული ანგარიშგების დოკუმენტები, რომელნიც სოციოლოგისათვის ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენენ.

ოფიციალური დოკუმენტების ანალიზისას ძალზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა აგრეთვე ამ დოკუმენტების სანდოობის ხარისხის განსაზღვრა. ის, რომ ეს დოკუმენტები ოფიციალური ხასიათისა არიან, ჯერ კიდევ არ წარმოადგენს ამ მასალების ობიექტურობის პირობას. სოციოლოგის ამოცანაა, სათანადოდ შეაფასოს მათში მოცემული ინფორმაციის ობიექტურობის ხარისხი. ამისათვის კი საჭიროა ვიცოდეთ: როგორი იყო ის უშუალო სიტუაცია, რომელშიც იქმნებოდა ეს დოკუმენტი: კონკრეტულად ვის ჰქონდა საქმე მოცემული დოკუმენტის შედგენასთან. როგორი იყო ამ დოკუმენტის შედგენის მიზნები და ამოცანები. რით იყვნენ დაინტერესებული ისინი, ვინც ადგენდა ამ დოკუმენტს, რა წესით იყო დამუშავებული ინფორმაცია, რომელიც გამოიყენეს მოცემული დოკუმენტის შედგენისას.

შემდეგ, სოციოლოგიურ გამოკვლევაში ოფიციალური დოკუმენტებით სარგებლობისათვის აუცილებელია ვიცოდეთ დოკუმენტაციის შენახვის წესები და რამდენადმე მაინც ვიყოთ გაცნობილი საარქივო საქმის საფუძვლებს.

ყოველ დოკუმენტს, როგორც წესი, აქვს ორი ძირითადი ნაწილი: ვერბალური მასალა, რომელიც აღწერს იმას, რაზედაც ლაპარაკია, და სტატისტიკური მასალა. გამოკვლევის ერთ-ერთი ამოცანაა ვერბალური სტატისტიკური ნაწილების შეპირისპირება. სოციოლოგისათვის ხშირად სტატისტიკურ მასალას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან ეს მასალა რაოდენობრივი დახასიათების შესაძლებლობას იძლევა.

დოკუმენტებში მოცემული სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი მოითხოვს სტატისტიკურ ცნობებში მოცემული ინფორმაციის საიმედოობის ხარისხის შეფასების ცოდნას. ასეთი შეფასებისათვის საჭიროა სტატისტიკური ინფორმაციის მონაცემების შეპირისპირება იმ მონაცემებთან, რომლებიც მოცემულია უკვე ცნობილ და გამოქვეყნებულ წყაროებში. თუ აღმოჩნდება, რომ ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად მიღებული მონაცემების ორივე რიგი

ერთმანეთს ემთხვევა, ეს იმას ნიშნავს, რომ ინფორმაცია საკმაოდ საიმედოა.

დოკუმენტაციის ანალიზის ერთ-ერთმა საკმაოდ ფართოდ გავრცელებულმა მეთოდმა მიიღო ტექსტის შინაარსის ანალიზის ანუ „კონტენტანალიზის" სახელწოდება. ეს მეთოდი შეიძლება დახასიათდეს როგორც ბწკარებს შორის კითხვის ხელოვნების მეცნიერული დასაბუთება. მისი მეთოდიკის საფუძვლები ინგლისელმა სოციოლოგებმა გ. ლასუელიმ და ბ. ბარელსონმა ჩამოაყალიბეს. ამ მეთოდიკის მთავარი იდეა იმაში მდგომარეობს, რომ გასაანალიზებელი დოკუმენტის ტექსტში გამოიყოს უმთავრესი ცნობები, სტერეოტიპები, სტანდარტული ფრაზები და მიღებულ იქნეს ისინი ტექსტის ერთეულებად. შემდეგ ტექსტის აზრობრივი შინაარსი შეიძლება გაანალიზდეს რაოდენობრივი შეპირისპირებით, ტექსტის სხვადასხვა ელემენტის ერთმანეთთან და ინფორმაციის საერთო მოცულობასთან შეფარდების გაანგარიშებით.

თავდაპირველად ტექსტის შინაარსის ანალიზი გამოიყენებოდა პროპაგანდისა და მისი ეფექტურობის შესწავლის მიზნით. ამოცანა ის იყო, რომ ტექსტის შინაარსის გამოკვლევის საფუძველზე გაკეთებულიყო დასკვნა პროპაგანდისა და იმ ორგანოების განზრახვების შესახებ, რომლებიც განსაზღვრავენ პროპაგანდის მიმართულებას. მეთოდიკა საკმაოდ ნაყოფიერი აღმოჩნდა. იგი მეორე მსოფლიო ომში მოწინააღმდეგის შესახებ ირიბი ინფორმაციის მნიშვნელოვან ელემენტად იქცა. „კონტენტანალიზის" საფუძველზე ინგლის-ამერიკის დაზვერვამ შეძლო წინასწარ გამოეცნო და განეჭვრიტა ჰიტლერელთა წამოწყებები როგორც საშინაო, ასევე საგარეო პოლიტიკის სფეროში. შემდეგში ტექსტის შინაარსის ანალიზის მეთოდმა თავისი გამოყენება ჰპოვა რიგ დარგებში: ლინგვისტიკაში, პიროვნების ფსიქოლოგიაში, ფოლკლორისტიკაში და ა.შ..

პროპაგანდის ეფექტურობის ანალიზი ამ მეთოდის გამოყენების საკმაოდ მნიშვნელოვან სფეროდ რჩება. ტექსტის შინაარსის ანალიზი დაერთვის სხვადასხვა სოციალური ჯგუფის წარმომადგენელთა მიერ გარკვეული ინფორმაციული ტექსტის აღქმის მონაცემებს. ამასთან, თვით ტექსტები აიგებიან გადმოსაცემი მასალის ზედმიწევნითი შესწავლის საფუძველზე. ამ გზით შესაძლებელი ხდება ბეჭდვითი სიტყვის, რადიოს, ტელეხედვის ორგანოების მიერ მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფისათვის გადაცემული ცნობების აღქმის ხარისხის განსაზღვრა. აბსტრაქტულად რომ ვთქვათ, კომუნიკატორსა და რეციპიენტს შეუძლიათ სრულიად განსხვავებული აზრი ჩადონ ერთსა და იმავე ცნებაში. ტექსტი, რომელიც კომუნიკატორის თვალსაზრისით სრულიად ნათელია, შეიძლება სრულიად უაზრო იყოს აუდიტორიის თვალთახედვით. ამ მეთოდიკის პრაქტიკულ რეალიზაციაში წარმოიქმნება რიგი მეთოდოლოგიური პრობლემები. მათგან ერთ-ერთი ყველაზე არსებითია მასალის კატეგორიზაციის პრინციპები, უმთავრესი ცნებების კლასიფიკაციისა და აზრობრივი კვანძების გამოყოფის საფუძვლების გამორკვევა. ეს ამოცანა წყდება კონკრეტული გამოკვლევის მიზნების მიხედვით. მაგალითად, მოწინააღმდეგის ზრახვების გამოსამჟღავნებლად ლასუელიმ დაამუშავა ცნობათა მასალის ოთხგანზომილებიანი კლასიფიკაცია, მოწინააღმდეგის თავის თავისადმი და მტრისადმი დამოკიდებულების მიხედვით: „თავისთვის", „თავის წინააღმდეგ", „მტრისთვის", „მტრის წინააღმდეგ". ეს დაყოფა ემყარება იმ მოსაზრებას, რომ ხშირად მტრის შექებამ შეიძლება უფრო მეტი დადებითი ზემოქმედება იქონიოს, ვიდრე მისმა ძაგებამ. პროპაგანდის სწორი დაყენება ამასთან ერთად მოითხოვს ზომიერების დაცვას თვითშეფასებაში. საკუთარი წარმატებების გამუდმებულმა შეხსენებამ შეიძლება უარყოფითი რეაქცია გამოიწვიოს. შემდეგში ამ კლასიფიკაციას უფრო განზოგადებული მნიშვნელობა მიეცა: „Pro – x" და „contra – x", „pro – y" და „contra – y", სადაც x და y შეიძლება განიხილებოდეს როგორც მოწინააღმდეგე მხარეები.

ესტონელი სოციოლოგების ჯგუფმა შეისწავლა ადგილობრივი პრესის ეფექტურობის საკითხები და შეიმუშავა მასალის კლასიფიკაცია, რომელიც დაკავშირებულია გადმოცემულ ტექსტში:

ა) გარკვეული ცოდნის მომცემი ინფორმაციის,

ბ) ნორმატიული ხასიათის მსჯელობის და

გ) ღირებულებითი ხასიათის მსჯელობის გამოყოფასთან.

თუმცა ცნობათა ამ სახეებს შორის საზღვარი საკმაოდ პირობითია, მაგრამ ასეთი მიდგომა კომუნიკაციური პროცესის მნიშვნელოვანი პრობლემების გაანალიზებისა და გარკვეული პრაქტიკული შედეგების მიღების საშუალებას იძლევა.

ამ მეთოდის რეალიზაციის ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა მასალის მოცვის სისრულე და მისი სისტემატური დაგროვება. ძალზე მნიშვნელოვანია არა მარტო აზრობრივი კვანძებისა და უმთავრესი ცნების გამოყოფა, რომლებიც შეესატყვისებიან მკვლევარის ჰიპოთეზას. ამ ცნებების გამოყოფაში და მათ კლასიფიცირებაში თვით მასალიდან უნდა გამოვდიოდეთ.

პროპაგანდის შინაარსის ანალიზისა და მისი ეფექტურობის ზომის განსაზღვრისას არსებითი მომენტია კომუნიკაციის ექსპრესიული და ინსტრუმენტული ფუნქციების გამოყოფა. პირველ შემთხვევაში კომუნიკაცია გამოხატავს სუბიექტის, კომუნიკატორის გარკვეულ შინაგან მდგომარეობას, მეორე შემთხვევაში კი უშუალოდ გამოიხატება მისი უახლოესი განზრახვა და მიზანი. ექსპრესიული ფუნქციის გამოყოფა შესაძლებელს ხდის განვიხილოთ პროპაგანდის ხილული და ფარული განზრახვების შეფარდების საკითხები და ამგვარად უფრო ღრმად მივუდგეთ პრობლემის გაგების საკითხს.

„კონტენტანალიზის" პროცედურის რეალიზაციასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი ყველაზე არსებითი მეთოდოლოგიური სიძნელე რაოდენობრივი და თვისობრივი მიდგომის ურთიერთმიმართების განსაზღვრაშია. რაოდენობრივ მიდგომას შეუძლია ხელი შეუწყოს პროპაგანდის სტრატეგიაში მყარი ტენდენციების გამოვლენას, მასში ყველაზე მნიშვნელოვანი თემების მიმართულებებისა და ამოცანების განსაზღვრას, მაგრამ აქ იქმნება საშიშროება მის სტრატეგიაში გარკვეული ძვრების გამორჩენისა, რომელნიც შეიძლება გამოიხატოს, ერთი შეხედვით, უმნიშვნელო გამოთქმებით. ამიტომ რაოდენობრივი ანალიზი გამუდმებულად უნდა ივსებოდეს თვისობრივი ანალიზით. ამ უკანასკნელის საფუძველზე შეიძლება კლასიფიკაციის გარკვეული დაზუსტება და რაოდენობრივი ანალიზის წესების სრულყოფა.

„კონტენტანალიზის" გამოყენების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სფეროა იმ კითხვების შესწავლა, რომელთაც აუდიტორიისაგან ღებულობს მომხსენებელი, ლექტორი, რადიო-მაუწყებლობა, ტელეხედვა და ა. შ. იმისათვის, რომ შევაფასოთ ეს სფერო, უნდა დავფიქრდეთ იმაზე, თუ რას წარმოადგენენ აუდიტორიის მიერ მომხსენებლისათვის მიცემული კითხვები. როგორია მათი როლი პროპაგანდის ამ ორი მონაწილის ურთიერთქმედების პროცესში. კითხვა, კომუნიკაციური პროცესის, ამ შემთხვევაში პროპაგანდისტსა და მის აუდიტორიას შორის ურთიერთქმედების პროცესის, უმნიშვნელოვანესი ელემენტია. ეს რესპონდენტის თავისებური უკუკავშირია კომუნიკატორთან, რის გამოც კითხვათა ერთობლიობა აუდიტორიისა და მისი ცნობიერების უმნიშვნელოვანესი მახასიათებელია.

შეიძლება გამოიყოს ოთხი ასპექტი, რომელთა მიხედვითაც უნდა გაანალიზდეს მოცემული კითხვები. უპირველეს ყოვლისა, კითხვების რაოდენობა მიუთითებს აუდიტორიის ხარისხზე. კითხვების შინაარსის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ აუდიტორიის აზროვნების მიმართულებაზე, მისი ძირითადი ინტერესების განაწილებაზე. განსაკუთრებულად მნიშვნელოვნად გვესახება ანალიზის მესამე ასპექტი — კითხვების ხასიათის ანალიზი, რომელთა მიხედვით შეიძლება განისაზღვროს ცნობიერების უმნიშვნელოვანესი პარამეტრები, მისი საკვანძო პუნქტების ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემები, რაც აღელვებს აუდიტორიას და რომელთა მიხედვითაც ასე თუ ისე აღიქმება მთელი დანარჩენი ინფორმაცია.

თავიანთი ხასიათის მიხედვით კითხვები შეიძლება დაიყოს ორ სახედ: პირველი — კითხვები უცნობის შესახებ, რომელთა მიზანია ამჟამად მიმდინარე ან უკვე მომხდარი ამბების შესახებ ინფორმაციის, რაიმე ცნობის, მონაცემების თუ ფაქტების მიღება: მეორე სახის კითხვებია არა უცნობის, არამედ გაუგებარის შესახებ. მათი მიზანია არა უბრალოდ ინფორმაციის მიღება, არამედ უკვე მიღებული ინფორმაციის ახსნა პირველი და მეორე სახით. „მაინფორმირებელ" და „მაინტერპრეტირებელ" კითხვებს შორის თანაფარდობა შეიძლება გამოდგეს იმ „ცნობიერების კვანძების" მაჩვენებლად, რომელთა შესახებ ზემოთ აღვნიშნავდით.

და, ბოლოს, კითხვების ანალიზის მეოთხე ასპექტია ხელმოწერილ და ანონიმურ

კითხვებს შორის თანაფარდობის გამორკვევა, რომელიც შეიძლება მივიღოთ მომხსენებლისადმი აუდიტორიის ნდობის ხარისხის მაჩვენებლად.

უნდა აღვნიშნოთ ამ მეთოდის ნაკლოვანებებიც; ისინი აიხსნებიან იმით, რომ კითხვების მთავარი სტიმულატორია მომხსენებელი: წაკითხული მოხსენების თუ ლექციის შინაარსი, მასალის გადმოცემის ფორმა, ლექტორის მეთოდური ოსტატობა, მაგრამ ორივე ეს მომენტი გარკვეული ზომით ნიველირდება მოხსენებათა თემატიკის მრავალფეროვნებისა და თვით მომხსენებელთა კვალიფიკაციის დაახლოებით თანაბარი დონის წყალობით. ეს ნიველირება მით უფრო მეტად ვლინდება, რაც უფრო მასობრივი ხასიათის იქნება კითხვები.

8.3.5. დაკვირვება, როგორც სოციოლოგიური ინფორმაციის შეგროვების მეთოდი

სოციოლოგიურ გამოკვლევაში დაკვირვება ეწოდება სოციალური სინამდვილის უშუალო აღქმას, ცდის მოწესრიგებისა და კვლევაში წამოყენებული ჰიპოთეზის შემოწმების მიზნით. დაკვირვება, როგორც მასალის შეგროვების მეცნიერული მეთოდი, მნიშვნელოვნად განსხვავდება ცხოვრებისეული პრაქტიკისაგან.

დაკვირვებას, როგორც მეცნიერულ მეთოდს, გააჩნია ოთხი თავისებურება:

პ ი რ ვ ე ლ ი, მეცნიერული დაკვირვება ექვემდებარება კვლევის მთავარ ამოცანას. ეს შემთხვევითი შთაბეჭდილებების უბრალო, უწესრიგო და ქაოტური გროვა კი არ არის, არამედ გარკვეული სახით მიზანმიმართული პროცესია.

მ ე ო რ ე, დაკვირვება, როგორც მეცნიერული ინფორმაციის შეგროვების მეთოდი, იგეგმება: დგინდება გარკვეული ვადები და საშუალებები ამ ინფორმაციის შეგროვებისა.

მ ე ს ა მ ე, მეცნიერული დაკვირვების მონაცემები იწერება გარკვეულ დოკუმენტებში – დამკვირვებლის დღიურებში. ეს მასალები და ჩანაწერები მოწესრიგებული ხასიათისაა. შესაძლებელია დაკვირვების მონაცემების გარკვეული ფორმალიზაცია.

მ ე ო თ ხ ე, დაკვირვება, როგორც სოციოლოგიურ გამოკვლევაში ინფორმაციის შეგროვების მეთოდი, უნდა მოწმდებოდეს მიღებული მონაცემების დასაბუთებულობისა და საიმედოობის კრიტერიუმების საფუძველზე.

შეიძლება გამოიყოს რამდენიმე მიზანი, რისთვის გამოიყენება დაკვირვება სოციოლოგიურ კვლევაში.

დაკვირვებით შეიძლება შეგროვდეს კვლევის წინასწარი მასალა, რომელიც დაგვეხმარება პრობლემის უფრო ნათლად დაყენებასა და კვლევის ამოცანების ფორმულირებაში. მკვლევარისათვის საინტერესო მასალების უშუალო აღქმის პროცესში მუშავდება, იკვეთება პრობლემა და თემის ფორმულირება, ზუსტდება კვლევის ამოსავალი ჰიპოთეზები.

დაკვირვება შეიძლება ემსახურებოდეს ილუსტრაციას.

დაკვირვება სხვა მეთოდებთან ერთად შეიძლება იყოს მასალის შეგროვების ერთ-ერთი ძირითადი მეთოდი, დაბოლოს, დაკვირვება შეიძლება გამოყენებულ იქნეს წინასწარ მიღებული მონაცემების შემოწმებისათვის.

დაკვირვების მეცნიერული ორგანიზაციის მიზნით საჭიროა, უპირველეს ყოვლისა, ნათლად გაირკვეს და განისაზღვროს, თუ რა ექვემდებარება დაკვირვებას. ამისათვის არ კმარა თემის განსაზღვრა ან დამკვირვებლის მიერ კვლევის ზოგადი იდეების გაცნობა. დაკვირვების ობიექტი უნდა განისაზღვროს კონკრეტულ სიტუაციებში და მათ ტიპებში ან, უფრო ფართოდ, შესასწავლი ურთიერთობების ტიპებში. დამკვირვებელს შეიძლება დაევალოს, მაგალითად, დააფიქსიროს კონფლიქტური სიტუაციის ყოველგვარი გამოვლინება კონფლიქტის მონაწილეები, კონფლიქტის საბაბი, მისი აღმოცენების მიზეზები, კოლექტივის მიერ მისი აღქმის ხასიათი და გადაწყვეტის ხერხი.

დაკვირვების პროგრამის შემუშავებისას გასათვალისწინებელია შემდეგი გარემოებანი: ჯერ ერთი, დაკვირვების ობიექტი უნდა იყოს, უპირველეს ყოვლისა, დასაკვირვებელი სიტუაციის მონაწილეები, მათი შემადგენლობა, მათი რაოდენობა, მათ შორის როლების გადანაწილება; მეორე, გასათვალისწინებელია ის ვითარება, რომელშიც მიმდინარეობს

მოცემული მოვლენა, დასაკვირვებელი სიტუაციის მონაწილეთა ჩართვით; მესამე, დასაფიქსირებელია დასაკვირვებელი სიტუაციის მონაწილეთა საქმიანობის ამოცანები. მეოთხე, უნდა განისაზღვროს ისეთი პარამეტრები, როგორებიცაა ამა თუ იმ ადამიანთა საქმიანობის, ქცევის მოტივები, მდგომარეობა, რომლისკენაც ისინი ისწრაფიან, ამა თუ იმ ქცევის ვერბალური და რეალური შედეგები; ე. ი. საჭიროა გაანალიზდეს მოცემულ სიტუაციაში ჯგუფის მონაწილეთა სოციალური ქცევა მთლიანად, დაბოლოს, უკანასკნელი, რასაც აუცილებლად უნდა მიექცეს ყურადღება, გარკვეული სახის დასაკვირვებელი მოქმედებების განმეორებადობა და ხანგრძლივობაა.

დაკვირვების ობიექტის საკითხის გადაწყვეტის შემდეგ განსახილველია დამკვირვებელსა და დასაკვირვებელს შორის ურთიერთდამოკიდებულების საკითხი. იმის მიხედვით, თუ როგორია ეს ურთიერთობა, სოციოლოგიურ კვლევაში განასხვავებენ დაკვირვების სამ ტიპს:

1) **ჩ ვ ე უ ლ ებ რ ი ვ ი დ ა კ ვ ი რ ვ ე ბ ა** — როდესაც მკვლევარი-დამკვირვებელი იმყოფება დასაკვირვებელი კოლექტივის გარეთ, მაგრამ მისი კვლევითი პოზიცია არ წარმოადგენს საიდუმლოებას დასაკვირვებელი კოლექტივის წევრებისათვის. ასეთი დაკვირვება საკმაოდ დიდ ადგილს იკავებს ანთროპოლოგიაში, ეთნოგრაფიაში.

2) **მ ო ნ ა წ ი ლ ე დ ა კ ვ ი რ ვ ე ბ ა** — ამ მეთოდის მთავარი იდეა ის არის, რომ ამა თუ იმ სოციალური პროცესის ყველაზე ობიექტური აღწერა შეიძლება არა მისი გარედან დაკვირვებით, არა გარედან დამკვირვებლის პოზიციით, არამედ შიგნიდან დაკვირვებით. დაკვირვების ორივე წესს გააჩნია როგორც უპირატესობანი, ისე ნაკლოვანებანი და მკვლევარის ამოცანაც ორივე წესის გაერთიანებაში მდგომარეობს. ამისათვის ხშირად იქმნება ინფორმატორთა ინსტიტუტი. ასეთ ინსტიტუტს შეადგენენ ადამიანები, რომლებიც მიეკუთვნებიან ამა თუ იმ დასაკვირვებელ სოციალურ ჯგუფს და კვლევით კოლექტივს აწვდიან ინფორმაციას მოცემული პროგრამის მიხედვით. ამის მაგალითად შეიძლება მივუთითოთ ტელევიზიაში ან რადიოში ისეთი სახის საკონტროლო აუდიტორიის შექმნაზე, რომელიც შედგება სხვადასხვა სოციალური მდგომარეობის მქონე პირთაგან და რომელიც იძლევა სისტემატურ ინფორმაციას თავიანთ წრეში გადაცემათა აღქმის შესახებ.

3) **ჩ ა რ თ უ ლ ი დ ა კ ვ ი რ ვ ე ბ ა** — ამ შემთხვევაში დამკვირვებელი თვითონ, როგორც მონაწილე, ერთვება მოცემულ ჯგუფში და გარკვეული დროის განმავლობაში იქ ინკოგნიტოდ რჩება.

სოციოლოგიურ და განსაკუთრებით კი სოციალურ-ფსიქოლოგიურ კვლევაში დაკვირვების საკმაოდ გავრცელებული მეთოდია **ე ქ ს ბ ე რ ი მ ე ნ ტ უ ლ ი დ ა კ ვ ი რ ვ ე ბ ა** ანუ **ე ქ ს ბ ე რ ი მ ე ნ ტ ი**, სადაც დასაკვირვებელი ჯგუფი იქმნება ხელოვნურად და გამოიყენება საკვლევი ქცევის ფიქსირების მრავალგვარი ტექნიკური საშუალებები. მაგალითად, ჰარვარდის უნივერსიტეტში შექმნილია ძალზე საინტერესო ლაბორატორია ე. წ. დასაკვირვებელი ოთახით; იგი შუაზეა გაყოფილი ერთი მიმართულებით — დამკვირვებლიდან დასაკვირვებელი ჯგუფისაკენ ხედვაგამტარი კედლით. აქ ტარდება დაკვირვებები, რომლებიც დაკავშირებულია ჯგუფური დინამიკის პროცესების, ჯგუფთა ფორმირების კანონზომიერებათა კვლევასთან, შეისწავლება გარკვეული ტიპის ჯგუფის წინაშე მდგარი ამოცანების გადაწყვეტის დროს ლიდერობის ტიპების საკითხები.

თუ ვილაპარაკებთ სოციოლოგიური გამოკვლევის უშუალო და ყველაზე მნიშვნელოვან შედეგებზე, ისინი მდგომარეობენ შემდეგში:

1) გამოყენებით გამოკვლევაში რაც შეიძლება მეტი სისრულით უნდა იქნეს წარმოდგენილი იმ სოციალური პროცესის სურათი, რომელზეც არის მიმართული მმართველობითი მოღვაწეობა;

2) ეს სურათი უნდა გამოიხატოს რაოდენობრივ ფორმაში; სასურველია, რომ თანმიმდევრულ გამოკვლევათა რიგი დროის გარკვეული შუალედებით აფიქსირებდეს სურათის ცვლილებებს;

3) რაც შეეხება რეკომენდაციებს, ისინი მკაცრად უნდა იქნეს შეხამებული პირველ ორ შედეგთან და შეპირისპირებული — პრაქტიკული ზემოქმედების იმ სისტემასთან, რომელიც ტარდებოდა მანამდე ან გამოკვლევამდე იყო დასახული. იმ შემთხვევაში, როდესაც მმართველობითი მოღვაწეობის წინამავალი პროგრამა უცნობია სოციოლოგისათვის, კვლევის

შედეგების შეფასება ძნელია.

სოციოლოგიის ამოცანაა – განსაზღვროს ცხოვრების არსებული სახის ძირითადი პარამეტრები და დასახოს ამ პარამეტრების შეცვლის საკონტროლო წერტილები. უფრო კონკრეტულად, სოციალური განვითარების გეგმა გულისხმობს ეკონომიკური განვითარების გეგმის შედგენას, არქიტექტურულ-ტერიტორიული კომპლექსის დაგეგმვას მომსახურებისა და კომუნიკაციის სფეროთა მთელი ერთობლიობით, მოსახლეობის სოციალურ-დემოგრაფიული სტრუქტურისა და, უპირველეს ყოვლისა, სქესობრივ-ასაკობრივი შემადგენლობის პროგნოზს, ძირითადი გარეგანი და შინაგანი მიგრაციული ნაკადების გამორკვევას და მათი ცვლილებების პერსპექტივათა შესწავლას, მოსახლეობის მოთხოვნილებათა და ინტერესების არსებული სტრუქტურისა და ამ მოთხოვნილებებისადმი მოქმედი ინსტიტუტებისა და დაწესებულებების შესატყვისობის შესწავლას, ქცევის ამორალური, არასასურველი, გადახრადი შემთხვევების სტატისტიკის გამოვლენასა და, აგრეთვე, ამის საფუძველზე ამ სფეროში შემდგომი ცვლილებების პროგნოზის შედგენას.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- სოციოლოგიის როლი და მნიშვნელობა თანამედროვე მედიცინაში
- საზოგადოებრივი აზრის შესწავლის ახალი მიმართულებები
- დაავადება, როგორც სოციალური კატეგორია
- ჯანმრთელობის კონცეფციის ევოლუცია თანამედროვე საზოგადოებაში
- სოციოლოგიური კვლევის ჩატარების როლი თანამედროვე მედიცინაში

დამატებითი ლიტერატურა

- ქრეგ კალჰუნი სოციოლოგია, თბილისი, 2008, 1-895
- John J. Macionis Sociology (12th Edition), Oxford – N-Y, 2007
- Sociology: A Brief Introduction, 9th Edition, Oxford – N-Y, 2011
- Sociology, Racial and Ethnic Groups, Census Update 12th Edition Oxford – N-Y, 2002
- Richard T. Schaefer Sociology, Oxford – N-Y, 2009
- Richard T. Schaefer Sociology: A Brief Introduction, 9th Edition Oxford – N-Y, 2010)
- James M. Henslin Essentials of Sociology, A Down-to-Earth Approach (9th Edition) Oxford – N-Y, 2010)

თავი 9

სტატისტიკური კვლევის დაგეგმვა, ორგანიზება და მიღებული შედეგების შეფასება

მეცხრე თავის შინაარსი

9.1. შესავალი
9.2. სტატისტიკური მასალის შეგროვება
9.3. სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება
9.4. ფარდობითი სიდიდეები
9.5. დინამიური რიგი
9.6. ვარიაცია კლინიკურ დაკვირვებებში
9.7. საშუალო სიდიდეები
9.8 საშუალო სიდიდეებს ან მაჩვენებლებს შორის განსხვავების სარწმუნოობის შეფასება
8.9. მასალის გრაფიკული გამოსახვა
8.10. მოვლენებს შორის კავშირის განსაზღვრა (კორელაცია)
8.11. სტანდარტიზებული მაჩვენებლები
8.12. არაპარამეტრული კრიტერიუმები
8.13. მეტა-ანალიზი და მონაცემთა სინთეზი სამედიცინო კვლევაში

დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა სტატისტიკური მეთოდების გამოყენების სპეციფიკას, მათ როლსა და მნიშვნელობას ექიმის ყოველდღიურ საქმიანობაში
- გააცნობიერებს, თუ რა სტატისტიკური ინდიკატორების გამოყენება არის ოპტიმალური მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესასწავლად
- შეძლებს დამოუკიდებლად გააანალიზოს სავარაუდო შეცდომები და მათი აღმოფხვრის გზები მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესწავლის პროცესში
- გაეცნობა მეტა-ანალიზისა და მონაცემთა სინთეზის მეთოდოლოგიას
- შეძლებს დამოუკიდებლად მიიღოს ოპტიმალური გადაწყვეტილება რანდომიზირებული და არარანდომიზირებული კვლევის დაგეგმვისა და განხორციელების მიზნით
- შეძლებს სტატისტიკური კვლევის განხორციელებისათვის საჭირო მეთოდების გამოყენებას

9.1. შესავალი

ნებისმიერი საქმიანობა, რომელსაც ჩვენ ვახორციელებთ გარკვეულწილად შეიცავს კვლევის ელემენტებს, რომელსაც თან სდევს სათანადო გათვლებიც. მაგალითად, სახლიდან გამოსვლისას გვახსენდება, რომ უნდა გავიაროთ მეგობართან, რომელიც, მართალია, ახლოს ცხოვრობს, მაგრამ თუ რომელიმე ტრანსპორტით არ ვისარგებლებთ, შესაძლოა, დავაგვიანოთ მეცადინეობაზე. როგორ მოვიქცე, თუ ტაქსი ან ავტობუსი არ გამოიყენის? იქნებ გადავრეკო მეგობართან და გადავდო ეს შეხვედრა?

თუ დავაგვიანებ მეცადინეობაზე, რა რეაქცია ექნება პედაგოგს? და ა.შ. და ა.შ. ალბათ შესაძლოა კიდევ მრავალი კითხვის დასმა, რომელიც თან სდევს ამ, ერთი შეხედვით ზედმიწევნით მარტივად გადასაწყვეტ პრობლემას. დავაკვირდეთ, თუ რაოდენ მრავალრიცხოვანი და ზოგჯერ ურთიერთგამომრიცხავი საკითხის გააზრება გვიწევს ერთდროულად, რათა საბოლოო ჯამში მივიღოთ საბოლოო გადაწყვეტილება. ანალოგიური სიტუაცია იქმნება ნებისმიერი (მათ შორის სტატისტიკური) კვლევის ჩატარების დროსაც.

შესაძლებელია გამოიყოს კვლევის შემდეგი ეტაპები, რომელნიც, საბოლოო ჯამში, უნივერსალურ ხასიათს ატარებენ:

- 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, როგორებიცაა: 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 საარრიცხვო 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, შრომისუუნარობის ფურცელი, საექიმო მოწმობა სიკვდილისა ან დაბადების შესახებ და სხვ. ამგვარი დოკუმენტებით სარგებლობენ უშუალოდ სტატისტიკური გამოკვლევების განხორციელების დროს.

საარრიცხვო 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 საარრიცხვო დოკუმენტია, რომლის გარეშეც წარმოუდგენელია სტატისტიკური დაკვირვების განხორციელება.

საარრიცხვო ბარათის შინაარსი კარგად უნდა იყოს მოფიქრებული, ხოლო კითხვები — მკაფიოდ და გასაგებად ჩამოყალიბებული. თუ მკვლევარის ვარაუდით კითხვა რთულია აღსაქმელად, საარრიცხვო 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 საარრიცხვო ბარათების გამოყენებით). ბარათების ზუსტი შევსების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია კვლევაში მონაწილე პერსონალისათვის წინასწარი ინსტრუქტაჟის ჩატარება.

9.2. სტატისტიკური მასალის შეგროვება

დაკვირვების ერთეულის დადგენისა და საარრიცხვო 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.

ინფორმაცია შეიძლება რამდენიმე გზით შეგროვდეს:

- **უშუალო დაკვირვება,** როდესაც მკვლევარი უშუალოდ ატარებს ექსპერიმენტს, იკვლევს ახალი სამედიცინო პრეპარატის ეფექტურობას და ა.შ.;
- **მონაცემების გადმოღება;**

- **ანამნეზური მეთოდი** (ბერძ. anamnaesis – მოგონება), რომელიც პიროვნებისაგან მიღებული ცნობების რეგისტრაციას ეფუძნება.

მოვლენებზე უშუალო დაკვირვება (ან აღრიცხვა) ხორციელდება მისი წარმოქმნისთანავე 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.), სივრცეში 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 გამოსაკვლევი პირი თავის თავზე თვით ავსებს სააღრიცხვო ბარათს, ანკეტას).

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

9.3. სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება

მიღებული ინფორმაცია შემდეგი თანამიმდევრობით უნდა დამუშავდეს:

- 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, გამორიცხება საერთო მასალიდან, როგორც სტატისტიკური დამუშავებისათვის უვარგისი. ამის შემდგომ ხორციელდება პირველადი ჩანაწერების გადატანა სტატისტიკურ ცხრილებში. ამით ერთიანდება ცალკეული დაკვირვება 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 ცხრილების 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** (იხ. ცხრილი 11, 12, 13). მარტივ ცხრილში ქვემდებარე ხასიათდება ერთი ნიშნის მიხედვით (იხ.ცხრილი 11)

ცხრილი 11

მარტივი ცხრილის ნიმუში

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

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

ცხრილი 12

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 ხასიათდება ერთმანეთთან დაკავშირებული ორი ან მეტი ნიშნის მიხედვით.

ცხრილი 13

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 არა მარტო სათანადო მაჩვენებლების გათვლა, არამედ წარმოდგენაც (ყველაზე ხშირად ჩვენში ამისათვის გამოიყენება შესაძლებლობები, რომლებიც კომპიუტერულ პროგრამას Microsoft Excel-ს გააჩნია).

8.4. ფარდობითი სიდიდეები

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

მოვლენის სტრუქტურის განსაზღვრის მიზნით გამოიყენება **ექსტენსივობის** 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:

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

ცხრილი 14

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

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

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

ინტენსივობის მაჩვენებლის გამოთვლის მეთოდიკის 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 ანალოგიურად გამოითვლება ავადობის, შობადობის, ბავშვთა სიკვდილიანობის და სხვა მაჩვენებლები.

სამედიცინო პრაქტიკაში ინტენსიური და ექსტენსიური მაჩვენებლის სწორად გამოყენებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ხშირად მოვლენის ინტენსივობის, 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 15):

ცხრილი 15

ბავშვთა ასაკი	გაწერილ ავადმყოფთა რაოდენობა	გარდაცვლილთა რაოდენობა	ლეტალობა	
			$P_{\text{ინტ.}}$	$P_{\text{ექსტ.}}$
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 მაღა-

ლია 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.

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

თვალსაჩინოების მაჩვენებელი გვაუწყებს შესადარებელი მოვლენის თანაფარდობას ერთ-ერთ რომელიმე მოვლენასთან, რომელიც მიიჩნევა საწყის დონედ. 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 x 100 : 30) 110%-ით, 2002 წელს (36 x 100 : 30) 120%-ით, 2003 წელს (39 x 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 ინტენსიურობის მაჩვენებელი გვაუწყებს სხვადასხვა გარემოსა ან ერთობლიობისათვის გამოთვლილი ერთგვაროვანი შეფარდებითი სიდიდეების თანაფარდობას. მაგალითად, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი პირველ ქალაქში = 10, მეორე ქალაქში = 6, შეფარდებითი ინტენსიურობის 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 ამორჩევითი ერთობლიობით მიღებული შედეგები რა ალბათობით შეიძლება 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 პრომილეებში $q = 1000 - p$ და ა.შ.).

ფარდობითი სიდიდეების მერყეობის სარწმუნოობის 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 – 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 16

დინამიური რიგი	ზრდის მაჩვენებელი %	მატების ტემპი %
1990წ — 180 შემთხვევა		
1995წ — 190 შემთხვევა	190 x 100 : 180 = 105	(190 — 180) x 100 : 180 = 5.5
2000წ — 210 შემთხვევა	210 x 100 : 190 = 110	(210 — 190) x 100 : 190 = 10.5
2011წ — 250 შემთხვევა	250 x 100 : 210 = 119	(250 — 210) x 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

ვარიაბელობის 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 კაზომვის დროს შესაძლებელია განსხვავებული მონაცემების მიღება.

ვარიაბელობის 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 ლაბორატორიის შეცდომას, სინჯის აღების ან ანალიზის ჩატარების დროს. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ მონაცემების ვარიაბელობა პაციენტის უყურადღებობით იყოს განპირობებული (თუ, მაგალითად, მას სისხლი აუღეს არა უზმოზე, არამედ საკვების მიღების შემდგომ). თავის მხრივ, როდესაც პაციენტს ხელმეორედ ჩაუტარდება გამოკვლევა საკითხის დასაზუსტებლად, ზემოჩამთვლილი პირობების გათვალისწინების გარდა აუცილებელია კიდევ დამატებითი პირობების გათვალისწინებაც (შარდის ანალიზის ჩატარება, სისხლის ანალიზის უზმოზე და საკვების მიღების შემდგომ ჩატარება, ოკულისტისა და ნევროპათოლოგის კონსულტაციების უზრუნველყოფა და სხვ.).

ავადმყოფის გამოკვლევისას მიღებული მონაცემების შესაძლო ვარიაბელობის 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 ვარიაბელობის 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_o) და **მედიანა** (M_e).

M_o 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 17

პულსის 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:

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

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

ცხრილი 18

დაავადების ხანგრძლივობა (დღეები) x	ავადმყოფთა რაოდენობა f	q
4	2	4 x 2 = 8
5	4	5 x 4 = 20
6	5	6 x 5 = 30
7	4	7 x 4 = 28
8	3	8 x 3 = 24

9	2	9 x 2 = 18
	$n = 20$	$\Sigma xp = 128$

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

სადაც Σxf 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 განმაზოგადებელი 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 ვარირებას. უფრო ხშირად მონაცემები ვარირებს დიდ ფარგლებში (შეიძლება ამ დროს არაერთგვაროვან სტატისტიკურ ერთობლიობასთანაც გვქონდეს საქმე).

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

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

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

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:

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

(კვადრატული ფესვის ქვეშ წარმოდგენილ ფარდობს დისპერსიას უწოდებენ).

სტანდარტული გადახრის მნიშვნელობა მდგომარეობს შემდეგში:

ა) იგი ახასიათებს ვარიაციული რიგის ერთგვაროვნებას: რაც ნაკლებია SD, მით უფრო ტიპიურია $\bar{X}$ 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 სარწმუნოობა $\bar{X} \pm 1SD$-ის ტოლია, ეს მიუთითებს ნორმის ფარგლებს.

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

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

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 ტიპიურია ამ ვარიაციული რიგისათვის და მისი გამოყენება შესაძლებელია.

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

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

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

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

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 X და SD, მაგრამ, უფრო ხშირად საქმე გვაქვს ამორჩევით ერთობლიობასთან, რომელიც რეპრეზენტაციული უნდა იყოს. ამორჩევითი ერთობლიობის სიზუსტის განსაზღვრის მიზნით გამოითვლება ცდომილება, რომელსაც რეპრეზენტატიულობის შეცდომა m ეწოდება.

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

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 **სარწმუნოობის – დამაჯერებლობის კოეფიციენტი** (t), რომელიც სწორი პასუხის ალბათობაზე მიუთითებს. t-ს საშუალებით ისაზღვრება სარწმუნოობის ფარგლები, რომელშიც მერყეობს საშუალო სიდიდის ჭეშმარიტი მნიშვნელობა სასურველი ალბათობის მიხედვით. იგი გამოისახება შემდეგნაირად: $\overline{X} \pm tm$.

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

თუ შემთხვევათა რიცხვი 30-ს აღემატება:

t =1 68% ალბათობა ($\overline{X}$ +1m)

t =2 95% ალბათობა ($\overline{X}$ +2m)

t =3 99% ალბათობა ($\overline{X}$+3m)

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

სასურველი ალბათობის მიხედვით t-ს მნიშვნელობებს ვადგენთ სტიუდენტის ცხრილის მეშვეობით (ცხრილი 19).

ცხრილი 19

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 კელეის შედეგები გამოხატულია მაჩვენებლებით, მაშინ –

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

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

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

9.8 საშუალო სიდიდეებს ან მაჩვენებლებს შორის განსხვავების სარწმუნოობის შეფასება

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

$$t = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \geq 2.0 \qquad t = \frac{\overline{P}_1 - \overline{P}_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \geq 2.0$$

თუ $t \geq 2$, ასეთ შემთხვევაში სხვაობა სარწმუნო და დამაჯერებელია.

მაგალითი. თუ აცრილთა შორის ინფექციური ავადობის დონე p_1 = 10%, m_1 = ±1,3, ხოლო აუცრელ კონტინგენტში p_2=15%, m_2=±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 კონტინგენტებში სტატისტიკურად დამაჯერებელია.

როცა კელევა 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 დონე ჰიპოტენზიური პრეპარატების მიღებამდე და მიღების შემდეგ.

ცხრილი 20

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			Σ = 48		Σ = 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 გამოვთვალოთ გადახრა d:

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

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

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.

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 ჰიპოთეზის 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).

დაეუშვათ, რომ ახალი მეთოდით მკურნალობდა 60 ონკოლოგიური პაციენტი (n), მიუხედავად პრეპარატის მაღალი ტოქსიკურობისა, 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:

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

ამგვარად, t =2-ს შემთხვევაში ლეტალობის „მოსალოდნელი" მაჩვენებელი მერყეობს 0-დან 4,76%-ის (1,6 ± 3,16) უარგლებში

ამის დამადასტურებელია ბეიესის თეორემაც, რომელიც გამოიყენება ერთმანეთთან შეუთავსებელი ცდომილებების ალბათობის დროს, როდესაც არ არის განსაზღვრული, რომელი ცდომილება განვითარდება. ამ ცდომილებებს ეწოდება ჰიპოთეზური.

მაგალითად A ცდომილების ალბათობა შეიძლება განისაზღვროს სრული ალბათობის შემდეგი ფორმულით:

$$P(A)=P(B)P_{b_1}(A)+P(B_2)PB_2(A)+P(B_n)PB_n(A)$$

ანუ A ცდომილება შესაძლებელია, თუ განვითარდება ერთ-ერთი შეუთავსებელი ცდომილება B_1, B_2, B_n.

დავუშვათ, რომ ჩატარებულია ცდა და შედეგად მივიღეთ A ცდომილება, დავისახოთ მიზნად, განვსაზღვროთ, როგორ შეიცვალა (თუ A ცდომილება განსაზღვრულია) ჰიპოთეზის ალბათობა. სხვა სიტყვებით, ვეძებოთ პირობითი ალბათობა.

$$Pa(B_1), Pa(B_2), \ldots\ldots\ldots\ldots Pa(B_n)$$

ჯერ ვპოულობთ პირობით ალბათობას $Pa(B_1)$ გამრავლების თეორემის მიხედვით –

$$P(AB_1)=P(A)Pa(B_1)=P(B_1)P_{b_1}(A)$$

აქედან $Pa(B_1)=P(B_1)P_{b_1}(A)$

$P(A)$

თუ შევცვლით აღნიშნულ ფორმულას სრული ალბათობის ფორმულით მივიღებთ:

$Pa(B_1)=P(B_1)P_{b_1}(A)$

$P(B_1)P_{b_1}(A)+P(B_2)P_{b_2}(A)+P(B_n)P_{b_n}(A)$

ანალოგიურად გამოითვლება სხვა პირობითი ჰიპოთეზების ალბათობაც.

ანუ ნებისმიერი ჰიპოთეზის ალბათობა $Bi(I=1,2,\ldots\ldots\ldots n)$

შეიძლება გამოითვალოს შემდეგი ფორმულით –

$Pa(Bi)=P(Bi)Pbi(A)$

$P(B_1)P_{b_1}(A)+P(B_2)P_{b_2}(A)+P(B_n)P_{b_n}(A)$

აღნიშნულ ფორმულებს ეწოდება ბეიესის ფორმულები, რომლებიც იძლევიან ჰიპოთეზის ალბათობის გადაფასების საშუალებას, როდესაც უკვე ცნობილია გამოკვლევის შედეგები.

განვიხილოთ ზემოაღნიშნული ფორმულა კონკრეტულ მაგალითზე:

მედიცინაში მნიშვნელოვნია კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევების სიზუსტე და ხარისხი, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელია სწორი და ზუსტი დიაგნოზის დასმა.

მაგალითის პირობა ასეთია: გამოკვლეულ დიაგნოსტიკურ ტესტზე ჩატარდა ორი სხვადასხვა ლაბორატორიაში (I, II), რომელთა საფუძველზე დაისვა დიაგნოზი.

ჩვენი მიზანია განვსაზღვროთ, რომ ტესტირება ჩაატარა I ლაბორატორიამ.

ალბათობა, რომ ტესტირება ჩაატარა I ლაბორატორიამ, ტოლია 0,6, II-0,4,

დასმული დიაგნოზის ალბათობა, შესაბამისად – 0,94 და 0.98; შევიტანოთ მონაცემები ბეიესის ფორმულაში:

$$P(B_1)=0,6$$
$$P(B_2)=0,4$$
$$P_{b_1}(A)=0,94$$
$$P_{b_2}(A)=0,98$$

$$\frac{P_a(B_1)=0,60,94}{0,60,94+0,40,98}=0,59$$

თუ შევადარებთ საწყის მონაცემებს მიღებულ შედეგთან, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ბეიესის ფორმულა გვაძლევს ჰიპოთეზის ალბათობის გადაფასების საშუალებას.

ასევე შესაძლებელია განვიხილოთ მაგალითი, რომელიც განსაზღვრავს ტესტის სპეციფიკურობისა და მგრძნობელობის ალბათობას დაავადების არსებობასთან.

ფორმულა ასე შეიძლება წარმოვადგინოთ:

$$\frac{\text{მგრძნობელობა ალბათობა}}{(\text{მგრძნობელობა ალბათობა})+(\text{ცრუ პოზიტიური } (1 - \text{ ალბათობა}))}$$

თუ ალბათობა 20-ია, ტესტის მგრძნობელობა 34% – მაშინ დიაგნოზის ალბათობა

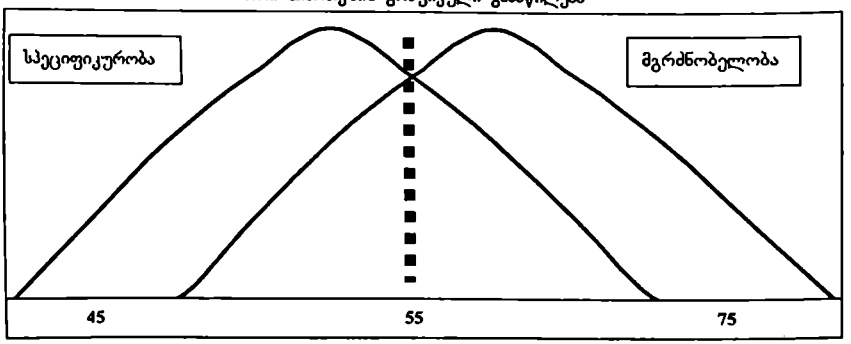
$$\frac{34\cdot 20}{(34\cdot 20)+(14\cdot 80)}$$

შედეგი ტოლია 378-ის.

ორი ჰიპოთეზის განაწილება შეიძლება წარმოვადგინოთ გრაფიკულადაც (იხ. ნახატი 10).

ნახატი 10

ორი ჰიპოთეზის გრაფიკული განაწილება



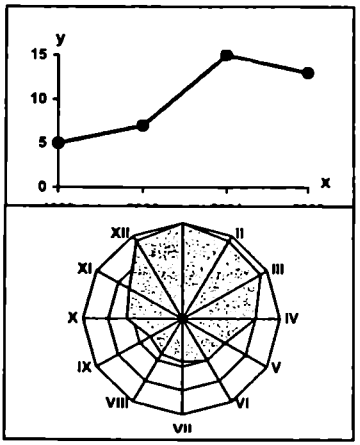
9.9. მასალის გრაფიკული გამოსახვა

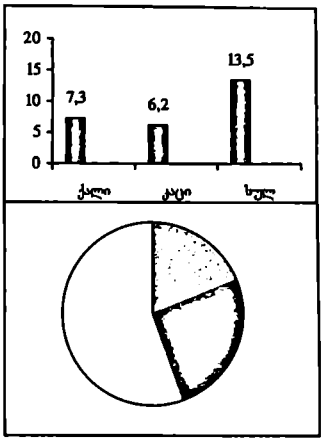
გამოკვლევის შედეგების თვალსაჩინოდ წარმოდგენისათვის ხშირად გამოიყენება გრაფიკული გამოსახულებები. არჩევენ გრაფიკულ გამოსახულებათა 3 სახეს – **დიაგრამას, რუქაგრამას** და **რუქადიაგრამას.**

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

ნახატი 11

დიაგრამის სახეები





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

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

რადიალური დიაგრამის აგებისას აბცისთა 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 წონასა 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 ±0,3-მდე, საშუალო კავშირის შემთხვევაში – ±0,3-დან ±0,7-მდე, ხოლო ძლიერი კავშირის დროს – ±0,7-დან ±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 ინგარიშება ე.წ. **მრავლობითი კორელაცია**.

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

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

სადაც – R_{xy} კორელაციის კოეფიციენტია, 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 ნიშანთა 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 Σd_x^2, Σd_y^2.

ცხრილი 22

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
Σx= 242,5	-	Σy= 616,0	-	$\Sigma d_x d_y$= 27,1	Σd_x^2 = 27,94	Σd_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:

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

დამაჯერებლობის კრიტერიუმის შეფასება ხდება შემდეგი ფორმულით:

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

რიგ შემთხვევაში ნიშანთა 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 23).

ცხრილი 23

ფტორის შემცველობა წყალში მგ/ლ	ფლუოროზით დაავ. რაოდ.	რიგითი ნომერი (რანგი)		რანგებს შორის სხვაობა	რანგების კვადრატი
x	y	x_1	y_1	$d = (x_1\ y_1)$	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
					$\Sigma d^2 = 0,5$

რანგული კორელაციის კოეფიციენტის განსაზღვრის პროცესში, წარმოდგენილ რიგში, ვახდენთ თითოეული ნიშნის (x, y) რანგის განსაზღვრას (x_1 y_1) (იმ შემთხვევაში, თუ რამდენიმე ნიშანი ერთნაირი მნიშვნელობისაა, ვყოფთ მათი რიგობრივი ნომრების ჯამს საერთო რაოდენობაზე).

რანგული კორელაციის კოეფიციენტი გამოითვლება **სპირმენის ფორმულით:**

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

სადაც d რანგებს შორის სხვაობა, ხოლო n წყვილთა რაოდენობაა.

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

მაშასადამე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ კავშირი ძლიერი და პირდაპირია.

$$m = \pm\sqrt{\frac{1-P_x^2}{n-2}} = \pm\sqrt{\frac{1-0{,}9752}{5-2}} = \pm 0{,}128 \qquad t = \frac{P_{xy}}{m\rho} = \frac{0{,}975}{0{,}128} = 7{,}62$$

$t > 3$ ($p > 99\%$) 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: $R_{y/x} = n_{xy}\dfrac{n_y}{n_x}$

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

მაგალითად: განვსაზღვროთ სხეულის მასის სტანდარტული გადახრის (y) ცვლილებები გოგონაა სიმაღლის (x) მიხედვით. თუ ცნობილია, რომ სიმაღლის სტანდარტული გადახრა $\sigma_x = \pm 5{,}8$ სმ, მასის $\sigma_y = \pm 4{,}2$ კგ. სიმაღლისა და მასის კორელაციის კოეფიციენტი კი $n_{xy} = \pm 0{,}6$. რეგრესიის კოეფიციენტი სიმაღლის მიხედვით ამ შემთხვევაში შადგენს: $R_{y/x} = 0{,}6 \times (4{,}2 : 5{,}8) = 0{,}43$ 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. **საზოგადო 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 სიმაღლეა 132სმ. ამისათვის უნდა ჩასვათ სათანადო მონაცემები: $Y = 30{,}3 + 0{,}43\ (132 - 135{,}50) = 28{,}8$ კგ.

დასკვნა: 132სმ 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 24

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 თერაპიულმა 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 X 100 : 200 = 5,0%
ქირურგიულ განყოფილებაში	- 14 X 100 : 600 = 2,3%
მთლიანად სტაციონარში	- 24 X 100 : 800 = 3,0%

ლეტალობის მაჩვენებლები II საავადმყოფოსათვის იქნება.

თერაპიულ განყოფილებაში	- 20 X 100 : 500 = 4,0%
ქირურგიულ განყოფილებაში	- 6 X 100 : 300 = 2,0%
მთლიანად სტაციონარში	- 26 X 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 დაკუშვათ, 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 x 350 : 100 =17,5
II საავადმყოფოს თერაპიული განყოფილებისათვის	– 4,0 x 350 : 100 = 14
I საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებისათვის	– 2,33 x 450 : 100 =10,5
II საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებისათვის	– 2,0 x 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.

9.12. არაპარამეტრული კრიტერიუმები

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

არაპარამეტრული კრიტერიუმები შეიძლება გამოვიყენოთ:

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

არაპარამეტრულ კრიტერიუმებს მიეკუთვნება ნიშანთა, უაიტის 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 განვსაზღვროთ შესადარებელი მნიშვნელობების მიმართულება და აღვნიშნოთ „+"-ით ან „-"-ით, მხედველობაში არ უნდა მივიღოთ ის შედეგები, რომელიც ერთმანეთის ტოლია ანუ განსხვავება უდრის 0-ს;
2. დავთვალოთ დაკვირვებათა რიცხვი (n), რომლებიც შეესაბამება „+" და „-" ნიშნების რაოდენობას;
3. დავთვალოთ 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, განსხვავდება თუ არა საცდელი ცხოველების სისხლში რადიაქტიური ნივთიერების კონცენტრაცია ცდის 1-ლ და მე-3 დღეებს შორის.

ცხრილი 25

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 26

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

ის n გრაფაში დაკვირვებათა რაოდენობის (9) გასწვრივ Z_1 მნიშვნელობა არის 2. ეი. მიღებული ნიშანთა კრიტერიუმის Z მნიშვნელობა ნაკლებია ცხრილის $Z_1 = 0{,}05$-ის მნიშვნელობაზე და ამიტომ საცდელ ცხოველებში I და III დღეს რადიაქტიურობის რაოდენობის ცვლილება სისხლში დამაჯერებელია $0{,}01 < p < 0{,}05$ ალბათობით.

ცხრილი 27

ვილკოქსონის *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

ვილკოქსონის *T* კრიტერიუმი წარმოდგენას გვაძლევს არა მარტო ცვლილების მიმართულებაზე წყვილებში, არამედ მის სიდიდეზეც. გამოიყენება მცირე დაკვირვებისას 6-დან 25-მდე.

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

ცხრილი 28

ღვიძლის 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 29

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
	1,2		1
	1,6		2
	2,3		3
	2,8		4
2,9		5	
	3,0		6
3,4		7	
	3,6		8
	4,1		9
	4,2		10
4,7		11	
5,1		12	
	6,4		13
6,7		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 $n_y = 9$ გადაკეთაზე, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ნორადრენალინის შემცველობის სხვაობა ცდისა და საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში დამაჯერებელი არ არის.

ცხრილი 30

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

n_x / 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 ემპირიული და თეორიული განაწილების შესამბისად ავლენს მოვლენებს შორის კავშირის არსებობას ან არარსებობას და ამავე დროს ადგენს შესადარებელ მოვლენებს შორის განსხვავების სარწმუნოობას. 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.

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

სადაც f – ფაქტური (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 31

კარდიო-რევმატო-ლოგიური კაბინეტი	ავადმყოფთა რიცხვი	I ეტაპი ფაქტური მონაცემი f		II ეტაპი მოსალოდნელი მონაცემი f_1		III ეტაპი $f - f_1$		IV ეტაპი $(f - f_1)^2$		V ეტაპი $\frac{(f - f_1)^2}{f_1}$	
		<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 კარდიორევმატოლოგიური 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 კარდიორევმატოლოგიური კაბინეტი) მოსალოდნელი ავადმყოფების რაოდენობა, რომელთაც 5 დღის ვადამდე დაუდგინდათ რევმატიზმის დიაგნოზი, გამოითვლება შემდეგნაირად: 73 x 61 : 94 = 47,4. ამაევ 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: $\chi^2 = \Sigma \frac{(f - f_1)}{f_1} = 0,9 + 1,7 + 3,2 + 5,9 = 11,7$

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 $n = (R_1) \times (S_1)$, ეინაიდან ჩვენს მაგალითში R=2 და S=2, ამიტომ n = (2 _ 1) x (2 _ 1) = 1. თავისუფლების ხარისხი გვიჩვენებს „თავისუფლად ვარირებად" ელემენტების რიცხვს (მხედველობაშია უჯრების რიცხვი ცხრილში, რომელიც შეიძლება შეივსოს ნებისმიერი რიცხვით საერთო მონაცემების შეუცვლელად). მიღებული მონაცემების (χ^2 =11,7 და n =1) შეფასება სპეციალური ცხრილის მეშვეობით ხდება.

ცხრილი 32

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

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 χ^2 = 11,7 ანუ ის ყველაზე მცირე ალბათობის მნიშვნელობაზე მეტია, რაც საფუძველს გვაძლევს ვამტკიცოთ, რომ პოლიკლინიკაში სპეციალიზებული კარდიორევმატოლოგიური კაბინეტის არსებობა ხელს უწყობს რევმატიზმით დაავადებულთა გამოკვლევის ვადების შემცირებას.

9.12. მეტა–ანალიზი და მონაცემთა სინთეზი სამედიცინო კვლევაში

მონაცემთა ის რაოდენობა (მოცულობა), რომელიც თითოეულ სამედიცინო მკვლევარს სჭირდება, ფართოდ არის გავრცელებული. თუმცა ცალკეულ რეგიონში მრავალი ექიმისათვის მიუწვდომელია სხვადასხვა მკვლევარის მიერ ერთსა და იმავე პირობებში ჩატარებული კვლევის შედეგები. მით უფრო, რომ ხშირად მათი ინტერპრეტაცია ერთმანეთს არ ემთხვევა. მესამე პირისათვის ძნელია მათი სისწორის განსაზღვრა და რომელიმე მათგანის ამორჩევა. წლების განმავლობაში შეიქმნა მონაცემთა ანალიზის მეთოდი, რომელიც ემყარება ფორმულირებას,

რაოდენობრივ მონაცემებს და აჯამებს შედეგებს. ეს არის მეტა-ანალიზი, რომლის პოპულარობა გამოქვეყნებული სტატიების რიცხვის ზრდასთან ერთად სულ უფრო იზრდება.

მეტა-ანალიზი ყველაზე მეტად განეთარდა რანდომიზირებულ კვლევასთან მიმართებაში, მისი უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ საკვლევ პრობლემასთან მიმართებაში რომელიმე საკვლევ ჯგუფს უპირატესობა არ ენიჭება.

მეტა-ანალიზი აფართოებს საკვლევ თვალსაწიერს და მოიცავს, როგორც ეტიოლოგიას, ასევე ეპიდემიოლოგიას.

მეთოდოლოგია მოიცავს ექსპერიმენტულ და არაექსპერიმენტულ მონაცემებს. მაგ; რანდომიზირებული კვლევით, მამოგრაფიით მიღებულ შედეგებს და შემთხვევის კონტროლით მიღებულ მონაცემებს. ასეთი ანალიზის სტრატეგია ხანდახან ამოწმებს ჯვარედინ სინთეზს და წარმოაჩენს ექსპერიმენტებითა და დაკვირვებებით მიღებული მონაცემების უპირატესობას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მეთოდი პერსპექტიულად გამოიყურება, მასაც შეეხო კრიტიკა და მიუხედავად მისი ფართოდ გავრცელებისა, ის მაინც სადავო მეთოდად რჩება.

ზოგი თვლის, რომ მას შეუძლია ინდივიდუალური მიმოხილვითი მოხსენებების ჩანაცვლება, მეორენი თვლიან, რომ ეს ახალი მეთოდი სტატისტიკას მიუღებელს ხდის და იგი ძირშივე უნდა მოისპოს. ასეთი შეხედულებები გასაკვირი არ არის, თუმცა კი კლინიკური თვალსაზრისით ეს მეთოდი საკმაოდ მიუკერძოებელია და საშუალებას აძლევს ექიმს, აირჩიოს, თუ როგორ უმკურნალოს კონკრეტულ პაციენტს. დამატებითი პრობლემები წარმოიქმნება მიმოხილვითი ნაშრომებისა და ჯვარედინი სინთეზის დროს.

მეტა-ანალიზს აქვს კონკრეტული უპირატესობები და შეზღუდვები (იხ. ცხრილი 33)

ცხრილი 33

მეტა-ანალიზური კვლევის პოტენციალი და ლიმიტები

პოტენციალი	ლიმიტი
• ვიწრო ხედვასთან შედარებით ფაქტების ობიექტური გაცნობა.	• მეტა-ანალიზის შედეგები შეიძლება იყოს დამაბნეველი. შეიძლება მიღებული მრუდის შედარება მიმოხილვით (დაკვირვებით) შრომებთან.
• ზუსტი შეფასება გამორიცხავს ცრუ ნეგატიურ შედეგებს.	• მრუდის შერჩევა: რამდენიმე შედეგის შეჯერებამ შეიძლება შეცვალოს შედეგი. მაგ: მხოლოდ გამოქვეყნებულ სტატიებზე (შრომებზე) დაყრდნობამ შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს.
• გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა სხვადასხვა კვლევის, მიმოხილვისა და ავტორების შეჯერების გზით. შრომათა ჰეტეროგენულობა მოითხოვს დამატებით ანალიზს.	• ერთნაირი ცენზი (ღირებულება) საეჭვო და სარწმუნო შრომებისა.
• ტესტირების ჰიპოთეზა არ არის ორიენტირებული ინდივიდუალურ კვლევაზე, წარმოებს პაციენტთა ჯგუფების შესწავლა, რომლებიც ექვემდებარებიან ტესტირებას.	• ჰეტეროგენული შედეგების შეფასება მხოლოდ სტატისტიკურ პროცედურებზე დაყრდნობით არ არის მიზანშეწონილი.
• სამომავლო კვლევებისათვის, აქტუალური საკითხების გენერაცია.	• ექსტანსური მაჩვენებლების მიხედვით ცალკეული ქვეჯგუფის კვლევის ყალბი შედეგები და სტატისტიკური კვლევის შედეგები დამაჯერებელი შეიძლება იყოს.
	• მომავალი კვლევა არასწორად შეიძლება დაიგეგმოს, თუ მეტა-ანალიზი არასწორად იქნება გაგებული.
• მოდელის ზომების ზუსტი კალკულაცია, რომელიც საჭიროა შემდგომ კვლევებში.	• მეტა-ანალიზის კლინიკური ინტერპრეტაცია ხშირად პრობლემურია.

მოკლე ისტორია: სხვადასხვა შედეგთა გაერთიანების მცდელობა ახალი არ არის. მაგალითად, მ.მაკფერსონმა (1904 წ.) სხვადასხვა მონაცემის სტატისტიკური დამუშავებისა და შეჯერების გზით განსაზღვრა შრატის შეყვანის ეფექტურობა ზოგიერთი ნაწლავური ინფექციის დროს. თანამედროვე მეტა-ანალიზიც სხვადასხვა შედეგის შეჯერებას ემყარება. იგი ამბობდა: სხვადასხვა ჯგუფი... ძალიან მცირეა აზრის გამოტანისათვის.

მიუხედავად მაკფერსონის დამსახურებისა, მისი დასკვნები არასწორია, — წერდა 1977 წელს ბრიტანეთის სამედიცინო ჟურნალი და მართლაც სრულყოფილებისაგან ის ჯერ კიდევ შორს იყო.

პირველი მეტა-ანალიზი თერაპიული ჩარევის შესაფასებლად 1955 წელს ბაჩფერმა ჩაატარა. გამოიყენა პლაცებოს ეფექტი ისეთი განსხვავებული მდგომარეობების დროს, როგორებიცაა: პოსტოპერაციული ჭრილობის ტკივილი, ხველა, angina pectoris, პლაცებოს ეფექტი დაფიქსირდა 35%-ში.

სოციალურ მეცნიერებებში ის 1970 წლიდან მკვიდრდება. ტერმინი მეტა-ანალიზი 1976 წელს გლასმა შემოიღო. იგი ფართოდ გამოიყენებოდა სოციალურ და ფიზიოლოგიურ მეცნიერებაში დაკვირვებითი და ექსპერიმენტული მონაცემების შეჯერებისათვის.

მეტა-ანალიზი გამოიყენა 1985 წელს N.Juruf-მა გულ-სისხლძარღვთა რანდომიზირებულ კვლევაში, 1989 წელს კი — ჩალმერმა ონკოლოგიაში (მუშაობდა სარძევე ჯირკვლის სიმსივნის მკვლევართა ჯგუფი).

1982 წელს გამოქვეყნდა მეტა-ანალიზზე დაყრდნობით სტრეპტოკინაზით თერაპიის ეფექტურობა ინფარქტიან პაციენტებში. მას შემდეგ არაერთმა რანდომიზირებულმა კვლევამ დაადასტურა ამ შედეგების სისწორე.

ჩატარებული კვლევების არასწორი ინტერპრეტაცია სავალალოდ აისახა ბევრი პაციენტის მკურნალობის შედეგებზე. ასეთი შეცდომების მინიმუმამდე დაყვანისათვის 1992 წელს A.Kohrain-მა შექმნა რანდომიზირებული კვლევის მეტა-ანალიზის ცენტრი.

ტერმინოლოგია: იმის შესახებ, თუ რა უნდა ერქვას მრავლობითი მონაცემის SErwym-შეჯერებას, დღესაც საკამათოა. მეტა-ანალიზი, მიმოხილვა, გაერთიანება სინონიმურ ტერმინებად არის მიჩნეული. მაგრამ საჭირო იყო ერთი საერთო ტერმინის შემოღება, ჩვენ ასეთ ტერმინად მივიჩნიეთ მეტა-ანალიზი შემდეგი მიზეზების გამო; უპირველეს ყოვლისა, იგი აზრობრივად გამართულია — „მეტა“ ხშირად გამოიყენება მეზობელი დისციპლინების, კავშირის, სიახლის აღსანიშნავად. მაგ; მიმოხილვა აღნიშნავს საკითხის უფრო ფართო ხედვას, გაერთიანება თითქოს მარტივად აჯამებს ინფორმაციას. ამასთანავე, ეს სიტყვა გარკვეულწილად აერთიანებს თავის თავში მედიცინასაც. ტერმინი — სისტემური მიმოხილვა ნიშნავს გასაგებ მიმოხილვას, რომლის დროსაც, ზუსტი მეთოდები გამოიყენება მრუდის შესამცირებლად, აგრეთვე მოიცავს ცალკეული ცდისა და მიმოხილვის შეფასებას ფაქტებზე დაყრდნობით. მეტა-ანალიზი სისტემური მიმოხილვის ნაწილია, რომელიც აფასებს საბოლოო ეფექტებს.

პრობლემები ტრადიციული მიმოხილვით: მეტა-ანალიზს ტრადიციულ ვიწრო მიმოხილვასთან შედარებით აქვს რიგი უპირატესობები. კერძოდ, ხშირად ეს უკანასკნელი სუბიექტურ ხასიათს ატარებს, განიხილავს საკითხს ვიწრო ჭრილში, ავტორის თვალთახედვით. რაც არასწორია. ამასთანავე, ხშირად ხდება დასკვნების ციტირება ინდივიდუალური შრომის დასკვნებიდან გამომდინარე. ამასთანავე, არ არის გათვალისწინებული მოდელის ზომები, გამოკვლევის ტექნიკა. საოცარია, მაგრამ ტრადიციული კვლევის მეთოდების გამოყენებითაც კი მომხსენებლები ხშირად აკეთებენ არასწორ დასკვნებს, რომლებიც უმეტესად ემყარება არა კონკრეტულ ფაქტებს, არამედ სუბიექტურ აზრს. ფაქტების ინტეგრაცია, მეტა-ანალიზი საშუალებას გვაძლევს გავაკეთოთ ობიექტური დასკვნები, გადავჭრათ უთანხმება კვლევის კლასიკურ მიმოხილვასა და რედაქტორის კომენტარებს შორის.

მეტა-ანალიზის წარმოების ეტაპები:

1. მეტა-ანალიზი მიმოიხილავს ფაქტებს თავისი უპირატესობებით და ნაკლოვანებებით. მისი წარმოების საფეხურები იგივეა, რაც ნებისმიერი კვლევის დროს: პრობლემის ფორმულირება, მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი, შედეგების, დასკვნების დაფიქსირება. წინასწარ იწერება კვლევის გეგმა (პროტოკოლი), რომელიც წარმოაჩენს საკვლევ ჯგუფებს, ჰიპოთეზებს, გამოსაყენებელი კვლევის მეთოდებს;
2. თუ პროცესი არ არის ზუსტად განსაზღვრული, შეიძლება შემცირდეს მიღებული შედეგების სარწმუნოობა. ასეთი დევიაციების მიზეზები წინასწარ უნდა განისაზღვროს;
3. „შემცველობითი“ და „გამონაკლისი“.

მეტა-ანალიზის შესაძლებლობები: ხშირად ინდივიდუალური კვლევა ზუსტად ვერ ასახავს განსხვავებებსა და უპირატესობებს თერაპიის ორ მეთოდს შორის, მან შეიძლება გვიჩვენოს ცრუ უარყოფითი შედეგი. შეიძლება ორი ტიპის შეცდომის დაშვება.

როდესაც შემთხვევის მიხედვით საგრძნობი სტატისტიკური განსხვავებაა – მისი ალბათობა „A“ შეესაბამება მნიშვნელოვან დონეს.

მეორე ტიპის შეცდომა ხშირია კლინიკური ცდების დროს, როცა არ ქვეყნდება სტატისტიკური მონაცემები ექსპერიმენტულ და საკონტროლო თერაპიას შორის არსებულ განსხვავებებზე. გამოსავალთა სხვაობა (ცდის ზომებთან დაკავშირებული ეფექტის ცდომის ალბათობა) 20%-ზე მეტია (ცდის 115 – 136 მონაწილიდან), ხშირად მონაწილეთა რიცხვი არაადეკვატურია, ხოლო მოდელის სასურველი მოცულობა არ მიიღწევა.

მაგ: პრეპარატს, რომელიც ამცირებს სიკვდილიანობას მოკარდის ინფარქტის დროს, შეუძლია (K-ში) ბრიტანეთში ყოველწლიურად რამდენიმე ათასი სიცოცხლის გადარჩენა. ალფა=0,05, 90% სარწმუნოობისას, ხოლო მე-2 ტიპის შეცდომის 10% სარწმუნოობის პირობებში საჭიროა ცდაში მონაწილეობდეს არანაკლებ 10 000 პაციენტი. ყოველივე ზემოაღნიშნულის სანაცვლოდ კარგი პოპულაციის ალტერნატივაა მეტა-ანალიზის გამოყენება.

ფასდება მონაცემები იმ პაციენტების შესახებ, რომლებიც იღებდნენ ერთსა და იმავე ან მსგავს პრეპარატებს, ის ცდის მცირე მოცულობას საჭიროებს და ეფექტების დეტექციისა და მათი სარწმუნოობის დონე უფრო მაღალია.

მეტა-ანალიზი ხელს უწყობს შედეგების გავრცელებას. ვიწრო სპექტრის გამოკვლევის დროს (ხდება ერთგვაროვანი პოპულაციის გამოკვლევა) ეს შედეგები შეიძლება გავავრცელოთ იმავე ან მსგავსი მახასიათებლების მქონე პაციენტებზე, თუ რამდენიმე განსხვავებული მახასიათებლების მქონე პოპულაციაში ერთნაირ შედეგებს მივიღებთ, შეგვიძლია შედეგი განვაზოგადოთ.

მეტა-ანალიზი ინდივიდუალურ ცდებთან შედარებით უკეთ გვიქმნის წარმოდგენას სხვადასხვა ქვეჯგუფში მიღებულ ეფექტთა სხვაობაზეც. მაგ: ქალებსა და კაცებში, ახალგაზრდებსა და მოხუცებში, დაავადების სხვადასხვა სტადიისა და სიმძიმის მქონე პირებში.

მეტა-ანალიზი უკეთ სახავს სამომავლოდ განსახილველ და ურგენტულ საკითხებს, ადგენს სამომავლო ცდების საჭირო მოცულობებს.

ასე მაგალითად: 4 სხვადასხვა გამოკვლევაზე დაყრდნობით, მეტა-ანალიზით დადგინდა, რომ ნაყოფის გულსცემის პერიოდული გამოკვლევა და შეფასება ამცირებს ნეონატალურ პერიოდში გულყრის განვითარების რისკს. ეს ჰიპოთეზა დადასტურა შვიდგზის წარმოებულმა ინდივიდუალურმა რანდომიზირებულმა კვლევამ.

მეტა-ანალიზის შედეგები გამჭვირვალეა, მისაწვდომია ფართო მკითხველისათვის და ნათლად ასახავს, თუ რა მონაცემების საფუძველზე გაკეთდა ესა თუ ის დასკვნა. ინდივიდუალური ცდების დროს კი ხშირად დასკვნები საფუძველს მოკლებულია.

დამატებითი ლიტერატურა

- ა.ციბაძე, ინფორმაციის თეორიისა და მათემატიკურ-სტატისტიკური მეთოდების გამოყენება მედიცინაში. სახელმძღანელო თსსუ-ის სტუდენტებისათვის. თბილისი, 2007
- Richard Morton . Richard Hebel A Study Guide to Epidemiology and Biostatistics, Fifth Edition,, 2001
- BIOSTATISTICS. GRADUATE STUDENT. HANDBOOK. 2004-2005. UNIVERSITY AT BUFFALO USA, BUFFALO, 2006
- STUDENT HANDBOOK . Dept. of Epidemiology and Biostatistics. Case Western Reserve University's Student Handbook...WEB: epbiwww.cwru.edu/handbooks/
- C.P. Carvounis Handbook of Biostatistics: A Review and Text . USA, "Informa Healthcare", 1 edition, 2000
- STATSnetBASE. Statistical Sciences Online. Download it for FREE.. WEB: www.statsnetbase.com

თავი 10

დაავადებათა გავრცელების სოციალური პრობლემები

მეათე თავის შინაარსი

10.1. შესავალი
10.2. ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორები
10.3. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, როგორც სოციალური პრობლემა
10.4. ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, როგორც სოციალური პრობლემა
10.5. ტრავმატიზმი, როგორც სოციალური პრობლემა
10.6 ტუბერკულოზი, როგორც სოციალური პრობლემა
10.7. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და შიდსი, როგორც სოციალური პრობლემა
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა დაავადებათა წარმოშინებაზე მოქმედ ძირითად რისკ-ფაქტორებს, მათი პროფილაქტიკის მეთოდებს
- გააცნობიერებს, თუ რა როლს თამაშობს დაავადებათა პროფილაქტიკის საქმეში ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი მიდგომა
- შეაფასებს უმთავრესი არაპიდემიური დაავადებების სოციალურ როლსა და მნიშვნელობას
- შეაფასებს სოციალური გარემოს ზემოქმედებას უმთავრესი არაპიდემიური დაავადებების გავრცელებაზე

10.1 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.

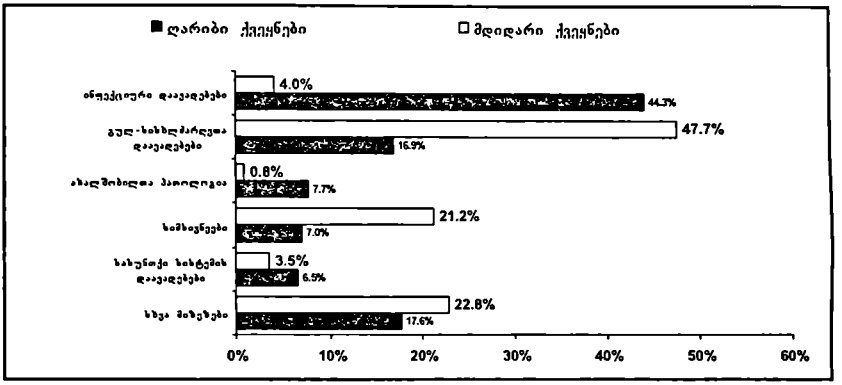
თუ საუკუნის დასაწყისში წამყვან პათოლოგიას ინფექციური დაავადებანი წარმოადგენდა, 60-იანი წლებიდან მათი ხვედრითი წილი მკვეთრად შემცირდა, წინა პლანზე წამოიწია ქრონიკულმა დაავადებებმა (ათეროსკლეროზი, ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, დიაბეტი, ალერგიული დაავადებები და სხვ.). ამ პროცესს **მეორე ეპიდემიურ გადასვლას** 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 მეკვეთრმა კლებამ წინა პლანზე არაინფექციური პათოლოგია წამოწია, 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 დამოკიდებული 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).

ნახატი 12

სიკვდილიანობის სტრუქტურა განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში (2011 წ.)



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 სასხრის 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.

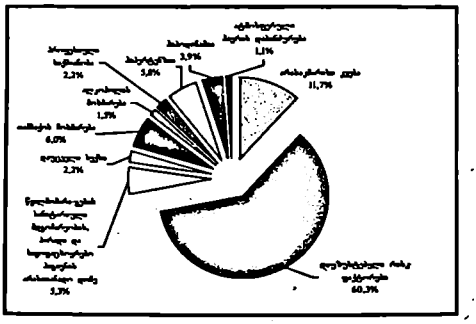
არაინფექციური დაავადებების ხვედრითი წილის სწრაფი ზრდა, რამაც თითქმის ეპიდემიის ხასიათი მიიღო, ძირითადად, აიხსნება იმ გარემოებით, რომ წინა პერიოდში, როდესაც მძვინვარებდა ინფექციური დაავადებები, ადამიანების უმეტესობა უბრალოდ ვერ აღწევდა ასაკს, როდესაც წინა პლანზე არაინფექციური პათოლოგია გამოდის.

10.2. ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორები

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

ნახატი 13

ცალკეულ რისკ-ფაქტორთა გავლენა მოსახლეობის სიკვდილიანობაზე



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

არაინფექციურ დაავადებათა წარმოშობის რისკ-ფაქტორთა ურთიერთმოქმედების შესწავლას თან ახლავს მოელი 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 34

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 სისხლის მიმოქცევის მოშლა	65	17	13	5
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვა დაავადებები	40	35	17	8
ავთვისებიანი 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.

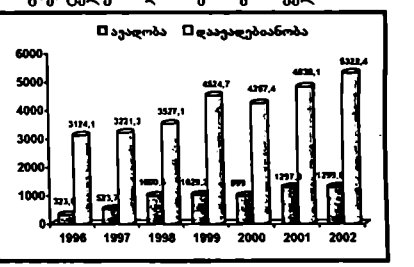
გასათვალისწინებელია, რომ არაინფექციურ დაავადებებათა წარმოშობაზე მოქმედი რისკ ფაქტორების წინააღმდეგ ბრძოლა, ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკისაგან განსხვავებით, მოითხოვს, ერთი მხრივ, გაცილებით უფრო მრავალფეროვან და გრძელვადიან ღონისძიებათა განხორციელებას და, მეორე მხრივ კი, ადამიანური ფაქტორის აუცილებელ 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: გამოაელენენ ავადმყოფის კონტაქტებს, უზრუნველყოფენ იზოლაციის 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 დაავადებათა გავრცელების შემთხვევაში ეს ღონისძიებანი უშედეგოა, თუ უპირატესი ყურადღება პიროვნულ ფაქტორს, ექიმისა და პაციენტის თანამშრომლობასა და ურთიერთგაგებას არ დაეთმო.

10.3. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, როგორც სოციალური პრობლემა

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

ნახატი 14

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა გავრცელების დინამიკა საქართველოში



გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს დიდი ეკონომიკური ზიანი მოაქვს საზოგადოებისათვის. მნიშვნელოვანია სოციალური დანაკარგებიც, რომლებიც 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 არამწეველისათვის, ხოლო ის ადამიანი, რომელიც დღეში ორ კოლოფ სიგარეტს ეწევა, 3-ჯერ უფრო დიდი რისკის ქვეშ იმყოფება. ამ დაავადების განვითარების მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია არასაკმარისი

ფიზიკური აქტივობაც. 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 პრობლემა არ გადაწყდება მხოლოდ სამედიცინო ღონისძიებების გატარებით, იგი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ჩარჩოს სცილდება და სახელმწიფოსა და საზოგადოების ერთობლივ ძალისხმევას მოითხოვს.

ცხრილი 35

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 სამი 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 შთამბეჭდავია 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 არამწეველთა 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.

10.4. ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები, როგორც სოციალური პრობლემა

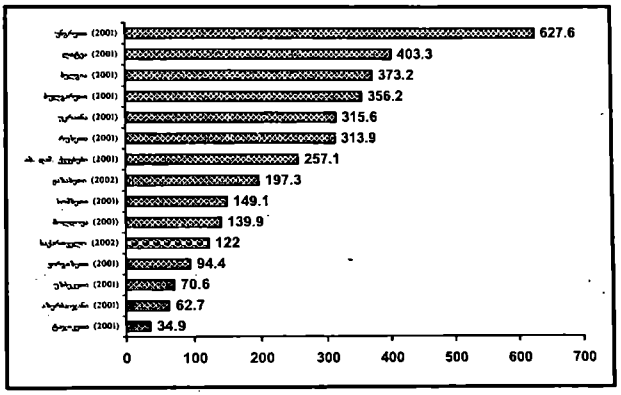
ავთვისებიან ახალწარმონაქმნთა (სიმსივნეთა) პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საკითხები უმნიშვნელოვანეს სამედიცინო და სოციალურ პრობლემას მიეკუთვნება. მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურაში ავთვისებიან სიმსივნეებს მეორე ადგილი უკავია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების თანახმად, ამ მიჩეზით 2011 წელს მსოფლიოში 7,7 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნებით ავადობა გაცილებით სჭარბობს განვითარებად ქვეყნებში არსებულს.

ავთვისებიანი სიმსივნეების 95%-მდე მოდის კიბოზე, რომლითაც ავადდებიან არა მარტო საშუალო ასაკისა და ხანშესული 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 ხვედრითი წონის მატება თავისთავად ზრდის ამ პათოლოგიის სიხშირეს.

ნახატი 5

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



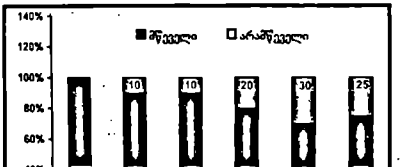
ონკოლოგიური დაავადებებისაგან გამოწვეული სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 50%-მდე ფილტვის, სწორი ნაწლავისა და სარძევე ჯირკვლის კიბოს უკავია. ფართომასშტაბიანმა კვლევებმა ცხადყო, რომ კიბოთი დაავადების შემთხვევათა არანაკლებ 80% განპირობებულია ისეთი ხანგრძლივად მოქმედი რისკ-ფაქტორების ზემოქმედებით, როგორიცაა ასაკი, 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 გაფრქვეული კანცეროგენული ნივთიერებები (განსაკუთრებით, ტყვიის შემცველი ქიმიური ნაერთები);
- მაიონიზებელი გამოსხივება, რადიაციული ფონის მატება;
- კვების პროდუქტებში კანცეროგენული მინარევების მაღალი შემცველობა;

- მავნე ჩვევები (განსაკუთრებით, თამბაქოს, როგორც აქტიური, ასევე პასიური მწეველები);
- კვების რეჟიმის დარღვევა;
- ალკოჰოლი;
- ორგანიზმის ნივთიერებათა ცვლისა და ჰორმონალური ბალანსის დარღვევა და სხვ.

ნახატი 16

მწეველთა და არამწეველთა თანაფარდობა ფილტვის კიბოთი გარდაცვლილ მამაკაცებში



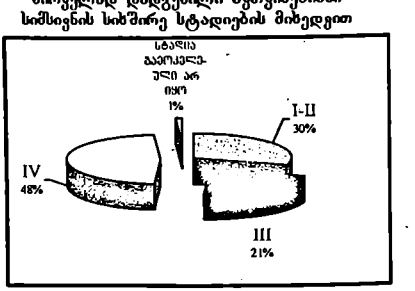
დადგენილია, რომ კიბოს ეტიოლოგიაში მემკვიდრეობითი ფაქტორი საკმარისად მცირე როლს თამაშობს, დაავადების წარმოშობა უფრო მჭიდროდ უკავშირდება სოციალურ, პროფესიულ და გარემოს ზეგავლენას.

მაგალითად, თამბაქოს მწეველებში ფილტვის კიბოთი განპირობებული სიკვდილიანობა 10-30-ჯერ მეტია, ვიდრე არამწეველთა 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 არამწეველთა მონაცემებს მხოლოდ 20 წლის შემდეგ უტოლდება.

სხვა რისკ-ფაქტორებიდან ყურადღებია 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.

ნახატი 17

პირველად დადგენილი ავთვისებიანი სიმსივნის სიხშირე სტადიების მიხედვით



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 სანიტარიული 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 ადრეული სტადიებში მისთვის დამახასიათებელია მიკროსიმპტომების სიჭარბე, რომლებიც პროვნებისა ან მისი ახლობლებისათვის უფრო შესაშინეველია, ვიდრე სამედიცინო პერსონალისათვის.

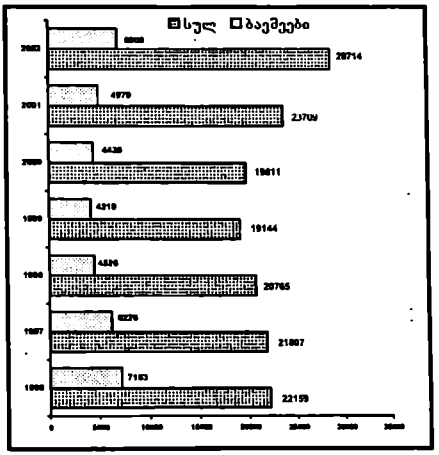
კიბოს მკურნალობის პროგნოზი მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული გამოვლენილი სიმსივნის სტადიაზე. ამ მხრივ მეტად არაკეთილსიმოდგინო სიტუაცია შეიქმნა საქართველოში. 2002 წელს ონკოლოგიური ავადმყოფების მხოლოდ 30%-ს დაუდგინდათ დაავადების I და II სტადია, როდესაც მკურნალობის ეფექტურობა დაავადების ლოკალიზაციის მიხედვით 50-დან 98-მდე პროცენტს შეადგენს. ამასთან ერთად, III სტადიის (რაც ხშირადაა ექვითებს 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).

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 ეფექტიანია ჯანმრთელი მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების გატარება, რომლებიც კიბოსწინარე დაავადებათა ადრეული ფორმებისა და კიბოს საწყისი სტადიების გამოვლენას უზრუნველყოფს.

10.5. ტრავმატიზმი, როგორც სოციალური პრობლემა

ნახატი 17

ტრავმების, დამწვრობისა და მოწამვლების ახალი შემთხვევები საქართველოში



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 გარემოებაც, რომ ის სულ უფრო მეტ საზრუნავს უჩენს არა მარტო 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.

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 2011 წელს დაიღუპა 1,4 მლნ-მდე ადამიანი, მაშინ, როდესაც ყველა საომარ კონფლიქტში დაღუპულთა რიცხვმა 211 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 ძირითადი მიზეზი არა იმდენად ცუდად დაყენებული შრომის დაცვის სისტემა, ცუდი გზები ან ტრანსპორტის გაუმართაობაა, რამდენადაც უშუალოდ ადამიანური ფაქტორი. ინგლისელი მეცნიერი **გ.ინგი** აქტიცებს, 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 ფსიქოლოგიას** 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 დაკლდა კიდეც. 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 დაზგასთან დაშვებულ შეცდომას გაცილებით იოლი გამოსავალი ჰქონდა, ვიდრე ღღეს, ვინაიდან თანამედროვე ტექნიკა უფრო ზუსტ და სწრაფ რეაქციას მოითხოვს;
- ადამიანი სულ უფრო ადვილად ეჩვევა ახალ ტექნიკას და არ ითვალისწინებს, თუ რა საფრთხეს უქმნის მის ჯანმრთელობას გამოყენებული ტექნოლოგიები. მაგალითად, ზოგიერთი ფიზიკ 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 მიაყაენ 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 სანიტარიულ-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.

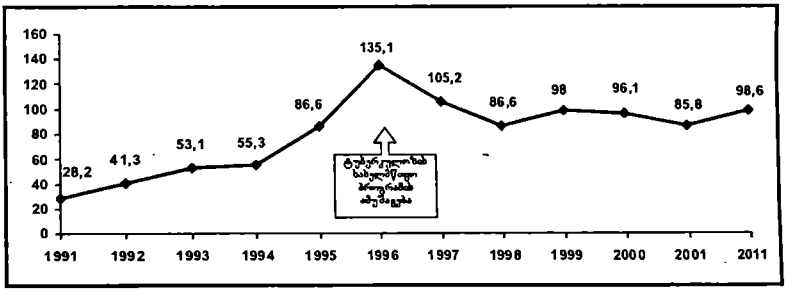
პირველი ეტაპის განხორციელების აუცილებელი პირობაა, საწარმოთა, სასწავლო დაწესებულებათა და ა.შ. დაკომპლექტება პირველადი სამედიცინო დახმარებისათვის აუცილებელი შესახვევი მასალითა და მედიკამენტებით და მოსახლეობის მომზადება პირველადი დახმარების გაწევის საკითხებში. კარგად ორგანიზებული პირველადი დახმარება მნიშვნელოვნად ამცირებს გართულებული ტრავმების რაოდენობას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთი სპეციალიზებული ტრავმატოლოგიური სამსახურის ჩამოყალიბება, რომელიც მკურნალობისა და შრომისუნარიანობის აღდგენის ახალი მეთოდების (პლასტიკური ქირურგია, პროთეზირება და ა.შ.) დანერგვის საშუალებას იძლევა. აღნიშნული მიზნად ისახავს ტრავმატიზმით განპირობებული ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის, საბოლოო ჯამში კი საზოგადოებისათვის მიყენებული სოციალური ზარალის შემცირებას.

10.6 ტუბერკულოზი, როგორც სოციალური პრობლემა

საუკუნეების განმავლობაში ტუბერკულოზი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადება იყო. ოჯახის წევრების დასნებოვნების 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 არა მარტო 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 აკლებს ტუბერკულოზით დაავადების შემთხვევებს. საქართველოში ეს პეიოდი 1939 წლიდან დაინერგა და დღესაც წარმატებით გამოიყენება.

ტუბერკულოზთან ბრძოლაზე მიმართული ღონისძიებანი ზედმიწევნით მრავალფეროვანია და უნდა ითვალისწინებდეს არა მარტო მედიკამენტოზურ მკურნალობას, არამედ პაციენტის კვების, საცხოვრებელი და შრომის პირობების გაუმჯობესებას. გატარებულ ღონისძიებებს 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 უხამებენ ჰიგიენურ-დიეთეტიკურ და ანტიბაქტერიულ ღონისძიებებს, ზოგჯერ — ქირურგიულ მკურნალობას;
- ნახველის, თეთრეულის, ჭურჭლის გაუსნებოვნება, საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფების იზოლაცია, 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 ...ბაკელიამ. 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 ტუბერკულოზით დაავადებულ ავადმყოფთა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ყველა ხარჯი, პირველად დაინერგა პაციენტთა გამოვლენისა და მკურნალობის საერთაშორისოდ აღიარებული DOTS-ის პროგრამა (პირდაპირი ჩარეული მკურნალობის მოკლე კურსი — Directly Observed Treatment Shortcourse), რომელმაც, სხვა ღონისძიებებთან ერთად, დადებითად იმოქმედა ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესებაზე, დაავადების ახალი შემთხვევების შემცირებაზე.

10.7. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და შიდსი, როგორც სოციალური პრობლემა

სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლა თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა, რადგან მათმა გავრცელებამ მასობრივი 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 შემოსავლის მქონე ქვეყნებში არაერთგვაროვანია. საქართველოში უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში აღინიშნა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ყველა ფორმის მატების ტენდენცია (ნახატი 20).

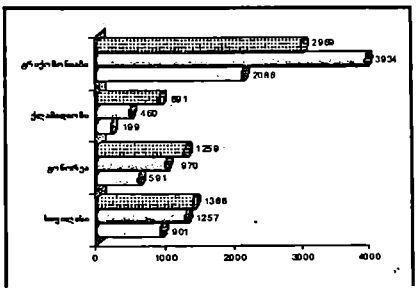
ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების წარმოშობასა და გავრცელებას, იყოფა ორ დიდ ჯგუფად — სამედიცინო და სოციალურ ფაქტორებად. სამედიცინო ფაქტორებს მიეკუთვნება:

- 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 ავადმყოფთა კონტაქტების გამოვლენას, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყურადღების მიღმა ტოვებს პაციენტთა დიდ ჯგუფს, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელებას.

ნახატი 20

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ახლად რეგისტრირებული შემთხვევები



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 პროფესიათა წარმომადგენლები — სამხედროები, მეზღვაურები, მძღოლები, სასტუმროს პერსონალი, ემიგრანტები, ტურისტები, მეძავები 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 გადამდებ დაავადებათა აღრიცხვა საქართველოში სათანადოდ მოგვარებული არ არის. მაგალითად, არსებული სტატისტიკის მიხედვით, პაციენტთა უმრავლესობა თბილისსა და ქუთაისში 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 36).

ცხრილი 36

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

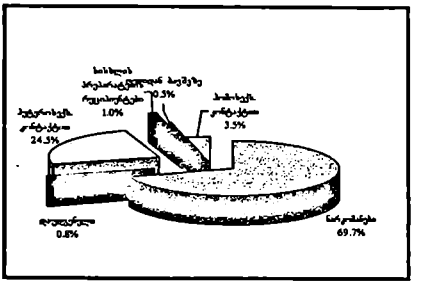
ძლიერმოქმედი ანტიბიოტიკების ხელმისაწვდომობამ, კერძო პრაქტიკის ფართო გავრცელებამ, ავადმყოფთა კონტაქტების არასრულმა დადგენამ, სერიოზულად იმოქმედა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ფარული და ქრონიკული ფორმების ხვედრითი წილის ზრდაზე. მნიშვნელოვნად შეიცვლა დაავადებულთა სტრუქტურა, თუ წინა წლებში ავადმყოფების ძირითადი ნაწილი წარმოდგენილი იყო მამაკაცებით (მძღოლები, მეზღვაურები, სეზონურ სამუშაოზე წასული ადამიანები და სხვ.), დღესდღეობით მკვეთრად იმატა ქალთა მოსახლეობის დასნებოვნებამ. 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 ესოდენ მძიმე სიტუაცია შიდსის გავრცელების რეალურ საშიშროებას ქმნის. მიუხედავად იმისა, რომ შიდსი მსოფლიოში პირველად მხოლოდ 1981 წელს გამოვლინდა, დღესდღეობით ინფიცირებულია 20 მლნ-ზე მეტი ადამიანი, რომელთაგანაც ყოველწლიურად 8-12% იღუპება. საგულისხმოა, რომ თუ შიდსის ეპიდემიის გავრცელების პირველ ეტაპზე რისკის ჯგუფს, ძირითადად, არატრადიციული სექსუალური ორიენტაციის პირები წარმოადგენდნენ, დღესდღეობით, აივ-ინფიცირებულთა 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 ლათინ ქვეყნებში, განსაკუთრებით, უკრაინასა და რუსეთში. საქართველოში 2007 წლის ბოლოსათვის რეგისტრირებული იყო აივ-ით ინფიცირებული 105 პირი.

ნახატი 21

აივ–ით ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულთა განაწილება საქართველოში ინფექციის წყაროების მიხედვით



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, შიდსის, პატიმართა სამედიცინო მომსახურების და სხვ.); ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სრულყოფა; აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული ქცევითი რისკ-ფაქტორების კვლევა, ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება, ვერტიკალური გადაცემის პროფილაქტიკა, სანგანათლების გაუმჯობესება და სხვ.

10.8. ფსიქიკური აშლილობები, როგორც სოციალური პრობლემა

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 სპეციალიზებულ ჰოსპიტლებში ყოველწლიურად 150 ათასზე მეტი, ხოლო თავშესაფრებში – 54 ათასამდე ავადმყოფია. ამის გარდა, 63 ათასამდე ავადმყოფი საეკიმო მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფება. საკმარისადაა გავრცელებული ეს პათოლოგია საქართველოშიც.

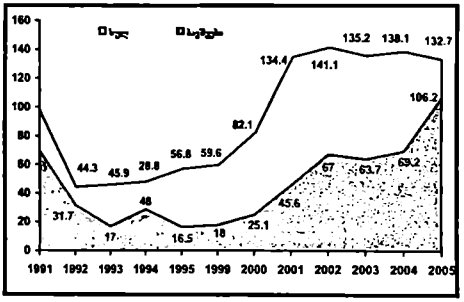
ეპიდემიოლოგიური კვლევების თანახმად, განსაკუთრებით სწრაფად იზრდება ისეთი პათოლოგიების რიცხვი, როგორიცაა შიზოფრენია, მოხუცებულობის ფსიქოზები – გონებაჩლუნგობით და არაფსიქოზური ხასიათის ფსიქიკური მოშლილობით. დეპრესიები, ნევროტიული დაავადებები, დისფუნქციები, შეხამებული სომატურ მოშლილობასთან, ხშირია სხვადასხვა 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.

ნახატი 22

ფსიქიკური აშლილობებით ავადობის დინამიკა საქართველოში



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 წყვილს 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.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

ჯანმრთელობაზე მოქმედი პირობები – *health-affecting factors* – სოციალურ-ეკონომიკური, გარემოსა და საყოფაცხოვრებო ფაქტორები, კვება, საყოფაცხოვრებო და სოციალური ჩვევები, მემკვიდრეობითი და ეთნო-გეოგრაფიული ფაქტორები.

რისკ-ჯგუფის ადამიანზე დაკვირვება – *(human) risk management* – რისკ-ჯგუფის ადამიანების მკურნალობაზე დაფუძნებული საქმიანობა, რომლის მიზანია მოთხოვნების შემცირება, მათი დროული გამოვლენა, პროფილაქტიკური დახმარებისა და რეგულარული სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური მეთვალყურეობის მეშვეობით დაავადების სიმძიმის ინდექსაცია – *severity (of illness) indexing* – პაციენტთა კლასიფიკაცია დაავადებათა სიმძიმის შესაბამისად, გამოიყენება დაწესებულებათა საქმიანობის ხარისხის შესადარებლად.

რისკის დაზუსტება – *risk adjustment* – დაავადების სიმძიმის შესაფასებლად ისეთი პარამეტრების გათვალისწინება, როგორიცაა ასაკი, თანმხლები დაავადებები და სხვ., რათა განისაზღვროს რისკის დონე. ფსიქოლოგიური, კლინიკური ან ფინანსური კრიზისის თავიდან აცილება.

ჯანმრთელობის პრიორიტეტები – *health priorities* – ჯანდაცვა – მკვნიერულად დასაბუთებულ პრობლემათა სფერო, რომელსაც საზოგადოება მიჰყავს საგრძნობ დანაკარგებამდე. მათი ნაწილის თავიდან აცილება შესაძლებელია

ჯანმრთელობის განვითარება – *health development* развитие здоровья – ჯანმრთელობის მდგომარეობის პროგრესული გაუმჯობესების უწყვეტი პროცესი ინდივიდუალურ, ჯგუფურ, პოპულაციურ დონეზე.

რისკის ანალიზი – *health risk* – ცალკეული პირის ან ადამიანთა ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ პროგნოზირებადი პარამეტრების შეგროვების, ანალიზისა და შედარების პროცესი.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რამდენად დაკავშირებულია რისკის ფაქტორების გავრცელება ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასთან?
- რამდენად შესაძლებელია არამართვადი რისკის ფაქტორების თავიდან აცილება?
- რა სახის ღონისძიებების გატარება მოგვცემს მაქსიმალურ ეფექტს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროფილაქტიკის პროცესში?
- რამდენად ეფექტური გახდება მოსახლეობის ონკოპროფილაქტიკის გატარება, თუ აშენდება მაღალტექნოლოგიური სტაციონარები ქვეყნის ყველა რეგიონში?
- რამდენად გამართლებულია კომპლექსური პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება ტუბერკულოზის, შიდსისა და ჰეპატიტების გავრცელების წინააღმდეგ?
- ცალკეული ადამიანისა და საზოგადოების როლი ქრონიკული დაავადებების პროფილაქტიკის საქმეში.

დამატებითი ლიტერატურა

- ნ. ტატიშვილი, გ. სიმონია, შინაგანი სნეულებანი. თბილისი, „მედიცინა", 1995
- ნ. ვეფხვაძე, რ. ჯორბენაძე, კიბოს პრევენცია და ადრეული აღმოჩენა. თბილისი, 2006
- LeonGordis EPIDEMIOLOGY, Published B Saunders Co N-Y, 2007
- Leon Gordis Epidemiology, Updated Edition: With STUDENT CONSULT Online Access, Published B Saunders Co N-Y, 2004
- Robert Friis Epidemiology for Public Health Practice, Third Edition, Jones & Bartlett Publishers; 3 edition, 2003
- Risk Factors for Cancer (including risk behaviors, associated conditions) Handbook of Diseases WEB: www.wrongdiagnosis.com
- Risk Factors and Strategies to Reduce Risk. Important Links to Remember ... about the types of diseases prevalent in the area .WEB: www.studentsabroad.com/riskfactors.html
- Cerebrovascular Diseases, Stroke. Internet Handbook of Neurology cerebrovascular diseases, stroke, infarct, hemorrhage. Risk Factors. Hyperlipidemia. Hyperlipidemia. University of Minnesota .WEB: www.neuropat.dote.hu/stroke1.htm

თავი 11

ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი სოციალური დეტერმინანტები

მეთერთმეტე თავის შინაარსი

11.1. შესავალი
11.2. გენდერული ფაქტორები
11.3 მოსახლეობის განათლება, როგორც ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტი
11.4. ოჯახის გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე
11.5. სიღარიბე და ჯანმრთელობა
11.6. ფსიქო-სოციალური ფაქტორები
11.7. მოსახლეობის იძულებითი მიგრაცია, როგორც სოციალური პრობლემა
11.8. მოსახლეობის დაბერება, როგორც სოციალური პრობლემა
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
დამატებითი ლიტერატურა
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტმა:

- გაეცნობა ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ძირითადი სოციალური და ბიოლოგიური დეტერმინანტების ზეგავლენას
- შეძლებს გამოყოს მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის საჭიროებების სპეციფიკური ასპექტები
- შეძლებს განსაზღვროს სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის ფარგლები მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის სპეციფიკური საჭიროებების გათვალისწინებით

11.1 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 როულია 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 განმავლობაში მოქმედი ეკონომიკური ურთიერთობები, რამაც ურთულესი ცვლილებები გამოიწვია საზოგადოებრივი ცნობიერების ყველა სფეროში. სიტუაცია კიდევ უფრო გამძაფრდა ფინანსური, ეკოლოგიური, დემოგრაფიული და ეთნიკური პრობლემების ფონზე, რომლებიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ არა მარტო ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის მაჩვენებლებზე, არამედ მოსახლეობის ჯანმრთელობაზეც. აშკარაა, რომ ავადმყოფ ადამიანს აქვს უფრო დიდი შანსი – გაღარიბდეს, 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 ბიოლოგიური და სოციალურ-ეკონომიკური **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.

11.2. 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, 2007 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.

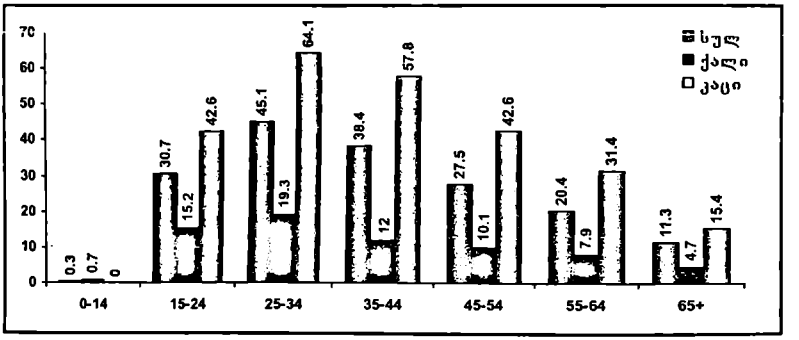
გენდერულმა კუთვნილებამ შეიძლება განაპირობოს სხვაობა ქალთა და მამაკაცთა ავადობის სტრუქტურაში, ქცევის სტერეოტიპების თავისებურება სამედიცინო დახმარებისათვის მიმართვის დროს, სხვადასხვაგვარი რეაგირება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მხრიდან.

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 აქვთ 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 ფილტვის ტუბერკულოზით ავადობა მამაკაცებს ყველა ასაკობრივ ჯგუფში უფრო მაღალი იყო, ვიდრე ქალებში (ნახ. 23).

ყურადღებას იპყრობს სიმსივნური დაავადების გავრცელების თავისებურებები სქესის მიხედვით. ასე, მაგალითად, საქართველოში ქალთა ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის სტრუქტურაში 60,2% რეპროდუქციული ორგანოების კიბოს (36% ძუძუს 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 ტრავმატიზმის) მაღალი მაჩვენებლები. ალკოჰოლიზმთან, ნარკომანიასთან და ტოქსიკომანიასთან დაკავშირებით ნარკოლოგიურ დისპანსერებში აღრიცხვაზე მყოფი პაციენტების მხოლოდ 2,9%-ს შეადგენენ ქალები.

ფილტვის ტუბერკულოზით ავადობა სქესისა და ასაკის მიხედვით



ხაზგასასმელია 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 საქმიანობა უფრო მიზანმიმართულად და ეფექტურად განხორციელდეს.

11.3 მოსახლეობის განათლება, როგორც ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტი

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, ასახავს მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

მრავალრიცხოვანი კვლევები ადასტურებს, რომ მოსახლეობის განათლების დონე მჭიდრო კორელაციურ კავშირშია მთელი რიგი დაავადების წარმოჩინებასთან.

მაგალითად, დადგენილია, რომ გულის მწვავე იშემიური დაავადება, ზოგიერთი ენდოკრინული დაავადებები, ფსიქიკური დაავადებები უფრო ხშირია უმაღლესი განათლების მქონე ადამიანებში, მაშინ, როდესაც ინფექციური დაავადებები, ტრავმები, კუჭ-ნაწლავისა და ფილტვის დაავადებები გაცილებით ხშირია დაბალი განათლების მქონე პირებში. თავისთავად, განათლების დონე მჭიდროდაა დაკავშირებული სხვა სოციალურ დეტერმინანტებთან (სოციალური კლასი, სიღარიბე, უმუშევრობა და სხვ.), რომელნიც, თავის მხრივ, წარმოადგენენ დაავადებების წარმოშობის დამოუკიდებლად ან კომპლექსურად მოქმედ რისკ-ფაქტორებს.

მაგალითად, აშშ-ის აღწერის ბიუროს მონაცემებით, სიმსუქნის გავრცელება მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეყნის მოსახლეობის განათლების დონესთან (იხ. ცხრილი 37).

ცხრილი 37

ჭარბი წონის გავრცელება განათლების სხვადასხვა დონის მქონე მოსახლეობაში (აშშ, 2006 წ.)

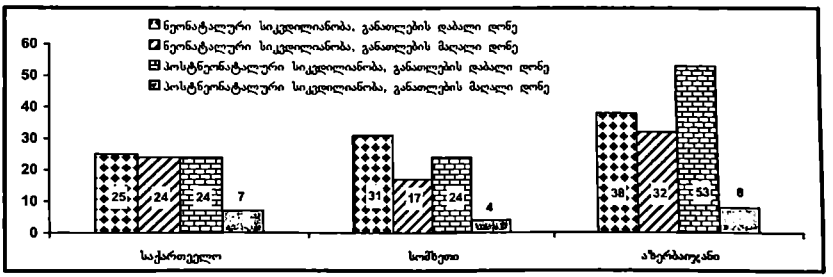
მოსახლეობის განათლების დონე	სხეულის მასა (გამოხატული %% დადგენილ ნორმასთან)				
	ნორმაზე დაბალი	ნორმალური	ნორმაზე მაღალი		
			ნორმაზე მაღალი	მ.შ. ჭარბი წონით	მ.შ. სიმსუქნით
დაწყებითი განათლება	1.4	31.0	67.6	34.5	33.1
საშუალო განათლება	0.1	27.1	71.8	36.6	35.2
უმაღლესი განათლება	1.3	31.7	66.9	35.0	32.0

საქართველო ტრადიციულად ხასიათდება მოსახლეობის განათლების მაღალი დონით. საკმარისია ითქვას, რომ მოზრდილი მოსახლეობის თითქმის 93%-ს აქვს არასრული ან სრული საშუალო განათლება. ამასთან, 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 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 ზრდასათან ერთად სულ უფრო მეტი მნიშვნელობა ენიჭება მშობელთა ცოდნას ისეთ სფეროებში, როგორებიცაა 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 განათლებისა ან პროფესიული მომზადების უფრო მაღალი დონე აქვთ, მეტი შესაძლებლობა ეძლევათ პროფესიული საქმიანობისათვის და, შესაბამისად, შემოსავლის მისაღებად, რაც საბოლოო ჯამში, ჯანმრთელობის უფრო უკეთესი დონის ალბათობასაც ზრდის.

ამის დამადასტურებელია ის ფაქტიც, რომ, ასაკის მატებასთან ერთად, დაბალი განათლების მქონე ადამიანებში ქრონიკული დაავადებების გავრცელება და უნარშეზღუდულობა გაცილებით ხშირია (იხ. ცხრილი 38).

ცხრილი 38

უნარშეზღუდულობის გავრცელება განათლების სხვადასხვა დონის მქონე 65–74 წწ. ასაკის ამერიკელებში (2006 წელი)

განათლების დონე	უნარშეზღუდულთა წილი (%) თეთრკანიან მოსახლეობაში	უნარშეზღუდულთა წილი (%) შავკანიან მოსახლეობაში
დაწყებითი (0-8 კლასი)	16.1	15.5
საშუალო და არასრული საშუალო (9-12 კლასი)	9.0	12.4
უმაღლესი და არასრული უმაღლესი	6.7	10.8

თავისთავად, ამას ხელს უწყობს სხვა რისკ-ფაქტორებიც, როგორიცაა შემოსავალი, საყოფაცხოვრებო და შრომის პირობები, ეთნიკური ჯგუფი, რასა და სხვ., მაგრამ, საბოლოო ჯამში, წამყვან რისკ-ფაქტორად მაინც განათლების დაბალი დონე გვევლინება.

11.4. ოჯახის გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე

მედიცინისა და საექიმო პრაქტიკის სოციალიზაციის პროცესი გულისხმობს ყურადღების აქცენტირებას არა მარტო 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);
- **აღმზრდელობითი** (ბავშვების აღზრდა და სოციალიზაცია);
- **საყოფაცხოვრებო** და **სამეურნეო** (ოჯახის წევრთა მატერიალურ მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება);
- **ემოციური** (პატივისცემის, აღიარების, თანადგომის, დაცვის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება);
- **სოციალური;**
- **სექსუალურ–ეროტიკული** და სხვა.

საზოგადოების განვითარებასა და მისი ცალკეული წევრის 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 არა მარტო 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 შადგენენ. 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 ტიპიური 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 ჰოსპიტალიზებული 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 წევრი 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 ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია პაციენტის ახალ სოციალურ როლთან შეჩვევა, ეს პრობლემები ოჯახის წევრთა მონაწილეობით უნდა გადაიჭრას.

5. საბოლოო ადაპტაცია. თუ ავადმყოფობის შედეგად ადგილი 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, აღგზნებულობა, 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 დაბაბულობის 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.

ჰალიკმა (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.

L.Duvall-მა (1977) შეიმუშავა ოჯახის სასიცოცხლო ციკლის რვა-ეტაპიანი სქემა. სქემაზე მითითებულია თითოეული ეტაპის ხანგრძლივობა. ყველა ოჯახი, ცხადია, არ გადის სრულ ციკლს ასეთი თანამიმდევრობით. მაგ. შვილი შეიძლება მშობლების სიკვდილამდე ოჯახში დარჩეს ან განქორწინებულმა ცოლ-ქმარმა, ხელახალი ქორწინების შემთხვევაში, თავიდან გაიაროს ერთი და იგივე ეტაპი, რომელიც პირველ ქორწინებაში ერთხელ უკვე გაიარა.

თავისი განვითარების ციკლის თითოეულ ეტაპზე ოჯახი გარკვეული ამოცანების გადაჭრის აუცილებლობის წინაშე დგება. ამ ამოცანათა წარმატებით დაძლევა ოჯახს ბედნიერი და მშვიდი ცხოვრების საშუალებას აძლევს. თუკი ოჯახი საწყისი ეტაპის ამოცანებს ვერ შეასრულებს, ეს იწვევს უკმაყოფილებას, საზოგადოების უარყოფით დამოკიდებულებას და წარმოუდგენლად რთულდება მომდევნო ეტაპის ამოცანათა გადაჭრა. განვითარების პროცესში წამოჭრილი ამოცანების შესრულებისათვის აუცილებელია, შემდეგი:

1. პიროვნებამ უნდა გააცნობიეროს, რომ მას ახლებურად შეუძლია მოქცევა;
2. მან უნდა ჩამოაყალიბოს საკუთარი თავის ახლებური აღქმა;
3. მან უნდა შეძლოს კონფლიქტური მოთხოვნების წარმატებით მართვა;
4. პიროვნებას უნდა ჰქონდეს სურვილი (მოტივაცია), მიაღწიოს ოჯახის განვითარების მომდევნო ეტაპს.

ოჯახის არსებობის ცალკეულ ეტაპზე ოჯახის წევრთა ამოცანები ზოგჯერ ეთანხმება ერთმანეთს და ეს ჰარმონიული თანაარსებობის პირობებს ქმნის. ზოგჯერ კი ურთიერთსაპირისპიროა, რაც ოჯახური კონფლიქტების აღმოცენებას უდევს საფუძვლად. მაგ. მოზარდის სწრაფვა დამოუკიდებლობისაკენ, თითქმის ყოველთვის უპირისპირდება მისი მშობლების ამოცანას, მართონ შვილის განვითარება მანამ, ვიდრე ის საკმარისი სიმწიფის სტადიას არ მიაღწევს. როდესაც ორივე მეუღლე საკუთარი კარიერის შექმნისათვის

იღვწის, ეს ხშირად ოჯახური ციკლის რომელიღაც ეტაპზე კონფლიქტის აღმოცენების მიზეზი შეიძლება გახდეს.

დიუვალის მიხედვით, განვითარების ამოცანები, რომლებსაც ოჯახი სასიცოცხლო ციკლის თითოეულ ეტაპზე აწყდება, ქვემოთ არის წარმოდგენილი.

ოჯახის სასიცოცხლო ციკლსა და განვითარების ამოცანებზე დიდ ზეგავლენას ახდენს საზოგადოება, იმ ნორმებითა და კულტურით, რომელსაც იგი ადგენს და რომელთა ზემოქმედებით ყალიბდება საზოგადოების თითოეული წევრის მსოფლმხედველობა. დიუვალის მიერ აღწერილი ოჯახის სასიცოცხლო ციკლი, ცხადია, უნივერსალური არ არის და ამდენად, ზოგიერთი საზოგადოებისათვის, შესაძლოა, მიუღებელიც კი იყოს. რაც არ უნდა უცნაურ კულტურულ თავისებურებებთან გვქონდეს საქმე, ერთი რამ უდავოა, ნებისმიერი ოჯახი თავისი არსებობის მანძილზე რთულ გზას გადის, რომელიც კრიზისული პერიოდებისა და კონფლიქტების, ადაპტაციისა და შეუგუებლობის პერიოდებისაგან შედგება. ოჯახის ექიმმა, პაციენტის პრობლემის განხილვისას, აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს, ზომ არ არის პრობლემა ოჯახური კრიზისი ან გარდამავალ ეტაპთან შეგუების გაძნელების გამოხატულება. პაციენტის, როგორც „ოჯახური პრობლემის სიმპტომის", აღქმა საოჯახო მედიცინის ერთ-ერთი არსებითი თავისებურებაა. პრობლემის მიმართ ამგვარი დამოკიდებულება ოჯახის ექიმს საშუალებას აძლევს: მისი მართვის სწორი გზა შეარჩიოს, წინასწარ განსაზღვროს მისი ხელახალი აღმოცენების შანსი და იწინასწარმეტყველოს გამოსავალი.

11.5. 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 გლობალური მოვლენაა, რომლის დაძლევა ხორციელდება ზედმიწევნით ნელი ტემპებით. მსოფლიო ბანკის გამოკვლევების მიხედვით, იმ ადამიანთა რიცხვი, რომელთა ყოველდღიური შემოსავალი 1 აშშ დოლარის ეკვივალენტით შემოიფარგლება, ერთ მილიარდს აღემატება. მსოფლიოს მოსახლეობის თითქმის ნახევარის დღიური შემოსავალი კი 2 აშშ დოლარის ეკვივალენტია. ამასთან, ბოლო 20 წლის მანძილზე ეს მონაცემები თითქმის უცვლელია (ცხრილი 39)

ცხრილი 39

მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში მცხოვრები დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის რიცხვი (მილიონი ადამიანი)

	2 აშშ დოლარზე ნაკლები დღიური შემოსავლის მქონე მოსახლეობა			
	1981		2001	
რეგიონი	მლნ. ადამიანი	მთლიანი მოსახლეობის %%	მლნ.ადამიანი	მთლიანი მოსახლეობის %%
აღმოსავლეთ აზია	1,170	84.8	864	47.4
ჩინეთი	876	88.1	594	46.7
ევროპა და ცენტრალური აზია	20	4.7	93	19.7
ლათინური ამერიკა	99	26.9	128	24.5
ახლო აღმოსავლეთი და ჩრდილოეთ აფრიკა	52	28.9	70	23.2
სამხრეთ აზია	821	89.1	1,064	77.2
ცენტრალური აფრიკის ქვეყნები	288	73.3	516	76.6
მთლიანად	2,450	66.7	2,735	52.9
ჩინეთის გამოკლებით	1,574	58.8	2,142	54.9

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 აკადმყოფობასაც კი შეუძლია სიღარიბის ზღვართან ახლოს მყოფი ოჯახის გაღარიბება, ვინაიდან მნიშვნელოვნად ამცირებს საოჯახო მეურნეობის შემოსავალს.

სიღარიბე არა მარტო დაავადების წარმომშობ ერთ-ერთ ძირითად დეტერმინანტს, არამედ მის პოტენციურ შედეგსაც წარმოადგენს, შესაძლოა, ზოგიერთი დაავადების წარმოჩინების ერთადერთ უმთავრეს დეტერმინანტსაც. სიღატაკე ასოცირდება მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის უფრო დაბალ დონესთან, ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელთან, ინფექციური და არაინფექციური დაავადებებით დასნებოვნების 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 ზედმიწევნით ზუსტად დავადგენთ, თუ საზოგადოებრივი და ეკონომიკური განვითარების რა საფეხურზე იმყოფება ქვეყანა და როგორია მისი მოსახლეობის სიღარიბის დონე.

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 განაპირობებს, რაც შესაბამისად ამცირებს ხელმისაწვდომობას მომსახურების ძირითად სახეებზე.

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.

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 ფუნქციათა შორის მინიმალური სოციალური გარანტიების დადგენაც მიიჩნევა, რომელთაგან ერთ-ერთს **მინიმალური ხელფასი** წარმოადგენს. მისი დაწესება სახელმწიფო რეგულირების მნიშვნელოვანი მექანიზმია, ამავე დროს, იგი დაქირავებულთა სოციალური დაცვის საშუალებაა და გადახდისუნარიანი მოთხოვნილების ფორმირებაზე ახდენს გავლენას. მინიმალური ხელფასის 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.

II.6. 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 შეუწყო 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 მოვლენებმა ხელი შეუწყო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას. გაბშირდა 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 (35-45 წ.წ.) ათიათასობით მამაკაცი არასოდეს ყოფილა დაქორწინებული. კიდევ უფრო დამაფიქრებელია ის, რომ ამ კატეგორიის მოსახლეობაში მეტისმეტად მაღალია სიკვდილიანობის დონე. ქართველი დემოგრაფების კვლევებით დადგენილია, რომ დაუქორწინებელ მამაკაცებში, დაქორწინებულებთან შედარებით, ორჯერ უფრო მაღალია სიკვდილიანობა.

ფსიქო-სოციალური ფაქტორები მოქმედებენ დაავადების წარმოჩინებაზე, გავლენას ახდენენ მის მიმდინარეობაზე დამოუკიდებლად (მაგალითად, ძლიერი ფსიქო-ემოციური სტრესის ნიადაგზე წარმოშობილი გულის ან თავის ტვინის სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა), ან სხვა რისკ-ფაქტორებთან კომპლექსში, იმისდა მიხედვით, თუ რა სიმძლავრითა და ხანგრძლივობით არის გამოხატული ფსიქო-ემოციური დაძაბულობა, საკმაოდ ზუსტად გაკეთდება დაავადების მიმდინარეობისა და მისი გამოსაელის პროგნოზი.

ისეთი სოციალურ-ბიოლოგიური დეტერმინანტების გათვალისწინება, როგორიცაა პიროვნების დასაქმება, რასობრივი ან ეთნიკური კუთვნილება, ასაკი, სქესი და სხვ. შესაძლებლობას იძლევა, საკმაოდ სწორად განვსაზღვროთ ის პროფილაქტიკური ღონისძიებები, რომლებიც მაქსიმალურ ეფექტს მოგვიტანს. მაგალითისათვის მოვიყვანთ მონაცემებს, რომლებიც

შეეხება აშშ-ში სხვადასხვა პროფესიაში დასაქმებული მოსახლეობის სიკვდილიანობის მონაცემებს (იხ. ცხრილი 40).

ცხრილი 40

ზოგიერთ პროფესიაში დასაქმებული მოსახლეობის სიკვდილიანობა (აშშ, 2005 წ.)

დასაქმება	დასაქმებულთა საერთო რიცხვი	სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (ყოველ 100000 დასაქმებულზე)			
		საერთო სიკვდილიანობა	გულსისხლძარღვთა დაავად.	ახალწარმონაქმნები	ცერებროვასკულარული დაავად.
დასაქმებულთა მთლიანი რაოდენობა	145.093.524	440.24			
უმაღლესი და საშუალო დონის მენეჯერები	8,609,388	789.5	324.36	210.21	45.9
ფინანსური მენეჯერები	1,449,425	611.11	171.43	182.61	29.15
ექიმები	564,555	539.87	183.54	157.43	10.7
უმაღლესი სკოლის პედაგოგები	225,123	683.16	15.14	414.91	138.12
ჟურნალისტები	247,967	1096.3	579.24	464.2	
სატვირთო მანქანების მძღოლები	2,640,585	1048.1	373.12	260.38	20.10
საწარმოო მუშები	1,250,422	894.1	315.65	263.46	94.47

წარმოდგენილი მონაცემები ცხადყოფს, რაოდენ დიდ ზეგავლენას ახდენს ცალკეულ პროფესიასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები ამა თუ იმ დაავადების წარმოჩინებასა და შედეგზე.

ამის ნათელი მაგალითია იმ პირთა კვლევის შედეგები, რომლებიც ცხოვრობენ ნიუ-იორკში, 2001 წლის 11 სექტემბრის ტერორისტული აქტის შედეგად აფეთქებული მსოფლიო სავაჭრო ცენტრის მეზობელ შენობებში. კვლევით დადგინდა, რომ, რაც უფრო მცირე მანძილითაა დაშორებული ყოფილ სავაჭრო ცენტრს გამოკვლეული კონტინგენტის ადგილსამყოფელი, მით უფრო მეტი პირი მიუთითებს, რომ ტერაქტის შემდგომ ეტანებიან თამბაქოს, ალკოჰოლურ სასმელებსა და მარიჰუანას. მიუხედავად დროის საკმაოდ დიდი მონაკვეთისა, რომელმაც განვლო ტერაქტის შემდგომ, გამოკვლეულთა უმეტესობა მაინც ვერ უბრუნდება ჩვეულ ცხოვრების წესს. ანალოგიური მონაცემები უკანასკნელ წლებში (1995-2007 წწ.) მიიღეს ფრანგმა, ამერიკელმა და რუსმა მკვლევარებმა, რომლებმაც დაადგინეს, რომ ალჟირის, ვიეტნამის, ავღანეთის ომის ვეტერანები, მიუხედავად განვლილი დროისა, ხშირად ეტანებიან თამბაქოს, ალკოჰოლურ სასმელებს, ნარკოტიკულ საშუალებებს. ყურადსაღებია ის ფაქტიც, რომ ამ ადამიანებში თვითმკვლელობების, სხვადასხვა სახის ფსიქიკური მოშლილობების, ენდოკრინული დაავადებების სიხშირე გაცილებით მაღალია, ვიდრე მთლიანად პოპულაციაში.

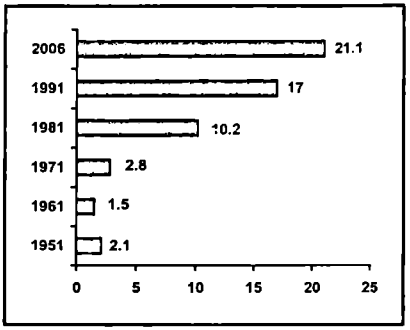
11.7. მოსახლეობის იძულებითი მიგრაცია, როგორც სოციალური პრობლემა

მიგრაციული პროცესები სერიოზულ გავლენას ახდენენ ქვეყნების სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. მოსახლეობის დიდი მასების გადაადგილება ჯერ კიდევ შუა საუკუნეებში დაიწყო და პიკს XIX საუკუნის მეორე ნახევარში მიაღწია. საკმარისია აღინიშნოს, რომ მხოლოდ 1901-1915 წლებში მსოფლიოში იძულებით გადაადგილდა 10 მილიონზე მეტი ადამიანი. მეორე მსოფლიო ომმა მოსახლეობის გაცილებით დიდი მასების გადაადგილება გამოიწვია. კერძოდ, დაახლოებით 30 მილიონი ადამიანი (რაც მთელი ევროპის მოსახლეობის 10% შეადგენდა), საომარი მოქმედების ან პოლიტიკური მიზეზით, იძულებულები გახდა

დაეტოვებინა მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი, რამაც მთლიანად შეცვალა ევროპისა და ახლო აღმოსავლეთის ეთნიკური შემადგენლობა. საომარი კონფლიქტებითა და სხვა მიზეზებით

ნახატი 25

დევნილთა რაოდენობა მსოფლიოში (მლნ)

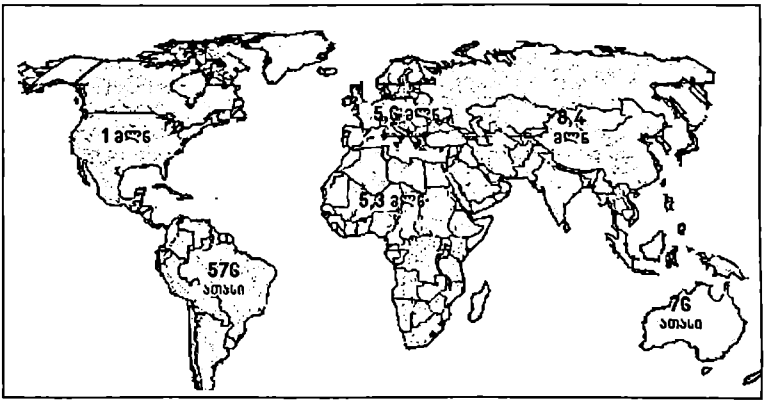


განპირობებულმა იძულებითი მიგრანტების რიცხვმა გასული საუკუნის 50-60-იან წლებში მკვეთრად იკლო, მაგრამ 80-იანი წლებიდან კვლავ დაიწყო ზრდა და 2001 წელს 21 მილიონს გადააჭარბა (ნახატი 25). მათ შორის აზიის ქვეყნებში 8,4 მლნ მიგრანტი იყო, ევროპაში – 5,6 მლნ, აფრიკაში – 5,3 მლნ, ჩრდილოეთ ამერიკაში – 1 მლნ, სამხრეთ ამერიკაში – 576 ათასი, ხოლო ავსტრალიაში – 76 ათასი (ნახატი 26).

მსოფლიო თანამეგობრობა უდიდეს ყურადღებას უთმობს იძულებით გადაადგილებულ პირთა მდგომარეობას. ჯერ კიდევ 1951 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის გადაწყვეტილებით შეიქმნა დევნილთა უმაღლესი კომისარიატი. ამ ორგანოს მეშვეობით შესაძლებელი გახდა ადამიანთა უფლებათა დაცვის გლობალური მექანიზმის ამოქმედება. პრობლემის ჰუმანიტარული, ეკონომიკური და პოლიტიკური ასპექტების გარდა, დევნილთა 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 დევნილთა 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.

ნახატი 26

დევნილთა რიცხვი მსოფლიოში (2006 წლის მონაცემებით)



აფხაზეთსა და სამაჩაბლოში მომხდარი შეიარაღებული კონფლიქტის შედეგად 300 ათასზე მეტი უსახლკაროდ დარჩენილი ადამიანი იძულებით გადაადგილდა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში. მუუხედავად 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 დაკუმატებთ 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 უახლოეს 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 დევნილთა ადაპტაციაზე. პირველ ეტაპზე ორგანიზებულ იქნა სპეციალიზებული საავადმყოფო და სპეციალური პოლიკლინიკები დევნილთათვის, რომელთაც ჰუმანიტარული ორგანიზაციები პერიოდულად აწვდიდნენ მედიკამენტებსა და სამედიცინო აღჭურვილობას.

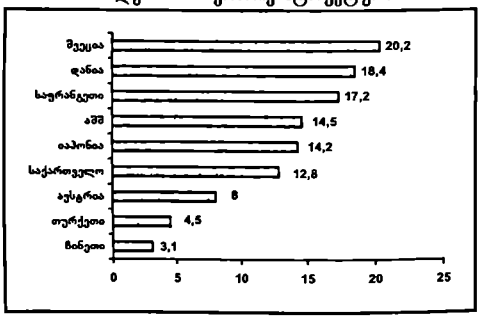
უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად გატარებული ზომებისა, საქართველოს მოსახლეობის სხვა ჯგუფებთან შედარებით, დევნილებში ავადობის განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნება. მაგალითად, 2007 წლის მონაცემებით, დევნილებში ინფექციური და პარაზიტული დაავადებებით ავადობა 2,9-ჯერ მაღალია ქვეყნის ანალოგიურ საშუალო მაჩვენებლებთან შედარებით, ნერვული სისტემისა და გრძობათა 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 უჯრედისის დაავადებები – 2,7-ჯერ, ტრავმები და მოწამვლები – 1,2-ჯერ, განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობა აღირიცხება დევნილი ოჯახების ბავშვებში, რომელთა ავადობის მაჩვენებლები 10%-ით აღემატებოდა ქვეყნის ანალოგიურ მაჩვენებლებს.

11.8. მოსახლეობის დაბერება, 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.

ნახატი 27

65 და მეტი წლის ასაკის პირთა ხვედრითი წილი მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაში



სადღეისოდ ხანდაზმულთა რიცხვი სწრაფად იზრდება, მაგრამ განსაკუთრებული ინტენსიურობით ეს პროცესი გამოხატულია ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში (ნახატი 27).

მოსახლეობის დაბერების პროცესის დაჩქარება ზოგიერთ ქვეყანაში 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 შენატანის 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 მოზღვავებამ 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 დანაზოგებით 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 ხორციელდება, 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 დამატებითი სერვისების ღირებულების ასანაზღაურებლად.

გასაგებია, რომ პირადი დანაზოგები 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 მათ ჯანმრთელობაზე.

უფროსი ასაკის ადამიანების ჯანმრთელობა და მის შენარჩუნებასთან დაკავშირებული პრობლემები იმდენად სპეციფიკურია, რომ ბოლო ათწლეულების მანძილზე ჩამოყალიბდა ახალი საექიმო სპეციალობა — გერიატრია, რომლის მოქმედების არეალი საკმაოდ ფართოა. ეს სრულებით არ ნიშნავს, რომ, მაგალითად, თერაპევტმა ან კარდიოლოგმა თავი უნდა აარიდოს გერიატრიულ პაციენტებს, ვინაიდან არ გააჩნია სათანადო სპეციალიზაცია. მაგრამ იმ ქვეყნებში, სადაც ექიმი-გერიატრები მოქმედებენ (ძირითადად განვითარებულ ქვეყნებში), არა მარტო უშუალოდ ეწევიან საექიმო პრაქტიკას, არამედ თავისი კომპეტენციის ფარგლებში ისინი კონსულტაციას უწევენ თავის კოლეგებს ხანდაზმული პაციენტების დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საკითხებში.

ხანდაზმულ პაციენტთა მოთხოვნილებების გათვალისწინებით, გერიატრიული მედიცინის მიზანია, არა მარტო კვალიფიციური სამედიცინო, არამედ ბევრ შემთხვევაში სოციალური ფუნქციების განხორციელებაც. ამასთან დაკავშირებით, გერიატრიული მედიცინის ერთ-ერთ ფუძემდებლურ პრინციპად მიჩნეულია მოხუცთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების ხელშეწყობა, რაც გულისხმობს დაავადებათა მიმდინარეობის ეფექტურ კონტროლს, ხანდაზმულ პაციენტთა ფიზიკური უუნარობის პრევენციას და მასთან დაკავშირებული ღონისძიებების გატარებას.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტი (ნომინალური) — ახასიათებს საანგარიშო პერიოდის (ძირითადად წლის, კვარტლის) განმავლობაში ეროვნული ეკონომიკის ფუნქციონირების საბოლოო შედეგებს.

რეალური მთლიანი შიდა პროდუქტის ზრდის ტემპი ასახავს ეკონომიკური განვითარების რეალურ სურათს; გაიანგარიშება როგორც შესადარი (მუდმივი) ფასებით (ჩვეულებრივ, წინა წლის ფასებით) გამოსახული მიმდინარე და წინა წელს წარმებული მთლიანი შიდა პროდუქტის მოცულობების შეფარდება.

დასაქმებული მოსახლეობის რიცხოვნობა გულისხმობს 16 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობას, რომელიც დაკავებულია ეკონომიკური საქმიანობით; მოიცავს დაქირავებულებსა და თვითდასაქმებულებს.

უმუშევრობის დონე – უმუშევართა რიცხოვნობის შეფარდება ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის რიცხოვნობასთან, პროცენტობით.

ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობა – 16 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობა, რომელიც დასაქმებულია ეკონომიკური საქმიანობით, ან უმუშევარია.

უმუშევარი – 16 წლის და მეტი ასაკის პირი, რომელიც არ ეწევა ეკონომიკურ საქმიანობას, მზად არის დიწყოს მუშაობა და ეძებს სამუშაოს.

რეგისტრირებული უმუშევარი – დასაქმების სამსახურში რეგისტრირებული უმუშევარი პირი.

მოსახლეობის ფულადი შემოსავლები გულისხმობს ფულად შემოსავლებს: დაქირავებული შრომიდან, თვითდასაქმებიდან, სოფლის მეურნეობის პროდუქციის გაყიდვიდან, ქონებიდან (გაქირავებიდან, პროცენტი ანაბრიდან და სხვ.), უცხოეთიდან ფულადი გზავნილების სახით, ქონების გაყიდვიდან, ახლობლებისაგან საჩუქრის ან დახმარების სახით, სესხის აღების ან დანაზოგის გამოყენების სახით.

მოსახლეობის ფულადი ხარჯები მოიცავს სამომხმარებლო (სასურსათო და არასასურსათო საქონლისა და მომსახურების შეძენა) და არასამომხმარებლო (სასოფლო-სამეურნეო ხარჯები, ტრანსფერტები, დანაზოგები და გასესხება) ფულად ხარჯებს.

ნომინალური საშუალო ხელფასი გულისხმობს საშუალო თვიურ ნომინალურ ხელფასს, რომელიც გაანგარიშება ეროვნულ ეკონომიკაში ქირავნობით დასაქმებულ მუშაკებზე (შემთავსებლების ჩათვლით) მთელი წლის განმავლობაში დარიცხული ხელფასის ფონდის (როგორც ფულადი, ისე ნატურით) გაყოფით საშუალო ხელფასის გასაანგარიშებლად გამოყენებულ მუშაკთა საშუალო წლიურ სიით რიცხოვნობაზე და, შესაბამისად, საანგარიშო პერიოდის თვეების რაოდენობაზე (12-ზე).

რეალური ხელფასის ზრდის ტემპი – შესადარი ფასებით (სამომხმარებლო ფასების ინდექსის საფუძველზე) გადაანგარიშებული საანგარიშო პერიოდის ნომინალური ხელფასის პროცენტული თანაფარდობა გასული წლის ანალოგიური პერიოდის ნომინალურ ხელფასთან.

საარსებო მინიმუმი – სიღარიბის აბსოლუტური ზღვარი; გაიანგარიშება შრომისუნარიანი (15-დან 65 წლამდე) ასაკის მამაკაცისათვის, საშუალო მომხმარებლისათვის (ქვეყანაში არსებული დემოგრაფიული სტრუქტურისა და საკვების ენერგიაზე მოთხოვნილების ფიზიოლოგიური სკალის გათვალისწინებით ჩამოყალიბებული საშუალო ტიპი) და საშუალო (3.8-სულიანი) ოჯახისათვის.

მწარმოებელთა ფასების ინდექსი (მფი) ასახავს ადგილობრივი მწარმოებლების მიერ საკუთარ პროდუქციაზე დადგენილი ფასების დონის საშუალო ცვლილებას.

სამომხმარებლო ფასების ინდექსი (სფი), როგორც ინფლაციის დონის დამახასიათებელი მაჩვენებელი, ზომავს ფასებისა და ტარიფების საშუალო ცვლილებას იმ საქონელსა და მომსახურებაზე, რომელსაც შეიძენს მოსახლეობა პირადი მოხმარების მიზნით. იგი გაიანგარიშება ყოველთვიური პერიოდულობით. საქონლისა და მომსახურების ფასები, რომელიც გამოიყენება ყოველთვიური სფი-ს გამოსათვლელად.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- ჯანმრთელობის ბიოლოგიური და სოციალური დეტერმინანტების როლი თანამედროვე საზოგადოებაში
- შეიცვალა თუ არა თანამედროვე ქართული ოჯახის სოციალური ფუნქციები
- რამდენად შესაძლებელია ოჯახის სასიცოცხლო ციკლის კონცეფციის პრაქტიკული გამოყენება?
- მოსახლეობის დაბერების პროცესი და საზოგადოება
- გენდერული ფაქტორების როლი დაავადებათა გლობალური ტვირთის ზრდის პროცესში
- სტრესი და მავნე ჩვევების გავრცელება

დამატებითი ლიტერატურა

- *[illegible]*, *[illegible]*, დეფინილთა სპეციფიკური ტრავმატიზმი და სამედიცინო დახმარების *[illegible]*. ჟურნალი „საქართველოს სამედიცინო მოამბე". №3, 2003
- *[illegible]*, ავადობის თავისებურებები აფხაზეთიდან დევნილ მოსახლეობაში და ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიის პერსპექტივა, მედიცინის საკანდიდატო დისერტაციის ავტორეფერატი, თბილისი, 2005

- ნ.ყიფშიძე, გერიატრია და გერონტოლოგია. სახელმძღვანელო ექიმებისთვის. თბილისი, „მეცნიერება", 1987
- Office of Population Research Princeton University (PDF). Do Biomarkers of Stress Mediate the Relationship between Socioeconomic Status and Health? WEB: opr.princeton.edu/papers/
- Marmot M: Social determinants of health inequalities. "Lancet", 2005, 365:1099-1104.
- Elstad JI: The psycho-social perspective on social inequalities in health. Sociology of Health & Illness 1998, 20 (5):598-618
- Women's Health Status Report 02 (PDF) .WEB: healthvermont.gov/pubs/
- Today's Man WEB: www.feel21.com/site/
- The Human Right to Health WEB: www.academic.udayton.edu/health/
- The Rights Of Man WEB: www.therightsofman.typepad.co.uk –
- Divorce and Stress | Caremark Health Resources WEB: www.healthresources.caremark.com/
- Chronic Disease _ Reproductive Health _ At A-Glance WEB: www.cdc.gov/nccdphp/publications/
- Distribution of Education and Population Health: An Ecological Analysis. WEB: deepblue.lib.umich.edu/bitstream
- Health Care Policy. Health status and general education. WEB: www.healthandage.com/html/res/healthpolicy/
- Educational status. Socioeconomic status and health: WEB: macses.ucsf.edu/Research/Social Environment/notebook/education.html
- The Many Roles of Family Members in "Family-Centered Care" – Part 1 www.medscape.com/
- The family in child health care. WEB: www. aappolicy.aappublications.org/
- Family Role in Survey Process WEB: www.nccnhr.org/
- Vlahov D, Galea S, Resnick H, Ahern J, Boscarino JA, Bucuvalas M: Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. American Journal of Epidemiology *2002, 155(11):988-996*
- T. Dorn, C. J. Yzermans, H. Guijt, and J. van der Zee Disaster-related Stress as a Prospective Risk Factor for Hypertension in Parents of Adolescent Fire Victims. Am. J. Epidemiol., February 15, 2007; 165(4): 410 _ 417
- Morton H. Halperin, Jeffrey Laurenti, Peter Rundlet, & Spencer P. Boyer, Eds. Power and Superpower: Global Leadership and Exceptionalism in the 21st Century . N-Y, Published by the Century Foundation Press, 2007
- Refugee Health _ Minnesota Dept. of Health WEB: www.health.state.mn.us/divs/idepc/refugee
- Refugee Health Service WEB: www.refugeehealth.org.au
- Immigrant and Refugee Health WEB: www.case.edu/med/epidbio/
- Refugee Health Program : NYC DOHMH WEB: www.nyc.gov/html/doh/html/refugee/
- Steven R. Gambert Handbook of Geriatrics, London _ N-Y, 2006
- Paola S. Timiras Physiological Basis of Aging and Geriatrics, Third Edition .N-Y, 2006
- Richard J. Ham, Philip D. Sloane Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach (Primary Care Geriatrics), N-Y, 2005
- Health Care Financing and Latino Elderly WEB: academic.udayton.edu/
- The health of Canada's elderly population: current status and future WEB: www.cmaj.ca/

თავი 12
მოსახლეობის ქცევის თავისებურებები, როგორც ჯანმრთელობის სოციალურ-ფსიქოლოგიური დეტერმინანტი

მეთორმეტე თავის შინაარსი

12.1 შესავალი
12.2. მოსახლეობის კვება
12.3. თამბაქოს მოხმარება
12.4. ალკოჰოლის მოხმარება
12.5. ნარკოტიკების მოხმარება
12.6. კონტრაცეფცია და აბორტი

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა მოსახლეობის ქცევისა და ცხოვრების წესის გავლენას ჯანმრთელობის ინდიკატორებზე
- გაეცნობა მონაცემებს, რომლებიც შეეხება მოსახლეობის ქცევითი პრობლემების შეცვლასთან დაკავშირებულ სიძნელეებს
- შეაფასებს სოციალური გარემოს ზემოქმედების როლსა და მნიშვნელობას მავნე ჩვევების გავრცელების შემცირების კუთხით
- განსაზღვრავს ადგილობრივი და ცენტრალური ადმინისტრაციის როლს კვების პროდუქტების კონტროლის საქმეში
- განსაზღვრავს მოსახლეობის ქცევასთან დაკავშირებულ რისკ-ფაქტორების გავლენის შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებების ეფექტურობას

12.1 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, არაინფექციური 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 ცოდნისა და ჩვევების მისაღებად, სოციალური სტრესების მოხსნას. მიო 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 41).

ცხრილი 41

ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები

	ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ძირითადი რისკ-ფაქტორები	%
სოციალური გარემო	სტრესი, შრომის მავნე პირობები, პიპოდინამია, ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობები, დაუბალანსებელი კვება, არამყარი ოჯახური კავშირი, მარტოობა, კულტურისა და განათლების დაბალი დონე, ურბანიზაცია, თამბაქოს, ალკოჰოლის ნარკოტიკების მოხმარება	48-50
ეკოლოგიური ფაქტორები	ჰაერის, წყლის, ნიადაგის დაბინძურება; ატმოსფერული მოვლენების მკვეთრი ცვალებადობა, ჰელიოკოსმიური, 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 ურევენ, 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-პროფილაქტიკურ 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.

12.2. 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 დაავადებების ერთ-ერთი გამომწვევი მიზეზი გახდეს.

დღეისათვის კვების ფაქტორებით გამოწვეულ დაავადებებს (ალიმენტარულ დაავადებებს) ჯერ კიდევ დიდი წილი უძევს 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, მიკრო-ელემენტები 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. მოსახლეობის უმეტესი ნაწილის ყოველდღიურ რაციონში, ძირითადად, შედის პური და პურპროდუქტები – 28,2%, ბოსტნეული (მათ შორის კარტოფილი) – 29,9%, ხილი – 8,4%. ამასთან მკვეთრად იკლო რძისა და რძის პროდუქტების – 17,1%, ხორცისა და ხორცის პროდუქტების – 4%, შაქრისა და საკონდიტრო ნაწარმის – 4,4% მოხმარებამ.

ცხრილი 42

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)	10,5	1,9
ზეთი და ცხიმები	12,7	2,6
ხილი, ყურძენი	41,3	8,4
ბოსტნეული, კარტოფილი, ბაღჩეულის 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	100,0

ევროპის სხვა ქვეყნებისაგან განსხვავებით, ხორცისა და რძის პროდუქტებში შემავალი აუცილებელი ამინომჟავების, ცილებისა და ვიტამინების შევსება, საქართველოს მოსახლეობის ტრადიციული კვების რაციონიდან გამომდინარე, მეტნაკლებად 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 გამოხატულია 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 გახეითარების ძარვეხელების გამოხატულ ჩამორჩენაში. აძასთან, საკმარისად გახშირდა კვების ნაკლებობასთან ან მის არასრულფასოვნებასთან დაკავშირებული პათოლოგიური მდგომარეობებიც.

12.3. თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით საზოგადოების დანაკარგები წლიდან წლამდე იზრდება. დადგენილია, რომ სიგარეტის შეძენაზე დახარჯული თანხები მწეველთა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საფასურის ტოლია. ამას ემატება არაპირდაპირი ხარჯებიც, რომლებიც მწეველთა შრომისუუნარობისა და ნაადრევი სიკვდილიანობის მაღალი დონით არის განპირობებული. თამბაქოს მწეველებში შრომისუუნარო დღეთა რიცხვი 25-50%-ით უფრო მაღალია, ვიდრე არამწეველებში.

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 მწეველთა ხვედრითი წილი 80%-ს აღწევს.

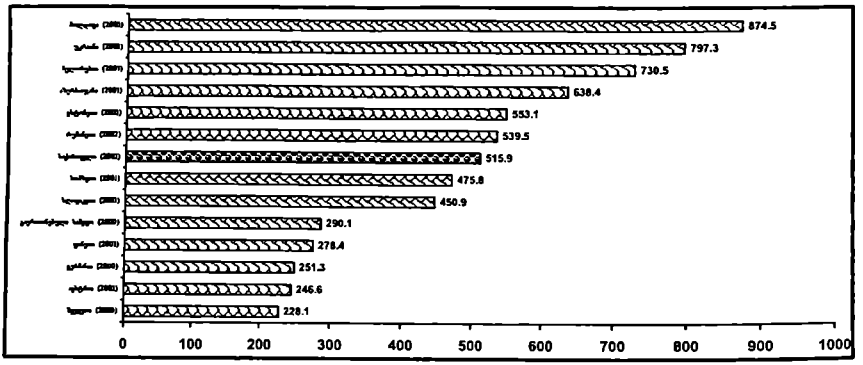
თამბაქოს კვამლი სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ე.წ. **პასიური მწეველებისათვის,** რომლებიც ხშირ შემთხვევაში უფრო დიდი რისკის ქვეშ იმყოფებიან, ვიდრე აქტიური მწეველები. ამ კუთხით განსაკუთრებულ რისკის ჯგუფს ის ბავშვები წარმოადგენენ, რომელთა მშობლებიც ეწევიან. ოჯახებში, სადაც ერთი ან მეტი ოჯახის წევრი ეწევა, ბრონქოპნევმონიებისა და ბრონქული ასთმის გავრცელება ბავშვებში ორჯერ მეტია, ვიდრე არამწეველ 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 მწეველებში, ვიდრე არამწეველებში.

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. ღერი), დსთ-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 მოაქვედრა, 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 დსთ-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 მოწევასთან. თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გაცილებით უფრო მაღალია ყოფილ სოციალისტურ ქვეყნებში, რაც, თავის მხრივ, ამ ქვეყნების განვითარების დონეს უკავშირდება (ნახატი 28).

ნახატი 28

თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში



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 მწეველია 22,1% (მათ შორის 32,6% ბიჭი და 12,1% გოგონა).

საქართველოს მოსახლეობა წლის განმავლობაში სულ შეისყიდის 364.3 მლნ. კოლოფ სიგარეტს (ანუ, დაახლოებით, 7.3 მილიარდ ღერს). თბილისის მოსახლეობა წელიწადში მოიხმარს, დაახლოებით, ორ მილიარდ ღერ სიგარეტს, რაშიც 90 მილიონ ლარამდე თანხას ხარჯავს. სოფლის მოსახლეობა გაცილებით მეტ სიგარეტს მოიხმარს (დაახლოებით, 3.4 მილიარდ ღერს), მაგრამ მის შეძენაზე ხარჯავს ოდნავ ნაკლებს, ეს იმითაა გამოწვეული, რომ სოფლის მოსახლეობა ეწევა უფრო იაფფასიან სიგარეტს.

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, კონტრაბანდასთან ბრძოლას, საგადასახადო პოლიტიკას და ა.შ. უკავშირდება. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ახალგაზრდებისათვის გამიზნული საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და ირიბი რეკლამირების წარმართვა.

12.4. 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 ოვიოკონტროლის 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 ალკოჰოლო 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.

ცხრილი 43

ალკოჰოლიზმის გაგრცელება მხარეების მიხედვით

რეგიონები	2001	2006
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

ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემასთან დაკავშირებით შემდეგი 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.

მომდევნო წლებში მდგომარეობის გამწვავებას ხელი შეუწყო ქვეყანაში პოლიტიკური და განსაკუთრებით ეკონომიკური სიტუაციის გამძაფრებამ, მაგარი სპირტიანი სასმელების დემპინგურ ფასებში გასაღებამ, რასაც თან ხდება შიდა ბაზარზე მაღალხარისხიანი ღვინის ნაწარმის არასაკმარისი გამოშვება. ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს საზოგადოებრიობის ლმობიერი დამოკიდებულებაც ახალგაზრდების მიერ სპირტიანი სასმელების გადაჭარბებული მოხმარების მიმართ. ზემოაღნიშნულმა მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი მაგარი სპირტიანი სასმელების მოხმარების ზრდას მოსახლეობაში და განსაკუთრებით ახალგაზრდებში, მათ შორის ქალებშიც.

12.5. 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 არა მარტო 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:

- სპეციალიზებულ 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.

2006 წელს საქართველოში აღირიცხა ნარკომანიის თითქმის 6000 შემთხვევა. ნარკომანიის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (379,8) აღირიცხა თბილისში. ქვეყნის საშუალოზე მაღალი მაჩვენებელი იყო სამცხე-ჯავახეთშიც (150,3). დანარჩენ რეგიონებში ნარკომანიის მაჩვენებელი დაბალი იყო (ცხრილი 44).

ცხრილი 44

ნარკომანთა რიცხვი საქართველოში

რეგიონები	ყოველ 110000 მოსახლეზე
საქართველო	**132,29**
თბილისი	279,77
აჭარა	58,51
გურია	21,63
სამეგრელო	27,42
მცხეთა-მთიანეთი	107,66
სამცხე-ჯავახეთი	150,29
ქვემო ქართლი	28,34
იმერეთი	43,45
კახეთი	46,66
შიდა ქართლი	68,47
ფოთი	33,97

ექსპერტთა შეფასებით, საქართველოში ყველაზე მეტად გამოიყენება მარიხუანა და ჰეროინი. ხოლო ნარკოტიკების მომხმარებელთა საერთო რაოდენობა 120-140 ათას ადამიანს უნდა შეადგენდეს. ვითარება გაამძაფრა ჰეროინის შემოღწევამ 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.

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.

12.6. კონტრაცეფცია და აბორტი

კონტრაცეფცია არასასურველი ორსულობისაგან თავის დაცვის საშუალებას წარმოადგენს. მისი ზოგიერთი მეთოდის აღწერა ჯერ კიდევ **ჰიპოკრატეს** (Vს. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე), **არისტოტელეს** (IVს. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე), **სორანოსის** (II საუკუნე ჩვენს წელთაღრიცხვამდე) და, მოგვიანებით, **ალი-იბნ-აბასის** (Xს.), **ავიცენას** (XIს.) 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 კონტრაცეფტული 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 მივყავართ 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 დამნაშავე 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).

ცხრილი 45

აბორტების გავრცელება საქართველოში (1992–2006 წწ.)

	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
2003	44093	13834	313.7	9084	9340
2004	46373	17210	371.1	9047	10996
2005	47022	19734	419.7	9643	10783
2006	47856	21204	443.1	7581	10742

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 დაგეგმვის ერთადერთ საშუალებას წარმოადგენს.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა აბორტის ოპერაციის შესახებ არაერთხელ შეიცვალა, რაც გარკვეულწილად ასახავდა ქვეყანაში შექმნილ საზოგადოებრივ აზრს. თუ გასაბჭოებამდე ეკლესიის მოთხოვნით აბორტის ოპერაცია ხორციელდებოდა 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 ავალებდა 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 ზედმეწევნით დიდია. აღნიშნული გარკვეულწილად განპირობებულია იმ გარემოებითაც, რომ მოსახლეობა შედარებით იშვიათად მოიხმარს კონტრაცეფტიულ საშუალებებს, რისი მიზეზიც თაობების მანძილზე გამომუშავებული ქცევის სტერეოტიპია.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რამდენად განსხვავებული უნდა იყოს მეთოდები, მიმართული სხვადასხვა რეფერენტული ჯგუფის ცხოვრების წესის შესასწავლად?
- რა გზებით უნდა შეეფასოთ ცალკეული ადამიანის ცხოვრების ხარისხი?
- რამდენად ეფექტურია ჯანსაღი კვების პროპაგანდაზე მიმართული ღონისძიებები ჩვენს ქვეყანაში?
- რა გზებით გავუწიოთ პროპაგანდა ჯანსაღ კვებას მოზრდილებსა და ხანდაზმულებში?
- არსებობს თუ არა ჩვენს ქვეყანაში ალკოჰოლიზმის პრობლემა?
- „მსუბუქი" ნარკოტიკების გამოყენების პრობლემები ახალგაზრდებში
- რატომ ვერ ინერგება ფართო მასშტაბით ჩვენს ქვეყანაში მექანიკური და ჰორმონალური კონტრაცეფტივები, როგორც აბორტის ალტერნატივა?

დამატებითი ლიტერატურა

- საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების" შესახებ, 2002-12-05
- საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ", 27.07.2006
- საქართველოს კანონი „გარემოს დაცვის სახელმწიფო კონტროლის შესახებ", 2005-06-23
- WEB:www.foodsafety.gov
- Center for Food Safety and Applied Nutrition WEB:vm.cfsan.fda.gov/list.html
- WHO | Food Safety WEB:www.who.int/foodsafety/en
- MedlinePlus: Food Safety WEB:www.nlm.nih.gov/medlineplus/foodsafety.html
- Drug addiction and drug dependency - useful resources WEB:www.globalchange.com/druglink.htm
- Alcohol: Problems and Solutions WEB:www2.potsdam.edu/hansondj
- Smoking and Tobacco Use Home Page | Office on Smoking and Health | CDC WEB:www.cdc.gov/tobacco
- Action on Smoking and Health WEB:www.ash.org
- Abortion: All Sides of the Issue WEB:www.religioustolerance.org/abortion.htm
- Abortion Information in the Yahoo! Directory Dir.yahoo.com/Health/Reproductive_Health/Abortion

თავი 13
ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფორმირების თავისებურებები

მეცამეტე თავის შინაარსი

13.1. შესავალი
13.2. სამედიცინო ინფორმაციის გავრცელება
13.3. კომუნიკაციის როლი და მნიშვნელობა საექიმო პრაქტიკაში
13.4. სამედიცინო პროპაგანდა
13.5. პიარ-ტექნოლოგიების როლი და მნიშვნელობა სამედიცინო ცოდნის გავრცელების საქმეში
13.6. რეფერენტულ (სამიზნე) ჯგუფებთან მუშაობის თავისებურებები

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა თანამედროვე შეხედულებებს ცხოვრების ჯანსაღი წესის ფორმირების შესახებ
- გაეცნობა კომუნიკაციის თეორიის ძირითად ელემენტებს
- გაეცნობა პაციენტთა განათლების თანამედროვე მეთოდების დაგეგმვის, განხორციელებისა და ეფექტურობის შეფასების შესახებ
- დაგეგმავს პაციენტთა განათლებაზე მიმართულ ღონისძიებებს, როგორც მთლიანი მოსახლეობის, ასევე პაციენტთა ცალკეულ რეფერენტულ ჯგუფთან მიმართებაში

13.1. 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 ჩვეულების გამომუშავებას, ქცევის ისეთი ელემენტების ჩამოყალიბებას, რომლებიც აღამაღლებს საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის, შენარჩუნებისა და განმტკიცების საშუალებას მისცემს.

გამოთქმა, „სანიტარიული განათლების" ხაცვლად ზოგჯერ **სანგანათლებას** ხმარობენ (sanus, sana, sano – ლათ. ჯანმრთელობა). სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, სანგანათლება გულისხმობს .განათლებას ჯანმრთელობის შესახებ. დასავლეთში გამოიყენება ტერმინები **სამედიცინო პრობაგანდა, 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 განუყრელი 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 ვხვდებით 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. „ებერსის პაპირუსი" (II ათასწლეული ჩვენს წელთაღრიცხვამდე), **ავიცენას** „კანონი მედიცინაზე" (XIს.), **ზაზა ფანასკერტელი-ციციშვილის** „სამკურნალო წიგნი-კარაბადინი" (XVს.) და სხვ. რომლებიც დღესაც 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 გამონახვა და გამოყენება;
- გამოცდილების შეფასება, განზოგადება და სამედიცინო პრაქტიკაში დანერგვა;
- მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფორმირებასა და განმტკიცებაზე მიმართული ღონისძიებების კოორდინაცია.

13.2. სამედიცინო ინფორმაციის გავრცელება

სანიტარიული განათლების ზემოქმედების ობიექტს შეიძლება წარმოადგენდეს, როგორც ცალკეული პირი, ან მიზნობრივი ჯგუფი, ასევე მთლიანად საზოგადოება. სათანადო ინფორმაცია მიეწოდება მომხმარებელს, როგორც ცალკეული მონაცემის მიხედვით, ასევე უფრო ფართო ფორმატში. განსაკუთრებით მნიშვნელობას იძენს 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, მავნე ჩვევებისაგან თავის დაღწევაზე, ფიზიკური აქტივობის გაზრდაზე მიმართული ღონისძიებები ზოგჯერ გაცილებით ეფექტურია, ვიდრე მრავალრიცხოვანი პრეპარატების მიღება.

 საჯდიცინო ინფორმაციის გავრცელების პროცესში გასათვალისწინებელია მრავალი ფაქტორი, მათ შორის ე.წ. **სარეკლამო ოთხკუთხედი**, რომლის მხარეებს ინფორმაციის მიმწოდებელი, თვით ინფორმაცია, ინფორმაციის რეციპიენტი (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 დეზინფორმაციის 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 სიმბოლოების გამოყენებით. კომუნიკაცია შეიძლება იყოს: **აღმავალი** და **დაღმავალი**, **ჰორიზონტალური**, **დიაგონალური** და **არაფორმალური**.

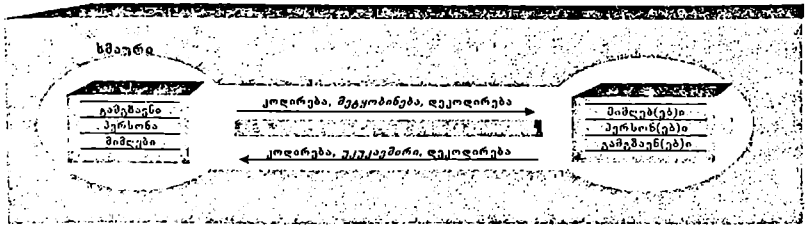
ინფორმაციის გაცვლის პროცესში მონაწილეობს რამდენიმე ელემენტი:

- **გამგზავნი (კომუნიკატორი)** – პირი, რომელიც იდეების გენერატორია ან აგროვებს ინფორმაციას და გადასცემს მას;
- **კოდირება** – გულისხმობს კომუნიკატორის შეტყობინების გადაყვანას მიმღებისათვის გასაგებ ენაზე (ტექსტი, აუდიო-ვიზუალური, ტაქტილური და სხვ. სახის ინფორმაცია);
- **მედიუმი** – 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 29).

ნახატი 29

საკომუნიკაციო პროცესის ძირითადი კომპონენტები



თანმიმდევრობით გადაცემული სიტყვიერი (ვერბალური) ან არასიტყვიერი (არავერბალური) 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 **პარალინგვისტიკურს** (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. „პირის ტექნოლოგიები", რომლებიც დღესდღეობით ეფექტურად გამოიყენება სხვადასხვა სფეროში (მენეჯმენტი, რეკლამა, მოლაპარაკების პროცესი და სხვ.).

13.3. კომუნიკაციის როლი და მნიშვნელობა 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 შეიძლება სიტყვიერად აშშეიდებს 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 46).

ცხრილი 46

„აქტიური მსმენელის" ტექნიკის ძირითადი მახასიათებლები

მიზანი	მიზნის მიღწევის საშუალება
მოსაუბრე უნდა გრძნობდეს, რომ თქვენ მას ინტერესით უსმენთ	ყურადღებით მოეპყრით მოსაუბრეს და ხშირად შეხედეთ მას. შეეცადეთ, პერიოდულად გადაიხაროთ წინ, უყუროთ თვალებში, დროდადრო გააკეთოთ მოკლე კომენტარი ან დასვათ 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 გადაახვევინოთ მოსაუბრეს თქვენ მიერ დაგეგმილი თემის განხილვიდან
მოსაუბრის ნათქვამის სწორად გაგება	შეაჯამეთ ნათქვამი და შეამოწმეთ, რომ სწორად გაიგეთ ყველაფერი
მოსაუბრის ნათქვამის შეფასება	მიაქციეთ ყურადღება მოსაუბრის ჟესტიკულაციასა და მიმიკას. ისინი ხშირად გამოხატავენ ზოგად დამოკიდებულებას საკითხისადმი, მაგალითად, აღელვებას, ენთუზიაზმს, 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 შეიკეტოს 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 შეხედვით 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, ჟესტებს, 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 (მით უმეტეს, თუ საუბარი ერთფეროვანია, ემოციების გარეშე) მსმენელი იგებს და ძალიანად აღიქვამს მიწოდებული ახალი მონაცემების მხოლოდ 7%-ს, ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან სიტყვები აზრების აღქმის იმ საწყის ბიძგს წარმოადგენს, რომელსაც მსმენელი თავის ინტერპრეტაციას უკეთებს.

პაციენტის გუნება-განწყობის შესახებ, გაცილებით დიდი ინფორმაციის მოპოვება ხერხდება ასეთში, თუ ექიმი საკმარისად დაკვირვებულია და პარალინგვისტიკური ინფორმაციის გაშიფვრა ძალუძს. დადგენილია, რომ ინფორმაციის მიღებისას მსმენელზე ყველაზე დიდ გავლენას ახდენს მოსაუბრის სახის გამომეტყველება, მისი მიმიკა, ჟესტიკულაცია 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, შელაყათის მიღების ან უფრო მჭიდრო ფსიქოლოგიური კონტაქტის დამყარების მიზნით.

სიტყვების შერჩევა ინფორმაციის სატოვნად გადმოცემის მიზნით შეიძლება არა მარტო 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 სივრცე. 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 ნივთიერებებთა ცვლის მოშლასთან, არამედ, პირველ რიგში, პიროვნების თავშეუკავებლობასთან, ნებისყოფის უქონლობასთან, რის გამოც იგი გადამეტებულად იღებს საკვებს. ასეთი პაციენტი თავს არასრულფასოვნად გრძნობს საზოგადოებაში, სადაც მდგრადადაა ჩამოყალიბებული არასწორი აზრი მისი მდგომარეობის შესახებ. ამიტომ, მიუხედავად 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 პროცესებს ამა თუ იმ მიმართულებით განვითარებას. ბევრ სპეციალისტს მიაჩნია, რომ მასობრივი ინფორმაციის საშუალებათა მეშვეობით მთელ რიგ დაავადებათა აქტიური პროფილაქტიკაა შესაძლებელი.

მაგალითად, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გამომწვევი რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილებაზე მიმართულმა ღონისძიებებმა, ბევრ ქვეყანაში, შესანიშნავი შედეგები გამოიღო, შემცირდა ამ პათოლოგიით გამოწვეული მოსახლეობის დაინვალიდება და სიკვდილიანობა, ვინაიდან, ფართო გავრცელება პოვა სისტემატურმა ფიზიკურმა ვარჯიშებმა, რაციონალურმა კვებამ, მავნე ჩვევებზე, განსაკუთრებით, თამბაქოს წევაზე უარის თქმამ და ა.შ.

განვითარებადი ქვეყნების მოსახლეობა ხშირად ინფორმაციის ნაკლებობას განიცდის. ეს შეეხება არა მარტო 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 აღენიშნეთ, ექიმ-პაციენტის ურთიერთობა, პირველ რიგში, ინფორმაციის გადაცემას გულისხმობს. იგი ხასიათდება სხვადასხვა ინტენსიურობით, თუმცა მიღებულ ინფორმაციაზე რეაგირება სხვადასხვაგვარია. თუ პაციენტის წარმოდგენა გარკვეული საკითხის არგალია 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, მისი 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 ეიზიტს, 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 სავალალო შეცდომაც მოჰყვება ხილმე.

ექიმის დახასიათების ზეგავლენა. ზოგჯერ ექიმის უბრალო დახასიათება ემოციურად მნიშვნელოვანია პაციენტისათვის და გადაცემის განვითარებაზეც მოქმედებს. ამ სახის გადაცემის ჩამოყალიბებისას ძალზე მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ექიმის სქესი და, განსაკუთრებით, ასაკი. ახალგაზრდა ექიმი ზოგჯერ გრძნობს, რომ მას უფროსი ასაკის პაციენტი განსაკუთრებულად ექცეა, 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 მკეთრად შემცირებული სოციალური კონტაქტები აქვთ, ისინი ზოგჯერ ეჭვიანნი ან გულგრილნი არიან. ამ შემთხვევაში პაციენტსა და ექიმს შორის საჭირო თანამშრომლობა შეიძლება საერთოდ არც 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 არა მარტო პროფესიული, არამედ სათანადო ფსიქოლოგიური ჩვევების გამომუშავებასაც, რომელთა გარეშე სასურველი ეფექტის მიღწევა გაძნელებულია.

13.4. 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.

ზეპირ 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 ხშირად მთელი სიცოცხლის მანძილზე ამახსოვრდება. 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, პაკეტები, 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 მოშმარებლისა და მიმწოდებლის ე.წ. სარეკლამო კონტაქტი (მაგალითად, ჭეშმარიტი გამოკრული პლაკატის შეთვალიერება) შეადგენს, საშუალოდ, 5 წამს. ამ დროში პიროვნებამ არა მარტო 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 არა მარტო 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 ეფექტურია. 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.ზილბერის** 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 მოლიანად საზოგადოებაში, ისე მიკროსოციალურ გარემოში, სადაც გაჩნდა შიში, რომ დაავადება გადამდებია და ავადმყოფს უნდა ერიდო, რაც სინამდვილეს არ შეესაბამება);

ფსიქოლოგების აზრით, ინფორმაცია, როგორც საგანგებო, ისე გამამხნევებელი, ადამიანის ფანტაზიაში გარდატეხილად აღიქმება, ზოგჯერ სხვადასხვა შიშის ელემენტით ან სხვა სახის

ემოციების წარმოჩინებით. აქედან გამომდინარე, მოსახლეობას უნდა მივაწოდოთ გადამოწმებული ცნობები, ვინაიდან საეჭვო, დაუსაბუთებელმა ინფორმაციამ შეიძლება უკუშედეგი მოგვცეს.

შექმნილი სიძნელეების 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) მკვეთრმა გაფართოებამ საშუალება მისცა მომხმარებელს, მოკლე ვადაში მიიღოს მისთვის საინტერესო სამედიცინო ინფორმაცია. ამავე დროს, განვითარებად ქვეყნებში ღარიბი და საშუალო სოციალური ფენები არა მარტო მოკლებული არიან ინტერნეტით სარგებლობის საშუალებას, არამედ ზოგჯერ არც იციან მისი გამოყენება.

13.5. პიარ–ტექნოლოგიების როლი და მნიშვნელობა სამედიცინო ცოდნის გავრცელების საქმეში

ჯანსაღი ცხოვრების მოთხოვნილების ჩამოყალიბება მხოლოდ სტანდარტული პროპაგანდის მეთოდების გამოყენებით საკმაოდ ძნელია, ვინაიდან მისი ეფექტიანობის 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-Pablic 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 სარწმუნოობის, 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 არა მარტო ფაქტებზე, არამედ შეგრძნებებსა 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 თავიანთ მსჯელობაში, ვიდრე შეგრძნებებში. ინტელექტუალური გადაწყვეტილების მიღება ითხოვს ბუნდოვანი აზრების გახსნას, წინააღმდეგობათა შერიგებას, შეპირისპირებული ფაქტორებისა და ახალი რეალიების განხილვას. რაც შეეხება ემოციურ გადაწყვეტილებას, ის მიიღება 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, მოვლენებისა 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 გეგმიურობითა და მიზნობრივობით განსხვავდება. 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 ადიქვამს ანკეტის ტექსტს და ავსებს მას) და ინტერვიურებას (შუამავალი ინტერვიუერი სვამს შეკითხვებს, ისმენს და აფიქსირებს პასუხებს). ორივე შემთხვევაში ძთავარია შეკითხვების სწორად ჩაძოყალიბება. სოციოლოგიაში კითხვები დაიყოფა — სტრუქტურის, ფუნქციის, შინაარსის, ფორმის მიხედვით.

შევსების ტექნიკის მიხედვით გამოეოფენ 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", „მიძნელდება პასუხი".

სოციოლოგიური გამოკვლევების დროს ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენების მიზანშეწონილობა დამოკიდებულია კვლევის ობიექტის სპეციფიკურ თავისებურებებზე.

13.6. რეფერენტულ (სამიზნე) ჯგუფებთან მუშაობის თავისებურებები

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 ადამიანთა ქცევაზე. რეფერენტული ჯგუფის პირდაპირი ან არაპირდაპირი ზემოქმედება სოციალური ფსიქოლოგიის საგანს წარმოადგენს. მაგალითად, პიროვნებაზე პირდაპირ ზეგავლენას ახდენენ ე.წ. მეგობრული ჯგუფები (წრეები), რომლებთანაც 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 გარეშეც 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 თაეიანთ 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 ეძორჩილება 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 საკმაოდ 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 დამქირავებელი — 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 შვილია, ოჯახში — მეუღლე ან მშობელი, საშსახურში მისი სტატუსი თანამდებობით განისაზღვრება.

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 გაუთვალისწინებლად 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 ეკონომიკური 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, ძოძღევნო 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 სოციალური 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 განსახორციელებლად.

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 „მერსედესის" მარკის ავტომანქანა „ფორდს", მაგრამ მათ უბრალოდ „მერსედესისადმი" ან პირიქით, „ფორდისადმი" 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 (თვითრეალიზება, პრესტიჟი). საჭიროებების დაუკმაყოფილებლობა 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 სხვ. 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 მოშმარველი, 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 დამახსოვრება. 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 გაზეიადებულად 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.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რა სახის მუშაობა უნდა ჩატარდეს ახალგაზრდა პაციენტთა სანიტარიული განათლების კუთხით?
- როგორ უნდა დაიგეგმოს პიარ-კამპანია მსხვილ ქალაქში, დაბაში, რა ღონისძიებები უნდა ჩატარდეს?
- მონიტორინგის რა სისტემა უნდა იქნას განხორციელებული I ტიპის დიაბეტის პროფილაქტიკის ეფექტურობის შესაფასებლად?
- კომუნიკაციის რა მეთოდის გამოყენება იქნება მაქსიმალურად ეფექტური სატელევიზიო აუდიტორიასთან საუბრისას?
- რომელ რეფერენტულ ჯგუფებთან უნდა დაიგეგმოს მუშაობა ჯანმრთელობის პრევენციის კუთხით?
- როგორ უნდა აცილოს თავი ექიმმა პაციენტის მიერ მიღებული ინფორმაციის არჩევით დამახინჯებას?
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრება - მითი თუ რეალობა?
- კომუნიკაციის თეორიის როლი სამედიცინო პრაქტიკაში
- ექიმ-პაციენტის ურთიერთობათა თავისებურებები თანამედროვე საქართველოში
- პიარ-ტექნოლოგიის გამოყენების თავისებურებები ეპიდემიის დროს

დამატებითი ლიტერატურა

- ნ. ვეფხვაძე, რ. ჯორბენაძე, კიბოს პრევენცია და ადრეული აღმოჩენა. სახელმძღვანელო სტუდენ-ტებისათვის. თბილისი, 2006
- Steven H Woolf , Evonne Kaplan-Liss Health Promotion and Disease Prevention in Clinical N-Y, 2006
- Richard Windsor, Noreen Clark, Neal Richard Boyd, and Robert M. Goodman Evaluation of Health Promotion, Health Education, and Disease Prevention Programs with PowerWeb Bind-in Passcard, N-Y, 2003
- Angus Dawson and Marcel Verweij Ethics, Prevention, and Public Health (Issues in Biomedical Ethics), N-Y, 2007
- Lawrence Wallack, Lori Elizabeth Dorfman, David Jernigan Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention , 1993

კარი II
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების არეალი

თავი 14. *საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც მეცნიერება და სწავლების საგანი*

თავი 15. *ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია*

თავი 16. *საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში*

თავი 17. *ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების გატარების თავისებურებები სხვადასხვა ქვეყანაში*

თავი 14
საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც მეცნიერება და სწავლების საგანი

მეთოთხმეტე თავის შინაარსი

14.1. შესავალი
14.2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების კვლევის მეთოდები
14.3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეფციის განვითარების ეტაპები
14.4. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის განვითარების წინაპირობები
14.5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და ჯანდაცვის სისტემის სამსახურების მოქმედების ძირითადი მიზნები და ამოცანები
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის არსს და მოქმედების თავისებურებებს;
- გაეცნობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესწავლის ძირითად მეთოდებს
- შეაფასებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მოქმედების ეფექტურობას მათი მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე

14.1 შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვა გაცილებით უფრო ფართო ცნებაა, ვიდრე სამედიცინო დახმარება, თუმცა, ხშირად, მხოლოდ არასპეციალისტები კი არა, მრავალი ექიმიც ვერ ასხვავებს ამ ტერმინებს ერთმანეთისგან, ან აქცენტი ისევ და ისევ გადააქვს სამკურნალო ღონისძიებების წამყვან როლსა და მათთვის საჭირო ხარჯების გაზრდის აუცილებლობაზე. ასე, რომ ჩვენში, ჯერჯერობით, ტერმინი „ჯანმრთელობის დაცვა“ საკმაოდ ხშირად მხოლოდ სამკურნალო ღონისძიებების გატარებას გულისხმობს, მაშინ, როდესაც დაავადებათა პრევენციის საკითხებს გაცილებით ნაკლები ყურადღება ექცევა.

ამასთან, საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობა უმეტესწილად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიღმაა და განისაზღვრება პოლიტიკური, სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურული და სხვა ფაქტორებით, ვიდრე წმინდა სამედიცინო საქმიანობით.

თავისთავად, ეს მოითხოვს საკითხისადმი კომპლექსურ მიდგომას, რათა სწორად დაიგეგმოს და განხორციელდეს ფართო სპექტრის ღონისძიებები, მიმართული როგორც ცალკეული ინდივიდის, ასევე მთლიანად, საზოგადოების ყოველი წევრის ჯანმრთელობისა და

საბოლოო ჯამში, სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესებაზე. ეს კი, თავის მხრივ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის შექმნის წინაპირობაა.

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.

პირიქით, მთელ რიგ საკითხთა არა მარტო დამუშავება, არამედ გადაწყვეტაც ჩვენში გაცილებით უსწრებდა დასავლეთის მკვლევართა მიღწევებს. მაგრამ ჯანდაცვის „საბჭოური მოდელის" თავისებურება ის იყო, რომ მისი განვითარება მჭიდროდ უკავშირდებოდა სახელმწიფო პოლიტიკას, მიმართულს კაპიტალისტური გავლენისაგან იზოლირებაზე. ამიტომ, არაიშვიათად, ერთი და იმავე პრობლემის გადაჭრა ჩვენში და „რკინის ფარდის" მიღმა სხვადასხვანაირად წყდებოდა.

დღეანდელობიდან 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.

დასავლეთის ქვეყნების ჯანდაცვის პოლიტიკის ახალი სტრატეგიული მიმართულებების ჩამოყალიბებამ განაპირობა მთელი რიგი, შედარებით ახალი დარგების გამოყოფა, რომლებიც ჩვენშიდაც იკიდებენ ფეხს, ესენია **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 Deseases), **ჯანდაცვის ეკონომიკა** (Health Economics), **ჯანდაცვის ადმინისტრირება** (Health Administration), **სამედიცინო მარკეტინგი** (Medical Market) და სხვ. ეს ის რიგი სხვა შედარებით ახალი სამედიცინო მიმართულება მეტნაკლებად გაერთიანებულია **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის** ცნებაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა (Public Health) – ფართო გაგებით – გულისხმობს საზოგადოების ორგანიზებულ ძალისხმევას მოსახლეობის ჯანმრთელობის განსამტკიცებლად და დაავადებათა თავიდან აცილების ღონისძიებათა განსახორციელებლად, ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების მეშვეობით, უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებას, დაავადებათა ადრეულ გამოვლენას, პროფილაქტიკას, ფიზიკურ, სოციალურ და პროფესიულ რეაბილიტაციას.

ეს განმარტება საფუძველად დაედო ამჟამად უკვე საერთაშორისოდ აღიარებულ მოსაზრებებს იმის შესახებ, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფერო არ შემოიფარგლება კონკრეტული სამედიცინო საქმიანობით.

ამასთან დაკავშირებით საჭიროა მკაფიოდ განვსაზღვროთ ტერმინები **„ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა"** და **„საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა"** იმის გათვალისწინებით, რომ ჩვენში ეს ცნებები ტრადიციულად გაიგივებულია.

„საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა" (Public Health system) გულისხმობს **სახელმწიფო გალდებულებათა სისტემას, რომელიც მიმართულია ყოველი ადამიანის, ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების, მთლიანად საზოგადოების სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობის აღდგენისაკენ, აგრეთვე მათი ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ხელშეწყობისა და ჯანსაღი ყოფის პირობების დამკვიდრებისაკენ.**

თავის მხრივ, ტერმინი „ჯანდაცვის სისტემა" – (Health Care system, Health Care services (სიტყვასიტყვით რომ ვთარგმნოთ – სამედიცინო სერვისების სისტემა) – საერთაშორისო გაგებით გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულებების სისტემას, რომელიც უშუალოდ ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას. „ჯანდაცვის სისტემა" წარმოადგენს **ჯანდაცვითი ღონისძიებების განსახორციელებლად მიმართული ყველა ორგანიზაციის, დაწესებულების და რესურსების ერთობლიობას, რომლის მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესება.** ტერმინი **ჯანდაცვითი ღონისძიებებები, თავის მხრივ,** გულისხმობს ინდივიდუალური, საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის მომსახურებასა თუ სხვადასხვა სახელმწიფო და არასახელმწიფო უწყებებისა და ორგანიზაციების საქმიანობას, რომლის უპირველესი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

ჯანდაცვითი საქმიანობის განხორციელება შეუძლებელია სათანადო საორგანიზაციო სტრუქტურების მოქმედების გარეშე, რაშიც იგულისხმება **ჯანდაცვის სისტემის** (Health Care services) და **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის** (Public Health services) **სამსახურების** ურთიერთმოქმედება.

გასაგებია, რომ ჯანდაცვის სისტემის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მოქმედების არეალი, მიზნები და ფუნქციები გამოხატულად განსხვავებულია, მაგრამ, საბოლოო ჯამში, საერთო მიზნის მიღწევას – მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას ემსახურება.

ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები წარმოადგენენ ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურულ ერთეულს (როგორც, მაგალითად რუსეთში, უკრაინაში, ბელორუსიაში და სხვ.), ზოგიერთში კი უწყებას (ან უწყებებს), რომლის საქმიანობა ეფუძნება ინტერსექტორალური საქმიანობის განხორციელებას (მაგალითად – დასავლეთ ევროპის, აზიის, ლათინური ამერიკის რიგ ქვეყანაში).

14.2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების კვლევის მეთოდები

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 გამომუშავება;
- 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.

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 შესაფასებლად და სხვ.);

ანთროპომეტრიული მეთოდი — იზომარება მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებელთა დასახასიათებლად;

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

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

საბუჯეტო მეთოდი — იზომარება პიროვნებასა 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, აკადობის 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.

14.3. 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 აკადმყოფთა იზოლაციას, საკვები პროდუქტების ხარისხისადმი მოთხოვნებს, სანიტარიულ ნორმებს, ფიზიკურ ვარჯიშს, უმწეოთათვის უფასო სამედიცინო მომსახურებას, წყალგაყვანილობისა და კანალიზაციის ობიექტების მშენებლობას.

ისევე, როგორც კლინიკური მედიცინის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ამოცანა ცალკეული ადამიანისა და მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესებაა. 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 და კლინიკური მედიცინის მოქმედების არეალი ერთგვარად განსხვავდებოდა. მაგრამ უკანასკნელ ათწლეულებში დაგროვილი გამოცდილება ცხადყოფს, რომ ეს განსხვავება პირობითია, პაციენტის სოციალური გარემოს გათვალისწინების გარეშე შეუძლებელია პროფესიულად იმსჯელო დაავადების მიზეზებზე, სწორი დასკვნები გააკეთო მის მიმდინარეობაზე ან გამოსავალზე. მაგალითად, თუ განვითარებადი ქვეყნების არა მარტო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, არამედ პრაქტიკოსი ექიმის ძირითად პრობლემებს პაციენტთა სანიტარიული განათლების დაბალი დონე, ინფექციური დაავადებები, სასმელი წყლის ან საკვების ნაკლებობასთან დაკავშირებული პათოლოგია წარმოადგენს, განვითარებული ქვეყნებში წინა პლანზე წამოწეულია ქრონიკული დაავადებების ფართო გავრცელება. მაგრამ, ორივე შემთხვევაში, როგორც ცალკეული ექიმის, ასევე მთლიანად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ძალისხმევა უნდა იყოს მიმართული რისკ-ფაქტორების გავლენის შესუსტებაზე.

შუა საუკუნეებში ქრისტიანულმა ტრადიციებმა გამოკვეთა მოწყალების მნიშვნელობა გაჭირვებულთადმი, 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 მაკონტროლებელი სამსახურების მუშაობა, რამაც, საბოლოო ჯამში, გაუმჯობესა ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის არსებული მდგომარეობა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცნება შედარებით გვიან დამკვიდრდა სამედიცინო ტერმინოლოგიაში, თუმცა თვით იდეა იმის შესახებ, რომ დაავადებთა უმეტესობას ადამიანთა საზოგადოება წარმოშობს, უძველესი დროიდან მოდის. ამ იდეის განვითარება წინა საუკუნეებში ფართოდ იყო წარმოდგენილი არა იმდენად სამედიცინო ტრაქტატებში, რამდენადაც ფილოსოფიაში, ლიტერატურაში, ხელოვნებაში. ეს გასაგებიცაა, 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.ფეშერი, ს.ნეიმანი, ფ.ფრინციგი, ერესლე** და სხვები, ენერგიულად ამუშავებდნენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემებს.

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის სტრუქტურაში სოციალური ჰიგიენის კათედრა ჩამოყალიბდა უკვე 1926 წელს (გამგე პროფ. **ი.ელიავშვილი**). ყურადსაღებია, რომ მის მუშაობაში დიდ მონაწილეობას იღებდნენ ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატის ხელმძღვანელები, მათ შორის სახალხო კომისარი **გ.კუჭაიძე** 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

ჩათვალა. მისი გამოჩენილი წარმომადგენლები კი სხვადასხვა პერიოდში დააპატიმრეს. ამიტომაც 1941 წელს იმ პოლიტიკური მოსაზრებით, რომ საბჭოთა ქვეყანაში სოციალური ფაქტორების უარყოფითი ზემოქმედება საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე გამორიცხულია, საგანს დარქვა „ჯანდაცვის ორგანიზაცია", რამაც მისი შინაარსი დაკნინა. მხოლოდ სამოცდაათი წლების დასაწყისში, როდესაც ხაჭილობრივ აღდგა ისეთი სამეცნიერო მიმართულებები, როგორიცაა გენეტიკა, სოციოლოგია, ფსიქოლოგია და სხვ., სოციალურმა ჰიგიენამ კვლავ დიკავა 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.საკაკაშვილი, 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 საყოფილ სამეცნიერო მუშაობას ეწეოდა ანალოგიური კათედრა თბილისის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში (კათედრის გამგე პროფ. ი.ნიქობაძე, შემდგომში პროფ. ნ.შაშიკაშვილი, კათედრის დოცენტები: ა.ქარჩავა, ი.ქურჩიშვილი, ი.ბაბუციძე, 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 არა მარტო საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების საქმეში, არამედ საერთაშორისო ასპექტებითაც. მათ საფუძველზე განხორციელდა მთელი რიგი ორგანიზაციული ღონისძიებანი, რომელთა რიზანი საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესება იყო.

ბოლო წლებში წინა პლანზე წამოიწია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის ჩამოყალიბების ეტაპმ, რაც ასახა საერთაშორისო თანამეგობრობის მიერ აღიარებულ მთელ რიგ დოკუმენტებში. კონცეფციის ერთ-ერთი ავტორის, პროფესორ ტ.ტულჩინსკის აზრით, დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე მიმართული ღონისძიებების გატარება შეუძლებელია ამ საქმეში საზოგადოების ყოველი წევრის ჩართვის გარეშე. ამიტომ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა მიჩნეულია, პირველ რიგში, სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემად, რომელიც უსაფრთხო გარემოსა და ჯანსაღი ყოფის პირობების დამკვიდრების გზით ხელს უწყობს საზოგადოების ყოველი წევრის სულიერი, ფიზიკური და სოციალური ჯანმრთელობის განმტკიცებას.

14.4. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის განვითარების წინაპირობები

ადამიანთა შეხედულებანი თანამედროვე მედიცინის განვითარებაზე არაერთგვაროვანია. ბოლო წლებში გამოიკვეთა ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო ტენდენცია: ერთი მხრივ, ჩამოყალიბდა აზრი იმის შესახებ, რომ მედიცინამ ცოდნის უმაღლეს დონეს 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 დონით ახდენს გავლენას მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე სამედიცინო სისტემის თანამედროვე მოდელი, კერძოდ, დაავადებათა პროფილაქტიკის ახალი მიმართულებანი.

ოდითგანვე საზოგადოება უპირატესობას ანიჭებდა სამკურნალო დახმარებას და ძნელად თანხმდებოდა თანამიმდევრული, ხანგრძლივი პროფილაქტიკური ღონისძიებების

განხორციელებაზე. თანამედროვე აპარატურის გამოყენებით გამოკვლევის ან მკურნალობის ჩატარება ხშირად პაციენტისათვის უფრო თვალსაჩინოა, ვიდრე მავნე ჩვევის დაძლევის ხანგრძლივი და ნაკლებმიმზიდველი 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 დამკვიდრდა ის მოსაზრება, რომ, 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, რამეთუ, დაავადება ან მისი გართულება ერთგვარი შედეგია, რომელიც მოსდევს პროფილაქტიკის უგულებელყოფას.

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 არა მარტო 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**, რაც, 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 ჯანდაცვის კონცეფცია ასახავს ახალ, საერთაშორისოდ აღიარებულ მიდგომას მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემისადმი. ამ კონცეფციის განვითარების საფუძველზე ძირეულად შეიცვალა სამედიცინო საქმიანობის ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმები, გაძლიერდა პროფილაქტიკური მიმართულება მედიცინაში, რის შედეგად მრავალი ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში უკვე მიღწეულია შთამბეჭდავი შედეგები.

14.5. ჯანდაცვის სისტემის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მოქმედების ძირითადი მიზნები და ამოცანები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ჯანდაცვის სისტემის სამსახურების მოქმედების ელემენტები ერთმანეთთან მჭიდროდაა დაკავშირებული მართვის სისტემებით, უწყვეტი ეპიდემიოლოგიური, ეკონომიკური და სოციოლოგიური კვლევების აუცილებლობით. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ მედიცინის ყოველი დარგი ორგანულად შეიცავს

საორგანიზაციო მხარეს, მოითხოვს არსებული სამედიცინო ღონისძიებების სოციალური ეფექტიანობის შეფასებას.

როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ასევე ჯანდაცვის სისტემის სამსახურების საქმიანობა მოიცავს სამ ძირითად ელემენტს:

- რესურსებს (თუ საქმე შეეხება სამედიცინო საქმიანობას, ისინი წარმოდგენილია პერსონალის ცოდნით და კვალიფიკაციით, დიაგნოსტიკური საშუალებებით, სამკურნალოწამლო საშუალებებით და ა.შ.);
- პროცესს (მაგალითად დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების დაგეგმვით და განხორციელებით);
- პროდუქციას (ე.ი. პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეცვლით).

ამ სისტემებისათვის დამახასიათებელია რესურსების ტრანსფორმირება პროდუქციაში. სქემატურად რომ წარმოვიდგინოთ (მაგალითად, თუ განვიხილავთ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის მუშაობას), სათანადო რესურსების მეშვეობით (კადრები, შენობა, ვაქცინების მარაგი, მეთოდური მასალები, ბავშვთა მოსახლეობის მონაცემთა ბაზა, ფინანსები და სხვ.) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი გეგმავს რეგიონში განლაგებული სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის მონაწილეობით აცრების ორგანიზებას (პროცესი), რაც, საბოლოო ჯამში ხელს შეუწყობს რეგიონში ინფექციურ დაავადებათა შემთხვევების შემცირებას (პროდუქცია).

იგივე შეეხება ჯანდაცვის სისტემის (სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი) სამსახურების რესურსების ტრანსფორმირებას პროდუქციაში – რესურსები (კადრები, შენობა და სხვ.) – პროცესი (აცრების ჩატარება) – პროდუქცია (ბავშვის ჯანმრთელობის შენარჩუნება).

ასეთი სისტემის მართვა მაქსიმალური შედეგის მიღების მიზნით უაღრესად რთულია, რადგან რესურსების შეზღუდვის პირობებში იზრდება მოთხოვნა მომსახურების მრავალ სახეზე, რაც, თავის მხრივ, იწვევს მანკიერი წრის ჩამოყალიბებას – რესურსებზე მოთხოვნის შემდგომი ზრდას სახით.

ჯანდაცვის სისტემის სამსახურების მუშაობის შინაარსზე გარკვეული გავლენა მოახდინა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის ჩამოყალიბებამ. მოსახლეობისათვის სათანადო სამედიცინო დახმარების გაწევის გარდა, ისინი უნდა ახორციელებდენ მუშაობას, მიმართულს:

- საზოგადოებაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ხელის შეწყობაზე;
- თანასწორობის პრინციპის დაცვაზე მოსახლეობის ყველა ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მისაღწევად;
- პაციენტთა ფინანსურ დაცვაზე სამედიცინო სერვისების ღირებულების ანაზღაურების პროცესში თანასწორობის პრინციპის განხორციელების გზით (ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება, დაცვა ფინანსური რისკებისაგან და სხვ.)
- ეფექტურობისა და ხარისხის უზრუნველყოფაზე სამედიცინო სერვისების მიწოდების პროცესში (მაქსიმური შედეგების მიღწევა არსებული რესურსების ფარგლებში);
- ჯანდაცვის სისტემის სამსახურებმა სათანადო რეაგირება უნდა მოახდინოს ჯანდაცვის საჭიროებების და პრიორიტეტების მოსალოდნელ შეცვლაზე (მოსახლეობის მოლოდინი, კონფიდენციალურობა, კომფორტი, ავტონომია, არჩევანი და სხვ.)

ჯანდაცვის სამსახურები თანამედროვე მსოფლიოში ფართოდაა წარმოდგენილი, სხვადასხვა სახის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური, სტაციონარული, სარეაბილიტაციო, სადიაგნოსტიკო და სხვა სახის დაწესებულებებით, რაც განიხილება სახელმძღვანელოს მომდევნო თავებში.

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.

ამ ღონისძიებათა გატარების მიზნით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური:

- დაწესებულებების, კორპორაციების, საზოგადოებრივი ფონდების მეშვეობით, შესაბამისი ნორმატიული აქტებისა და ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მიზანმიმართულად ასრულებს საზოგადოებრივ-სამართლებრივ პრაქტიკულ ამოცანებს, სამედიცინო-კვლევითი საქმიანობის ჩათვლით.
- ძალისხმევას მიმართავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საჭიროებათა გამოსავლენად და ორგანიზაციას უწევს განსაზღვრული ჯგუფებისათვის საჭირო დამატებითი სამკურნალო თუ პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას. საქმიანობის პროცესში მოიპოვებს საჭირო ინფორმაციას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა-დახასიათებისათვის და მობილიზაციას უწევს აუცილებელ მატერიალურ თუ ფინანსურ რესურსებს შექმნილი რეალური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად.

შესაბამისი სამართლებრივი ნორმებისა და ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით ასრულებს საზოგადოებრივ სამართლებრივ პრაქტიკულ ამოცანებს მხარისა და რაიონის (ქალაქის) დონეზე და სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამსახურებთან ერთად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი საყრდენია.

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 არა მარტო ძვირადღირებული სამკურნალო 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 არა მარტო 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 მაღალი 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 საკმაოდ საფუძვლიანია, რამდენადაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესწავლის სუბიექტია, როგორც ცალკეული ადამიანის, ასევე მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობა და ავადმყოფობა.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

პროფილაქტიკური დახმარება – preventive care – სამედიცინო დახმარების ყოველისმომცველი სახე, რომელიც ანიჭებს პრიორიტეტს პროფილაქტიკას, დაავადებათა ადრეულ გამოვლენას და ადრეულ მკურნალობას. ჩვეულებრივ შეიცავს რუტინულ, ფიზიკალურ გასინჯვებს, იმუნიზაციას, პაციენტის მოვლას.

პროფილაქტიკური მედიცინა – *preventive medicine* – მოსალოდნელი დაავადების წარმოჩინების რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილებაზე, მათ ადრეულ გამოვლენაზე, მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული ღონისძიებების ჩატარება.

კომუნალური ჯანდაცვა – community health – მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და გარემოს დაცვის ადგილობრივი სამსახურები.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რას გულისხმობს ტერმინი ეპიდემიოლოგიური გადასვლა?
- რა როლს თამაშობს დაავადებათა პროფილაქტიკის საქმეში ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი მიდგომა საკითხისადმი?
- ცალკეული ადამიანისა და საზოგადოების როლი ქრონიკული დაავადებების პროფილაქტიკის საქმეში
- სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების როლი განვითარებადი ქვეყნების მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში
- ტექნიკური პროგრესის მნიშვნელობა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მატების პროცესში
- რა სოციალური დატვირთვა აქვს ტერმინს „ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა"?
- არსებობს თუ არა წინააღმდეგობა ადამიანის უფლებათა და საზოგადოების ინტერესთა შორის?

დამატებითი ლიტერატურა

- რ.ურუშაძე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. თბილისი, 2002
- Т.Х.Тульчинский Е.А.Варавикова, Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку. Иерусалим, 1999
- Oxford textbook of Public Health. Third edition. Volume I. Oxford University press. N-Y-Oxford-Tokyo, 1997
- Robert H. Friis Essentials of Environmental Health, California State University, Jones and Bartlett Publichers, 2007
- G. E. Alan Dever Managerial Epidemiology: Practice, Methods and Concepts, Mercer University School of Medicine, Jones and Bartlett Publichers, N-Y, 2006
- Mary-Jane Schneider Introduction to Public Health, Second Edition, Jones and Bartlett Publichers, N-Y. 2006
- Louis Rowitz Public Health for the 21st Century: The Prepared Leader, School of Public Health _ University of Illinois, Jones and Bartlett Publichers, Chicago, Illinois, 2006
- Murray, CJ, Frenk, J, 2000, A framework for assessing the performance of health systems, Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 717

თავი 15

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია

მეთხუთმეტე თავის შინაარსი

15.1. შესავალი
15.2. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია
15.3. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის გლობალური სტრატეგიების შემუშავებისა და განხორციელების თავისებურებები
15.4 ჯანდაცვის გლობალური სტრატეგიების განხორციელების თავისებურებები განვითარებად ქვეყნებში
15.5. ჯანდაცვის გლობალური სტრატეგიების განხორციელების თავისებურებები საქართველოში
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა ჯანდაცვის პოლიტიკის გლობალური სტრატეგიების შემუშავებისა და განხორციელების თავისებურებებს
- გაეცნობა საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკის ძირითად მიმართულებებს
- შეაფასებს სოციალურ-ეკონომიკური, პოლიტიკური და კულტურული ფაქტორების როლს და მნიშვნელობა ჯანდაცვის გლობალური სტრატეგიების განხორციელების პროცესში

15.1 შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვა საზოგადოებისა და პიროვნების აქტიური ერთობლივი საქმიანობის პროდუქტია, რომელიც უზრუნველყოფს კონკრეტულ ტერიტორიაზე განსახლებულ სუბიექტთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და განმტკიცებას, მათთვის მაქსიმალურად ხელსაყრელი პირობების შექმნას. თავისი მნიშვნელობით ეს ნებისმიერი ადმინისტრაციული მოწყობის უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა და, როგორც წესი, მისი გადაწყვეტა სახელმწიფო რანგშია აყვანილი და მოქმედი კანონმდებლობითაა გათვალისწინებული.

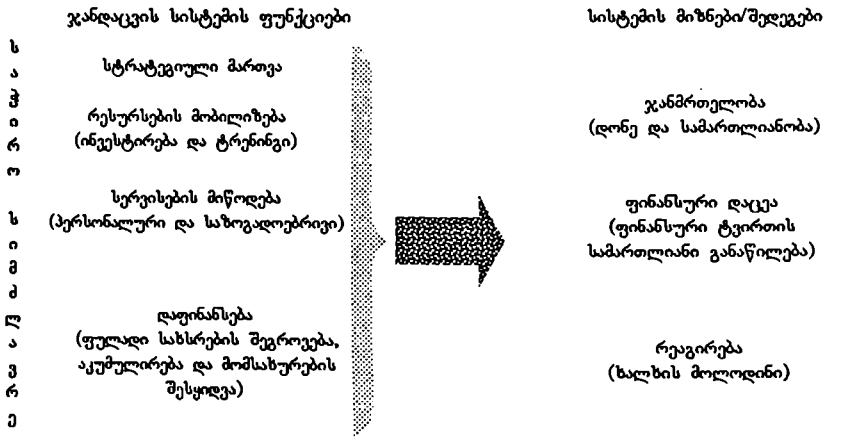
მართალია, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უშუალოდ არ განსაზღვრავს წარმოებული პროდუქციის მოცულობას, ვინაიდან არ განიხილება, როგორც უშუალო საწარმოო ძალა, მაგრამ მას გააჩნია რა პირდაპირი ზემოქმედების უნარი ისეთ უშუალო წარმოების საშუალებაზე, როგორიც შრომაა და უზრუნველყოფს შრომითი რესურსების ექსტენსიურ და ინტენსიურ

ცვლილებებს, საბოლოო ჯამში ის ზემოქმედებას ახდენს ეროვნული პროდუქტის წარმოების მოცულობაზე. ამდენად, მოსახლეობის ჯანმრთელობა, მისი დაცვის ღონისძიებები უშუალოდ და აქტიურად მოქმედებენ კვლავწარმოების ყველა სტადიაზე.

ამიტომაც მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა ნებისმიერი საზოგადოებრივი ფორმაციის მქონე ქვეყნის უმნიშვნელოვანესი სახელმწიფოებრივი ამოცანაა.

ნახატი 30

ჯანდაცვის სისტემების ფუნქციები და მიზნები



5.2. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია

ჯანმრთელობის დაცვა მრავალმხრივი პროცესია, რომლის განვითარება განხილული უნდა იყოს დროსა და სივრცეში, როგორც ეკონომიკური ურთიერთობების ერთ-ერთი მარეგლა-მენტირებელი, რომელშიც საბოლოო ეროვნული პროდუქტის წარმოების პროცესი ვითარდება.

ფართო გაგებით **პოლიტიკა** (ბერძნ. politike — სახელმწიფოს მართვის უნარი) გულისხმობს საზოგადოებრივ საქმიანობას, რომლის მიზანია სახელმწიფოს ინტერესების დაცვა, მის მიერ ძალაუფლების მოპოვება, შენარჩუნება და გაძლიერება. **სტრატეგია** (ბერძნ. strategia – stratos – ჯარი, ago – მიმყავს) გულისხმობს დასახული მიზნის განხორციელებას სათანადო ძალებისა და რეზერვების გამოყენებით.

ტაქტიკა (ბერძნ. taktike – წესრიგში მოყვანა) განსაზღვრავს საშუალებებს, ძირითად მიმართულებას, რომელთა მეშვეობით დასახულია სტრატეგიული მიზნის მიღწევა.

თანამედროვე პირობებში ეს პოსტულატები გადამწყვეტ მნიშვნელობას იძენს, რამეთუ საზოგადოების მხარდაჭერის გარეშე მათი განხორციელება შეუძლებელია. გასაგებია, რომ **ჯანდაცვის პოლიტიკა**, როგორც სახელმწიფო პოლიტიკის შემადგენელი ნაწილი, მიზნად უნდა ისახავდეს ისეთი **სტრატეგიების** განხორციელებას, რომლებიც მიმართულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე. მხოლოდ ამ შემთხვევაშია შესაძლებელი საზოგადოების მხარდაჭერის მოპოვება, რაც დემოკრატიული სახელმწიფოს გაძლიერების საქმეს ემსახურება.

ჯანდაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია მიიჩნევა, როგორც ღონისძიებათა კომპლექსი, რომელიც ხორციელდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დასაცავად, დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების აღმოუხვრის, განვითარებული დაავადებების მკურნალობის მიზნით. მისი არსი, სახე, ფორმა და მოცულობა განისაზღვრება საწარმოო ძალების, საწარმოო ურთიერთობების მდგომარეობით, საზოგადოებრივი წყობით, კულტურის, მეცნიერებისა და ტექნიკური განვითარების დონით.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ჯანდაცვითი ღონისძიებები არის სახელმწიფო და საზოგადოებრივი ღონისძიებები, მიმართული საზოგადოების ყველა წევრის სულიერი და ფიზიკური ძალების შენარჩუნებისა და განვითარებისაკენ, შრომისა და ყოფის უსაფრთხო ჯანმრთელი პირობების უზრუნველყოფისაკენ, მაღალი შრომისნაყოფიერებისა და ჯანმრთელი სიცოცხლის გახანგრძლივებისაკენ.

აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის სამსახურების ძირითადი მიზანია – დაწესებულებების, კორპორაციების, საზოგადოებრივი ფონდების მეშვეობით შესაბამისი კანონებისა და ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით შეასრულონ საზოგადოებრივი, სამართლებრივი და პრაქტიკული ამოცანები (სამედიცინო-კვლევითი საქმიანობის ჩათვლით) მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

გაერთიანებული ერების და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ეგიდით შემუშავებული სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დღესდღეობით შესულია მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყნის კანონმდებლობაში. ესენია:

- **თანასწორუფლებიანობა;**
- **სამედიცინო მოშსახურების** საყოველთაო და თანაბარი **ხელმისაწვდომობა;**
- **ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის** უფლებათა **და თავისუფლებათა** დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება;

ნახატი 31

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა

- **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;**
- **ჯანმრთელობისათვის** მავნე **ქმედებისათვის კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების დაწესება.**

მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა ქვეყანაში განხორციელებულია ერთი შეხედვით საკმარისად ეფექტური ჯანდაცვითი ღონისძიება, მთელი სპექტრით გლობალური ჯანდაცვის პოლიტიკის ძირითადი პრინციპების დამკვიდრება მაინც ვერ ხერხდება. მაგალითად, თუ განვიხილავთ ჩვენი ქვეყნის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის შენარჩუნების თანასწორი უფლების დაცვის პრობლემას, პირველ რიგში უნდა გავითვალისწინოთ ისეთი საკითხების გადაწყვეტა, როგორიცაა უთანასწორობა, რომელიც არსებობს მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალურ ფენასა და შემოსავლებში და სახელმწიფოს მიერ გატარებული ზომები, მიმართული ამ უთანასწორობის დასაძლეევად. მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, და მათ შორის საქართველოშიც სულ უფრო მწვავდება მოსახლეობის სხვადასხვა ფენის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ისეთი პრობლემებიც, როგორიცაა უთანასწორობა:

- **მოსახლეობის განათლების საქმეში** (ღირებულების, სტრუქტურისა და შინაარსის ჩათვლით);
- **პროფესიული რისკების საშიშროების კუთხით** (შრომის დაცვის და სადაზღვევო სისტემის მოქმედების გათვალისწინებით);
- **საბინაო პირობებით უზრუნველყოფის საქმეში;**
- **ქცევითი რისკების გავრცელების კუთხით** (თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკების მოხმარება და სხვ.);
- **მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების უსაფრთხოების დაცვის საქმეში** (მოქალაქის ადგილსამყოფელის ინფრასტრუქტურის განვითარება, გზები, კომუნიკაციები, ტრავმის მიღების საშიშროება ბინაზე და სხვ.);
- სამედიცინო დახმარების **გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით;**
- სამედიცინო დახმარების **ფასის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით.**

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა აზრით განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ჯანდაცვის სისტემების ჩამოყალიბება სამართლიანობის პრინციპის გათვალისწინებით, რაც გულისხმობს, რომ:

- სამედიცინო მომსახურება არ უნდა იყოს ორიენტირებული მოგების მიღებაზე;
- პაციენტისათვის გასაწევი სამედიცინო დახმარების ღირებულება უნდა განისაზღვროს რეალური მოთხოვნის და არა მისი გადამხდელუნარიანობის მიხედვით. ეს კი გულისხმობს, რომ მაღალი რისკების მქონე ადამიანების ჯანმრთელობის გაუმჯობესება უნდა ხდებოდეს დაბალი რისკის მქონეთა მოქალაქეთა მიერ);
- ჯანდაცვის მაღალი სტანდარტები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ყოველი მოქალაქისათვის განურჩევლად მისი სოციალური, ეთნიკური, სქესობრივი, ასაკობრივი და სხვ. კუთვნილებისა.

15.3. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის გლობალური სტრატეგიების შემუშავებისა და განხორციელების თავისებურებები

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის გლობალური სტრატეგიების შემუშავება თავისთავად გულისხმობს ცალკეული ქვეყნის ისტორიის, ტრადიციების, კულტურის, ეკონომიკური შესაძლებლობების გათვალისწინებას, ეს კი ხორციელდება ხელისუფლებისა და ჯანდაცვის სექტორის მონაწილეობით. საჭიროების შემთხვევაში, ამ პროცესში მონაწილეობენ საერთაშორისო საგენტოები და დონორი ორგანიზაციებიც.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა მიერ განსაზღვრულია გლობალური ჯანმრთელობის პრობლემების ნუსხა, რომელნიც მოითხოვენ მსოფლიო თანამეგობრობის განსაკუთრებულ ყურადღებას და სასწრაფო გადაწყვეტას. ესენია:

- გადამდები დაავადებების გავრცელების შეზღუდვა;
- იმუნიზაციით და ვაქცინაციის პროგრამების გაფართოება;
- აივ/შიდსის პანდემიის შეჩერების აუცილებლობა;
- მალარიის აღმოფხვრის პრობლემის გადაწყვეტა;
- ტუბერკულოზის შეჩერების აუცილებლობა;
- პოლიომიელიტის აღმოუხვრა;
- სხვა გადამდები დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლა;
- ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- უსაფრთხო ორსულობისათვის საჭირო პირობების შექმნა;
- ახალშობილებისა და მოზარდებისათვის სხვადასხვა სახის რისკების შემცირება;
- ქალთა ჯანმრთელობისათვის რისკების შემცირება და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა;
- საკვებზე დამოკიდებული რისკ-ფაქტორების და ჰიპოდინამიის რისკის შემცირება;
- წამალთდამოკიდებულების გავრცელების შეზღუდვა;
- გარემო რისკების შემცირება;
- თამბაქოს მოხმარების შემცირება;
- აქტიური სიბერის მისაღწევად საჭირო ღონისძიებების განხორციელება;
- მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის განმტკიცება;
- ტრავმატიზმის რისკის შემცირება.

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);

ნახატი 32

ჯანდაცვის სისტემის სამსახურების და კადრების განაწილება მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში

[redacted] რეგიონები, სადაც აღინიშნება სამედიცინო კადრების მწვავე ნაკლებობა

- მთავრობა აქტიურად უნდა უჭერდეს მხარს სამედიცინო პროგრამებს, 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.

5.4 ჯანდაცვის გლობალური სტრატეგიების განხორციელების თავისებურებები განვითარებად ქვეყნებში

მართალია, 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 სამართლებლივი 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 საინფორაციო სისტემების არარსებობა, სიძნელეები 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.

15.5. ჯანდაცვის გლობალური სტრატეგიების განხორციელების თავისებურებები საქართველოში

ჯანდაცვის გლობალური სტრატეგიების განხორციელება საქართველოში სახელმწიფო პოლიტიკის განუყრელ ნაწილს წარმოადგენს. მიუხედავად დარგში არსებული პრობლემებისა, პრიორიტეტების შერჩევა და სტრატეგიების ჩამოყალიბება ემყარება ისეთ ფუნდამენტურ ფასეულობებსა და პრინციპებს, როგორებიცაა:

- ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოების სოციალური განვითარების მთავარი მიზანი;
- თანასწორუფლებიანობა და სოლიდარობა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში;
- ადამიანზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის განვითარება;
- მეცნიერული მონაცემები, გულისხმიერება და ანგარიშგება, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შესამუშავებელი და განსახორციელებელი ღონისძიებების ეთიკური საფუძველი;
- ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიათა მდგრადობა.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიის მთავარ მიზანს წარმოადგენს ადამიანთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, ავადობისა და ტრავმების პროფილაქტიკის და ავადმყოფთა მომსახურების საუკეთესო შესაძლებლობებით. ეს, თავის მხრივ, გულისხმობს საქმიანობის სამ ძირითად სახეობას:

- ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, ავადობისა და ტრავმების თავიდან აცილებაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელებას;
- ურგენტული ავადმყოფებისათვის აუცილებელი სამედიცინო დახმარების მიწოდების უზრუნველყოფას;
- საზოგადოების რესურსების მობილიზების ახალი მექანიზმების ამოქმედებას ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ინტერესების გათვალისწინებით.

აქედან გამომდინარე, საქართველოს **ჯანდაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტებია:**

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 თაღლსაზრისით ძალზე მნიშვნელოვანია „კეთილსაიმედო 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 სატრანზიტო 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 აწვება 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 სიმწვავით 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 მოლიანობაში შეუძლია „ავადობის ტვირთის" შემცირება.

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა და მაჯნე 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.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- ჯანდაცვის სტრატეგიები განვითარებულ ქვეყნებში
- ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელების თავისებურებები განვითარებად ქვეყნებში
- ხელმისაწვდომობის პრინციპის განხორციელების თავისებურებები ღარიბ და მდიდარ ქვეყნებში
- ადამიანის უფლებათა დაცვა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა (საერთაშორისო ასპექტები)
- ჯანდაცვის პოლიტიკის ძირითადი სტრატეგიული მიმართულებები საქართველოში

დამატებითი ლიტერატურა

- რ.ურუშაძე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. თბილისი, 2002
- თ.კვირტია, ავადობის თავისებურებები აფხაზეთიდან დევნილ მოსახლეობაში და ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიის პერსპექტივა, მედიცინის საკანდიდატო დისერტაციის ავტორეფერატი, თბილისი, 2005
- Т.Х.Тульчинский Е.А.Варавикова, Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку. Иерусалим, 1999
- Kovner, S. Jonas Health Care delivery in US. 8th edition, N-Y, Springer, 2005 C.Van Horn Politics and Public Policy, Washington DC, CQ Press, 2001 www.wordreference.com:
- Global Programme on Evidence for Health Policy. Guidelines for WHO Guidelines. EIP/GPE/EQC/2003.1Geneva , World Health Organization; 2003
- Panisset U: A Review of WHO recommendations published in 2005
- Mary-Jane Schneider Introduction to Public Health, Second Edition, Jones and Bartlett Publichers,, N-Y. 2006
- Louis Rowitz Public Health for the 21st Century: The Prepared Leader, School of Public Health _ University of Illinois, Jones and Bartlett Publichers, Chicago, Illinois, 2006

თავი 16

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

მეთექვსმეტე თავის შინაარსი

16.1. შესავალი
16.2. ჯანდაცვის სისტემის სამართლებრივი უზრუნველყოფის პრობლემები
16.3. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა
16.4. მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში
16.5. სამედიცინო მომსახურების ადეკვატური ხარისხის უზრუნველყოფა
16.6. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა
16.7. პაციენტის პირადი ცხოვრების კონფიდენციალურობის ხელშეუხებლობა
16.8 სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა ამჟამად ქვეყანაში მოქმედ საერთაშორისო იურიდიულ აქტებს, რომლებიც ჯანდაცვის სფეროს შეეხება
- გაეცნობა საქართველოში მოქმედ ჯანდაცვის კანონმდებლობას
- შეაფასებს მოქმედი ჯანდაცვის კანონმდებლობის ადეკვატურობას და ამ მიმართულებით შემდგომი მოქმედებების აუცილებლობას

16.1. შესავალი

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 საფუძველად 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 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.

16.2. ჯანდაცვის სისტემის სამართლებრივი უზრუნველყოფის პრობლემები

დარგის სამართლებრივი უზრუნველყოფა გამომდინარეობს ქვეყნის კონსტიტუციიდან, რომელიც ეყრდნობა ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დეკლარაციის (1948წ.) 25-ე მუხლის მიხედვით — „ყველას აქვს უფლება მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ადეკვატური სტანდარტით ცხოვრებისა...“

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდების პრეამბულაში ნათქვამია, რომ თითოეული ადამიანის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა — ისარგებლოს „ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტების“ მომსახურებით.

ჯანმრთელობაზე უფლების განუყოფელი ნაწილია ჯანმრთელად ყოფნა და სამედიცინო დახმარების მიღება. ზოგიერთი ქვეყანა იყენებს ტერმინს — „უფლება ჯანმრთელობის დაცვაზე“; რომელიც განმტკიცებულია სოციალური დაზღვევის სრულყოფილი სისტემით, რაც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის ან უბედური შემთხვევისას მატერიალურ უსაფრთხოებას, უფასო სამედიცინო განათლებას, უფასო სამკურნალო საშუალებებით და საჭირო მასალებით უზრუნველყოფას, ასევე უფლებას — ისარგებლოს ადეკვატური საზოგადოებრივად ფინანსირებადი ჯანდაცვის მომსახურებით მისი ხანდაზმულობის ან უნარშეზღუდულობის შემთხვევაში.

სახელმწიფო ცნობს და იცავს ადამიანის საყოველთად აღიარებულ უფლებებსა და თავისუფლებებს, როგორც წარუვალ და უზენაეს ადამიანურ ფასეულობებს. ხელისუფლების განხორციელებისას ხალხი და სახელმწიფო შეზღუდულია ამ უფლებებითა და თავისუფლებებით, როგორც უშუალოდ მოქმედი სამართლით (საქართველოს კონსტიტუცია,

მუხლი 7). ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპად არის გაცხადებული ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა ხელშეუვალობა *(საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 4. ა).* ექიმი, ექთანი და სხვა სამედიცინო პერსონალი მოწოდებულია ინდივიდის, ოჯახის და მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის დასაცავად. სამედიცინო საქმიანობის მიზანია ადამიანისათვის ჯანმრთელობის შენარჩუნება, მისი ჯანმრთელობის დაცვა და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" , მუხლი 27).

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებებსა და კეთილდღეობას უპირატესი მნიშვნელობა აქვს მედიცინისა და სამედიცინო მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 2).

სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოქალაქეთა ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების დაცვისათვის სტიქიური უბედურებისა და ტექნიკური კატასტროფის დროს. ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალური და ადგილობრივი ორგანოები, სამედიცინო დაწესებულებები და შესაბამისი პროფესიული ასოციაციები მონაწილეობენ მოსალოდნელი კატასტროფების სამედიცინო უზრუნველყოფის პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 91) და სამედიცინო დახმარების ხარჯებს სახელმწიფო გაიღებს (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 93 და 94).

16.3. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებების და შეთანხმებების სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებისაგან. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში საკითხების სამართლებრივ რეგულირებასთან დაკავშირებული ნორმატიული აქტები ორ ჯგუფად შეიძლება დაიყოს:

1. **სამართლებრივი აქტები**, რომლებშიც ასახულია ადამიანის უფლებების დაცვისაკენ მიმართული ზოგადი საკანონმდებლო პრინციპები, რომელთა ექსტრაპოლირება შესაძლებელია კონკრეტულ საკითხზე, მათ შორის აივ ინფექციაზე/შიდსზე;
2. **სამართლებრივი აქტები**, რომელნიც უშუალოდ არიან დაკავშირებული კონკრეტულ საკითხთან (აივ/შიდსით დაავადებულთა უფლებები, პირები, რომლებიც საჭიროებენ ფსიქიატრიულ დახმარებას)

ამჟამად, ჯანდაცვის სფეროში მოქმედებს 17 კანონი. ყველა მათგანი წარმოადგენს – საქართველოს კანონს, და არც ერთი მათგანი არ არის ორგანული.

- საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;
- საქართველოს კანონი იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების პროფილაქტიკის შესახებ;
- საქართველოს კანონი სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ;
- საქართველოს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ;
- საქართველოს კანონი სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ;
- საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ;
- საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ;
- საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ;
- საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ;

- საქართველოს კანონი ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ;
- საქართველოს კანონი საშიში ქიმიური ნივთიერებების შესახებ;
- საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
- საქართველოს კანონი სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ;
- საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;
- საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ;
- საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ.

საქართველოს კანონებსა და სამართლებრივ აქტებში ძირითადად ასახულია:

1. მოქალაქეთა სოციალური უფლებების განხორციელების უზრუნველყოფა საქართველოს კანონმდებლობაში;
2. მოქალაქეთა ინდივიდუალური უფლებების განხორციელების უზრუნველყოფა საქართველოს კანონმდებლობაში;
3. ადამიანის გამოყენება სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევისა და სწავლების ობიექტად;
4. ფსიქიკური დაავადებებით შეპყრობილ პირთა უფლებები საქართველოს კანონმდებლობაში;
5. უმცირესობათა უფლებები საქართველოს კანონმდებლობაში;
6. აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უფლებები საქართველოს კანონმდებლობაში;
7. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი და ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები.

16.4. მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

ევროპის მრავალმა ქვეყანამ პაციენტთა უფლებების დაცვის ძირითადი პრინციპები უკვე ასახა შესაბამის საკანონმდებლო აქტებსა და დოკუმენტებში. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მიმდინარე ძირეული რეფორმებისა და სიახლეების დანერგვის ფონზე, თითოეული ქვეყნის ეროვნული კანონმდებლობა პაციენტთა უფლებების დაცვის სფეროში სერიოზულ გადახედვასა და დახვეწას საჭიროებს. ამ პრინციპებიდან გამომდინარე, ზოგიერთმა ქვეყანამ მიიღო ახალი კანონი პაციენტთა უფლებების დაცვის შესახებ, ზოგიერთ ქვეყანაში მოხდა არსებული საკანონმდებლო ნორმების გადახედვა, შეცვლა და განახლება.

პაციენტის უფლებათა ქარტიაში მოცემული 14 უფლება უკავშირდება საერთაშორისო დოკუმენტებს, რომლებიც მომდინარეობს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ევროსაბჭოს მხრიდან (ამსტერდამის დეკლარაცია „ევროპაში პაციენტთა უფლებების ხელშეწყობის შესახებ" – 1994; ლუბლინის ქარტია – „ევროპაში ჯანდაცვის რეფორმირების შესახებ" – 1996; ჯაკარტას დეკლარაცია „21-ე საუკუნეში ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ" – 1997). კონვენცია – „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ", ასევე რეკომენდაცია Rec(2000)5 მოქალაქეთა ინსტიტუტების განვითარების და პაციენტთა მონაწილეობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, რომლებიც ხელს უშლიან ჯანმრთელობის დაცვას.

პაციენტის 14 უფლებას, რომლებიც ქარტიის მიხედვით არის გათვალისწინებული, მიეკუთვნება შემდეგი:

1. უფლება პრევენციულ ღონისძიებებზე;
2. უფლება ხელმისაწვდომობაზე;
3. უფლება ინფორმაციაზე;
4. უფლება თანხმობის განცხადებაზე;
5. უფლება თავისუფალ არჩევანზე;
6. უფლება პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობასა და კონფიდენციალურობაზე;
7. უფლება პაციენტის დროის პატივისცემაზე;
8. უფლება ხარისხის სტანდარტების დაცვაზე;

9. უფლება უსაფრთხოებაზე;
10. უფლება ნოვაციურ პროცედურებზე;
11. უფლება არასაჭირო ტანჯვისა და ტკივილის აცილებაზე;
12. უფლება პერსონალიზებულ მკურნალობაზე;
13. უფლება საჩივრის წარდგენაზე;
14. უფლება კომპენსაციაზე.

პაციენტთა უფლებების ევროპულ ქარტიაში მითითებული ძირითადი უფლებებიდან უმეტესობა ასახულია საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ".

საქართველოში მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ორ ძირითად კატეგორიად იყოფა:

ა) სოციალური უფლებები, რაც გულისხმობს:

მომსახურების ხელმისაწვდომობას, რომელიც, თავის მხრივ, შემდეგი კომპონენტებით არის წარმოდგენილი:

- ფინანსური ხელმისაწვდომობა;
- ტერიტორიული (გეოგრაფიული) ხელმისაწვდომობა;
- მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა (დისკრიმინაციის არარსებობა).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, რომელიც, თავის მხრივ, შემდეგი კომპონენტებით არის წარმოდგენილი:

- თავად მომსახურების პროცესის ადეკვატური ხარისხი და
- პროდუქტების უსაფრთხოება.

ბ) ინდივიდუალური უფლებები, რაც გულისხმობს:

- *ინფორმაციის მიღების უფლებას;*
- *ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების უფლებას (ინფორმირებულ თანხმობას);*
- *ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის კონფიდენციალურობას;*
- *პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობას;*
- *მეორე აზრის მოძიების, სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლებას.*

ინდივიდური უფლებების რეალიზაცია საშუალებას აძლევს პაციენტს, შეინარჩუნოს პიროვნული დამოუკიდებლობა (ავტონომია) და დაიცვას საკუთარი ღირსება სამედიცინო მომსახურების მიღების პროცესში.

უფლება სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. ყველას აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით, სარგებლობის უფლება. კანონით დადგენილი წესით, განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება (საქართველოს კონსტიტუცია, მუხლი 37. 1).

საქართველოს მოქალაქეებს უფლება აქვთ — ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით. აღნიშნული განხორციელდება სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტის მიერ, განურჩევლად საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 5).

სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. ყველა ადამიანი დაბადებით თავისუფალია და კანონის წინაშე თანასწორია განურჩევლად რასისა, კანის ფერისა, ენისა, სქესისა, რელიგიისა, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებებისა, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილებისა, წარმოშობისა, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობისა, საცხოვრებელი ადგილისა (საქართველოს კონსტიტუცია, მუხლი 14).

არ დაიშვება პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, სექსუალური

ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო, აგრეთვე წინასწარ პატიმრობაში და სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პაციენტის დისკრიმინაცია (საქართველოს „კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 6. 1,2). საქართველოს ყოველ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა მომწოდებლისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 5). სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების მეშვეობით (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 11).

დამოუკიდებელის საექიმო საქმიანობის სუბიექტი პროფესიული მოვალეობის აღსრულებისას უნდა ხელმძღვანელობდეს მხოლოდ პროფესიული სტანდარტებით, ჰუმანიზმის პრინციპებით, საქართველოს კანონმდებლობით, პატივს სცემდეს პაციენტის ღირსებას, აღმსარებლობას, ტრადიციებს; მაქსიმალურად ითვალისწინებდეს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს, იყოს უანგარო, პროფესიული გადაწყვეტილების მიღებისას – თავისუფალი და დამოუკიდებელი, პირუთვნელად ასრულებდეს ექიმის ფიცს (საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ", მუხლი 38, „ბ", „გ", „დ")

ექიმი მოვალეა პაციენტებისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის რიგითობა განსაზღვროს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებების მიხედვით (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 40).

სახელმწიფო, ნაკისრი ვალდებულებების ფარგლებში, განსაზღვრავს იმ დაავადებების მქონე პირებს, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას (შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი და სხვ.), უზრუნველყოფს სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტებით, დაავადებასთან დაკავშირებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაციით (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 85).

16.5. სამედიცინო მომსახურების ადეკვატური ხარისხის უზრუნველყოფა

ნებისმიერი ჩარევა ჯანმრთელობის სფეროში, სამეცნიერო კვლევის ჩათვლით, უნდა განხორციელდეს სათანადო პროფესიული ვალდებულებების და სტანდარტების შესაბამისად („კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ ბიოლოგიასა და მედიცინაში": „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ", მუხლი 4).

ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთ მექანიზმად მიჩნეულია სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი, აგრეთვე სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმაციისა და ფარმწარმოების რეგულირება (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 16, „ბ", „დ"). სახელმწიფო ქმნის მექანიზმებს სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნის გაღრმავებისა და, შესაბამისად, პროფესიული სტატუსის ამაღლების უზრუნველსაყოფად (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 48).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმებად კანონმდებლობა მიიჩნევს: სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირებას (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 16, „ა"; მუხლი 54, მუხლი 56), ყველა სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლს, რომელსაც ახორციელებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 63).

კანონმდებლობა ითვალისწინებს ექიმის პროფესიულ პასუხისმგებლობას საექიმო საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის, რაც, ფაქტობრივად, აგრეთვე არის სამედიცინო მომსახურების ადეკვატური ხარისხის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი ბერკეტი.

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის არასწორად წარმართვისათვის გათვალისწინებულია პროფესიული პასუხისმგებლობის შემდეგი სახეები:

ა) წერილობითი გაფრთხილება;

ბ) სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების დროებით შეჩერება;

გ) სახელმწიფო სერტიფიკატის გაუქმება;

დ) ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლის შემცველი მედიკამენტების გამოწერის შეზღუდვა;

ე) საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სხვა ზომები (საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ", მუხლი 74. 1).

პაციენტის მიერ ინფორმაციის მიღების უფლება. პაციენტმა მის წინაშე წამოჭრილ უამრავ შეკითხვაზე პასუხი სამედიცინო დაწესებულებაში მოხვედრისას ექიმისაგან უნდა მიიღოს. ინფორმაცია უნდა იყოს ნებისმიერი პაციენტისათის გასაგებ ენაზე და დროულად მიწოდებული, სრულყოფილი და აბსოლუტურად ჭეშმარიტი.

ძალზე მნიშვნელოვანია, რამდენად გასაგებად განუმარტავს ექიმი პაციენტს ყოველივეს, რაც მის დაავადებას, გამოკვლევებსა და მკურნალობას ეხება. ვინაიდან ექიმები საუბრისას ხშირად იყენებენ სამედიცინო ტერმინებს, რაც ძალიან აბნევს პაციენტს. ექიმისათვის ძალზე მარტივი გასაგები ინფორმაცია პაციენტისათვის დამატებით განმარტებებს საჭიროებს. პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდებისას გასათვალისწინებელია მისი აღქმის უნარი. საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს კანონით დადგენილი წესით გაეცნოს სახელმწიფო დაწესებულებებში მასზე არსებულ ინფორმაციას, აგრეთვე იქ არსებულ ოფიციალურ დოკუმენტებს, თუ ისინი არ შეიცავენ სახელმწიფო, პროფესიულ ან კომერციულ საიდუმლოებას (საქართველოს კონსტიტუცია, მუხლი 41. 1).

ყველას აქვს უფლება, მიიღოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაცია. ამასთან, გათვალისწინებული უნდა იქნეს პირის სურვილი, არ მიიღოს ასეთი ინფორმაცია. ამასთან, პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე, შესაძლოა მოხსენიებული უფლების შეზღუდვები („კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ": „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ"; მუხლი 10).

- პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლისაგან მიიღოს ამომწურავი, ობიექტური და დროული ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსების, მათი მიღების ფორმების, საფასურის და ანაზღაურების ფორმების შესახებ;
- საქართველოს კანონმდებლობით და სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესით გათვალისწინებული პაციენტის უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ;
- განზრახული საპროფილაქტიკო, სადიაგნოზო, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტურობის შესახებ;
- სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ;
- განზრახული სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტურობის შესახებ;
- განზრახულ სამედიცინო მომსახურებაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ;
- სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 18. 1).

გარდა ამისა, პაციენტისათვის, ან მისი ნათესავისათვის, ან კანონიერი წარმომადგენლისთვის ინფორმაციის მიწოდებისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს მისი აღქმის უნარი; განმარტების მიცემისას მინიმალურად უნდა იქნეს გამოყენებული სპეციალური ტერმინები (საქართველოს

კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 19). ამასთან, პაციენტს შეიძლება არ მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება მის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მოუტანს. სრული ინფორმაციის მიწოდება აუცილებელია, როცა პაციენტი დაჟინებით მოითხოვს ამას. ინფორმაციის მიუწოდებლობის ან მისი შეზღუდვის გადაწყვეტილება უნდა დაადასტუროს სამედიცინო ეთიკის კომისიამ, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებაში ამ უკანასკნელის არარსებობისას – მეორე ექიმმა. თუ პაციენტი ქმედუუნაროა ან არა აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 18. 2,3,4.)

პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს: გაეცნოს სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვოს მასში პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორებების შეტანა. სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება როგორც შესწორებამდე არსებული, ისე პაციენტის მიერ ახლად მოწოდებული ინფორმაცია; მოითხოვოს სამედიცინო ჩანაწერების ნებისმიერი ნაწილის ასლი (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 17. 1. „ა“, „ბ“).

პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღებაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტისათვის ინფორმაციის მიუწოდებლობამ შეიძლება სერიოზული საფრთხე შეუქმნას პაციენტის და/ან მესამე პირის ჯანმრთელობას და/ან სიცოცხლეს (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 20) .

ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს გადაწყვიტოს, უნდა მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. დადებითი გადაწყვეტილების შემთხვევაში მანვე უნდა დაასახელოს ის პირი, ვისაც ეს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. გადაწყვეტილება და პირის ვინაობა უნდა დაფიქსირდეს სამედიცინო დოკუმენტაციაში (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 21).

ექიმის მიერ პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდების ვალდებულება დაწერილებით არის ასახული საქართველოს კანონში „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. მითითებულია, რომ: დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია პაციენტს მისთვის მისაღები ფორმით მიაწოდოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია: მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მათ შორის: განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ჩარევებისა და ალტერნატიული ვარიანტების, თანმხლები რისკისა და ეფექტიანობის შესახებ; სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ; განზრახულ სამედიცინო ჩარევაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ; დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ; ჯანმრთელობის შენარჩუნების ხელშემწყობი ან უარყოფითი ზეგავლენის მომხდენი ფაქტორების შესახებ; პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების არსებული სახეებისა და მათი გამოყენების შესაძლებლობათა შესახებ, აგრეთვე გაწეული თუ განზრახული სამედიცინო მომსახურების საფასურისა და მისი ანაზღაურების წესის თაობაზე.

ასევე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი აწვდის ინფორმაციას პაციენტს მხოლოდ მისი თანხმობით, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ინფორმაციის მიუწოდებლობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს პაციენტის ან/და მესამე პირის ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს.

ინფორმაციას დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი არ აწვდის პაციენტს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ ინფორმაციის მიწოდება სერიოზულ ზიანს მიაყენებს პაციენტის ჯანმრთელობას. გადაწყვეტილებას ინფორმაციის მიუწოდებლობის შესახებ ადასტურებს სამედიცინო ეთიკის კომისია, ხოლო მისი არარსებობისას — მეორე დამოუკი-

დებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი. თუ პაციენტი დაჟინებით მოითხოვს ინფორმაციის მიღებას, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია მიაწოდოს მას ეს ინფორმაცია. ინფორმაციის პაციენტისათვის მიუწოდებლობის შემთხვევაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია, პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში შეიტანოს შესაბამისი ჩანაწერი, რომელშიც მითითებული იქნება ინფორმაციის მიუწოდებლობის საფუძველი (საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ", მუხლი 39).

16.6. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა

ინფორმირებული თანხმობის ცნება – გულისხმობს, სამედიცინო მომსახურების გამწევის მოვალეობას, პაციენტს მიაწოდოს დეტალური ინფორმაცია ნებისმიერი სამედიცინო ხასიათის ჩარევასთან დაკავშირებით. კერძოდ, თუ რა სარგებლობას მოუტანს მას ეს ჩარევა, რა რისკი ახლავს მას, მკურნალობის რა ალტერნატივები არსებობს და მხოლოდ ამის შემდეგ მიიღოს თანხმობა განზრახული ჩარევის განხორციელებაზე.

ექიმმა უნდა მიიღოს ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტისათვის რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე. იქნება ეს სადიაგნოზო გამოკვლევა, სამკურნალო თუ საპროფილაქტიკო ღონისძიება. პაციენტი თუ არასრულწლოვანია ან რაიმე სხვა მიზეზის გამო არ აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ინფორმირებულ თანხმობას აცხადებს პაციენტის ნათესავი ან ე.წ. კანონიერი წარმომადგენელი.

თანხმობის გაცხადება შეიძლება იყოს, როგორც ზეპირი, ისე წერილობითი. კანონი ზუსტად აყალიბებს იმ ავადმყოფობათა ჩამონათვალს, სადაც აუცილებელია პაციენტისაგან წერილობითი თანხმობა (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 22, პუნქტი II, და კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ", მუხლი 44) – „ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, აბორტი, ქირურგიული კონტრაცეფცია-სტერილიზაცია, ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი, ექსტრაკორპორული განაყოფიერება, გენეტიკური ტესტირება, გენური თერაპია, სხივური თერაპია, ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია, ასევე ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას".

პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს გადაწყვეტილება სამედიცინო მომსახურების შეწყვეტის შესახებ. ექიმი ასეთ შემთხვევებში ვალდებულია პაციენტს შეატყობინოს მოსალოდნელი შედეგების შესახებ.

თუ პაციენტის მდგომარეობა გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო დახმარებას, რომლის გარეშეც პაციენტი შეიძლება გარდაიცვალოს, ექიმს აქვს კანონიერი უფლება, იმოქმედოს პაციენტის სიცოცხლის გადასარჩენად და არ დაჰყვეს პაციენტის ახლობლის გადაწყვეტილებას, რომელიც შეიძლება პაციენტისათვის სასიკვდილო აღმოჩნდეს.

თავად ინფორმირებული თანხმობა ზემოხსენებულ კანონში შემდეგნაირად არის განმარტებული:

ფორმირებული თანხმობა – პაციენტის ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო ჩარევის ჩატარებაზე, მისი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის დაკავშირებული რისკის განმარტების შემდეგ (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 3. „კ").

ნებისმიერი ჩარევა ჯანმრთელობის სფეროში უნდა ჩატარდეს პირის მიერ ნებაყოფლობით გაცხადებული გააზრებული თანხმობის მიღების შემდეგ. პირს წინასწარ უნდა მიეცეს შესაბამისი ინფორმაცია ჩარევის მიზნისა და ხასიათის, აგრეთვე შედეგებისა და საფრთხის შესახებ.

პირს შეუძლია, თავისი შეხედულებისამებრ, ნებისმიერ დროს უარი თქვას ადრე გაცხადებულ თანხმობზე („კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და

ღირსების დაცვის შესახებ": „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ", მუხლი 5).

ხაზგასასმელია ის გარემოებაც. რომ. როგორც კონვენციის ვარმარტებით მემორანდუმშია მითითებული, ზემოთ მოყვანილ მუხლში ჩამოთვლილი გარემოებები („ჩარევის მიზანი, ხასიათი, შედეგები, საფრთხე") „არ არის ამომწურავი ნუსხა. გარემოებათა გათვალისწინებით, ინფორმირებული თანხმობა შეიძლება გულისხმობდეს დამატებით ელემენტებს. იმისათვის, რომ ეს თანხმობა კანონიერად იქნეს მიჩნეული, პიროვნება ინფორმირებული უნდა იყოს დაგეგმილ ჩარევასთან დაკავშირებული გარემოებების შესახებ. ინფორმაცია ნათელს უნდა ჰფენდეს ჩარევის მიზანს, არსს, მოსალოდნელ შედეგებს და რისკს. ინფორმაცია რისკის ან ალტერნატივების შესახებ უნდა ეხებოდეს, არა მხოლოდ დაგეგმილ ჩარევასთან ასოცირებულ, არამედ ნებისმიერი სახის რისკს, განპირობებულს პაციენტის ინდივიდუალური მახასიათებლებით, მაგალითად ისეთებით, როგორიცაა ასაკი ან სხვა დაავადებების არსებობა. პაციენტის მიერ დამატებით ინფორმაციის მოთხოვნა დაკმაყოფილებული უნდა იქნეს" („კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ": „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ"; განმარტებითი მემორანდუმი, პუნქტი 36).

კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ" ცნება „ინფორმირებული თანხმობა" დეტალურად არის განმარტებული, სახელდობრ:

ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, მას შემდეგ, რაც მას მიეწოდა ინფორმაცია:

- სამედიცინო მომსახურების არსის და საჭიროების შესახებ;
- სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- პაციენტის ჯანმრთელობის და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ;
- განზრახული სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული ვარიანტების, ამ უკანასკნელთა თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტურობის შესახებ;
- სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
- ზემოთ ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური ასპექტების შესახებ (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 4 „ბ").

ქმედუუნარო, შეზღუდული ქმედუნარიანობის მქონე ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას აუცილებლად არის მიჩნეული პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 22 3).

ზემოთ მოხსენიებული ნორმა ექიმის მოვალეობის სახით არის გაცხადებული კანონში „საექიმო საქმიანობის შესახებ":

თუ პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილება ეწინააღმდეგება ქმედუუნარო ან შეზღუდული ქმედუნარიანობის მქონე ან/და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უფლება აქვს ეს გადაწყვეტილება გაასაჩივროს სასამართლოში და მოითხოვოს პაციენტისათვის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების გაწევის ნებართვა (საქართველოს „კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ", მუხლი 45. 2, 3, 4,).

საქართველოს კანონმდებლობაში ასახულია წინასწარ გაცხადებული ნების გათვალისწინების აუცილებლობა სამედიცინო ჩარევის განხორციელებისას:

ინფორმირებული თანხმობის უფლება გათვალისწინებულია წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისთვისაც.

წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის სამედიცინო დახმარება, მათ შორის შიმშილობის დროს, დასაშვებია მისი ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში. სამედიცინო დახმარება ხორციელდება ამ კანონით გათვალიწინებული წესების დაცვით (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 13)

ექიმი მოვალეა, წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფ პირს სამედიცინო დახმარება გაუწიოს მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ, გარდა გადაუდებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობისა. როცა თანხმობის მიღება შეუძლებელია პაციენტის მძიმე მდგომარეობის გამო (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 44).

თანხმობის ზემოთ მითითებული შეზღუდვა გადაუდებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობის დროს ეხება არა მხოლოდ წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფ პირს. იგივე ნორმა მოქმედებს სხვა შემთხვევებშიც.

თუ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დროს შეუძლებელია სათანადო თანხმობის მიღება, ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევა უნდა დაუყოვნებლივ ჩატარდეს პირის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად („კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ": „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ", მუხლი 8).

16.7. პაციენტის პირადი ცხოვრების კონფიდენციალურობის ხელშეუხებლობა

„ჰიპოკრატეს ფიცი" ავალებს ექიმს, საიდუმლოდ შეინახოს პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაცია. ეს ვალდებულება პაციენტის გარდაცვალების შემდეგაც არ უნდა დაირღვეს.

საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ" (მუხლი 28-ე. პუნქტი I) მიუთითებს გარკვეულ პირობებზე, რომელთა არსებობისას შესაძლებელია ექიმის მიერ კონფიდენციალურობის დარღვევა. პირველ რიგში, პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გაცემა ნებადართულია პაციენტის თანახმობის საფუძველზე. ექიმი ასევე უფლებამოსილია გასცეს პაციენტის შესახებ არსებული ინფორმაცია, თუ ამ ინფორმაციის დამალვა სხვა ადამიანის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას უქმნის საფრთხეს. მაგ: პაციენტს აქვს ისეთი ინფექციური დაავადება, რომელიც აუცილებლად დაასნებოვნებს სხვებს და მათთვის აუცილებელი გახდება გარკვეული საპროფილაქტიკო ზომების გატარება. პაციენტის შესახებ არსებული ინფორმაციის გამჟღავნება ნებადართულია იმ შემთხვევაშიც, თუ ეს აუცილებელია სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნისათვის. ინფორმაციის გამოყენებისას არ უნდა იყოს შესაძლებელი პიროვნების იდენტიფიკაცია.

სასამართლო გადაწყვეტილების არსებობისას, ექიმი ვალდებულია პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ გასცეს ინფორმაცია.

ისეთ ვითარებაში, თუ ექიმი პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის პროცესში თანამშრომლობს სხვა კოლეგებთან, რომლებიც ავადმყოფის მკურნალობაში მონაწილეობენ (ან მედდებთან, რომლებმაც დანიშნულება უნდა შეასრულონ), კანონი ექიმს არ ავალდებულებს კონფიდენციალურობის დაცვას, ვინაიდან ეს უკვე თვით პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარეობს.

კანონი ცალსახად უკრძალავს ექიმს პაციენტის ოჯახურ და პირად ცხოვრებაში ჩარევას. პაციენტის ოჯახურ და პირად ცხოვრებაში ჩარევა დასაშვებია, თუ არსებობს პაციენტის წინასწარი თანხმობა და როდესაც ჩარევა დაკავშირებულია პაციენტის ოჯახის წევრის ჯანმრთელობის ან სიცოცხლისთვის საფრთხის აცილებასთან.

პაციენტის მკურნალობის პროცესში ნებადართულია მხოლოდ იმ პერსონალის მონაწილეობა, რომელთა დასწრება აუცილებელია სამედიცინო თვალსაზრისით. საავადმყოფოში მოთავსების შემთხვევაში პაციენტი ხშირად გამოიყენება „სასწავლო ობიექტად", ახალგაზრდა ექიმები, სტუდენტები ესწრებიან ამა თუ იმ პაციენტის სამედიცინო ჩარევას, რაც დასაშვებია მხოლოდ და მხოლოდ პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში.

ოფიციალურ ჩანაწერებში არსებული ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებულია ადამიანის ჯანმრთელობასთან, არავისთვის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი თვით ამ ადამიანის თანხმობის გარეშე, გარდა კანონით დადგენილი შემთხვევებისა, როდესაც ეს აუცილებელია სახელმწიფო უშიშროების ან

საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, ჯანმრთელობის, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლების დასაცავად.

მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი მოვალეა, დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინფორმაციის გამჟღავნება აუცილებელია საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად, სასამართლო, საგამოძიებო ორგანოების დადგენილი წესით მოთხოვნისამებრ (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 42). დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული შემთხვევებისა, დაიცვას პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პირადი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობა, როგორც საექიმო საქმიანობის განხორციელებისას, ისე მისი შეწყვეტის შემდეგ, როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ (საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ", მუხლი 48. 1 საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 27).

ასევე, საყურადღებოა, რომ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 95-ე მუხლის თანახმად, არ შეიძლება მოწმედ გამოიძახონ და დაკითხონ: ექიმი, მედიცინის და, მეანი, ფარმაცევტი, სხვა სამედიცინო მუშაკი, თუ მათ პროფესიულად ევალებათ საექიმო (სამედიცინო) საიდუმლოების დაცვა;

კანონმდებლობა ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების გაწევისას მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრებას, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 30).

კანონმდებლობით განსაზღვრული გამონაკლისები ზემოხსენებულიდან შემდეგია:

ექიმს უფლება აქვს გაამჟღავნოს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პირადი ცხოვრების შესახებ კონფიდენციალური ინფორმაცია, თუ:

ა) პაციენტი აძლევს ინფორმაციის გამჟღავნების უფლებას;

ბ) ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს;

გ) თუ არსებობს დასაბუთებული ეჭვი სავალდებულო აღრიცხვას დაქვემდებარებულ დაავადებაზე;

დ) ინფორმაცია მიეწოდება სამედიცინო მომსახურების მონაწილე სხვა სამედიცინო პერსონალს;

ე) ინფორმაციის გამჟღავნება აუცილებელია სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზისათვის;

ვ) ინფორმაციის გამჟღავნებას, სასამართლოს გადაწყვეტილების შესაბამისად, მოითხოვენ სამართალდამცველი ორგანოები;

ზ) ინფორმაცია მიეწოდება სახელმწიფო ორგანოებს, პაციენტისათვის სოციალური შეღავათების დაწესების მიზნით. ამ შემთხვევაში აუცილებელია ინფორმაციის გამჟღავნებაზე პაციენტის თანხმობა;

თ) სასწავლო და სამეცნიერო მიზნით ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პიროვნების იდენტიფიკაცია (საქართველოს „კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ", მუხლი 48. 2; საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 28).

გამონაკლისი, ზემოხსენებულის გარდა, ეხება იმ გარემოებებს, როდესაც სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია დადგენილი წესით გადასცეს ინფორმაცია:

ა) გადამდები დაავადების დიაგნოზის დადგენისას ან ასეთზე ეჭვის მიტანისას;

ბ) სხეულის ფიზიკური, ქიმიური, სხივური, თერმული დაზიანების შემთხვევაში (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 45);

პაციენტის ოჯახურ და პირად ცხოვრებაში ჩარევას კანონმდებლობა უშვებს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ:

ა) ჩარევა აუცილებელია პაციენტის დაავადების დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მოვლისა-ოვის. ამ შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის თანხმობა;

ბ) ჩარევლობა სერიოზულ საფრთხეს უქმნის პაციენტის ოჯახის წევრების ჯანმრთელობას ან სიცოცხლეს (საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ", მუხლი 49; საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 29).

16.8 სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება

კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ" ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნორმატიული აქტია, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის უფლებების დაცვას. კერძოდ, ზემოაღნიშნული კანონის თანახმად, პაციენტმა უნდა მიიღოს სამედიცინო მომსახურება სახელმწიფოში დადგენილი სტანდარტებით, რაც იმაში გამოიხატება, რომ ექიმი ვალდებულია პაციენტს სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისად.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი უფლება, რომელიც გარანტირებულია „პაციენტის უფლებების შესახებ" კანონით არის ისიც, რომ პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს ექიმი, რომელიც გაუწევს მას სამედიცინო მომსახურებას და აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება, სადაც გაუწევენ სამედიცინო მომსახურებას.

გარდა ამისა, პაციენტს ასევე უფლება აქვს ნებისმიერ დროს თავისი სურვილისამებრ შეიცვალოს ექიმი, ასევე მეორე აზრის მოსაძიებლად მიმართოს სხვა ექიმს.

პაციენტს აქვს უფლება აირჩიოს ან შეიცვალოს სამედიცინო პერსონალი ან სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვეო კონტრაქტის პირობების გათვალისწინებით. კონტრაქტი უნდა იძლეოდეს არჩევანის შესაძლებლობას (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 14). საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს მოიძიოს მეორე აზრი საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 7). პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას, აგრეთვე, აირჩიოს და შეცვალოს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ", მუხლი 6, მუხლი 7).

ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევისას კვლევის ობიექტის უფლებები ასახულია ევროსაბჭოს დოკუმენტში „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ ბიოლოგიასა და მედიცინაში; საქართველოში კონვენცია ძალაში შევიდა 2001 წლის პირველ მარტს.

ზემოხსენებულის გარდა, კვლევის ობიექტის უფლებების ამსახველი ნორმები მოცემულია კანონებში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", რომელშიც ცალკე თავად (თავი 19) არის გამოყოფილი „სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა", კანონებში „საექიმო საქმიანობის შესახებ", „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ". ყველა ჩამოთვლილით განისაზღვრება ადამიანის, როგორც სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტის, უფლებების ამსახველი სამართლებრივი ჩარჩო.

კონვენციის ფუძემდებელი პრინციპია:

- ადამიანის ინტერესები და კეთილდღეობა უზენაესია საზოგადოების და მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით („კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ": „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ", მუხლი 2).
- ეს პრინციპი აგრეთვე არის გაცხადებული კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ"; სადაც აღნიშნულია, რომ: სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის წარმოებისას, ადამიანის, როგორც კვლევის ობიექტის ინტერესები და კეთილდღეობა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე მეცნიერებისა და საზოგადოების ინტერესები (საქართველოს „კანონი ჯანმრთელობის დაცვის" შესახებ, მუხლი 108).
- სამეცნიერო კვლევაში მონაწილე ავადმყოფის და ჯანმრთელი მოხალისის უფლებები დაცულია საქართველოს კანონმდებლობით და ადამიანზე ბიოსამედიცინო გამოკვლევების ჩატარების აღიარებული საერთაშორისო ნორმებით (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", მუხლი 8. 2).

- კანონმდებლობა ითვალისწინებს კვლევის ობიექტისათვის ინფორმაციის მიწოდებისა და ინფორმირებული თანხმობის აუცილებლობას:

ნებისმიერი კვლევა ჯანმრთელობის სფეროში უნდა ჩატარდეს პირის მიერ ნებაყოფლობით გაცხადებული გააზრებული თანხმობის მიღების შემდეგ. პირს წინასწარ უნდა მიეცეს შესაბამისი ინფორმაცია ჩარევის მიზნისა და ხასიათის, აგრეთვე შედეგებისა და საფრთხის შესახებ. *პირს შეუძლია, თავისი შეხედულებისამებრ, სებისმიერ დროს უარი თქვას* ადრე გაცხადებულ თანხმობაზე („კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ“: „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, მუხლი 5)

ადამიანს, როგორც სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს, წინასწარ უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია კვლევის მიზნების, მეთოდების, მოსალოდნელი შედეგების, კვლევის რისკის და კვლევასთან დაკავშირებული შესაძლო დისკომფორტის შესახებ. სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა არ უნდა ჩატარდეს მასში მონაწილე პირის წერილობით გაფორმებული ინფორმირებული თანხმობის გარეშე. ადამიანს, როგორც სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს, აუცილებლად უნდა ეცნობოს მისი უფლების შესახებ – უარი თქვას კვლევაში მონაწილეობაზე კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე, მიუხედავად მის მიერ წინასწარ გაცხადებული თანხმობისა (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 109).

ადამიანის გამოყენება სწავლების ობიექტად სამედიცინო განათლების პროცესში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ინფორმირებული თანხმობა (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 8. 3). ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს უარი თქვას სამედიცინო განათლების პროცესში მონაწილეობაზე (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 9). ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტის ჩართვა სამედიცინო განათლების პროცესში დასაშვებია მხოლოდ მისი წინასწარ გაცხადებული ნების (როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი) გათვალისწინებით, ხოლო ამ უკანასკნელის არარსებობისას – მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით (საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 11).

პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მონაცემები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სასწავლო მიზნით, თუ მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პიროვნების იდენტიფიკაცია (საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 48. 2, „დ“; საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 28. „გ“). პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია მისი სწავლების ობიექტად გამოყენებისათვის. ინფორმირებული თანხმობა წინ უნდა უძღოდეს პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენებას. თანხმობა არ არის აუცილებელი, იმ შემთხვევებში, როცა სასწავლო მიზნით გამოიყენება პაციენტის სამედიცინო ბარათში არსებული ინფორმაცია, თუ ის არ იძლევა პაციენტის იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას, ან მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის პროცესში მიღებული მასალა (შარდი, სისხლი, სხვა ქსოვილები), თუ უზრუნველყოფილია პაციენტის ანონიმურობა (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 26.1. 3).

კანონმდებლობა იცავს არასრულწლოვანებს სწავლების ობიექტად გამოყენებისაგან: 16 წლამდე არასრულწლოვანის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით. გადაწყვეტილების მიღების პროცესში აუცილებელია თვით პაციენტის მონაწილეობაც ასაკის და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით. თუ ასაკი აღემატება 16 წელს, აუცილებელია თავად პირის ინფორმირებული თანხმობა. გადაწყვეტილების მიღების შესახებ უნდა ეცნობოს არასრულწლოვანის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“).

ამგვარად, საქართველოს დღევანდელ კანონმდებლობაში საკმარისად სრულად არის ასახული სამედიცინო მომსახურების სფეროში საერთაშორისოდ აღიარებული და დანერგილი

ნორმები, რომლებიც ხელს უწყობენ სისტემის მოქმედების სხვადასხვა მიმართულების სამართლებრივ ჩარჩოში ფუნქციონირებას.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია და პაციენტის უფლებათა დაცვა საქართველოში
- ჯანმრთელობის საკონსტიტუციო უფლებათა დაცვის პრობლემები
- კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეგიონული პრობლემები
- საჭიროა თუ არა ადვოკატის სპეციალური მზადება ჯანდაცვის კანონმდებლობის კუთხით?
- გარემოს დაცვის პრობლემები საქართველოს კანონმდებლობაში

დამატებითი ლიტერატურა

- საქართველოს კონსტიტუცია
- 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)
- საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ
- საქართველოს კანონი იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების პროფილაქტიკის შესახებ
- საქართველოს კანონი სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ
- საქართველოს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ
- საქართველოს კანონი სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ
- საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ
- საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ
- საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ
- საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ
- საქართველოს კანონი ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ
- საქართველოს კანონი საშიში ქიმიური ნივთიერებების შესახებ
- საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ
- საქართველოს კანონი სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ
- საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ
- საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ
- საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ

თავი 17

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების გატარების თავისებურებები სხვადასხვა ქვეყანაში

მეჩვიდმეტე თავის შინაარსი

17.1. შესავალი
17.2. ჯანდაცვის სფეროს რეფორმების გლობალური სტრატეგიები
17.3. ზოგიერთი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების თავისებურებები
17.4. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების თავისებურებები საქართველოში
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა ჯანდაცვის პოლიტიკის* გლობალური სტრატეგიების განხორციელების ჭრილში რეფორმების გატარების თავისებურებებს
- *გაეცნობა* ზოგიერთი განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების თავისებურებებს
- *გაეცნობა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ძირითად ეტაპებს*
- *შეაფასებს სოციალურ-ეკონომიკური, პოლიტიკური და კულტურული ფაქტორების როლსა და მნიშვნელობას* ჯანდაცვის რეფორმების გატარების პროცესში

17.1. შესავალი

მიუხედავად იმისა, რომ ტერმინი რეფორმა ზედმიწევნით ხშირად იხმარება, დღემდე არ არსებობს ჯანდაცვის რეფორმის საყოველთაოდ მიღებული განსაზღვრება. ჯანდაცვის ორგანიზატორები და ანალიტიკოსები სხვადასხვა აზრით იყენებენ ამ ტერმინს. ევროპაში ჯანდაცვის რეფორმებთან დაკავშირებულ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კვლევაში რეფორმა განისაზღვრებოდა, როგორც მიზანმიმართული, დინამიური პროცესი, რომელსაც მოჰყვება სისტემატური სტრუქტურული ცვლილებები.

დღეისათვის ჯანდაცვის პოლიტიკასთან მიმართებაში რეფორმების საკითხი განიხილება მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში. დასავლეთ ევროპის სახელმწიფოებში მიმდინარეობს ჯანდაცვის სისტემათა გადასინჯვა, რათა მოინახოს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებისა

და უფრო ეფექტური და სამართლიანი უზრუნველყოფის ალტერნატივები, რომლებიც მიმართულია ჯანდაცვის სფეროში არსებული კონკრეტული პრობლემების გადასაწყვეტად. რეფორმირების ზოგიერთი მოდელი და იდეა გასცდა ეროვნულ საზღვრებს. ასე, მაგალითად, დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სახელმწიფო სამსახურის რეფორმამ, რომელიც დაფუძნებულია ამერიკის შეერთებული შტატებიდან ნასესხებ საკონკურსო წესით დადებულ ხელშეკრულებათა ინიციატივაზე, თავის მხრივ, დიდი გავლენა მოახდინა რიგი ქვეყნების რეფორმათა ხასიათზე ევროპის როგორც დასავლეთ, ისევე აღმოსავლეთ ნაწილებში. დღეისათვის არ არსებობს საკმარისი პრაქტიკული შედეგი რეფორმების მრავალი სტრატეგიის ჭეშმარიტი ეფექტურობის შესახებ. ზოგიერთ შემთხვევაში განხილვათა მოტივაცია განისაზღვრებოდა უფრო იდეოლოგიური და რიტორიკული მოტივებით, ვიდრე ფაქტიური მონაცემებით, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელი იქნებოდა მსჯელობა რეფორმათა მოსალოდნელი სარგებლიანობისა და უპირატესობის შესახებ. მიუხედავად ამისა, მოსალოდნელია რეფორმირების ამჟამინდელი პროცესის გაგრძელება შემდგომ წლებშიც.

17.2. ჯანდაცვის სფეროს რეფორმების გლობალური სტრატეგიები

ჯანდაცვის სფეროს რეფორმები უნდა მოიცავდეს სამ საკვანძო კომპონენტს: რეფორმის გარდაუვალობას, ან **აუცილებლობას**, რომელიც საფუძვლად უდევს ცვლილებათა პოლიტიკას. რეფორმის **სტრატეგიულ მიზნებს** და **ამოცანებს** რომელთა გადაჭრის გარეშე წარმოუდგენელია საჭირო შედეგის მიღწევა.

შესაძლებელია რეფორმების სტრატეგიათა ორ ჯგუფად დაყოფა.

პირველ ჯგუფში შეიძლება გამოვყოთ ოთხი ურთიერთდაკავშირებული ტენდენცია, რომლებიც ასახავს:

- სახელმწიფოსა და ბაზრის როლის შეცვლას სამედიცინო მომსახურების სფეროში;
- დეცენტრალიზაციას — ე.ი. უფლებამოსილებათა გადაცემას სახელმწიფო სექტორის უფრო დაბალ დონეებზე და კერძო სექტორზე;
- მეტი თავისუფლების მინიჭებას მოქალაქეთათვის სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის არჩევის საქმეში;
- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის როლის შეცვლას.

მეორე ჯგუფში შედის სტრატეგიები, რომლებიც აგებულია მიღწეული შედეგების მიხედვით კონკრეტულ საქმიანობათა დაყოფაზე — უფრო ეფექტურსა და უფრო წამგებიანზე.

ორივე ჯგუფის ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელია ზოგადი ტენდენციებისა და ევროპაში ამჟამად მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმების კონკრეტული ღონისძიებების ფართო მიმოხილვა. ქვემოთ განხილულია თითოეული მათგანი.

სახელმწიფოსა და ბაზრის როლის ცვლილება სამედიცინო მომსახურების სფეროში: 80-იანი წლების ბოლოდან მრავალი ევროპული ქვეყნის მთავრობებმა დაიწყეს ჯანდაცვის სისტემების მმართველობითი სტრუქტურების გადასინჯვა. იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის მართვა ხორციელდებოდა ცენტრალიზებულად, ამჟამად მიმდინარეობს სახელმწიფოს წამყვანი როლის გადასინჯვა. ჩრდილოეთ ევროპის, ხმელთაშუა ზღვის, ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ეროვნული პოლიტიკის განმსაზღვრავმა პირებმა ეკონომიკური, სოციალური, დემოგრაფიული, მმართველობითი, ტექნოლოგიური და იდეოლოგიური ძალების ზეგავლენით დაიწყეს არსებული ურთიერთკავშირებისა და სტრუქტურების გადაფასება. იმ ქვეყნებში, სადაც სახელმწიფოს ჯანდაცვის მიმართ ნაკლებად მნიშვნელოვანი როლი გააჩნდა, კერძოდ, იგი მხოლოდ ძირითად წესებს განსაზღვრავდა და სახელმწიფო, ნახევრადსახელმწიფო დ/ან კერძო სადაზღვევო კომპანიებს შორის შუამავლის როლს ასრულებდა, მიმდინარეობს გადაფასების ანალოგიური პროცესი, იმ განსხვავებით, რომ ის სხვა ათვლის წერტილიდან დაიწყო.

მიუხედავად იმისა, რომ გარდაქმნებზე მიმართული ძალისხმევა ევროპის სხვადასხვა ნაწილში არაერთგვაროვანია, ჯანდაცვის მართვის სფეროში პარალელური ტენდენციები მოქმედებს. მოხდა ზოგიერთი სახელმწიფოებრივი ფუნქციის ხელისუფლების რეგიონული დ/ან მუნიციპალური ორგანოებისათვის გადაცემა, ხოლო ფუნქციების ნაწილი გადაეცა კერძო სექტორს. მეორე მხრივ, იმ ქვეყნებში, სადაც სახელმწიფო ორგანოებს ჯანდაცვის სისტემების მიმართ ნაკლებად მნიშვნელოვანი როლი გააჩნიათ, ჯანდაცვის მარეგულირებელი წესების რაოდენობა გაიზარდა კიდეც.

გარდაქმნათა ჩატარების სასარგებლოდ ყველაზე დიდი ზემოქმედება განიცადა კერძო სექტორის როლმა, ხოლო ზოგიერთ ქვეყანაში კი — ჯანდაცვის სამსახურთა დაფინანსებამ. თუმცა ინფორმაციის

მასობრიცმა საშუალებებმა და გარკვეულმა პოლიტიკოსებმა ეს საკითხი მხოლოდ ლოზუნგამდე „სახელმწიფო თუ საბაზრო ურთიერთობანი" დაიყვანეს, სინამდვილეში ეს პრობლემა გაცილებით უფრო რთულია. არ არსებობს საბაზრო ურთიერთობებთან დაკავშირებული არც ერთი ცნება, რომელიც უპირობოდ შეიძლება იყოს გამოყენებული ჯანდაცვის სფეროში.

საბაზრო ურთიერთობები მოიცავს სხვადასხვა კონკრეტული მექანიზმის რიგს, მათ შორის — მომხმარებლის დამოუკიდებლობა (პაციენტის არჩევანი), ხელმძღვანელებები, რომლებიც ფორმდება დახურული მოლაპარაკებების შედეგად, ღია „ყაჭრობა". ეს მექანიზმები შეიძლება მოქმედებდეს ფასებზე, ხარისხსა და ბაზრის წილზე დაყრდნობით. მათი გამოყენება შესაძლებელია ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროში, კერძოდ, ჯანდაცვის დაფინანსებაში, სამედიცინო მომსახურების ერთ ან რამდენიმე ქვესტრუქტურაში (საავადმყოფოები, კერძო საავადყოფოები, ექიმები და სოციალური სამსახურების პერსონალი) და/ან ჯანდაცვის სხვადასხვა დაწესებულებას შორის სახსრების განაწილების სისტემაში. ექიმების, ექთნების და დამხმარე ან ბინაზე დახმარების აღმომჩენი პერსონალის საქმიანობის გასაუმჯობესებლად შესაძლებელია კონკურენციის პრინციპებზე აგებული სტიმულების გამოყენება. ამგვარად, პრაქტიკა მოითხოვს ერთის ნაცვლად მთელ რიგ გადაწყვეტილებათა მიღებას, ამასთან დაკავშირებით, ევროპის როგორც დასავლეთ, ისე აღმოსავლეთ ნაწილში ჯანდაცვის სისტემები იძულებულნი არიან გადაწყვეტონ მრავალი ლოკალური ამოცანა.

თავისი ხასიათით გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესი უნდა მოიცავდეს არა მარტო სტრატეგიების არჩევას, არამედ მათი პრაქტიკული რეალიზაციის საკითხებსაც, რაც კომპრომისული გადაწყვეტილებების მიღებას გულისხმობს.

ზოგიერთ შემთხვევაში საბაზრო სტიმულების უფრო ფართო გამოყენების შესახებ მიღებული გადაწყვეტილების მიუხედავად, სახელმწიფო სექტორს მაინც დარჩა ჯანდაცვის დაწესებულებათა მართვის უფლება მათი მესაკუთრისა და ხელმძღვანელის ფუნქციების შენარჩუნებით. ეს კომბინირებული მიდგომა რამდენიმე სახელწოდებით არის ცნობილი: შიდა ბაზარი, საზოგადოებრივი კონკურენცია, ჯანდაცვის დაწესებულებათა ბაზარი და ქვაზი-ბაზარი. აღნიშნული ტიპის გეგმიური ბაზრის ჩამოყალიბებამ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ფინეთის, იტალიის, ესპანეთის, შვეიცის, დიდი ბრიტანეთის, აგრეთვე ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის და დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა თანამეგობრობის ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმაში.

ჯანდაცვის სისტემაში საბაზრო მექანიზმების გამოყენება უკავშირდება როგორც კონცეპტუალურ, ისე პრაქტიკულ პრობლემებს. კონცეპტუალური თვალსაზრისით მრავალი მეცნიერი ჯანდაცვას განიხილავს, როგორც საზოგადოებრივ სიკეთეს, რომელიც გულისხმობს, რომ თითოეული ადამიანის სამედიცინო მომსახურება ერიად მნიშვნელოვანია საზოგადოებისათვის მთლიანად. თაეის მხრივ, ეს მიდგომა გახდა ევროპულ საზოგადოებათა უმრავლესობის ტრადიციული ურთიერთთანხმობის ნაწილი, რომელიც ეხება ჯანდაცვის დაფინანსების პროცესში თანასწორობისა და საყოველთაო მოცვის პრინციპების დაცვას. მეორე მხრივ, საბაზრო ხასიათის სტიმულები, მათი არსიდან გამომდინარე, ემყარება იმას, რომ ნებისმიერი მომსახურება წარმოადგენს საქონელს, რომელიც შეიძლება გაიყიდოს ღია ბაზარზე. უფრო მეტიც, ბაზრის კლასიკური კონცეფციის თანახმად უნდა არსებობდეს მკვეთრი გამიჯვნა ბაზრის ისეთ ცნებათა შორის, როგორებიცაა მოთხოვნა და მიწოდება ანუ მყიდველი და გამყიდველი.

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს ოთხმხრივ ურთიერთობას: პაციენტი, ექიმი, სამედიცინო დაწესებულება და დამფინანსებელი. ამგვარად, ჯანდაცვაში საბაზრო სტიმულების გამოყენება ყოველმხრივი ვერ იქნება, იგი განისაზღვრება ამ ქვეებაზრებიდან ერთ-ერთით. როდესაც საბაზრო თეორიის შესახებ ჯანდაცვასთან მიმართებაში ვსაუბრობთ, უნდა აღვნიშნოთ კიდევ ორი დამატებითი დილემა. პირველი — ექიმები პაციენტებს არა მარტო მომსახურებას სთავაზობენ, არამედ განსაზღვრავენ მომსახურებათა სხვა სახეობებს, რომლებიც პაციენტს ესაჭიროება. მეორე — მიუხედავად იმისა, რომ ნეოკლასიკური ეკონომიკური თეორიის თანახმად გადამწდელთა და კლიენტთა სხვადასხვა კატეგორიებს შორის ჯანდაცვის რესურსთა გადანაწილება თავისი სოციალური მიმართულების გამო არაეფექტური და უსამართლოა, ჯანდაცვის სისტემა პასუხისმგებელია სახსრების გადანაწილების მექანიზმის ფართო გამოყენებისა: ახალგაზრდებისაგან — მოხუცებულებს, მდიდრებისაგან — ღარიბებს და ჯანმრთელებისაგან — ავადმყოფებს.

ამის პარალელურად აღინიშნება ცვლილებები პოლიტიკის განმსაზღვრავი პირების მიერ სახელმწიფოებრივ რეგულირებაში. ტრადიციული მბრძანებლურ-მაკონტროლებელი ზომების გარდა, სახელმწიფოებრივი ჩარევა მოიცავს ბაზარზე ორიენტირებულსა და შესაბამის სტიმულებზე დაფუძნებულ მექანიზმებსაც. ამასთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია, რომ მარეგლამენტირებელი და კონკურენციის მექანიზმებზე დაფუძნებული ზომების ეფექტურობა

მათი ჩამოყალიბებისა და დანერგვის ფორმებზეა დამოკიდებული. მაგალითად, მათი ეფექტურობა ნათლად გამოიხატა უკანასკნელ პერიოდში ფარმაცევტულ საშუალებებზე დანახარჯთა შემცირებაში. მაგრამ რეგულირება მხოლოდ იმ შემთხვევაშია სასარგებლო, როდესაც, პირველი, დასაბუთებულად შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ იგი დასმულ პრობლემას გადაჭრის და მეორე, როდესაც შესაძლებელია მისი განხორციელება მიწოდებული მომსახურების სტრუქტურისა და ხარისხის მიმართ უარყოფითი ეკონომიკური და ფინანსური შედეგების გარეშე. იმისათვის, რომ შესაძლებელი გახდეს აღნიშნული მიზნების მიღწევა, საჭიროა საკმაოდ მოქნილი მარეგულირებელი მექანიზმების არსებობა, რათა მოხერხდეს მათი გამოყენება სხვადასხვა ტექნიკურ, გეოგრაფიულ და დემოგრაფიულ პირობებში. ამგვარი განსხვავებები, რომლებიც არ სცილდება ეროვნული კანონებით განსაზღვრულ შეზღუდვებს, ფრიად დამახასიათებელია დემოკრატიული საზოგადოებისათვის. ***ეფექტური რეგულირება უნდა იყოს მიმართული საბოლოო შედეგების მონიტორინგსა და შეფასებაზე, და არა გამოყენებული რესურსების მოცულობის*** **განსაზღვრაზე.** დასახული მიზნის მისაღწევად უნდა ჩამოყალიბდეს ალტერნატიული ღონისძიებები. უმეტეს ეკონომისტთა აზრით, ისეთი საზოგადოებრივი მომსახურების მიწოდებისას, როგორიცაა სამედიცინო დახმარება, გამორიცხულია არაკონტროლირებადი საბაზრო საქმიანობა. ამის გამო საბაზრო მექანიზმების გამოყენება მხოლოდ მაშინ იყო ეფექტური, როდესაც იგი ეფუძნებოდა მკაცრ მონიტორინგსა და შეფასებას, საბაზრო ურთიერთობების მონაწილეთათვის მკაფიოდ განსაზღვრულ სტანდარტებს. ჯანდაცვის ამა თუ იმ ქვესექტორში სტიმულების უფრო ფართო გამოყენების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება სულაც არ ნიშნავს, რომ სახელმწიფო ორგანოებმა *ნაკლები* ძალისხმევა მიმართონ ამ საქმიანობაზე, არამედ ეს ძალისხმევა *სხვა ხასიათს* უნდა ატარებდეს. ზოგმა მკვლევარმა ისეთი დასკვნა გააკეთა, რომ ჯანდაცვის სამსახურთა უშუალო მართვის მაგივრად მოითხოვს ხელშეკრულებათა დადების პროცედურის და სხვა საბაზრო მექანიზმების ზედამხედველობისას სამთავრობო ორგანოების *უფრო მეტ* კომპეტენტურობას.

სისტემის რეორგანიზაცია: დეცენტრალიზაცია, რეცენტრალიზაცია და პრივატიზაცია. მრავალ ევროპულ ქვეყანაში დეცენტრალიზაცია წარმოადგენს ჯანდაცვის რეფორმირების ძირითად ელემენტს. ითვლება, რომ ეს არის სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების, მოთხოვნილებათა გათვალისწინების, რესურსთა უფრო ოპტიმალური განაწილების, პროირიტეტთა განსაზღვრაში მოსახლეობის მონაწილეობის და ჯანმრთელობის მდგომარეობაში მოსახლეობის სხვადასხვა ფენას შორის უთანასწორობის აღმოფხვრის ეფექტური საშუალება.

დეცენტრალიზაცია საკმაოდ მიმზიდველია, ვინაიდან ცენტრალური ადმინისტრაცია ნაკლებად იცნობს სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლებს, რის გამოც არ შეუძლია მათი სურვილებისა და მოთხოვნილებების შესაბამისი ადეკვატური და დროული ზომების მიღება. მსხვილი და ცენტრალიზებული ბიუროკრატიული ინსტიტუტების არაეფექტურობით გამოწვეულ უმაყოფილებას გამოხატავენ მთელ ევროპაში. პრაქტიკულად ყველა ქვეყანაში აღინიშნება ცენტრალიზებული სისტემისათვის დამახასიათებელი ნაკლოვანებები: დაბალი ეფექტურობა, ტექნოლოგიურ და სხვა სიახლეთა დანერგვის დაბალი ტემპები, მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ჯანდაცვის სამსახურებზე მოქმედ გარე ცვლილებებზე შენელებული რეაქცია.

დეცენტრალიზებულ დაწესებულებებს გააჩნიათ რიგი უპირატესობები. ცენტრალიზებულ დაწესებულებებთან შედარებით ისინი უფრო მოქნილნი არიან და შეუძლიათ სწრაფი რეაგირება ცვალებად გარემოებებსა და მოთხოვნილებებზე, რაც მათ საქმიანობას ეფექტურსა და ზოგიერთ შემთხვევაში ნოვატორულს ხდის. მათ შეუძლიათ უზრუნველყონ უფრო მაღალი მორალური გარემო და ადგილებზე მუშაკთა შრომის მეტი ნაყოფიერება. დეცენტრალიზებულ სტრუქტურებს შეუძლიათ ხელი შეუწყონ მოქალაქეებსა და ადგილობრივ ჯგუფებთან პარტნიორული ურთიერთობების პოლიტიკის ჩამოყალიბებას, რაც აძლიერებს ადგილობრივ დონეზე პოლიტიკის განსაზღვრისა და ფორმირების პროცესის დემოკრატიულ ხასიათს.

დეცენტრალიზაციის წარმატებისათვის აუცილებელია გარკვეული სოციალური და კულტურული პირობების არსებობა. ერთმა მეცნიერმა ისინი შემდეგნაირად ჩამოაყალიბა: ადგილებზე საკმარისი ადმინისტრაციული და მმართველობითი პოტენციალის არსებობა,

ამოცანათა გადაჭრის არსებული ხერხების მართებულობის რწმენა, ერთი და იმავე პრობლემის რამდენიმე ინტერპრეტაციის გაზიარებისათვის მზადყოფნა. დეცენტრალიზაციას შეიძლება უარყოფითი შედეგებიც მოჰყვეს, რაც მოიცავს სამსახურთა დაქუცმაცებას, ჯანდაცვის მართვის ცენტრალური ორგანოების შესუსტებას, რეგიონებს შორის სამედიცინო მომსახურებაში თანასწორობის დარღვევას, პოლიტიკურ მანიპულაციებს გარკვეული დაინტერესებული ჯგუფების სასარგებლოდ, სახელმწიფო სექტორის პოზიციისა და სტატუსის შესუსტებას. მრავალი ქვეყნის უკანასკნელი წლების გამოცდილება მოწმობს, რომ გარკვეულ სფეროებში გადაწყვეტილებათა მიღების ფუნქციების დეცენტრალიზაცია არ არის მართებული. შეიძლება ოთხი ასეთი სფეროს დასახელება, კერძოდ: ჯანდაცვის პოლიტიკის ფუძემდებელი პრინციპები; სტრატეგიული გადაწყვეტილებები ადამიანური რესურსების განვითარების შესახებ; მოსახლეობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ზომები; ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანდაცვის სამსახურთა საქმიანობის მონიტორინგი, შეფასება და ანალიზი.

პრივატიზაცია წარმოადგენს დეცენტრალიზაციის უკიდურეს ფორმას, რომელშიც გადაწყვეტილებათა მიღების პირდაპირი სახელმწიფოებრივი პროგრამტიები იცვლება კერძო ფირმების უფლებამოსილებით. პრივატიზაციის ძირითად უპირატესობას მიეკუთვნება საბაზრო სტიმულების დანერგვა, რომლებიც ხელს უწყობს ჯანდაცვის დაწესებულებათა ეფექტურობასა და მართვის ხარისხის ამაღლებას. გარდა ამისა, პრივატიზაციას განიხილავენ, როგორც ჯანდაცვაში კერძო კაპიტალის მოზიდვის საშუალებას, როდესაც სახელმწიფო ბიუჯეტიდან სათანადო დაფინანსების უზრუნველყოფა შეუძლებელია სახსრების უკმარისობის გამო.

მეორე მხრივ, პრივატიზაციას გააჩნია სერიოზული ნაკლოვანებებიც. კერძო მართვა და დაბანდებული კაპიტალი მოითხოვს ისეთივე ფინანსურ უკუგებას, რომლის მიღება ეკონომიკის სხვა დარგებში არის შესაძლებელი. ამას შეიძლება მოჰყვეს ჯანდაცვის სამსახურთა სოციალური ხასიათის უარყოფა და ავადმყოფებისა და მოსახლეობის სხვა დაუცველი ჯგუფების შეგნებული დისკრიმინაცია. ისრაელის, რუსეთის ფედერაციის, ჩეხეთის რესპუბლიკის და ნიდერლანდების უახლესი გამოცდილება, რომელიც ეხება კონკურენციის საფუძველზე კერძო დაზღვევის დანერგვას, ადასტურებს აშშ-ის დაკვირვებას, რომ ძლიერი ფინანსური სტიმულები კერძო მზღვეველებს რისკის ჯგუფების დისკრიმინაციისაკენ უბიძგებენ. იმისათვის, რომ პრივატიზაციამ არ შეარყიოს თვით საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის საფუძვლები, საჭიროა, ცენტრალური რეგულირების მექანიზმების განმტკიცება.

საკითხი იმის შესახებ, აღემატება თუ არა დეცენტრალიზაციის უპირატესობანი მათ ნაკლოვანებებს, ყოველ კონკრეტულ სიტუაციაში უნდა გადაწყდეს სახელმწიფო პოლიტიკის განმსაზღვრავი პირების მიერ. ხშირია შემთხვევები, როდესაც იმ ქვეყნებში, სადაც დაიწყო დეცენტრალიზაციის რადიკალური პროცესი, ისევ უბრუნდებიან ჯანდაცვის სისტემის საკვანძო ელემენტებზე კონტროლის ცენტრალიზაციას (ამგვარ ელემენტებში იგულისხმება ჯანდაცვის დაფინანსება და სამედიცინო სტანდარტების დადგენა). მიუხედავად იმისა, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში პრივატიზაციას იშვიათად განიხილავდნენ, როგორც ჯანდაცვის სიცოცხლისუნარიან პოლიტიკას, ხოლო ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპისა და დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა თანამეგობრობის ქვეყნებში პრივატიზაცია ცვალებადად მიმდინარეობს და ამიტომ სერიოზულ შეშფოთებას იწვევს.

მოქალაქეთა უფლებები, არჩევანი და მონაწილეობა. თანასწორობის, ეფექტურობისა და შედეგიანობის გარდა ევროპული ქვეყნების ჯანდაცვის ორგანიზაციები მეოთხე მიზანსაც ისახავენ — პაციენტებისადმი მეტი უფლებამოსილებისა და შესაძლებლობების მინიჭებას ექიმისა და საავადმყოფოს არჩევასა და კლინიკურ საკითხებში მონაწილეობის მხრივ (შესაძლებლობისამებრ, სამედიცინო გადაწყვეტილებათა მიღებაში მონაწილეობის უფლება). უფრო მეტიც, პაციენტები მოითხოვენ, რომ მათ მიეცეთ უფლება, მონაწილეობა მიიღონ ადგილობრივ დონეზე ჯანდაცვის პოლიტიკის ჩამოყალიბებაში.

ევროპულ ქვეყნებში პაციენტებს შეუძლიათ აირჩიონ ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, ექიმ-სპეციალისტი, საავადმყოფო და/ან საავადმყოფოში საკუთარი ექიმი. ზოგიერთ ქვეყანაში მოქალაქეს შეუძლია დამზღვეველის არჩევა, თუმცა დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში სამედიცინო დაზღვევის ფონდები ამგვარ შესაძლებლობას

ტრადიციულად მხოლოდ მღალი დონის შემოსავლის მქონე პირებს აძლევენ. ზოგიერთ ქვეყანაში პაციენტებს, რომლებსაც ქრონიკული დაავადება აქვთ, შეუძლიათ ზეგავლენა მოახდინონ კლინიკურ გადაწყვეტილებებზე მათი მკურნალობის შესახებ.

სპეციალისტისა და/ან საავადმყოფოს არჩევა (ისეთი პროცედურებისათვის, რომლებიც აუცილებელ ხასიათს არ ატარებენ) ისევ საკამათო საკითხად რჩება. ქვეყნებს არ გააჩნიათ მკაფიო შეთანხმება იმის თაობაზე, უნდა ჰქონდეს თუ არა პაციენტს ექიმ-სპეციალისტთან უშუალო მიმართვის უფლება, თუ ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა უნდა შეასრულოს პაციენტის ექიმ-სპეციალისტთან გაგზავნის ფუნქცია.

ასევე საკამათოა დამზღვეველის არჩევის საკითხიც. დღეისათვის ევროპის რეგიონის მხოლოდ ერთ ქვეყანაში (ისრაელი) მოქმედებს დაზღვევის საყოველთაო სისტემა, რომლის ფარგლებშიც მოქალაქენი ირჩევენ კონკურენციაში მყოფი რამდენიმე კერძო სადაზღვევო კომპანიიდან ერთს. ჰოლანდიური გამოცდილებიდან გამომდინარეობს, რომ სადაზღვევო კომპანიების შორის კონკურენციის ელემენტების დანერგვა წარმოშობს სერიოზულ პრობლემას და პოტენციურად გადაულახავ ტექნიკურ სიძნელეებს თანასწორობის პრინციპის შენარჩუნებაში. ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპისა და დამოუკიდებელ სახელმწიფოთა თანამგზავრობის ზოგიერთ ქვეყანაში კონკურენციის საფუძველზე განხორციელებული დაზღვევა დამატებითი მოქმედებების თვალსაზრისით ძვირადღირებული და ნაკლებად ეფექტური აღმოჩნდა.

დღეისათვის პაციენტებს მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში შეუძლიათ კლინიკურ გადაწყვეტილებებზე ზეგავლენის მოხდენა. მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყანაში ხანდაზმულ პაციენტებს არჩევანი გააჩნიათ მოხუცებულთა თავშესაფარსა და ბინაზე აუცილებელი დახმარების მიღებას შორის.

ზოგიერთ ევროპულ ქვეყანაში დაინერგა პაციენტთა უფლების დაცვის მექანიზმები, მათი მიზანია ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხების გადაჭრა, როგორებიცაა მედმუშაკთა ანგარიშვალდებულება და ინფორმაციის კონფიდენციალურობა. მოსალოდნელია, რომ უახლოეს წლებში მკვეთრად გაიზრდება იმ ქვეყნების რიცხვი, სადაც არსებობს პაციენტთა უფლებათა დაცვის აქტიური მოძრაობა.

ყველაზე კომპლექსური მიდგომა პაციენტთა უფლებებთან დაკავშირებული საკითხების მიმართ არსებობს ფინეთსა და ნიდერლანდებში. ნიდერლანდებში 1995 წლიდან მოქმედი კანონი სამედიცინო ხელშეკრულების (კონტრაქტის) შესახებ მკაფიოდ განსაზღვრავს პაციენტის ძირითად უფლებებს. აღნიშნულ კანონში ხელშეკრულება პაციენტსა და ექიმს შორის განიხილება, როგორც სამოქალაქო სამართლის ჭარგლებში არსებული „სპეციალური ხელშეკრულება". ეს ცალკეულ პაციენტს ექიმისადმი სარჩელის შეტანების და სასამართლოების მეშვეობით ამ უფლების რეალიზაციის საშუალებას აძლევს.

ადგილებზე პოლიტიკის ფორმირებაში მონაწილეობის მხრივ საკვანძო საკითხს წარმოადგენს: (1) ჯანდაცვის ორგანოების მიერ მოქალაქეთა აზრის აღრიცხვის დონე და (2) მოქალაქეთა ზემოქმედების შესაძლებლობა მიღებული გადაწყვეტილებების შეცვლაზე. ფინეთში ამისათვის არსებობს ჯანდაცვის მუნიციპალური საბჭოების ინსტიტუტი. მუნიციპალური ორგანო ირჩევს ჯანდაცვის საბჭოს. მათში შედიან ადგილობრივი მოსახლეობის წარმომადგენლები, რომლებიც არ მიეკუთვნებიან მედიცინის დარგს. საბჭოს აუცილებელ მხარდაჭერას უწევს ჯანმრთელობის დაცვის მუნიციპალური ცენტრის მთავარი ექიმი. დიდ ბრიტანეთში შექმნილია ჯანდაცვის ადგილობრივი საბჭოები, რომლებიც აერთიანებენ დანიშნულ წევრებს, რომ წარმოადგინონ მოქალაქეთა ინტერესები. ფინეთისაგან განსხვავებით, დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის საბჭოებს მხოლოდ საკონსულტაციო და საინფორმაციო ფუნქციების შესრულება შეუძლიათ.

ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში სწრაფად განვითარდა ნებაყოფლობითი სექტორი, რომელიც მოიცავს პაციენტთა მხარდაჭერის ჯგუფებს. პოლონეთის რეფორმის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მიღწევა იყო ადგილობრივი თვითმმართველობის საბჭოების შექმნა, რომელშიც შედიან ჯანდაცვის კომიტეტები. მიუხედავად დაფინანსებისა და სამედიცინო მომსახურების ცენტრალიზებული ხასიათისა, თვითმმართველობის ადგილობრივმა ორგანომ საკუთარ თავზე აიღო პირველად სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ვალდებულებები.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლის გაძლიერება რეფორმების განხორციელების მეოთხე მნიშვნელოვან მიმართულებას წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლის გაძლიერება. ფართო გაგებით ეს ცნება ნიშნავს საზოგადოების ორგანიზებული ძალისხმევით ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას და ავადობის პრევენციას, რაც საჭიროებს დარგთაშორისი ურთიერთობების, პროფილაქტიკური საქმიანობისა და ჯანდაცვის ტრადიციული სამსახურების ორიენტაციის შეცვლას.

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ჯანდაცვის სისტემა არ მოიცავს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მოქმედ საკვანძო ფაქტორებს, რომელთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სოციალურ და ეკონომიკურ პირობებს. განათლების, ფინანსების, ტრანსპორტისა და სოფლის მეურნეობის პრობლემები ხშირად უფრო მეტ ზეგავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ვიდრე თვით ჯანდაცვის პოლიტიკა. ამ ფაქტის გააზრება

საფუძვლად უდევს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართული სახელმწიფო პროგრამების უმრავლესობას. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დამუშავებული „ჯანმრთელობა ყველასათვის" სტრატეგიის ზეგავლენით სახელმწიფო პროგრამებში ხაზგასმულია დარგთაშორისი ურთიერთობების მნიშვნელობა.

მათ ფარგლებში ხორციელდება ოტაგოს ქარტიით შემოთავაზებული შემდეგი ხუთი მიმართულება: ჯანსაღი საზოგადოებრივი პოლიტიკის ჩამოყალიბება, ხელსაყრელი გარემოს შექმნა, საზოგადოებრივი აქტივობის გაძლიერება. პირადი ჩვევების შეშუშავება, ჯანდაცვის სამსახურთა ორიენტაციის შეცვლა. შესაბამისი ღონისძიებები ადგილობრივ დონეზეც ხორციელდება, რისი დასტურიცაა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შექმნილი „ჯანსაღი ქალაქების" ქსელი, რომელშიც ევროპის 500 ქალაქი არის გაერთიანებული. ეს და საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ორიენტირებული სხვა პროგრამები (მაგალითად, პროექტი „ჩრდილოეთ კარელია", რომელიც მიზნად ისახავდა ფინეთში გულის დაავადებათა შემცირებას) ადასტურებს მათ ეფექტურობას ადამიანთა ცხოვრების წესის შეცვლისა და ამით მათი ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მხრივ. დარგთაშორისი პროგრამების განხორციელება შესაძლებელია როგორც ფორმალური, ისე არაფორმალური მექანიზმებით, სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციების მოზიდვით, ცალ-ცალკე და ერთად მოქმედი მოქალაქეების მეშვეობით, ჯანდაცვისა და სხვა დარგების სამსახურთა მონაწილეობით. უფრო მეტიც, ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ისეთი სტრატეგიები, რომელთა მიზნებიც უშუალოდ ჯანდაცვას არ ეხება, მაგალითად, ადგილობრივი თემების განვითარების მხარდაჭერა ან მატერიალური ფასეულობების გადანაწილება.

იმისათვის, რომ ცალკეულ პირებს ჰქონდეთ მოსახლეობის პირველადი სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნილებათა ანალიზის და მათი რეალიზაციის გზების შეშუშავების, განხორციელებისა და შეფასების საშუალება, აუცილებელია, რომ გააჩნდეთ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მაღალი დონე. მაგრამ ევროპის მრავალ ქვეყანაში არსებობს კომპეტენტურობის გარკვეული დეფიციტი ამ საკითხებთან დაკავშირებით. თუკი პერსონალი კარგად არის მომზადებული, მას შეუძლია დიდი როლი ითამაშოს არა მარტო ჯანდაცვის სამსახურთა ფარგლებში, არამედ სხვა სფეროებშიც. კერძოდ, ადამიანთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მიმართული დარგთაშორისი სტრატეგიების შეშუშავებისა და განვითარების მხარდაჭერით შესაბამისი ჯანდაცვის პოლიტიკის უზრუნველყოფით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კარგად განვითარებული სისტემის მქონე ქვეყნების გამოცდილება მოწმობს, რომ ამ სამსახურებს ძალუძთ მნიშვნელოვანი როლის შესრულება ჯანსაღი საზოგადოებრივი პოლიტიკის შემუშავებაში. ზოგიერთ ქვეყანაში ისინი ხშირად ვერ იყენებენ საკუთარ პოტენციალს, რაც აიხსნება შესაბამისი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების უკმარისობით ან მათი ორგანიზაციული სისუსტით. არსებული გამოცდილება ადასტურებს, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურთა მაქსიმალური ეფექტურობის მიღწევა შესაძლებელია მათი ორიენტაციის შეცვლით. ასე, მაგალითად, ინფექციური დაავადებებისა და გარემოს ჰიგიენის სფეროში საჭიროა ლაბორატორიული სამსახურების გამოყენებაზე დაფუძნებული ისეთი მოძველებული მიდგომის, როგორიცაა ეპიდზედამხედველობა, შეცვლა თანამედროვე ეპიდემიოლოგიური მეთოდებით, რომლებიც აფასებს მოსახლეობაზე ეკოლოგიური საშიშროების ზემოქმედებას და მიმართულია აღნიშნულის გამოვლენასა და მის გამომწვევ მიზეზთა აღმოფხვრაზე. ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სფეროში ორიენტაციის შეცვლა მოითხოვს სანიტარიულ განათლებაზე დაფუძნებული მიდგომებიდან ახალ სტრატეგიებზე გადასვლას, რომელთა მეშვეობით ცალკეულმა პირებმა უნდა შეძლონ ჯანსაღი არჩევანის გაკეთება. ამის განხორციელება შესაძლებელია შესაბამისი სახსრებითა და საშუალებებით, სათანადო საგანმანათლებლო საქმიანობისა ან ადგილობრივი თემების განვითარების საფუძველზე ფინანსური, მარეგულირებელი ან არჩევანის გაფართოებაზე მიმართული სხვა ხერხებით. ასეთი რეორიენტაციის შედეგად ძირითადი აქცენტი კეთდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმაზღვრავ ფაქტორთა ფართო სპექტრზე. ამ პროცესში დაუშვებელია ჯანდაცვის სამსახურების უგულვებელყოფა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს არამარტო სამედიცინო მომსახურების სტრუქტურების ეფექტურობის შეფასებაში, არამედ ისეთი მექანიზმების ჩამოყალიბებასა და რეალიზაციაში, რომლებიც მათ უფრო შესატყვისს, ეკონომიკურად ეფექტურს, სამართლიანსა და ჰუმანურს ხდის. ეს მნიშვნელოვნად განსხვავდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტრადიციული როლისაგან, რომელიც გულისხმობდა მოსახლეობის მარგინალური ჯგუფების, ღარიბებისა და ინფექციური დაავადებებით დასნეულებულთა შესატყვის სამედიცინო მომსახურებას. თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა აქტიურად მონაწილეობს პირველადი სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვასა და შეძენაში.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა იძლევა შესაძლებლობას გაძლიერდეს ინფრასტრუქტურა; განისაზღვროს ისეთი ეროვნული პრიორიტეტები, რომლებიც ეხება არა მარტო პირველად სამედიცინო მომსახურებას, არამედ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრავ სხვა ფაქტორებსაც; სრულყოფილ იქნას ჯანმრთელობის განმტკიცების და დარგთაშორისი სტრატეგიები; მოხდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურთა საქმიანობის ისეთი რეორიენტაცია, რომელიც ხელს შეუწყობს მოსახლეობის გაჯანსაღების პრობლემის წარმატებით გადაწყვეტას.

17.3. ზოგიერთი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების თავისებურებანი

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 6096 დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 15,4%-ია, მათ შორის მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 44,4% (ცხრილი 47).

ცხრილი 47

აშშ-ის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2007 (Population Clocks http://www.census.gov/population/www/		303.2
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		1,1%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2004)	სულ	78,0
	კაცი	75,1
	ქალი	80,9
დანახარჯები ჯანდაცვაზე % მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (2004) http://www.healthguideusa.org/NationalCosts		15,4
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		44,7
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		55,3
საერთო დანახარჯები 1 სული მოსახლის ჯანმრთელობაზე (აშშ დოლარი) (2004)		6096

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში საერთო დანახარჯები ჯანდაცვაზე (1 სული მოსახლის) ბოლო 15 წლის მანძილზე თითქმის სამჯერ გაიზარდა, აღიარებულია, რომ ჯანდაცვის სისტემა ხასიათთება მთელი რიგი ნაკლოვანებებით, რომლებიც ძნელად დასაძლევია. ამასთან, აღიარებულია, რომ აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემას გააჩნია უზარმაზარი პოტენციალი და მთელი რიგი დადებითი მხარეები, რომლებიც უზრუნველყოფენ მის მდგრადობას. ესენია:

- მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის შესაძლებლობა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, როგორც კერძო, ისე სახელმწიფო სექტორის მაღალი პასუხისმგებლობა;
- პაციენტთა სამართლებრივი დაცვის მაღალი დონე;
- სოციალურად დაუცველი ფენების (ხანშესული, უძლური და ღარიბი მოსახლეობა) ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფოებრივი სისტემის არსებობა. პროგრამა „მედიკეიდ"-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 უკმაყოფილების 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 შუამავლების საშუალებით, როგორებიცაა 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 სალარო**, რომელიც ქვეყნის მოსახლეობის 88%-ს მოიცავს. აღნიშნული სალაროების დაფინანსება, ძირითადად, მომუშავეთა და მეწარმეთა სახსრებით ხდება. ყოველთ-ვიური სადაზღვევო შესატანი საავადმყოფო სალაროებში მომუშავეთა შრომის ანაზღაურების ფონდის 13,5%-ს შეადგენს. საავადმყოფო სალაროების წევრთა 9% დამატებით კერძო დაზღვევითაც სარგებლობს.

ცხრილი 48

გერმანიის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2004		82,7
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		0,2%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2005)	სულ	78,7
	კაცი	76,0
	ქალი	82,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე % მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (2004) http://www.healthguideusa.org/NationalCosts		10,6
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		76,9
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		23,1
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2004)		3521,4

გერმანიაში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 2412 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (შშპ) 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 48).

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 მეურვეობენ, ფლობენ საწოლთა ფონდის 35%-მდე, დანარჩენი საწოლები მუნიციპალიტეტებს ეკუთვნიდა.

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 სალაროების 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 2899,7 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (შშპ) 8,1%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 86,% (ცხრილი 49).

ბრიტანული ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციისა და დაფინანსების საფუძველს პირველადი სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტულობა წარმოადგენს. ჯანდაცვის დაფინანსების საბიუჯეტო სისტემა 1948 წლიდან მოქმედებს.

ცხრილი 49

დიდი ბრიტანეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2004		59,7
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		0,2%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2005)	სულ	77,5
	კაცი	77,0
	ქალი	81,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე % მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (2004) http://www.healthguideusa.org/NationalCosts		8,1
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		86,3
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		13,7
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2004)		2899,7

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, დიდი 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 სალაროები, რომლებიც მოსახლეობის 80%-ს ემსახურება.

საფრანგეთში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები 3464.0 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 105%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 78,4% (ცხრილი 50).

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.

ცხრილი 50

საფრანგეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2004		60,2
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		0,2%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2005)	სულ	79,7
	კაცი	77,0
	ქალი	84,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე %% მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (2004) http://www.healthguideusa.org/NationalCosts		10,5
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		78.4
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		21,6
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2004)		3464.0

რუსეთის ფედერაციამ 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 შეცირდა და შესაბამისად 582,7 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 6,0%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 61,3%. დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა მხოლოდ 64,8 წელია, ამასთან, მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი 13,8 წლით ნაკლებია, ვიდრე ქალებში (ცხრილი 51).

ცხრილი 51

რუსეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2004		143,2
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		-0,3%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2005)	სულ	64.8
	კაცი	59,0
	ქალი	72,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე % მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (2004) http://www.healthguideusa.org/NationalCosts		6,0
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		61,3
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		38,7
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2004)		582.7

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 შემოღებულია პაციენტის მიერ ძვირადღირებული მანიპულაციებისა და ოპერაციების ფასის თანაგადახდა, რაც ხელს უშლის მოსახლეობას, თანასწორი უფლებებით ისარგებლონ.

წარმოქმნილმა სიძნელეებმა 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 2005 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 ტენდეციებისა 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 2823 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 7,8%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი მთლიანად

ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 81,3%. დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია მსოფლიოში და 82,1 წელს შეადგენს (ცხრილი 52).

ცხრილი 52

იაპონიის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2004		128,0
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		0,2%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2005)	სულ	82,1
	კაცი	79,0
	ქალი	86,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (2004) http://www.healthguideusa.org/NationalCosts		7.8
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		81,3
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		18,7
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2004)		2823

ჯანდაცვის სამინისტროსთან ფუნქციონირებს სამედიცინო დაზღვევის ცენტრალური ადმინისტრაციული ორგანო – დაზღვევის დეპარტამენტი, ხოლო პრეფექტურებში – სამედიცინო დაზღვევის ადგილობრივი ორგანოები. მუნიციპალურ 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 3173.0 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 9,8%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 69,8%. დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა და 79,8 წელს შეადგენს (ცხრილი 53).

კანადის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2004		32,2
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		0,9%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2005)	სულ	79,8
	კაცი	78,0
	ქალი	83,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (2004) http://www.healthguideusa.org/NationalCosts		9,8
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		69.8
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		30,2
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2004)		3173.0

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 საკალდებულო დაზღვევის ფონდების მონაწილეობა.

თურქეთში ისევე, როგორც რუსეთის ფედერაციაში, ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯები საკმაოდ მცირეა და მხოლოდ 324,8 აშშ დოლარს შეადგენს, რაც მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 7,7%-ია, მათ შორის სახელმწიფო დანახარჯი მთლიანად ჯანმრთელობაზე დახარჯულის 72,3%. დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა მხოლოდ 70,9 წელია (ცხრილი 54).

თურქეთის ზოგიერთი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებელი

ქვეყნის მოსახლეობა (მლნ) – 2004		73,2
მოსახლეობის საშუალო წლიური მატება		1,9%
სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა (წელი) (2005)	სულ	70.9
	კაცი	69,0
	ქალი	74,0
დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (2004) http://www.healthguideusa.org/NationalCosts		7.7
სახელმწიფო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		72,3
კერძო დანახარჯების % ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (2004)		27.7
საერთო დანახარჯები 1 სულ მოსახლეზე (აშშ დოლარი) (2004)		324,8

სამედიცინო მომსახურების ხარჯები შემდეგნაირად ნაწილდება: სახელმწიფო ბიუჯეტი მუნიციპალიტეტთა მოთხოვნებსა და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ განხორციელებულ პროგრამებს აფინანსებს, მოსახლეობა საკუთარი სახსრებით ფარავს ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა, კერძო საავადმყოფოების და ლაბორატორიების მომსახურებას და წამლების საფასურს.

პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემა, ძირითადად, წარმოდგენილია საფერშლო-საბებიო პუნქტით (Post), სადაც, უმეტესად, ექთნები მუშაობენ და მათ ორსულთა ზედამხედველობისა და მშობიარობის მიღების უფლება გააჩნიათ. თითოეული პუნქტი 2500-3000 მოსახლეს ემსახურება. შემდეგ დონეზეა ჯანმრთელობის ცენტრები, რომლებიც, საშუალოდ, 5-10 ათას მოსახლეს უწევენ 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 ჯამრთელობის დაცვას. აქედან გამომდინარე, გასაგებია ის უდიდესი მნიშვნელობა, რომელიც ქვეყანაში ეთმობა ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ოპტიმიზაციას, დეცენტრალიზაციის პრობლემების გადა-ჭრას, სამედიცინო კადრების მომზადებას, თანამედროვე საინფორმაციო სისტემის დანერგვას და სხვ.

17.4. 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 მისტერიები, 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 ძელებვის, სახისა და სხეულის ძალაძოების) 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" წარმოშობი უძველესი სამედიცინო კულტურის მქონე ქვეყნებს შორის.

სულიერი სიბრძნის, კერძოდ კი, მედიცინის ხელოვნებამდე აყვანილ მითებსა და ლეგენდებს საფუძველს უმაგრებს ნიეთიერი მასალები, რომლებიც მოპოვებულია არქეოლოგიური გათხრებისას არა მხოლოდ კოლხეთის, არამედ საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე. ძვ.წელთაღრიცხვის II ათასწლეულიო 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.აღ. II ათასწლეულში ქართულ ენაზე შექმნილი თხზულება „ამირანიანი" ჰიგეთხრობს დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის იმდროინდელი მეთოდებისა და მანიპულაციების შესახებ. მოტანილია ცნობები ხელოვნური შობიარობის ანუ ე.წ. საკეისრო კვეთის შესახებ, წამოჭრილია ღღენაკლული ახალშობილის ზრდისა და განვითარების დასასრულებლად ხელოვნური გარემოს (ინკუბატორის) შექმნის იდეა, ჭრილობის დამუშავების მატერიალისტური თუ მაგიური წესები, იკვეთება ოვალის ამოღებისა და ჩასმის (ტრანსპლანტაციის) იდეა, მოწოდებულია გარკვეული წარმოდგენები ყვავილის ინფექციაზე, ლაპარაკია ბალახების სამკურნალო თვისებებზე. ჰაგიოგრაფიულ 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 იბერისა 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 ცხოვრებაც", 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. „უფრცხლო" მკურნალმა ილარიონ ქართველმა (822-875 წ.წ.) ბიზანტიაში დააარსა ორი ქართული მონასტერი, სადაც ხდებოდა „ხორცთასა სალმბილრთა" 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.

განვითარებული ფეოდალიზმის ხანაში გაჩნდა ჯარა ექიმის (ქირურგის), აქიმის (ოერაპევტის) და მეანის ცნებები, რომლებიც მოიცავდა თითოეული მათგანის მკვეთრად გამიჯნულ ფუნქციებს.

X-XIII საუკუნეებში ჩნდება ორიგინალური, ქართულ ენაზე შექმნილი სამედიცინო ლიტერატურა. ქანანელის „უსწორო კარაბადინსა" (X ს.) და ხოჯაყოფილის „წიგნი საქიმოი"-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, სამკურნალწამლო 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 ჰიპოკრატესეული ჰუმორული თეორიის ჩარჩოებში. წიგნში დეტალურად არის განხილული ჰიგიენისა და ნუტრიციოლოგიის, დიეტეტიკის, კერძო პათოლოგიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები.

კანონმდებლად ცნობილმა ქართლის მეფე ვახტანგ VI-ამ 1705-1708 წლებში შექმნა ფეოდალური სამართლის კოდექსი, რომელშიც შეტანილი იყო „სამედიცინო პარაგრაფებიც". ამავე პერიოდში მსოფლიო სამედიცინო საზოგადოებას (რუსეთი, ინგლისი, საფრანგეთი) ეცნობა ქართველი ექიმების მიერ ყვავილის წინააღმდეგ ბრძოლაში მიღწეული წარმატებების შესახებ. მედიცინის ისტორიაში შემონახულია ქართველ მენუშტრეთა 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 მკურნალთა 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, ამერკავკასიის 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 ამერკავკასიაში 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 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 გამოვიღა 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. ალადაშვილის სახელობის I კლინიკური საავადმყოფო, ამერკავკასიის 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 ღამბარაშვილი, თიელ ქუთათელაძე, სიმონ გოგიტიძე, ვლადიმერ ტიღენტი, ლევან მარუაშვილი** და სხვ. თითოეული მათგანი შემდგომში ცალკეულ სამედიცინო დარგში აღიარებული და სახელოვანი ქართული სამედიცინო სკოლების (ქირურგიული, თერაპიული, მეან-გინეკოლოგიური, კარდიოლოგიური, ფიზიოლოგიური, პათანატომიური, ჰიგიენისა და პროფილაქტიკური, ფარმაკოლოგიური და სხვა) შემქმნელი გახდა, სადაც ახალგაზრდა სამედიცინო კადრები ეზიარებოდნენ იმდროინდელი თეორიული ცოდნის უახლეს დონეს.

1918-21 წლებში მოხერხდა გადაჭრილიყო ათეული წლების განმავლობაში 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.

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 მიზნდასახულობით 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 პარალელურად, დაიწყო ჯანაუნქტების 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 ჯანაუნქტი, 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, როგორებიც 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 ნაწილისათვის ხელმიუწვდომელი იყო თანამედროვე დონის 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 აღზევება, რაც, ბუნებრივია, უარყოფითად მოქმედებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

შედეგად, მკვეთრად გაუარესდა საქართველოს მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები. გაიზარდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, დაირღვა ვაქცინაციის ვადები, რამაც დიფთერიისა და სხვა საშიშ ინფექციათა აფეთქება განაპირობა. მკვეთრად შესუსტდა სანიტარიული 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 მოამზადების ხარისხის გაუარესება.

ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გამო 5-7 წლის განმავლობაში მკვეთრად შემცირდა და 1994 წელს ერთ სულ მოსახლეზე, დახლოებით, 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.

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 დონის 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 აკრედიტაცია-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. 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.

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 მიმდინარე 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 ფონდი გადაკეთდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად, ჩამოყალიბდა მისი რეგიონული ფილიალები.

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 ძალისხმევის შედეგად შესაძლებელი გახდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების პროცესის დამუხრუჭება და მისი გაუჯობესების, მართალია, უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც დაწყება. განვითარება დაიწყო ისეთმა მაღალტექნოლოგიურმა სამედიცინო დარგებმა, როგორებიცაა ბავშვთა კარდიოქირურგია, გულის იშემიურ დაავადებათა ქირურგიული კორექცია, ორგანოთა ტრანსპლანტაცია და თირკმლის დიალიზი.

ქვეყანაში პრაქტიკულად გადაწყდა სამედიცინო მომსახურებისა და სამკურნალწამლო საშუალებების ხელმისაწვდომობის პრობლემა. მაგრამ ზედმიწევნით მწვავედ დგას მათდამი მოსახლეობის დიდი ნაწილის ეკონომიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საკითხი. მიუხედავად იმისა, რომ 2005-2007 წწ. მიღწეულია ჯანდაცვის ბიუჯეტის თითქმის სამმაგი ზრდა, მოსახლეობის დიდი ნაწილი სრული სპექტრით მაინც ვერ სარგებლობს კვლიფიციური სამედიცინო დახმარებით.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული 2006-2015 გლობალური ჯანმრთეობის გაუმჯობესების სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულია მთელი რიგი მსხვილი პრობლემა, რომელთა გადაწყვეტა საერთაშორისო თანამეგობრობის მხარდაჭერით ხორციელდება საქართველოს მთავრობის მიერ. ესენია:

- ქვეყანაში სიღარიბის მასშტაბების შემცირება, რაც თავისთავად ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ინდიკატორების გაუმჯობესებას;
- ინდივიდუალური და გლობალური ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა;
- ადეკვატური სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა მოსახლეობის ყველა ფენისათვის, გენდერული თანასწორობის და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ადამიანის უფლებების დაცვის ხელშეწყობა;

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის დეტერმინანტების გაუმჯობესება
- ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება და მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი დახმარების უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო ცოდნის, მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების ფართო გამოყენება;
- ჯანდაცვის სისტემის და ჯანდაცვის სამსახურების მართვის პროცესის მოდერნიზება, სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის გაძლიერება.

გასაგებია, რომ შეზღუდული რესურსების პირობებში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის პროცესში უნდა შეირჩეს ისეთი პრიორიტეტები, რომელთა განხორციელების შედეგად შესაძლებელი გახდება მაქსიმალური სოციალური და სამედიცინო ეფექტის მიღწევა მინიმალური დანახარჯებით. ამასთან, დაგეგმილი ღონისძიებები უნდა იყოს შესრულებადი არსებული ინფრასტრუქტურის გათვალისწინებით.

ახალი სტრატეგიული მიმართულებებისა და მათი განხორციელების მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრის პროცესში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო სისტემის ეფექტური რეგულირების, საჭირო რესურსების მობილიზებას, მოსალოდნელი ცვლილებების მონიტორინგის და ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმების შემუშავებას და სხვ.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის შემდგომი რეფორმირების პრიორიტეტების განსაზღვრაში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო მოსალოდნელი შედეგების სოციალური, სამედიცინო და ეკონომიკური ექტურობის განსაზღვრას, უპირატესობა მიენიჭა იმ სტრატეგიების შერჩევას, რომელთა განხორციელება შეეხებოდა არა პაციენტთა ცალკეულ ჯგუფებს, არამედ მთლიანად ქვეყნის მოსახლეობას. ამ მიზეზით, ძირითადი აქცენტი გაკეთდა ისეთ პრობლემებზე, როგორებიცაა:

- პირველადი ჯანდაცვის სექტორის პრიორიტეტული განვითარება;
- დაავადებათა პრევენციაზე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე მიმართული საკითხების გადაწყვეტა;
- დაავადებათა მართვის პროგრამების შექმნა;
- საზოგადოებრივი და კერძო სექტორის როლების ოპტიმალურ გადანაწილება;
- ხარისხის კონტროლის ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბება;
- ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაციის პროცესის შემდგომ გაძლიერება და სხვ.

თავისთავად ამ სტრატეგიების განხორციელება მოითხოვს დამატებითი ფონდების მოძიებას, რაც ითვალისწინებს როგორც დამატებითი საბიუჯეტო სახსრების გამოყოფას, ასევე უცხოური გრანტებისა და სესხების მოზიდვას. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სავალდებულო და ნებაყოფლობითი დაზღვევის სქემების გაფართოებას.

კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტის განხორციელება (რომელსაც ძირითადად, მსოფლიო ბანკი აფინანსებს) დაიწყო 2003 წლის ივლისში. პროექტი ითვალისწინებს ქვეყნის მოსახლეობის ყველა ფენისათვის ხელმისაწვდომი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბას და გაწეული მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. პროექტი შეიცავს სამ კომპონენტს:

- საოჯახო მედიცინის პრინციპზე დაფუძნებული სისტემის განვითარებას;
- პირველადი ჯანდაცვის სექტორში ინფრასტრუქტურის განახლებას;
- ადამიანური რესურსების მომზადებას.

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტის ფარგლებში უკვე განხორციელებულია საკმარისად მასშტაბური მუშაობა. კერძოდ, რეგიონებში მოქმედი 753 სოფლის ამბულატორიის მუშაობის კომპლექსური შეფასების საფუძველზე ჩატარდა სისტემის ოპტიმიზაცია, რომელიც ითვალისწინებდა მრავალი საკითხის გადაწყვეტას (იხ. ცხრილი 55)

პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ოპტიმიზაციის შედეგები

რეგიონი	ოპტიმიზაციამდე	გაუქმებული ობიექტი	დამატება	შედეგი	მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა
აჭარის არ	62	6	3	59	90.6% 15 წთ
იმერეთი	169	36	1	134	85.3% 15 წთ
გურია	63	16	0	47	96.2% 15 წთ
რაჭა-ლეჩხუმი	38	0	11	49	82.7% 15 წთ
სამეგრელო	134	26	0	108	96.3% 15 წთ
სამცხე-ჯავახეთი	69	3	1	67	89.9% 15 წთ
ქვემო ქართლი	100	21	0	79	94.0% 15 წთ
მცხეთა-მთიანეთი	43	2	0	41	85.5% 15 წთ
შიდა ქართლი	75	24	0	51	93.5% 15 წთ
სულ*	753	134	16	635	

გათვალისწინებულია, რომ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ქსელის ოპტიმიზაციის შედეგად ქვეყნის მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის მოიხსნება სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა. ამასთან, ისევ მწვავე პრობლემად რჩება ფინანსური ხელმისაწვდომობის საკითხები. პროექტის ფარგლებში უკვე განხორციელდა და კიდევ მიმდინარეობს ოჯახის ექიმისა და ექთნის ინტენსიური მზადება. იგულისხმება, რომ საოჯახო პრაქტიკის ცენტრი საშუალოდ მოემსახურება 2000 მოსახლეს გუნდური პრინციპის გამოყენების საფუძველზე (ერთი ოჯახის ექიმი და ერთი მედდა, რომელიც აგრეთვე პასუხისმგებელია ადმინისტრაციულ საქმიანობაზე). საოჯახო პრაქტიკის ცენტრის პერსონალის დატვირთვა შესაძლოა შემოიფარგლოს 250-1000 მოსახლით იმ ზონებში, რომლებსაც გეოგრაფიული და კლიმატური პირობების გამო ზოგჯერ თვეობით არ გააჩნიათ სატრანსპორტო კავშირები რეგიონალურ ცენტრებთან. მსგავსი დასახლებულ პუნქტებში ყალიბდება ჯგუფური საოჯახო პრაქტიკის ცენტრები, სადაც მუშაობს რამდენიმე გუნდი. ამ შემთხვევაში გათვალისწინებულია ადმინისტრაციული სამსახურის შექმნა. მენეჯერის როლი შემოიფარგლება ადმინისტრატიული, საჭიროების შემთხვევაში იურიდიული და საფინანსო საკითხებით, იგი არ მონაწილეობს კლინიკური შემთხვევების მართვაში. მენეჯერის თანამდებობის შემოღება აგრეთვე გათვალისწინებულია ყოველი ხუთი ან მეტი პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მხარდასაჭერად.

ოპტიმიზაციის პროცესი აგრეთვე დაწყებულია ჰოსპიტალურ სექტორშიც (ეს საკითხი გაშუქებულია სახელმძღვანელოს მომდევნო თავებში).

ახალ პირობებში სერიოზულად იცვლება შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს როლი და პასუხისმგებლობის ფარგლები. მისი საქმიანობა დაეფუძნება არა იერარქიულ კონტროლს, არამედ შედეგზე ორიენტირებულ მართვას. ამ კუთხით განსაკუთრებით გაძლიერდება ისეთი მიმართულები, როგორიცაა ხარისხის კონტროლი, სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის საკითხების გადაწყვეტა, დარგთაშორისი სამუშაოების წარმოება, დონორების მოქმედების კოორდინირება და სხვ.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგებია ის მიზეზები, რომელთა გამოც ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელების არსებული სქემა არ არის ხისტი, იგი ჩამოყალიბებულია არსებული სტრატეგიული მიმართულებების უზრუნველსაყოფად, ამიტომ ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების პარალელურად შესაძლებელია პრიორიტეტების გადანაწილება, რომლებიც მიმართული იქნება უკვე არა დარგის გადარჩენისაკენ, არამედ მისი

თანმიმდევრული წინსვლისა და ქვეყნის ყოველი მოქალაქისათვის ადეკვატური სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფისაკენ.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რა გზებით უნდა ხორციელდებოდეს ჯანდაცვის რეფორმები ეკონომიკურად ძლიერ ქვეყნებში?
- საჭიროა თუ არა ჯანდაცვის რეფორმების მიმდინარეობის გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა?
- აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების დადებითი და უარყოფითი მხარეები
- თურქეთის ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების დადებითი და უარყოფითი მხარეები
- რა გზით უნდა განვითარდეს საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკა?
- ჯანდაცვის რეფორმები საქართველოში – შეცდომების ჯაჭვი თუ კრიზისის დაძლევა?

დამატებითი ლიტერატურა

- International Health Regulations, WHO, Geneva, 2005
- BASIC COUNTRY HEALTH PROFILES FOR THE AMERICAS http://www.paho.org/English/SHA/profiles.htm
- Guideline development in Europe. An international comparison *Int J Technol Assess Health Care* 2000, 16(4):1039-1049
- N. Higginbotham, G.Albrecht, L.Connor Health Social Science (A Transdisciplinary and Complexity Perspective) Zed Books, London, 2002
- Applying Health Social Science: Best Practice in the Developing World", Zed Books, London, 2001
- *Shortell S.M., Kaluzny A.D.* – Essentials of Health Care Management. Organization Design and Behavior. – Delmar Publishers, Albany/New York, 1994
- OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991, Paris: OECD, 1993
- Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004

კარი III
ჯანდაცვის მენეჯმენტი და ადმინისტრირება

ნაწილი I
ჯანდაცვის მენეჯმენტი

თავი 18. მენეჯმენტის ცნება და სახეები
თავი 19. ორგანიზაცია, როგორც სისტემა
თავი 20. მენეჯმენტის ფუნქციები
თავი 21. მართვის ორგანიზება
თავი 22. ინფორმაციული სისტემები მენეჯმენტში
თავი 23. სამედიცინო კადრების მენეჯმენტი
თავი 24. მენეჯერის მუშაობის მეთოდები

ნაწილი II
ჯანდაცვის სერვისების ადმინისტრირება

თავი 25 პირველადი ჯანდაცვის სისტემა
თავი 26. სტაციონარული დახმარება
თავი 27. მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დამყარებული მედიცინა
თავი 28. ხარისხის კონტროლი ჯანდაცვის მენეჯმენტში

თავი 18

მენეჯმენტის ცნება და სახეები

მეთვრამეტე თავის შინაარსი

18.1. შესავალი
18.2. მენეჯმენტი და მართვა
18.3. მენეჯმენტის შესწავლის საგანი
18.4. მართვის სისტემა
18.5. მენეჯმენტის ძირითადი თეორიები
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა მენეჯმენტის განვითარების მოკლე ისტორიას
- გაეცნობა მენეჯმენტის ძირითად თეორიებს
- შეაფასებს სამედიცინო დაწესებულებათა მეცნიერულად დასაბუთებული მართვის ეფექტურობას კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე

18.1. შესავალი

თანამედროვე გაგებით, მენეჯმენტი წარმოადგენს ორგანიზაციული მიზნების მიღწევის პროცესს.

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 შესრულებას მკაცრი ადმინისტრირების გარეშე.

მენეჯმენტი ინგლისური წარმოშობის სიტყვაა (management – მართვა, ხელმძღვანელობა, სიფრთხილე) და გულისხმობს **ადამიანთა საქმიანობის მართვასა და ორგანიზაციას, მეცნიერებას მართვის შესახებ, ხოლო მენეჯერი — პროფესიონალი მმართველია.**

მენეჯერის ერთ–ერთ ძირითად ფუნქციას აგრეთვე წარმოადგენს სამართავი ობიექტის საქმიანობისადმი სათანადო კონტროლის გაწევის აუცილებლობა.

სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, **მენეჯმენტი წარმოადგენს საქმიანობას, რომელიც განსაზღვრავს, თუ ვინ, როდის, რა და როგორ უნდა გააკეთოს.**

მენეჯმენტი, როგორც მეცნიერება, ძირითადად შეისწავლის ორგანიზაციის მოქმედების შიდა სფეროს, რომელიც, თავის მხრივ, ორ საყრდენზეა აგებული: ერთი მხრივ, ესაა წარმოებისა და მომსახურების მოწესრიგებულ 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.

ცნება „მენეჯერი" იხმარება სხვადასხვა ფუნქციის შესრულების აღსანიშნავად. დირექტორი, უფროსი, გამგე, ჯგუფის ხელმძღვანელი — ყველა ეს პიროვნება, რომელიც შესაბამის ფუნქციას ასრულებს, თავისი მუშაობის არსით მენეჯერულ საქმიანობას ეწევა. მენეჯერის საქმიანობის მრავალწახნაგოვნობის გამო ძნელია ერთიანი, აბსოლუტურად ზუსტი განსაზღვრება მიეცეს მის ფუნქციებს, თუმცა შეიძლება რამდენიმე ისეთი ძირითადი ნიშნის გამოყოფა, რაც ყველა დონის მენეჯერს ახასიათებს, ესენია:

- მენეჯერი ხელმძღვანელობს ერთს ან რამდენიმე თანამშრომელს;
- მენეჯერი მართავს მთლიანად დაწესებულებას ან მის ნაწილს;
- მენეჯერს მინიჭებული აქვს შესაბამისი უფლება-მოვალეობანი, იგი უფლებამოსილია მიიღოს გადაწყვეტილება, რომლის შესრულება აუცილებელია დაქვემდებარებული თანამშრომლებისათვის.

სხვანაირად რომ ვთქვათ, მენეჯერი თავის ორგანიზაციაში ახორციელებს მუშაობის დაგეგმვას, კოორდინაციას, რეგულირებას, კონტროლს, იღებს შესაბამის გადაწყვეტილებებს და უზრუნველყოფს მათ დაყენას კონკრეტულ შემსრულებლამდე. მმართველობის ოთხი ძირითადი ფუნქციის — დაგეგმვის, ორგანიზების, გაძღოლისა და კონტროლირების განხორციელება განსაზღვრავს მენეჯმენტის პროცესის მხოლოდ ბაზისურ ფორმას, სხვა ელემენტების გამოყენება მხოლოდ ხელს უწყობს მენეჯერს მიზნის მიღწევაში.

18.2. მენეჯმენტი და მართვა

მენეჯმენტის არსის სწორი გაგებისათვის საჭიროა მკაფიოდ განვასხვავოთ ტერმინი „მენეჯმენტი" და „მართვა", რომელიც შედარებით უფრო ფართო და ზოგადი ცნებაა.

„მართვა" გულისხმობს იმ პროცესებს, რომლებიც მიმდინარეობს ცოცხალ ბუნებაში, ტექნიკასა თუ საზოგადოებაში (ანუ სოციალურ სისტემაში, რაც გულისხმობს ეკონომიკის, პოლიტიკის, იდეოლოგიისა და სულიერი კულტურის ერთობლიობას).

ამიტომაც, ცალკე უნდა განვიხილოთ მართვის სამი ტიპი: მართვა ცოცხალ ბუნებაში — რასაც შეისწავლის ბიოლოგიური მეცნიერება, მართვა არაცოცხალ ბუნებაში — რასაც შეისწავლის ტექნიკური და ტექნოლოგიური მეცნიერებანი, მართვა

საზოგადოებაში, ანუ სოციალური მართვა — რასაც შეისწავლის საზოგადოებრივი მეცნიერებანი და მათ შორის თანამედროვე მენეჯმენტის თეორია.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, **მართვა წარმოადგენს მიზანშეწონილი მოქმედების ორგანიზაციას, ადამიანთა მოქმედების კოორდინაციას, სისტემის ახალ მდგომარეობაში გადაყვანის პროცესს, დასმული მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე.**

უფრო ფართო გაგებით მართვა ესაა განსხვავებული (ბიოლოგიური, სოციალური, ტექნიკური) ბუნების მქონე ორგანიზებულ სისტემათა ფუნქცია ან ელემენტი, **რომელიც უზრუნველყოფს მათი სტრუქტურის შენარჩუნებას, მოქმედების რეჟიმის დაცვას, პროგრამის რეალიზაციასა და სათანადო მიზნების მიღწევას.**

ეს ბოლო განმარტება ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ მოქმედება — ორგანიზაციის ელემენტია, ხოლო ინფორმაცია — მისი ერთ-ერთი ძირითადი რესურსია. ამ კუთხით ყურადსაღებია ჯ. ფოსტერის აზრი იმის შესახებ, რომ მართვა წარმოადგენს ინფორმაციის მოქმედებაში გარდასახვის პროცესს.

მართვა შეიძლება აგრეთვე განისაზღვროს, როგორც **სისტემის მოწესრიგება, ვინაიდან იგი უნდა შეესატყვისებოდეს მოცემულ გარემოში მოქმედ გარკვეულ ობიექტურ კანონზომიერებებს.**

იდეალურ შემთხვევაში ითვლება, რომ მართვა დამოკიდებული უნდა იყოს არა ხელმძღვანელის პირად თვისებებზე, არამედ მეცნიერულ საფუძველზე აგებულ მართვის სისტემაზე. აშკარაა პიროვნების როლის, მენეჯერის პირადული თვისებების გავლენა საბოლოო შედეგზე, მაგრამ უდავოა, რომ კარგ მენეჯერს შეუძლია კიდევ უფრო მეტი ეფექტის მიღება, როცა შექმნილია მოქნილი მართვის სისტემა.

შეიძლება გადაუჭარბებლად ითქვას, რომ **საშუალო ორგანიზატორი, რომელიც ხელმძღვანელობას ახორციელებს მართვის მეცნიერული ორგანიზაციის საფუძველზე, უფრო ძლიერია, ვიდრე ნიჭიერი ორგანიზატორი, რომელიც მართვის მეცნიერულ პრინციპებს არ იცნობს.** მენეჯმენტის, როგორც მეცნიერების, ერთ-ერთი ფუძემდებლის გ. ემერსონის აზრით: **„საშუალო ადამიანის ხელში სწორი პრინციპების გამოყენებაზე დამყარებული მართვა უფრო ძლიერია, ვიდრე გენიოსის უსისტემო და შემთხვევითი ცდები — დაამყაროს სათანადო წესრიგი“.**

მენეჯმენტი ზედმიწევნით ფართო სფეროა. მაგალითად, თუ საქმე გვაქვს სამედიცინო სფეროსთან — პაციენტის გამოკვლევის, მკურნალობის ან რეაბილიტაციის პროცესთან დაკავშირებული მატერიალური, საკადრო, საფინანსო და სხვა სახის რესურსების, თანამშრომელთა ურთიერთდამოკიდებულების მართვა გაცილებით იოლია, თუ მას მენეჯმენტის თეორიის კუთხით მიუდგებით.

18.3. მენეჯმენტის შესწავლის საგანი

უფრო კონკრეტულად, მენეჯმენტის საგანია მმართველობითი გადაწყვეტილებების გამომუშავება, მიღება და რეალიზაცია ამ პროცესში წარმოშობილი ეკონომიკური, ორგანიზაციული, სოციალურ-ფსიქოლოგიური და სხვა ურთიერთობების გათვალისწინებით.

მართალია, ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, მენეჯმენტი ეკონომიკურ მეცნიერებათა რიგს მიეკუთვნება, მაგრამ იგი აგრეთვე შეისწავლის ურთიერთობათა სამართლებრივ, სოციალურ-ფსიქოლოგიურ, ეთიკურ და სხვა ასპექტებსაც. მენეჯმენტი, როგორც მეცნიერება, მიზნად როდი ისახავს მზა ფორმულირებების, ან ნებისმიერი სიტუაციისათვის საუკეთესო გადაწყვეტილებათა შემუშავებას. მისი ძირითადი ამოცანაა, ახსნას კანონზომიერებანი, რომლებიც აღნიშნული ურთიერთობების პროცესში ვლინდება, და ამის საფუძველზე დაამუშაოს კონკრეტული ამოცანის გადაწყვეტის ეფექტური გზები.

მაშასადამე, **მენეჯმენტი შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ცოდნის სისტემა მიმართული ორგანიზაციის, ტექნიკისა და ტექნოლოგიის, ადამიანურ ურთიერთობათა განვითარების კანონზომიერებათა შესწავლაზე.**

მენეჯმენტი ოთხი ძირეული ელემენტისაგან შედგება:

მენეჯმენტის თეორიისაგან, რომელიც შეისწავლის მართვის სფეროში მოქმედ კანონებს, კანონზომიერებებს, პრინციპებს, კატეგორიებსა და ცნებებს, ახდენს მათ სისტემატიზაციას;

მენეჯმენტის მეთოდებისაგან, რომლებიც შეისწავლიან როგორც მთლიანად ადამიანთა ჯგუფებზე, ასევე მათ თითოეულ წევრზე ეკონომიკური, სოციალურ-ფსიქოლოგიური, ადმინისტრაციული და სხვა სახის ზემოქმედების ხერხებსა და მეთოდებს, მათი პრაქტიკული გამოყენების გზებს;

მენეჯმენტის ორგანიზაციისაგან, რომელიც შეისწავლის მმართველობით ფუნქციებს, ადგენს ორგანიზაციაში მოქმედ მართვის ობიექტთა ურთიერთდაქვემდებარების წესს, მართვის ორგანიზაციული ფორმებს და ა.შ.

მენეჯმენტის ტექნიკასა და ტექნოლოგიისაგან, რომელიც სწავლობს სისტემაში ინფორმაციის მიღების, დამუშავების, მმართველობით გადაწყვეტილებათა გამომუშავების, სისტემური ანალიზის საქმეში შესაბამისი პროგრესული ტექნიკის, მათემატიკური მეთოდების გამოყენების გზებს და ა.შ.

ჩამოთვლილ 4 ელემენტისაგან პირველს — მენეჯმენტის კანონებს, კანონზომიერებებსა და პრინციპებს ობიექტური მნიშვნელობა აქვს. ეს იმას ნიშნავს, რომ მენეჯერი მათ ვერ ირჩევს, თუმცა მათ მოქმედებას ითვალისწინებს, თავისი საქმიანობის აუცილებელ წესად იხდის, ვინაიდან ისინი არსებობენ და მოქმედებენ ადამიანებისაგან დამოუკიდებლად. რაც შეეხება დანარჩენ სამ ელემენტს, მათი შერჩევა მენეჯერის ცოდნასა და უნარზეა დამოკიდებული. ამიტომ მათ მენეჯმენტის შემადგენელ ელემენტებსაც უწოდებენ.

მაშასადამე, **მართვის ხარისხი დამოკიდებულია მენეჯერის არა მარტო დაგროვილ ცოდნაზე, მეცნიერულ ჭვრეტაზე, არამედ მის უნარზე — გამოიყენოს ეს ცოდნა საქმიანობაში. ამ ცოდნის გამოყენების უნარი და ეფექტურობა მენეჯერის კვალიფიკაციაზე მეტყველებს.**

18.4. მართვის სისტემა

საბოლოო სახით ორგანიზაციასთან დაკავშირებული მართვის სისტემა შემდეგნაირად შეიძლება წარმოვიდგინოთ:

მართვის სუბიექტი — მენეჯერი ან მენეჯერი და მისი შტაბი;

მართვის ობიექტი — ორგანიზაცია ან ორგანიზაციის ნაწილი;

გარემო — ბაზარი (მიმწოდებლები, მომხმარებლები, კონკურენტები), სახელმწიფო (კანონები, გადასახადები, სუბსიდიები და ა.შ.) და სხვ. ეს სისტემები ერთმანეთს საინფორმაციო არხების მეშვეობით უკავშირდებიან.

მენეჯმენტის სახეები მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან, მაგრამ არსებობს საერთო, რაც მათ ერთმანეთთან მჭიდროდ აკავშირებს. ყველა სფეროს მენეჯერს საქმე აქვს ერთი და იმავე სახის რესურსებთან, რომლებიც მათზე დაკისრებული ფუნქციების შესრულების შესაძლებლობას განაპირობებენ. ეს რესურსებია: ფინანსები, საკადრო, მატერიალურ-ტექნიკური და ა.შ.

ყველა რესურსს თავისი ადგილი უკავია მენეჯერის საქმიანობაში, მაგრამ გადამწყვეტი მნიშვნელობა მართვაში ენიჭება საფინანსო რესურსებს, რომლებიც ღირებული რესურსების შეძენის საშუალებას იძლევა.

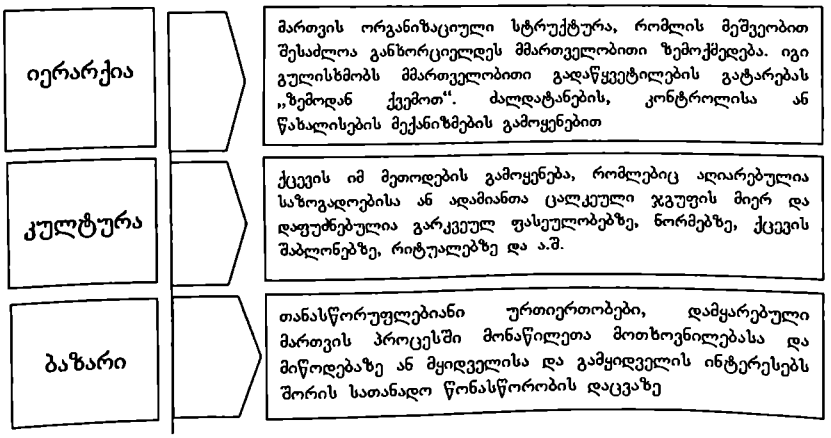
განასხვავებენ: ე.წ. გარემო-მართვის ობიექტს, მაგალითად, რესურსების ნაკადს (ნედლეული, მოწყობილობა, ადამიანები), ინფორმაციის ნაკადს (ფორმალური ანდა არაფორმალური), საჭიროა განვასხვავოთ ფორმალური ინფორმაცია, რომელიც წარმოადგენს შეკრებილ, შერჩეულ და გამოყენებისათვის მომზადებულ მონაცემებს, არაფორმალურისაგან – სხვადასხვა შეუმოწმებელი ცნობის, მოარული ხმებისა თუ ჭორების სახით და ე.წ. გარემო-მართვის სუბიექტს (დავალებების ნაკადი, მმართველური გადაწყვეტილებები, ამოცანების დასახვა და ა.შ.), ინფორმაციის ნაკადი (ფორმალური ანდა არაფორმალური).

საინფორმაციო არხები და მათი მეშვეობით გადაცემული ინფორმაცია (შეეხება ეს რესურსების ნაკადს, მმართველურ დავალებებს თუ სხვა) მართვის ობიექტში რეალიზებას ჰპოვებს რომელიმე გამოსასვლელი პროდუქტის (ან მომსახურების) წარმოების სრულიად გარკვეულ ტექნოლოგიურ პროცესში.

მმართველური ზემოქმედება ფაქტიურად წარმოადგენს დავალებას, რომელიც თავის თავში შეიცავს ინსტრუქციას, თუ რა და როგორ უნდა შესრულდეს, ამავე დროს ის არ არის შესრულებასთან დაკავშირებული მოქმედება და არ გულისხმობს მატერიალური რესურსების საქონელში ან მომსახურების რომელიმე სახეში უშუალო გარდაქმნას, მაგრამ, როგორც წესი, მიმართულია ასეთი გარდაქმნის პროცესის სრულყოფის ორგანიზებისაკენ და გულისხმობს „სხვისი ხელების“ ეფექტიან ამოქმედებას წინასწარ დაგეგმილი შედეგის მისაღწევად. თითოეული მმართველური ზემოქმედება სავსებით გარკვეული ადამიანისთვისაა განკუთვნილი, რომელსაც ევალება მისი შესრულება, ანდა უფრო ზუსტად, შესრულების ორგანიზების პროცესში ყოველ მენეჯერს საკუთარი „მმართველობის არე“ გააჩნია, რომელშიც, ბუნებრივია, უნდა მოვაქციოთ ყველა მოქმედება, რომლის შესრულებას იგი უზრუნველყოფს. სწორედ ეს „მმართველობის არე“ წარმოადგენს მენეჯერის, როგორც მართვის სუბიექტის, შესაბამის მართვის ობიექტს.

ნახატი 33

მმართველობითი გადაწყვეტილების გატარების ძირითადი ინსტრუმენტები



სამედიცინო საქმიანობა თავისი მრავალფეროვნებითა და სირთულით, ახალი ტექნოლოგიების გამოყენების მაღალი დონით შეიძლება ნებისმიერ საწარმოო პროცესს გაუტოლოთ. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ვინაიდან ბოლო წლებში შესაძლებელი გახდა ტექნოლოგიების მრავალი ვარიანტის დამუშავება და მაგრამ ხაუკეთესოს შერჩევა, უაღრესად გართულდა სამედიცინო საქმიანობის მართვის პროცესი, რამაც განაპირობა მისი დანაწილება ცალკეულ სფეროებად. სადღეისოდ სამედიცინო მენეჯმენტი მოიცავს, ისეთ დარგებს, როგორიცაა: სოციალური დაზღვევის მენეჯმენტი; ადმინისტრაციული მენეჯმენტი; მარკეტინგის მენეჯმენტი; საფინანსო მენეჯმენტი; საკადრო მენეჯმენტი; სატრანსპორტო მენეჯმენტი და ა.შ.

თითოეულ მენეჯერს ორგანიზაციაში „თავისი" მართვის სისტემა შეესაბამება. შეიძლება ითქვას, რომ, თუ რომელიმე პიროვნების მმართველობის არე ცარიელია, ეს პიროვნება მენეჯერი არ არის. ამასთან, სხვადასხვა მართვის სისტემებს შორის არსებობს კავშირები, რომლებსაც ზოგჯერ საკმაოდ რთული ხასიათი აქვთ. მაგალითად, საავადმყოფოს განყოფილების გამგეს და ამ განყოფილებაში შემავალი ქვედანაყოფის ხელმძღვანელს შორის არსებობს საკმაოდ მკაფიო, ფორმალურად განსაზღვრული სამუშაო კავშირი. ამავე დროს, აღნიშნული განყოფილებებისა და საავადმყოფოს სხვა ორ ქვედანაყოფს შორის შეიძლება მრავალი არაფორმალური ხასიათის კავშირიც არსებობდეს. (მაგალითად, ქირურგიული , განყოფილების დიაგნოსტიკური ქვეგანყოფილების პერსონალი შესაძლოა გადატვირთული იყოს საკონსულტაციო პოლიკლინიკიდან გამოგზავნილი ავადმყოფების მიღებით და ამიტომ დროულად ვერ გამოიკვლიოს საკუთარ განყოფილებაში მოთავსებული პაციენტები, რაც განაპირობებს კონფლიქტური სიტუაციის წარმოშობას ქირურგიულ განყოფილებაში).

გასაგებია, რომ ვინაიდან სამედიცინო დაწესებულების მართვა პირველ რიგში გულისხმობს სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის ეფექტიანად განხორციელებას, ქირურგიულ განყოფილებაში წარმოშობილი ზემოთმოყვანილი სიტუაცია არაერთგვაროვანია. ერთი მხრივ, იგი აფერხებს გეგმიური ავადმყოფების დროულ გამოკვლევას და ოპერატიული ჩარევის განხორციელებას, რაც მოლიანობაში ხელს უწყობს როგორც საავადმყოფო საწოლის არარაციონალურ გამოყენებას (პაციენტის საწოლზე დაყოვნების გაზრდის გამო), ასევე ავადმყოფთა ნაწილის მიზანმიმართული მკურნალობის დაგვიანებულ დაწყებას, პერსონალის დაუტვირთობას, კონფლიქტებს დიაგნოსტიკური ქვეგანყოფილების მუშაკებთან. და, საბოლოო ჯამში, მოლიანობაში ქირურგიული განყოფილების მუშაობის ეფექტურობის შემცირებას. მეორე მხრივ, საკონსულტაციოდ მოსული პაციენტების მოზღვავება ხელს უწყობს არა მარტო დიაგნოსტიკური ქვეგანყოფილების კეთილდღეობის განმტკიცებას, ამკამად ქირურგიული განყოფილების ახალი პაციენტებით დატვირთვას, ვინაიდან გამოკვლევის შემდგომ საკონსულტაციოდ მოსული ავადმყოფების ნაწილი სტაციონარში უნდა მოთავსდეს. აშკარაა, რომ ასეთი სახის პრობლემის გადაჭრის გზების ძიება არა მარტო სათანადო ეკონომიკური გათვლების ჩატარებას, არამედ, რაც მთავარია, სწორი მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღებას მოითხოვს. ამისათვის კი აუცილებელია, წინასწარ განისაზღვროს დაწესებულების წინაშე მდგარი მიზნები და ძირითადი ამოცანები, მათი განხორციელების გზები და პრინციპები, რომლებიც საფუძვლად უდევს მართვის აპარატის საქმიანობას.

18.5. მენეჯმენტის ძირითადი თეორიები

მენეჯერის პრაქტიკის ელემენტები ჯერ კიდევ ანტიკური სამყაროდან იღებს სათავეებს, მაგრამ მენეჯმენტის, როგორც დამოუკიდებელი ფენომენის, თეორიებისა და პრინციპების ჩამოყალიბებას, განვითარება მიეცა ინდუსტრიული რევოლუციის დაწყების შედეგად, როდესაც შესაძლებელი გახდა სხვადასხვა პროდუქციის მასობრივი წარმოება, რამაც, შესაბამისად, მოითხოვა ადამიანური რესურსებისა და ტექნიკური საშუალებების ეფექტური გამოყენება. უკვე მეთვრამეტე საუკუნეში რობერტ ოუენმა პირველად განსაზღვრა მენეჯმენტი, როგორც სამეურნეო საქმიანობის მთავარი ელემენტი. მართალია, უკვე ან

დროიდან მენეჯმენტის მრავალი მეთოდი ემპირიულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით იხმარებოდა საკმარისად აქტიურად, მაგრამ მართვის თეორია, როგორც ცალკე მეცნიერება, ჩამოყალიბდა უ.ტეილორის და მისი მიმდევრების მიერ მხოლოდ 1910 წლიდან. ძირითადი ყურადღება ამ პერიოდში კონცენტრირებული იყო ორგანიზაციის მოქმედების ეფექტურობის გაზრდაზე.

მენეჯმენტის კლასიკური სკოლის წარმომადგენლები ცდილობდნენ ადმინისტრაციული მმართველობის მეთოდების შეცვლას, რათა გამოეყენებინათ უფრო უნივერსალური, მართვის ეფექტურობის გაზრდაზე მიმართული პრინციპები, კერძოდ, ბიჰევიორისტული მიდგომა, რაც საშუალება იძლეოდა, გათვალისწინებული ყოფილიყო ადამიანთა მოთხოვნილებები და სოციალური ურთიერთქმედება.

თანამედროვე მენეჯმენტის თეორიის ერთ-ერთი ფუძემდებლის, ამერიკელი ინჟინერ-მექანიკოსის **ფრედერიკ უინსლი ტეილორის** (F.W.Taylor, 1856-1915) აზრით, წარმოებაზე სათანადო კონტროლის დაწესება უნდა ემყარებოდეს შემდეგ პრინციპებს:

- კონკრეტული დავალების შესრულების საუკეთესო გზის გამონახვის მიზნით მეცნიერულად დასაბუთებული მართვის მეთოდების გამოყენება;
- შესაბამისი სამუშაოებისათვის მუშათა მკაცრი შერჩევა მათი ფიზიკური მონაცემებისა და გონებრივი შესაძლებლობების მიხედვით;
- მუშათა შესაძლებლობების განვითარება, მათი სწავლების და გადამზადების გზით დადგენილი სამუშაო პროცედურების განუხრელი შესრულებისათვის;
- ფინანსური სტიმულების ფართო გამოყენება;
- სამუშაოების დაგეგმვასა და ორგანიზაციაზე სრული პასუხისმგებლობის დაკისრება არა მუშაზე, არამედ — მენეჯერზე.

ფ. ტეილორის თეორია ეფუძნება მოსაზრებას, რომ მმართვითი გადაწყვეტილებები მიღებულ იქნას არა ინტუიციის საფუძველზე, არამედ ფაქტების მეცნიერული ანალიზის შედეგებზე დაყრდნობით.

ამ იდეების ფართო გამოყენებამ 1920-30 წლებში გახადა შესაძლებელი მკვეთრად გაზრდილიყო წარმოება. ტეილორიზმი საფუძვლად დაედო კონვეიერული სისტემის შექმნას, როდესაც შესაძლებელი გახდა კვალიფიცირებულ მუშათა შეცვლა ნაკლებადკვალიფიცირებული პერსონალით, რომელიც პასუხისმგებელი გახდა არა მთლიანად პროდუქციის შექმნაზე, არამედ, მხოლოდ ცალკეული სამუშაო ოპერაციის შესრულებაზე. ამასთან, მუშას უნდა განუხრელად შეესრულებინა თავისი სამუშაო ოპერაცია მკაცრად დადგენილი განრიგის მიხედვით. ამ თეორიამ საფუძველი ჩაუყარა დაგეგმვის პროცესის სეგმენტაციას და ადმინისტრაციული პერსონალის გავლენის ზრდას.

ფ. ტეილორის იდეებზე დაყრდნობით ჰენრი ფორდმა 1914 წელს თავის სახელოსნოში დანერგა პირველი კონვეიერული ხაზი, რომლის მეშვეობით ახალი ავტომანქანის აწყობის დრო შემცირდა 700 საათიდან 93 წუთამდე.

ჰ. ფორდის ქარხნების მოქმედება ეფუძნებოდა შემდეგ პრინციპებს: **პროგნოზირებადი შედეგი, რაციონალიზაცია და წესრიგი.**

ერთ-ერთ სიახლეს, რომელიც კონვეიერული სისტემის დანერგვამ მოიტანა, წარმოადგენდა მუშის სამუშაო ადგილზე ასაწყობი მანქანის გადაადგილების სიჩქარის რეგულირება მისი ფიზიოლოგიური შესაძლებლობიდან გამომდინარე. ამით მუშებს აიძულებდნენ, ემოძრავათ იმდენად ჩქარა, რამდენადაც მოითხოვდა ამას კონვეიერი. ქარხანაში შემოღებულ იქნა სპეციალური კონტროლის სისტემა სამუშაოს ტემპების დაცვაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ კონვეიერულმა სისტემამ მკვეთრად გაზარდა შრომის ნაყოფიერება, წარმოიქმნა სერიოზული სიძნელეები მუშა ძალის დამაგრებასთან დაკავშირებით. ამ საკითხის გადაწყვეტა ნაწილობრივ მოხერხდა **ფრენკ და ლილიან გილბრეტების** (F.and L. Gilbreths) კვლევის საფუძველზე, რომლებმაც დიდი წვლილი შეიტანეს მეცნიერული მენეჯმენტის განვითარების საქმეში. ფ. გილბრეტმა ძირითადი აქცენტი გააკეთა დამჭირავებლის როლის გარკვევაზე სამუშაო პროცესის უზრუნველყოფის საქმეში. მათი შემოთავაზებით დაიწყო ფსიქოლოგიის მიღწევების ფართო გამოყენება მენეჯმენტში. ფ. და ლ. გილბრეტებმა განავითარეს ფ.ტეილორის მოსაზრება ყოველი დავალების ცალკე სამუშაო ოპერაციებად დაყოფის თაობაზე.

ფრენკ და ლილიან გილბრეტების მიერ მოწოდებული მენეჯმენტის რაციონალური მიდგომის მაგალითები გვხვდება არა მარტო წარმოებაში, არამედ მომსახურების სხვა სფეროშიც. გილბრეტები აკრიტიკებდნენ რა კონვეიერულ სისტემას, ხაზს უსვამდნენ იმ გარემოებას, რომ მუშაკმა უნდა იცოდეს მიღებული დავალების საბოლოო მიზანი, რაც მკვეთრად ზრდის მის შრომისადმი დაინტერესებას.

წარმოებაში კონვეიერული სისტემის ფართო გავრცელების, მექანიზაციის მაღალი დონისა და ეიწრო სპეციალიზაციის დანერგვის შედეგად თანდათანობით გამოიკვეთა შრომითი ოპერაციების გამარტივების ტენდენცია, შემცირდა მოთხოვნილება მაღალკვალიფიციურ, მრავალ დარგში კომპეტენტურ მუშაკებზე. შემსრულებელს უკვე არ მოეთხოვებოდა დიდი ცოდნა და კვალიფიკაცია, საკმარისი იყო მხოლოდ ცალკეული კონვეიერული ოპერაციის შესრულების ჩვევების ათვისება. ასეთ პირობებში, როგორ პარადოქსულადაც არ უნდა მოგეჩვენოს, ზედმეტი და ხელის შემშლელიც კი აღმოჩნდა საქმისადმი მუშაკის თავისუფალი, შემოქმედებითი მიდგომა. ახალ პირობებში ორგანიზაციის ბედს წყვეტდა არა უშუალოდ მწარმოებელი, არამედ შრომის დაგეგმვის განყოფილების მენეჯერი.

ამასთან დაკავშირებით ე. მაიოლსმ (E.Mayls) ახალი იდეების განხორციელება შრომის რესურსების მენეჯმენტის შესახებ დიდ საჭიროებას წარმოადგენდა. ოცდაათიან წლებში ემაილსმა ჩატარა ფართო კვლევა, რომელიც ხოტორნის კვლევის სახელწოდებითაა ცნობილი. გამოკვლევა ჩატარდა ჩიკაგოში „Western Electric Company"-ს საწარმოში, სადაც უ.ტელორის სისტემის ყველაზე თანამედროვე მეთოდების დანერგვის მიუხედავად, პროდუქციის წარმოების მოსალოდნელი შედეგები ვერ მიიღეს. კვლევის პირველ ეტაპზე შესწავლილ იქნა პერსონალის შრომის პირობების ჰიგიენური მდგომარეობა. მიღებული მონაცემების საფუძველზე (განათება, გრაფიკი და სხვ.) გატარებული ცვლილებების შედეგად (მაგალითად, საამქროებში სამუშაო ადგილების კეთილმოწყობა) შრომის მწარმოებლურობის დონე ამაღლდა, თუმცა, მოგვიანებით ადმინისტრაციამ, პროექტის სიძვირის გამო, არ გააგრძელა დაწყებული მუშაობა. განათება ნაკლებად ინტენსიური გახდა და როგორც შედეგი – შრომის ნაყოფიერება პირვანდელ მონაცემებს დაუბრუნდა.

განსაკუთრებით პარადოქსული სიტუაცია შეიქნა იმის შემდგომ, რაც ადმინისტრაცია იძულებული გახდა ეზრუნა სამუშაო ადგილების კეთილმოწყობაზე, თუმცა პირვანდელი ეფექტის მიღწევა ვერ მოხერხდა.

ე. მაილსი დაფიქრა იმ გარემოებამ, რომ მიუხედავად მის მიერ შემოთავაზებული პირვანდელი ღონისძიებების აღდგენისა, მუშაობის გაუმჯობესება არ მოხდა. ამ ფაქტმა მკვლევარები დაარწმუნა, რომ შრომისადმი ინტერესის აღძვრის მიზეზი არა მარტო შრომის პირობების გაუმჯობესებაა, არამედ ის ყურადღება, რომელსაც დირექციისა და დარგის მენეჯერებისაგან ექსპერიმენტის პირველ ეტაპზე გრძნობდა თითოეული შემსრულებელი. ეს ფაქტორი უფრო მძლავრი აღმოჩნდა, ვიდრე წარმოების პროცესში შეტანილი ტექნიკური და ესთეტიკური ცვლილებები.

სწორედ ამ აღმოჩენის საფუძველზე წარმოიშვა ე. მაილსის თეორია სახელწოდებით „ადამიანურ ურთიერთობათა" მოდელი. ამ მოდელს, განსაკუთრებით მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, მრავალი მიმდევარი გამოუჩნდა. ჩამოყალიბდა კონცეფცია, რომლის მიხედვით ორგანიზაცია წარმოადგენს შრომით ერთობას, სადაც სოციალური ჰარმონია და კეთილსაიმედო სამუშაო ატმოსფერო განაპირობებს მაღალი შედეგების მიღწევას. მაგრამ მოგვიანებით გამოვლინდა, რომ სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორებისადმი გადამეტებული ყურადღების გამო ჩრდილში აღმოჩნდა სწორი გადაწყვეტილების მიღებისა და შემსრულებლამდე მისი გასაგებად დაყვანის მნიშვნელობა, პასუხისმგებლობათა გადანაწილების აუცილებლობა და ამ გზით კეთილსაიმედო შრომითი გარემოს შექმნის საკითხები.

ისევე, როგორც დღესდღეობით, კლასიკური შეხედულება მენეჯერულ საქმიანობაზე ეყრდნობა იმ გზების ძიებას, რომლებიც შესაძლებელს ხდიან, უფრო ეფექტურად განხორციელდეს შრომისა და ორგანიზაციის მართვა. აღნიშნული შეხედულებები შეიცავენ ისეთ ცნებებს, როგორებიცაა: ადმინისტრაციული მიდგომა, რომელიც ემყარება იმ პრინციპებს, რომელთა გამოყენება ეხმარება მენეჯერს, ეფექტური კოორდინაცია გაუწიოს ორგანიზაციის შიდა აქტიურობის ამაღლებას.

ადამიანის ქცევის თავისებურებების გათვალისწინება და მასზე ზეგავლენის ეფექტური გზების ძიება (ე.წ. ბიპევიორისტული მიდგომა) გულისხმობს იმ ფაქტორების გამოყენებას, რომლებიც გავლენას ახდენენ ადამიანთა ქცევაზე როგორც ორგანიზაციის შიგნით, ასევე მის გარეთ. ამ შეხედულებათა განვითარება სათავეს იღებს იმ მოსაზრებიდან, რომ მუშახელი ისეთივე შრომის იარაღია, როგორც ხელსაწყო, რომელიც იხმარება პროდუქციის გამოსაშვებად.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, კლასიკური მართვის თეორია შეზღუდული იყო თავის შესაძლებლობებში, რადგან არ განიხილავდა ორგანიზაციის შიდა გარემოს ან უგულებელყოფდა გარე ფაქტორების ზემოქმედებას.

ცხრილი 55

მმართველობითი მეცნიერების აღიარებული პრინციპების ჩამოყალიბების ეტაპები

მართვის პრინციპები	ტეილორი	ფაიოლი	გულიკი	ვებერი
მკაფიოდ ჩამოყალიბებული მიზნების არსებობის აუცილებლობა			+	
მართვის საკითხებისადმი მიდგომა ეკონომიკური თეორიის ძირითადი პრინციპების გათვალისწინებით		+	+	
დავალებულ საქმეზე ცალკეულ მუშაკთა პასუხისმგებლობის მკაფიო და სწორი განაწილება		+		+
დაგეგმილი სამუშაოების სპეციალიზაცია	+	+		+
კადრების მეცნიერულად დასაბუთებული შერჩევა	+		+	
კონტროლისა და ალრიცხვიანობის დაწესება			+	
შრომითი ოპერაციების სტანდარტიზება			+	
მუშაკთა ინიციატივის წახალისება		+		
დავალებულ საქმეზე ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის დაწესება	+	+		+
მმართველობითი სტრუქტურის იერარქიული პრინციპით ჩამოყალიბება		+		+
ორგანიზაციის საერთო ინტერესებისადმი მუშაკთა ინდივიდუალური ინტერესების დამორჩილება		+		
შრომითი და საშემსრულებლო დისციპლინის განმტკიცება		+		
ხელმძღვანელი და რიგითი მუშაკების ინტერესების ერთიანობა		+		
პერსონალის მეცნიერულად დასაბუთებული სწავლების ორგანიზება	+			
მატერიალური წახალისების თანამედროვე მეთოდების გამოყენება	+	+	+	
ორგანიზაციისათვის ერთიანი წესებისა და სტანდარტების შემოღება			+	+
დავალებათა განაწილების პროცესში მუშაკის ცოდნისა და კვალიფიკაციის გათვალისწინება		+		+
ერთმმართველობის პრინციპის დაცვა		+		
პერსონალის სტაბილურობის შენარჩუნება		+		
ორგანიზაციაში კვალიფიციური მუშაკების მიზიდვა			+	
ორგანიზაციაში მიმდინარე პროცესების რეგულირება			+	
ცენტრალიზების პრინციპების დაცვა		+		

მმართვანი პროცესების მოდელები. უდიდესი ღვაწლი ორგანიზაციის ეფექტური მართვის საქმეში მიუძღვის **მაქს ვებერს** (M.Weber, 1864-1920 წწ.) ამ გერმანელმა ისტორიკოსმა საზოგადოების ყურადღება მიაპყრო მსხვილი ორგანიზაციების სტრუქტურისა და მოქმედების თავისებურების საკითხებს. მ.ვებერმა დაადგინა, რომ, რაც უფრო რთულდება საზოგადოების სტრუქტურა, მით უფრო ხშირად პასუხისმგებლობა მართვითი პროცესების განხორციელებაზე ეკისრება სპეციალიზებულ საორგანიზაციო ერთეულებს, რომლებიც გარკვეული წესებით მოქმედებენ. ორგანიზაციის სტრუქტურის გართულებასთან ერთად პასუხისმგებლობა სხვადასხვა სახის მოღვაწეობაზე თავს იყრის სპეციალიზებულ საორგანიზაციო ერთეულებში, რომლებიც ცალკეულ მიმართულებათა მიხედვით მოქმედებენ. თანამედროვე საზოგადოებაში ეს ერთეულები წარმოდგენილია ორგანიზაციების, საწარმოების და სხვ. სახით, რომლებსაც გააჩნიათ სპეციფიკური იერარქია, შრომის განაწილება ცალკეულ პროცედურებად და ა.შ. საორგანიზაციო ერთეულების ცალკეულ სტრუქტურებად ჩამოყალიბების პროცესში ყალიბდება მათი მოქმედების სპეციფიკური წესები და ნორმატიული, ბიუროკრატიული აპარატი.

მაქს ვებერის აზრით, ბიუროკრატია წარმოადგენს სისტემას, რომელიც იმართება არა ხელმძღვანელის მიკერძოებული შეფასებების საფუძველზე, არამედ მუშაკის მიერ გარკვეული წესებისა და პროცედურების ზუსტი დაცვის შესაბამისად.

განსაკუთრებული ყურადღება მისი აზრით უნდა მიენიჭოს დავალებათა სეგმენტირებას (მთლიანი ამოცანის ქვეამოცანებად დაყოფას), შრომის დისციპლინას, მუშაკის მიერ მხოლოდ რეგლამენტირებული წესებით

მოქმედებას, რაც საშუალებას აძლევს მენეჯერს, მკაცრად გააკონტროლოს დავალებული სამუშაოს შესრულება ცალკეული ეტაპების გათვალისწინებით.

მ.ვებერის იდეები ბიუროკრატიული მენეჯმენტის მახასიათებლების შესახებ უკანასკნელ წლებში ჩამოყალიბდა შემდეგნაირად:

წესები და განკარგულებები წარმოადგენს ფორმალიზებულ მითითებებს, რომლებიც განსაზღვრავენ და რომელთა მეშვეობით შესაძლოა გააკონტროლო ყველა თანამშრომლის ქმედება. ისინი უზრუნველყოფენ დისციპლინის დამყარებას, რაც, თავის მხრივ, კონტროლის განხორციელებისა და დასახული მიზნების მიღწევის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა. წესებისა და მითითებების დაცვა საშუალებას იძლევა მიაღწიო სამუშაო ოპერაციების ერთგვაროვნებას, რაც, იდეალურ შემთხვევაში, ავტომატურად უნდა ხორციელდებოდეს მენეჯერის ჩარევის გარეშე.

მიუკერძოებლობა: წესები და განკარგულებები უზრუნველყოფენ მიუკერძოებლობას, რაც იცავს მუშაკს მენეჯერის თვითნებობისაგან.

შრომის სწორი განაწილება. მენეჯერები და შემსრულებლები მოქმედებენ გარკვეულ ჩარჩოებში საკუთარი სპეციალიზაციისა და დაგროვილი გამოცდილების გათვალისწინებით, რაც ხელს უწყობს შრომის ნაყოფიერების ზრდას.

ამის გარდა, შრომის განაწილების პრინციპის დანერგვა საშუალებას აძლევს მენეჯერს, დაასაქმოს მუშაკი ისეთი სამუშაოს შესრულებით, რომლის ათვისება შედარებით სწრაფად შეიძლება. შრომის განაწილება ასევე ამარტივებს კონტროლის პროცედურებსაც, ვინაიდან შესაძლოა დაინერგოს აღრიცხვიანობის მარტივი მეთოდები.

იერარქიული სტრუქტურა. მ. ვებერი მომხრეა ორგანიზაციაში მდგრადი იერარქიული სტრუქტურის ჩამოყალიბებისა, რომელშიც უფლებამოსილების განაწილება ხდება ვერტიკალურად. უფლებამოსილების გაფართოება დამოკიდებულია იერარქიის დონეზე, გარკვეულ წესებზე, მიუკერძოებლობაზე, შრომის სწორ განაწილებაზე.

უფლებამოსილების სტრუქტურა. იერარქიაზე დამყარებული სისტემის მოქმედება დამყარებულია სტრუქტურაზე, რომლის ფარგლებში გადაწყვეტილების მიღება ხორციელდება იერარქიის სხვადასხვა დონეზე.

რაციონალურობა. წარმოადგენს ორგანიზაციის წინაშე დასმული ამოცანების გადაჭრისათვის მაქსიმალურად ეფექტური საშუალებების გამონახვას.

უკვე XX საუკუნის დასაწყისიდან მენეჯმენტის თეორიის ცალკეული მიმართულებები მწვავე კრიტიკის საგნად იქცა. მრავალი ავტორი აღნიშნავდა მის შეზღუდულ შესაძლებლობებს, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ადამიანური ფაქტორისადმი ნაკლებ ყურადღებას (ალბათ ძნელია მოინახოს 20-იან წლებში მოღვაწე ნებისმიერი მეცნიერი, თუ საზოგადო მოღვაწე, რომელიც არ აკრიტიკებდა კონვეიერულ სისტემას).

მერი პარკერ ფოლეტი (M.P.Follett, 1868-1933 წწ.), ეკონომისტი, იურისტი, ფილოსოფოსი ერთ-ერთი პირველთაგანი იყო, ვინც განსაკუთრებული ყურადღება გამამახვილა ლიდერობის პრობლემაზე მენეჯმენტში.

მ.ფოლეტი აღნიშნავდა, რომ ლიდერობა შესაძლებელია განიხილებოდეს, როგორც თანდაყოლილი ან სიტუაციიდან გამომდინარე თვისება.

ამასთან, ჰარვარდის ბიზნესის სკოლის პროფესორ ელტონ მეიოს აზრით, ადამიანის ქცევის სპეციფიკა – წარმოადგენს იგი ლიდერს, თუ რიგით მუშაკს – აუცილებლად გასათვალისწინებელია. ე. მეიო (E.Mayo) ცდილობდა სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების გავლენის შესწავლას.

განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობოდა მუშათა შრომისუნარიანობაზე შრომის ფიზიკური პირობების გავლენის შესწავლას.

სიტუაციური მენეჯმენტი. სიტუაციური მენეჯმენტის შემუშავებაში დიდი წვლილი მიუძღვით ჯ. ვუდვორდს (J.Woodward), ტ.ბერნსს, ჯ. სტალკერს დიდ ბრიტანეთში და პ.ლოურენსს და ჯ.ლორშს (J.W.Lorsch) აშშ-ში. სიტუაციურ მენეჯმენტის შესწავლის ძირითად საგანს წარმოადგენს ორგანიზაციის შინაგანი სტრუქტურებისა და პროცესების ადაპტაციის აუცილებლობის დადგენა გარე სამყაროს ფაქტორებთან, სიტუაციური მენეჯმენტი განიხილავს იმ ფაქტორებს, რომლებიც უნდა გაითვალისწინოს ხელმძღვანელმა ორგანიზაციის სტრუქტურის შექმნისას. ამ თეორიის შემდგომ განვითარებას ბიძგი მისცა ტ.პიტერსისა და რ. უოტერმანის (T.J.Peters and D.HWaterman,) ცნობილმა ნაშრომმა „სრულყოფილის ძიებაში" (1982წ.), რომელსაც საფუძვლად დაედო საკონსულტაციო კომპანიის „Mc.Kinsey and K°" კვლევის შედეგები. ავტორებმა შეისწავლეს 43 საუკეთესო ამერიკული კომპანიის წარმატების მიზეზები და ჩამოაყალიბეს კარგი მენეჯმენტისათვის დამახასიათებელი 8 ძირითადი ელემენტი.

ადამიანური ურთიერთობების მოდელები. მენეჯმენტის თეორიის განვითარების საქმეში განსაკუთრებული ადგილი უკავია ანრი ფაიოლს (H.Fayol, 1841-1925 წწ.), რომელმაც დაამუშავა ორგანიზაციის სისტემური მოდელები. მისი აზრით, მართვის პროცესის ცენტრში უნდა იდგეს ძლიერი და მაღალკომპეტენტური

სპეციალისტი მართვის საკითხებში – მენეჯერი. მენეჯერის მოქმედების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, ა.ფაიოლის აზრით, აუცილებელია შემდეგი პრინციპების დაცვა:

1. ერთმმართველობის პრინციპის დამყარება;
2. მართვის ცენტრალიზაციის პრინციპის განხორციელება;
3. ორგანიზაციაში კორპორაციული სულისკვეთების დამყარება;
4. დავალებათა სწორი განაწილება;
5. უფლებამოსილებათა და პასუხისმგებლობათა სწორი განაწილება;
6. შრომის დისციპლინის დამყარება;
7. ერთიანი მიმართულების გამოძებნა, რომლის ფარგლებში უნდა იმოქმედოს ორგანიზაციამ;
8. ორგანიზაციის მოქმედების ზოგადი ინტერესებისადმი საკუთარი ინტერესების დამორჩილება;
9. პერსონალის შრომის ანაზღაურების რაციონალური სისტემის შემოღება;
10. წესრიგზე ზრუნვა;
11. სამართლიანობის პრინციპის გატარება;
12. სამუშაო ადგილის სტაბილურობის შენარჩუნებაზე ზრუნვა;
13. მუშაკთა პირადი ინიციატივის ხელშეწყობა;

ცხრილი 56

მენეჯმენტის თეორიისა და პრაქტიკის განვითარება XX საუკუნეში

მეცნიერული მართვის კლასიკური სკოლა	1900	ტეილორიზმი – საწარმოს მეცნიერული მართვა, საინჟინრო მეცნიერებების გამოყენება მართვის პროცესში
	1920	ფაიოლიზმი – მართვის პრინციპები ორიენტირებული საორგანიზაციო სტრუქტურების ჩამოყალიბებაზე
ნეოკლასიციზმისა და ადამიანური ურთიერთობების თეორია	1940	ნეოკლასიციზმი – თეორია, რომელიც განიხილავს ორგანიზაციას, როგორც სოციალურ სისტემას, მართვის მეცნიერებაში ადამიანის ფსიქოლოგიური ასპექტების (ადამიანთა ქცევის) გათვალისწინებას
რაოდენობრივი და სისტემური მიდგომების თეორია	1950	სისტემატური და მაინტეგრირებელი პრინციპების გამოყენება მართვის თეორიაში – სისტემური თეორიის, ეკონომიკურ-მათემატიკური მეთოდებისა და კომპიუტერული ტექნიკის ფართო გამოყენება
	1970	სისტემური მეთოდის გამოყენება ორგანიზაციის გარე და შიდა გარემოს ურთიერთკავშირების დასადგენად
სიტუაციური და ინოვაციური მიდგომის თეორია	1980	ადამიანებზე ზემოქმედების ძირითად პრინციპად მართვის კულტურის აღიარება
	2000	• ინოვაციური და საერთაშორისო პროცესების გათვალისწინება • მართვასთან დაკავშირებული ადამიანთა საქმიანობის სინთეზი მაღალ ტექნოლოგიებთან; • მართვის დემოკრატიზაცია, პერსონალის მონაწილეობის უზრუნველყოფა ორგანიზაციის მოგებაში, შრომისადმი მოტივაციის გაზრდის მიზნით • მართვის მეთოდის გლობალიზაცია

მოგვიანებით, მართვის მეცნიერებამ დაიწყო რაოდენობრივი მეთოდების ფართო გამოყენება, როგორიცაა მოდელების აგება და ცალკეული ოპერაციების კვლევა, რამაც ხელი შეუწყო უფრო დასაბუთებული გადაწყვეტილებების მიღებას, მრავალი ფაქტორის გათვალისწინებით.

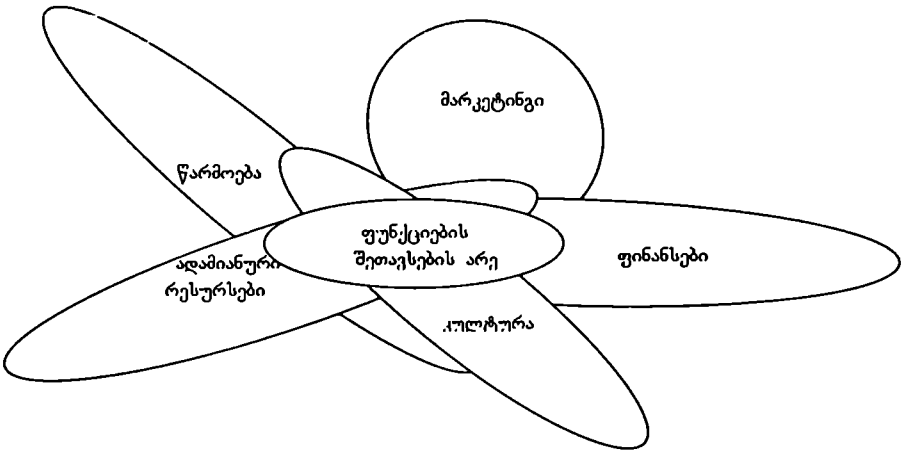
რაოდენობრივი თვალსაზრისი მმართველობითი გადაწყვეტილებების მიღების მომზადების პროცესში ემყარება სოფისტიკურ მათემატიკურ მოდელებს, სტატისტიკურ მეთოდებს და კომპიუტერიზებულ ბაზაზე დაფუძნებულ საინფორმაციო სისტემებს.

თანამედროვე შეხედულებები მენეჯმენტზე ვითარდება სისტემურ და შემთხვევითობის თეორიებზე დაყრდნობით, სისტემური თეორია დაფუძნებულია იმ თვალსაზრისზე, რომ ორგანიზაცია, როგორც სისტემა, შედგება – საწყისი (შემავალი) რესურსებისაგან, ტრანსფორმაციის (გარდასახვის) პროცესისაგან და საბოლოო

(გამომავალი) შედეგებისაგან (ან უკუკავშირისაგან). სერიოზული ყურადღება ექცევა ორგანიზაციის მოქმედების ფუნქციური არეების დადგენას და მათ მრავალმხრივ შესწავლას.

ნახატი 34

ორგანიზაციის მოქმედების ფუნქციური არეები



ორგანიზაციის მოქმედებები მჭიდროდაა დაკავშირებული არა მარტო მართვის ფუნქციის შესრულებასთან, დაკისრებული მისიის განხორციელებასთან, არამედ საბოლოო შედეგების მიღწევის და შენარჩუნების აუცილებლობასთან.

მაგალითად, ნებისმიერი სახის სამედიცინო დაწესებულების ჩამოყალიბების მიზანია იმ ხასიათის მომსახურების გაწევა, რომელზეც არსებობს მოთხოვნა და რომლის რეალიზაციაც სამედიცინო, სოციალურ ან ეკონომიკურ ეფექტს იძლევა. მიზნიდან გამომდინარე, ყალიბდება დაწესებულების ელემენტები: პროფილი, მასშტაბი, განლაგება, კადრები, ფინანსები, მომარაგება და სხვ.

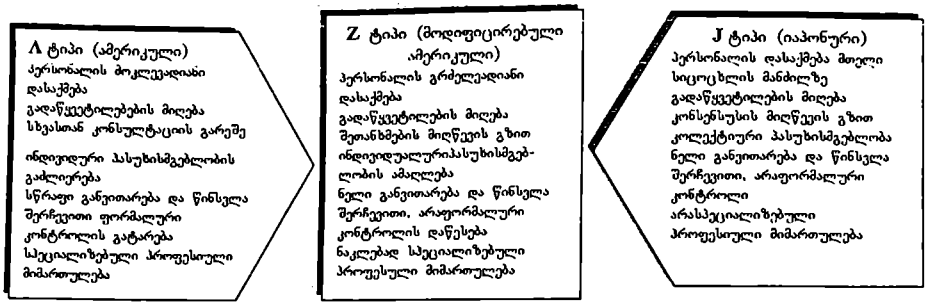
მიზნის განხორციელებისა და მისი ელემენტების ამოქმედებისათვის აუცილებელია მართვის აპარატის ჩამოყალიბება, ვინაიდან მიზნის მიღწევა სხვაგვარად შეუძლებელია, ხოლო არსებული რესურსები შესაძლოა დაგეგმილი პროცესის უმოქმედო ელემენტებად დარჩეს. აქედან გამომდინარე გასაგებია, რომ მართვის თეორიის ძირითადი ელემენტებია ოპტიმალური მართვის და სწორი დაგეგმვის აუცილებლობა.

ამის კარგი მაგალითებია დუგლას მაკგრეგორის (D.McGregor) ე.წ. **X და Y თეორიები**, აბრაჰამ მასლოუს **„აუცილებლობის იერარქიული თეორია"** და სხვ. რომლებიც საფუძველად უდევს ადამიანთა ურთიერთობების თანამედროვე მეცნიერულ თეორიებს. ამ თეორიების მიხედვით ადამიანური რესურსების განვითარებისა და დაცვის პრობლემა განიხილება, როგორც მენეჯმენტის ძირითადი პრინციპი.

ამგვარად, დღესდღეობით შესაძლებელია გამოიყოს მენეჯმენტის თეორიის განვითარების შემდეგი ძირითადი მიმართულებები:

- კლასიკური (ტრადიციული) მართვის თეორია, რომელშიდაც ცენტრალური ადგილი უკავია იმ მეთოდების ძიებას, რომლებიც მაქსიმალურ გავლენას მოახდენენ მუშაკის (შემსრულებლის) მწარმოებლურობის ზრდაზე;
- ადამიანთა ურთიერთობების დოქტრინა (30-40 წწ.), რომელსაც ძირითადი აქცენტი გადააქვს ფსიქოლოგიური ფაქტორების გამოყენების საჭიროობაზე მუშაკის (შემსრულებლის) მწარმოებლურობის ზრდაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელების პროცესში;

მენეჯმენტის Z თეორია



- ემპირიული გზით მოპოვებული მონაცემების განზოგადებაზე დაფუძნებული დოქტრინა, რომელიც ეყრდნობა ცნობილი ბიზნესმენების მიერ შემოთავაზებული მენეჯერული გადაწყვეტილებების თეორიულ დასაბუთებასა და პროპაგანდას;
- სოციალური სისტემების სკოლა – განიხილავს სამუშაო ჯგუფის (გუნდური მუშაობის) ფენომენს და მასთან დაკავშირებული ახალი მენეჯერული გადაწყვეტილებების გზების ძიებას;
- მართვის „ახალი სკოლა" – დაფუძნებულია მენეჯმენტის თეორიისა და პრაქტიკაში ინფორმატიკისა და მათემატიკური მოდელირების ახალი მიღწევების გამოყენებაზე.

მენეჯმენტის თეორიას ახასიათებს მცდელობა – აქციოს მართვა მეცნიერებად. *ლოუტერ მოულიკის* აზრით, დღესდღეობით მართვა უკვე იქცა მეცნიერებად, რადგან იგი სწავლობს მოვლენებს, რომლებიც არა მარტო დაჯგუფებულია სხვადასხვა თეორიის სახით, არამედ მათი სისტემატიზაციის საფუძველზე ცდილობს დაადგინოს, თუ რატომ და როგორ მუშაობენ ადამიანები გარკვეული მიზნების მისაღწევად.

მეორე მხრივ, მრავალი სპეციალისტი თვლის, რომ მართვა ხელოვნებაა, რომლის ათვისებაც შეიძლება მხოლოდ გარკვეული გამოცდილების დაგროვების გზით და რასაც სრულყოფილად ფლობენ მხოლოდ ადამიანები, რომელთაც გააჩნიათ ამის ნიჭი.

ყოველი მეცნიერების საფუძველია – ობიექტურად გაზომოს შესასწავლი მოვლენები. მართვაში ეს გარკვეულ სირთულეებთანაა დაკავშირებული, ვინაიდან ორგანიზაციის მოქმედების მხოლოდ გარკვეული ასპექტები შეიძლება აისახოს რაოდენობრივად, სათანადოდ გაიზომოს და გაანალიზდეს. მართალია, ადვილად შესაძლებელია მექანიკური დავალებების შესრულების ეფექტურობის განსაზღვრა, მაგრამ პრობლემა ჩნდება მაშინ, როდესაც საქმე შეეხება მენეჯერის მიერ შესრულებული სამუშაოს რაოდენობრივ შეფასებას. კერძოდ, შესაძლებელია ნებისმიერი სამუშაოს მაქსიმალურად რაციონალურად დაპროექტება, მაგრამ რთულია აიძულო მუშაკი, განუხრელად და ზუსტად შეასრულოს დასახული. ეს გასაგებიცაა, რადგან ადამიანი მანქანა არ არის, მისი მუშაობა დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, მით უმეტეს შეუძლებელია მის აზროვნებაში მრიცხველი ჩაიდგას. ამავე დროს მოქმედებს უამრავი გარე ფაქტორი, რომელთა ზეგავლენა ორგანიზაციაზე ძნელია გამოიხატოს რაოდენობრივი მახასიათებლებით. ამიტომ, ნაწილობრივ მაინც, მართვა შესაძლოა მივიჩნიოთ ხელოვნებად, მით უმეტეს, რომ მისთვის დამახასიათებელია არა პრაგმანტული მიდგომა, არამედ ინტუიციაზე დაყრდნობილი, ზოგჯერ ერთი შეხედვით ალოგიკური ქცევა ან გადაწყვეტილების მიღება.

მენეჯმენტის სხვადასხვა სკოლის კონცეფციები და მიდგომები

კონცეფციების საკვანძო დებულებები და მეცნიერული მიმართულებები	თანამედროვე მენეჯმენტის თეორიაში გამოყენებული ძირითადი იდეები
მეცნიერული მენეჯმენტი და კლასიკური ადმინისტრატიული მიდგომა მართვის საკითხებისადმი	
მეცნიერული საფუძვლების გამოყენების აუცილებლობა მართვის პროცესში დავალებათა შესრულება მინიმალური დანახარჯებით და მაქსიმალური ეფექტით პერსონალის ფუნქციების განაწილება და მისი შრომისადმი მოტივაციის გაზრდა მეცნიერულად დასაბუთებული მართვის კონცეფციების მიმართულებები და საკვანძო დებულებები	მეცნიერული მიდგომის გამოყენების აუცილებლობა მენეჯმენტის ძირითადი პრინციპების განხორციელების პროცესში ჩასატარებული სამუშაოების ცალკეულ ოპერაციებად დაყოფა მათი შესრულების სრულყოფის მიზნით მატერიალური წახალისების თანამედროვე მეთოდების გამოყენების აღიარება შრომისადმი მოტივაციის გაძლიერების უმნიშვნელოვანეს ელემენტად ძირითადი იდეები, რომლებიც ჩამოყალიბებულია მართვის კლასიკურ თეორიაში და გამოიყენება თანამედროვე მენეჯმენტში
ქცევითი მეცნიერებებისა და ადამიანთა ურთიერთობების კონცეფცია	
შრომითი კოლექტივი განიხილება, როგორც განსაკუთრებული სოციალური ჯგუფი პიროვნებათშორისო დამოკიდებულებების აღიარება, როგორც თითოეული მომუშავის მოქმედების ეფექტურობისა და შრომის პოტენციალის ამაღლების ფაქტორი	კომუნიკაციის, ჯგუფის განვითარების (გუნდის ჩამოყალიბების) დინამიკის, მოტივაციის და ლიდერობის ფაქტორების გამოყენება მენეჯმენტში ორგანიზაციაში და უშუალოდ მიკროსოციალურ გარემოში ადამიანთა ქცევის თავისებურებების, კვლევის შედეგების გამოყენება ადამიანური რესურსების გაქტიურების მიზნით
რაოდენობრივი მიდგომა	
რაოდენობრივი გამოკვლევების, მოდელირებისა გამოთვლითი ტექნიკის მეთოდების გამოყენება	რაოდენობრივი განზომილების გამოყენება გადაწყვეტილებების მიღებისას ინფორმაციული სისტემებისა და გამოთვლითი ტექნიკის ფართო გამოყენება მართვის პროცესში
სისტემური და სიტუაციური მიდგომა	
ორგანიზაციის ყველა კომპონენტის გარემოსთან ურთიერთდამოკიდებულების და ურთიერთმოქმედების სიტუაციური ცვალებადობის მიზეზების გამოვლენა და გათვალისწინება მართვის პროცესში	გადაწყვეტილებების მიღება მხოლოდ ყველა სიტუაციური ფაქტორის შესწავლის საფუძველზე

ამიტომ მართვის თეორია და მეცნიერული კვლევის შედეგები არ წარმოადგენს აბსოლუტურ ჭეშმარიტებას და ხშირად მხოლოდ ინსტრუმენტია, რომელიც საშუალებას იძლევა, გავარკვიოთ ორგანიზაციის მოქმედების ძირითადი მიმართულებები. ამიტომ ითვლება, რომ კარგი მენეჯერის საქმიანობა უნდა ეყრდნობოდეს, როგორც საკუთარ გამოცდილებას, ასევე მართვის თეორიაში დაგროვილ მეცნიერულად გააზრებულ პრინციპებს.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

მართვა – *management* – დასახული მიზნების განსაზღვრისა და განხორციელების პროცესი. მოიცავს დაგეგმვასა და ღონისძიებათა განხორციელების შეფასებას. შეიძლება აგრეთვე გულისხმობდეს დასახული მიზნების განხორციელებლად ორგანიზაციის მიზანმიმართული საქმიანობის ხელმძღვანელობას ერთი პირის ან პირთა ჯგუფის მიერ.

მართვის სისტემა – *management system* – ადმინისტრაციული რგოლების ერთობლიობა, რომელსაც მინიჭებული აქვს განსაზღვრული მმართველობითი უფლებები. მისი პრინციპული სქემა მოიცავს მართვის სუბიექტისა და ობიექტის მიზანმიმართულ ქმედებებსა და უკუკავშირს.

მმართველი – *managert, decision-maker* – ხელმძღვანელი პირი, რომელიც უფლებამოსილია განაგებდეს მართვის ობიექტს და მიიღოს გადაწყვეტილება ამ ობიექტზე მმართველობითი ზემოქმედების მიზნით.

მართვის მეთოდები (ტექნიკა) – *management techniques* – მიზნის მიღწევის საშუალება. გარკვეული სახით მოწესრიგებული მოქმედება; მართვის სისტემური პროცედურების დაგეგმვა და კონტროლი, რომელიც გამოიყენება მართვისას წამოჭრილი ყველა პრობლემის გადასაწყვეტად.

პროგრამა – *program* – შესასრულებელი სამუშაოს განსაზღვრული მოცულობა, წინასწარ შემუშავებული გეგმა ან საქმიანობის განხორციელების პროცედურა.

პროექტი – *project* – განსაზღვრულ ვადაში ჩასატარებელ მიზანმიმართულ ღონისძიებათა ერთობლიობა (ორიენტირებული კონკრეტული პრობლემის ან ცალკეული ამოცანის გადაჭრაზე), რომელიც ითვალისწინებს სამუშაოს დროულად შესრულებას ხარისხის სტანდარტებისა და განსაზღვრული ბიუჯეტის დაცვით.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- მენეჯმენტის თეორიების როლი და მნიშვნელობა
- კლინიკური შემთხვევის მენეჯმენტი
- რა მნიშვნელობა ენიჭება მენეჯმენტის თეორიაში მკაფიოდ ჩამოყალიბებული მიზნების არსებობას?
- რა მნიშვნელობა ენიჭება მენეჯმენტის თეორიაში დავალებულ საქმეზე ცალკეულ მუშაკთა პასუხისმგებლობის გაძლიერებას?
- რა მნიშვნელობა ენიჭება მენეჯმენტის თეორიაში დაგეგმილი სამუშაოების სპეციალიზაციას?
- რა მნიშვნელობა ენიჭება მენეჯმენტის თეორიაში კადრების მეცნიერულად დასაბუთებულ შერჩევას?
- რა მნიშვნელობა ენიჭება მენეჯმენტის თეორიაში კონტროლისა და აღრიცხვიანობის დაწესებას?
- რა მნიშვნელობა ენიჭება მენეჯმენტის თეორიაში შრომითი ოპერაციების სტანდარტიზებას?

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა, ო.ვასაძე, დ.ვესტი, ჯანდაცვის მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის, თბილისი, 2001
- *Бодди Д., Пэйтон Р.* – Основы Менеджмента. Санкт-Петербург/Москва /Харьков/ Минск, 1999
- *Дойль П.* Менеджмент. Стратегия и тактика. Санкт-Петербург/Москва/ Харьков/ Минск, 1998
- *Shortell S.M., Kaluzny A.D.* – Essentials of Health Care Management. – Delmar Publishers, London/New York/Paris/Tokyo, 1997.
- Management of service oriented organizations, WHO Geneva, 2002

თავი 19

ორგანიზაცია, როგორც სისტემა

მეცხრამეტე თავის შინაარსი

19.1 შესავალი
19.2. ორგანიზაციის, როგორც სისტემის დახასიათება
19.3. მართვის სისტემის სტრუქტურა
19.4. ორგანიზაციის მისია და მიზნები
19.5. პროგრამირება
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა მენეჯმენტის თეორიის ისეთ საკვანძო საკითხებს, როგორიცაა ორგანიზაციის მისიისა და მიზნების ფორმულირების თავისებურებები
- გაეცნობა მართვის სისტემის ტიპებს
- შეაფასებს კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე მართვის სისტემის სხვადასხვა ტიპის შესატყვისობას სამედიცინო დაწესებულებათა სიმძლავრისა და პროფილის მიხედვით

19.1 შესავალი

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 ვთქათ, 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.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ორგანიზაცია წარმოების თავისებური ანატომიაა, მართვა კი, ფიზიოლოგია. და როგორც ყოველი ცოცხალი ორგანიზმის ანატომია გარკვეულად განსაზღვრავს ფიზიოლოგიურ ფუნქციებს, ასევე მართვის ხარისხი დამოკიდებულია მისი ორგანიზაციის ხასიათზე.

ამ კუთხით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მართვის სისტემისა და მენეჯერის როლის განსაზღვრას.

ნებისმიერი ორგანიზაცია საზოგადოების, როგორც მთლიანი სისტემის, ძირითადი რგოლია. მისი შემადგენელი ელემენტებია: ადამიანები, შრომის სხვადასხვა სახის საგნები და საშუალებები და სხვ. წარმოების პროცესში 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 ორგანიზაციასა ანუ დაწესებულებაში შემავალ ურთიერთდაკავშირებულ ქვედანაყოფებსა და სამსახურებს, რომლებიც მართვის სუბიექტისათვის სამართავ სისტემას წარმოადგენენ.

ამ სისტემების ერთმანეთთან ურთიერთკავშირი ხორციელდება სხვადასხვა სახის ინფორმაციის გაცვლა-გამოცვლის საშუალებით. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ მართვის სუბიექტი, თუ იგი ექვემდებარება ზემდგომ მმართველობით ორგანოს ან ცალკეულ მენეჯერს, თავის მხრივ, მართვის ობიექტს წარმოადგენს. იგივე შეიძლება ითქვას მართვის ობიექტზეც, თუ მისი საქმიანობა ვრცელდება მისადმი დაქვემდებარებულ სისტემაზე. ასე, რომ მართვის სუბიექტი და ობიექტი არ იმყოფებიან სტატიკურ მდგომარეობაში, მათი უკუმოქმედება კი ვლინდება მართვის სისტემაში მოქცეულ ადამიანთა შორის დამოკიდებულების საშუალებით.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ყველა შემთხვევაში მართვა გულისხმობს მართვის ობიექტზე გარკვეული სუბიექტის (ე.ი. მენეჯერის) ზემოქმედებას. მაგრამ სოციალური მართვის განსაკუთრებულობა იმაში მდგომარეობს, რომ გარკვეული სუბიექტის მართვის ობიექტზე ზემოქმედებას ერთდროულად მოჰყვება ობიექტის მართვის სუბიექტზე უკუმოქმედება (ე.ი. სისტემის მოქმედება შესაძლოა მხოლოდ მჭიდრო დინამიური 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 ადამიანზე ან მთლიანად კოლექტივზე მიმართული*

ზემოქმედება-უკუქმედების პროცესი, რომელიც ხორციელდება საზოგადოების განვითარების ობიექტური ეკონომიკური კანონების საფუძველზე.

19.2. ორგანიზაციის, როგორც სისტემის დახასიათება

ორგანიზაციის, როგორც სისტემის, საქმიანობა მოიცავს სამ ძირითად ელემენტს:

- რესურსებს (თუ საქმე შეეხება სამედიცინო საქმიანობას, ისინი წარმოდგენილია პერსონალის ცოდნით და კვალიფიკაციით, დიაგნოსტიკური საშუალებებით, სამკურნალწამლო საშუალებებით და ა.შ.);
- პროცესს (მაგალითად დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების დაგეგმვით და განხორციელებით);
- პროდუქციას (ე.ი. პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეცვლით).

ამ სისტემისთვის დამახასიათებელია რესურსების ტრანსფორმირება პროდუქციაში. სქემატურად რომ წარმოვიდგინოთ, სათანადო რესურსების არსებობა (კადრები, შენობა, დიაგნოსტიკური აპარატურა, საოპერაციოს მოწყობა მისი წყლით, ელექტროენერგიით, სამკურნალო აირით მომარაგება და ა.შ.) საშუალებას იძლევა დაეგეგმოთ, მაგალითად, კარდიოქირურგიული ოპერაციების ჩატარება (პროცესი), რომელიც საშუალებას მოგვცემს, გამოვაჯანმრთელოთ N რაოდენობის ავადმყოფი (პროდუქცია).

ასეთი სისტემის მართვა მაქსიმალური შედეგის მიღების მიზნით უაღრესად რთულია, რადგან რესურსების შეზღუდვის პირობებში იზრდება მოთხოვნა მომსახურების მრავალ სახეზე. რაც, თავის მხრივ, იწვევს რესურსებზე მოთხოვნის შემდგომ ზრდას. გაზრდილი მოთხოვნის დაკმაყოფილება კი დეფიციტის შემთხვევაში ვერ ხერხდება (ე.ი. იქმნება თავისებური მანკიერი წრე). ამიტომ 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, აგრეთვე გარემოს მდგომარეობით (მაგალითად, ორგანიზაციის მწარმოებლური ფუნქციებით).

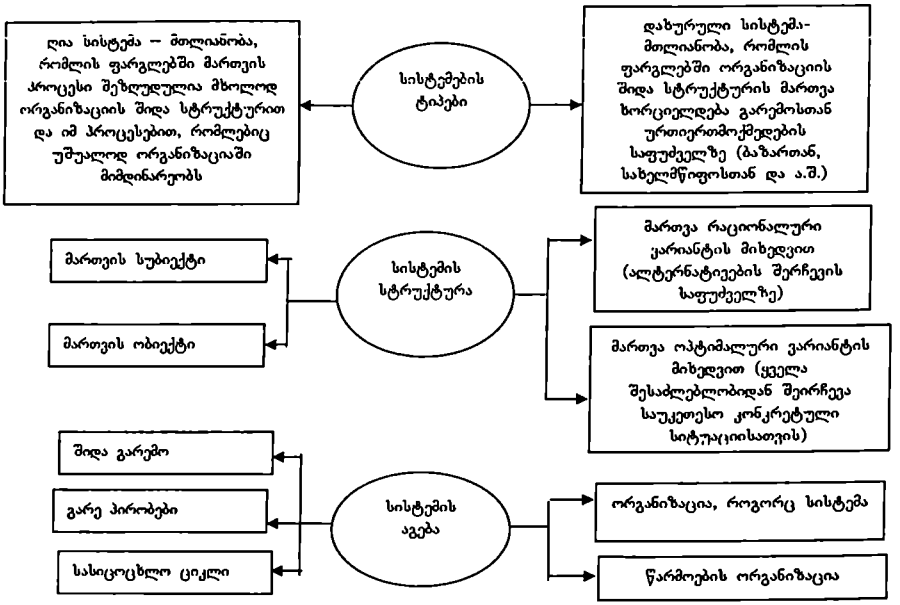
მაკროგარემო (მაკროსისტემა) წარმოდგენილია ფაქტორებით, რომლებიც ორგანიზაციის გარემოცვას წარმოადგენს, მაგრამ უშუალო გავლენას ახდენენ მის ფუნქციონირებაზე.

ჰიპერგარემო (ჰიპერსისტემა) ჰეოსისტემის ცალკეული სფეროებით არის წარმოდგენილი (ჰიდროსფერო, ბიოსფერო და ა.შ.), ასევე გასათვალისწინებელია ადამიანის მოქმედების შედეგად მომხდარი ეკოსისტემის ცვლილებები. ზოგჯერ გამოიყენება სისტემების 2 ტიპი — ღია და დახურული.

ყველა სისტემა განიხილება, როგორც თვითმართვადი ერთეული. სისტემური მიდგომის გათვალისწინებით მენეჯერული გადაწყვეტილება მიიღება მიკრო, მაკრო და ჰიპერსისტემების ერთობლიობის გათვალისწინებით.

ნახატი 36

სისტემის ძირითადი მახასიათებლები



დახურულ სისტემებში – მართვა ხორციელდება საკუთარი, ცალკე აღებული გარემოს გათვალისწინებით.

19.3. მართვის სისტემის სტრუქტურა

ორგანიზაცია რთული სისტემაა, იგი ყოველთვის ცდილობს დარჩეს გარემოს პარამეტრების იმ არეში, რომელიც უზრუნველყოფს მის შემდგომ არსებობას. 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 ზემოქმედებას ახდენს გარე სამყაროზე მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე.

ამრიგად, ცოცხალი ორგანიზმის მოქმედებას აქვს მიზანდასახული ხასიათი, სახელდობრ, უკუკავშირის მექანიზმის მეშვეობით იგი ცდილობს დარჩეს თავისი ჰომეოსტაზის საზღვრებში. სხვა სიტყვებით, ორგანიზმი მართავს თავის მოქმედებებს, რათა მიაღწიოს გარკვეულ მიზანს – ჩვენს შემთხვევაში – ჰომეოსტაზის შენარჩუნებას. ამრიგად, ორგანიზმი გარკვეულწილად წარმოადგენს მართვის ბიოლოგიურ სისტემას, რომელიც მმართველური პასუხის გამომუშავებას ახორციელებს სხვადასხვა, მათ შორის რეფლექტორული გზით.

მოვიყვანთ კიდევ ერთ მაგალითს: აშკარაა, რომ გლუკოზა ორგანიზმისათვის ენერგიის ძირითად წყაროს წარმოადგენს, ამიტომ ორგანიზმის საჭირო ენერგიით ნორმალური

უბრუნველყოფისათვის აუცილებელია, რომ სისხლში გლუკოზის შემცველობის დონე სტაბილური იყოს, რაც ხერხდება ნეირო-ჰუმორალური რეგულირების მექანიზმების ჩართვით.

იმის გათვალისწინებით, რომ გლიკოლიზის პროცესის გააქტიურება შესაძლოა განხორციელდეს სხვადასხვა გზით, გასაგებია, რომ ჰომეოსტაზის აღდგენის პროცესის დუბლირება საშუალებას იძლევა, გამოხატულად გაიზარდოს ორგანიზმის ფუნქციოხირების საიმედოობა.

განვიხილოთ კიდევ ერთი მაგალითი: ჯანდაცვის სფეროში კერძო მეწარმეობის სახელმწიფო რეგულირებას გააჩნია გარკვეული თავისებურებები. ამასთან, კერძო სექტორის მიმართ სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრისას შესაძლოა არსებობდეს ორი უკიდურესი მიდგომა: პირველი – ჩაურეველობის პოლიტიკა, რომელიც შესაძლებელს ხდის მიწოდების ბალანსის დამყარებას თვითრეგულირების მეშვეობით ბაზრის ფუნქციონირების ნორმალურ პირობებში და მეორე – ფასებისა და მოსახლეობის შემოსავლების მდგრადი სახელმწიფო რეგულირებით, 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 სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის გატარება, რათა მიღწეულ იქნას სათანადო ბალანსი იმ ძალებს შორის, რომელთაგანაც ერთნი სისტემას ფასების ზრდისკენ უბიძგებენ, ხოლო მეორენი უმრაობასა და დეპრესიას იწვევენ.

გასათვალისწინებელია ისიც, რომ სახელმწიფოს მიერ გატარებულმა სუსტმა კონტროლმა შესაძლოა გამოიწვიოს სისტემის არასტაბილურობა, რისი კარგი მაგალითია ქვეყანაში დღესდღეობით შექმნილი ე.წ. „ველური" ფარმაცევტიული ბაზარი. მეორე მხრივ, გადამეტებული სახელმწიფო კონტროლის პირობებში, პირადი ინიციატივის დათრგუნვის გზით ჯანდაცვის სისტემა შესაძლოა ისევ სრულ კატასტროფამდე მივიდეს – მოხდეს კერძო საკუთრების მქონე ისედაც მცირეოდენი სამედიცინო დაწესებულებების სწრაფი დაშლა. ზემოაღნიშნული მაგალითი კიდევ ერთხელ მიუთითებს იმაზე, თუ რამდენად ძნელია ამა თუ იმ სახის მმართველური ზემოქმედების გატარება, რომელიც მოცემულ პირობებში უნდა ითვალისწინებდეს აუცილებელი ბალანსის შენარჩუნებას, რაც თავისთავად სისტემაზე სასიკეთო გავლენას ახდენს. ამ გზით შესაძლოა მოხერხდეს როგორც სამედიცინო ბაზრის ორგანიზებულობა, ასევე ჯანმრთელი კონკურენციის დამყარება, რაც მთლიანობაში ხელს უწყობს სისტემის მდგრად ფუნქციონირებას.

ამრიგად, ორივე განხილულ მაგალითში მართვის მიზანია თავისებური ჰომეოსტაზის შენარჩუნება, სისტემის მიერ უკვე მიღწეული მდგომარეობის სტაბილიზაცია. გასათვალისწინებელია, რომ ხშირად, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სისტემაში, წარმოიშვება მის შემდგომ განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტის აუცილებლობაც, რაც, მართალია, მოითხოვს მიღწეული მდგრადობის შერყევას, მაგრამ, საბოლოო ჯამში, გულისხმობს სისტემისათვის ახალი, უფრო ეფექტურად მოქმედი მდგომარეობის მიღწევას.

ორივე შემთხვევაში სახეზეა მართვის სისტემა, რაც გულისხმობს იმ შინაგანაწესს, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელი ხდება მართვის ფუნქციების რეალიზაცია.

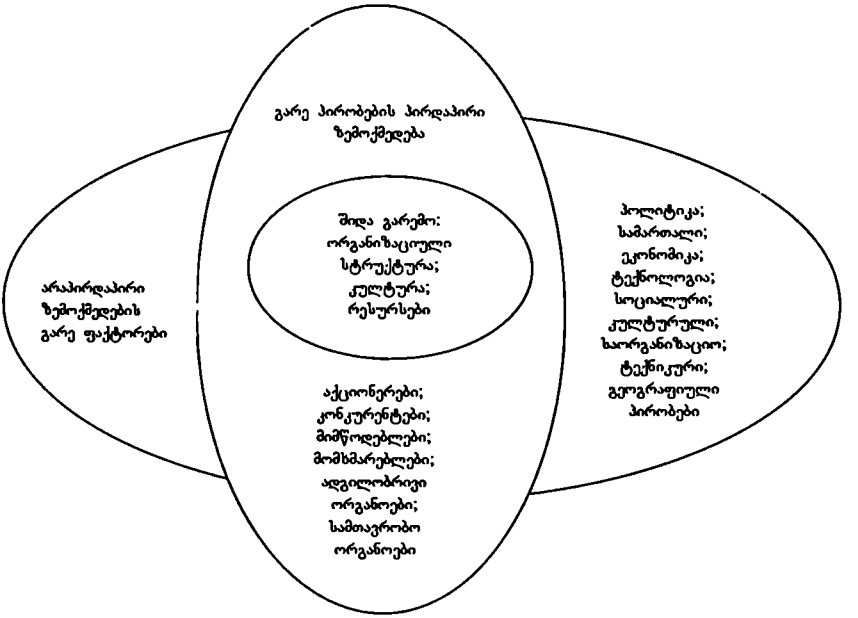
მართვის სისტემებში, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჩვეულებრივ, გამოიყოფა ორი ქვესისტემა: **მმართავი და სამართავი.**

მმართავი სისტემა ახორციელებს მართვის ფუნქციებს, ხოლო სამართავი წარმოადგენს მართვის ობიექტს. იმ შემთხვევაში, როდესაც მართვა გააზრებულ ხასიათს ატარებს, **მმართავი სისტემა გაიგივებულია მართვის სუბიექტთან.** მართვის სუბიექტის ფუნქციაში შედის აგრეთვე მართვის მიზნების ჩამოყალიბება. აუცილებელია მმართავ და სამართავ სისტემებს შორის დამაკავშირებელი არხების არსებობა. პირდაპირი კავშირის არხით მმართავი სისტემიდან სამართავ სისტემაში გადაიცემა **მმართავი ინფორმაცია** (ან როგორც მას კიდევ უწოდებენ – მმართავი

ზემოქმედება). იმავდროულად მმართავი სისტემა უკუკავშირის არხის საშუალებით იღებს ინფორმაციას **სამართავი სისტემის** მდგომარეობის შესახებ.

ნახატი 36

ორგანიზაციაზე, როგორც სისტემაზე მოქმედი შიგა და გარე ფაქტორები



დროის გარკვეულ მომენტში მართვის ობიექტის მდგომარეობას განაპირობებს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა წინა პერიოდის მდგომარეობა, გარე სამყაროს გავლენა და უშუალო მმართავი სისტემის გავლენა. მმართავი სისტემა აღნუსხავს როგორც მართვის **ობიექტის** მდგომარეობას, ასევე თვალყურს ადევნებს გარემოს ცვალებადობასაც, საჭირო ზომების დროულად მიღების მიზნით, მმართავი სისტემის ინტერესებში შედის ამ ცვლილებებზე ობიექტის მხრიდან მოსალოდნელი რეაქციის პროგნოზირება. ამრიგად, მმართავი სისტემის ძირითადი ამოცანაა შემავალი ინფორმაციის საფუძველზე ისეთი ზემოქმედების შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს მართვის მიზნების მიღწევას.

მმართავ ზემოქმედებათა ერთობლიობას, რომელიც დაფუძნებულია ინფორმაციაზე გარე სამყაროსა და მართვის ობიექტის მდგომარეობის შესახებ და მიმართულია სათანადო მიზნის მისაღწევად, მმართველობითი გადაწყვეტილება (ან, უბრალოდ, გადაწყვეტილება) ეწოდება.

იმისათვის, რომ უფრო ნათლად გავარკვიოთ ზემომყვანილი ურთიერთობები, დავუბრუნდეთ მაგალითს, რომელიც შეეხება სისხლში გლუკოზის შემცველობის მართვის სისტემას. იგი შეიძლება წარმოვიდგინოთ შემდეგნაირად:

მმართავი სისტემა – ჰიპოფიზი;

სამართავი სისტემა – სისხლი, რომელიც შეიცავს გლუკოზას, ორგანოები (თირკმელი, ღვიძლი, კუნთები), რომლებიც გავლენას ახდენენ გლუკოზის შემცველობაზე;

გარე სამყარო – ორგანიზმის ცხოველმოქმედების გარემო; მართვის ობიექტი – სისხლში გლუკოზის შემცველობის დონე; მიღებული საკვებისა ან წამლების ზემოქმედება ორგანიზმზე, თვით ობიექტზე.

უკუკავშირის არხი – არხი, რომლითაც შუა ტვინს გადაეცემა ინფორმაცია სისხლში გლუკოზის შემცველობის ცვალებადობის შესახებ.

პირდაპირი კავშირი – ნეირო-ჰუმორალური რეგულაციის სისტემა, რომლის მეშვეობითაც შუა ტვინიდან წამოსული მმართავი ზემოქმედება აღწევს მართვის ობიექტამდე.

მეორე მაგალითის მიხედვით, განიხილებოდა კერძო მეწარმეობის სახელმწიფო რეგულირების სისტემა.

მმართავი სისტემა – ხელისუფლების ორგანო;

სამართავი სისტემა – კერძო სექტორი;

გარე სამყარო – სახელმწიფოს საგარეო ეკონომიკური გარემოცვა;

პირდაპირი კავშირი – არხი, რომლის მეშვეობითაც მმართავი სისტემა გავლენას ახდენს კერძო სექტორზე (კანონმდებლობა, საგადასახადო პოლიტიკა და ა.შ.).

გარემოს მხრივ მართვის ობიექტებზე ზემოქმედება ამ შემთხვევაში წარმოდგენილია სამედიცინო ბაზარზე სიტუაციის შეცვლით ან პოლიტიკური ვითარების ცვალებადობით.

მართვის სისტემის ძირითადი თავისებურებაა ურთიერთკავშირის სირთულე მმართველობით და სამართავ სისტემებს შორის. განსხვავებით პირველი შემთხვევისაგან, რეცეპტორის როლში აქ გვეელინება სპეციალურად შექმნილი ექსპერტთა ჯგუფი, რომელიც თვალყურს ადევნებს ეკონომიკურ მდგომარეობას და სათანადო რჩევებს აძლევს მმართველს.

ძირითადად არჩევენ მართვის ოთხ სისტემას. ესენია:

მართვა შესატყვისობის შენარჩუნების საფუძველზე. უმარტივესი მმართველური სიტუაცია იქმნება მაშინ, როდესაც გარემოს ცვლილება იმდენად უმნიშვნელოა, რომ მართვის სისტემის გამოსავალი ნაკადი დროის ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში სტაბილური რჩება. ამ შემთხვევაში მართვის ფუნქციებიდან გადამწყვეტ მნიშვნელობას თამაშობს კონტროლი. ვინაიდან მხოლოდ ამ გზით შეიძლება იმის ობიექტურად შეფასება, თუ რამდენად შეესაბამება მართვის ობიექტის მოქმედების შედეგები წინასწარ შედგენილ გეგმას, ესაჭიროება თუ არა მართვის ობიექტს დამატებითი ინსტრუქციების მიღება და ა.შ. ეს მით უმეტეს მნიშვნელოვანია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ მართვის ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს სასურველი, წინასწარ დადგენილი მიზნის მიღწევა, რაც შეუძლებელია მუშაობის შეუალედური შედეგების შეფასებისა და სათანადო კორექტივების შეტანის გარეშე. ამასთან, კონტროლი უზრუნველყოფს შესრულების პროცესის თვისობრივ და არა რაოდენობრივ დახასიათებას. ობიექტურად ჩატარებული შემოწმების შედეგი იმის საფუძველია, რომ მენეჯერის მიერ გაცემულ ინსტრუქციას ადეკვატურად აღიქვამენ შემსრულებლები, ახალ დავალებას კი მოჰყვება სათანადო – მოქმედებაც (ფუნქციების ორგანიზება, კოორდინირება, კადრების შერჩევა და განლაგება და სხვ.).

მაგალითის სახით განვიხილოთ საფთიაქო ბაზა, რომელიც საფთიაქო ქსელს აწვდის მედიკამენტებს წინასწარ განსაზღვრული წესით. ტექნოლოგიური პროცესი ამ შემთხვევაში, გასაგები მიზეზების გამო, ფიქსირებულია და თუ გარემო სტაბილურია (ანუ ბაზა გარანტირებულად იღებს საჭირო მედიკამენტებს), მართვის პროცესი შემოიფარგლება იმის კონტროლებით, თუ რამდენად შეესატყვისება მოწოდებული მედიკამენტების ასორტიმენტი აფთიაქების მიერ მოთხოვნილ რაოდენობასა და ფასს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი ტიპის მართვის სისტემა შეიძლება არსებობდეს ფირმის შიგნითაც და გამოიყენებოდეს მისი რომელიმე ქვედანაყოფის საქმიანობის სამართავად.

მართვა კონტროლის საფუძველზე. როგორც უკვე აღინიშნა, მართვა შესატყვისობის შენარჩუნების საფუძველზე უფრო ხშირად გამოიყენება სტაბილური გარემოს არსებობის შემთხვევაში, როდესაც ტექნოლოგიური პროცესი რთული არ არის.

გაცილებით ხშირია შემთხვევები, როდესაც ორგანიზაციის მომსახურების ხარისხი ან მოქმედების საბოლოო შედეგი განსხვავდება სასურველი სტანდარტისაგან. მიზეზის სწრაფი გარკვევა და არასასურველ გადახრაზე დროული რეაგირება საკმარისად ძნელი ამოცანაა, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ეს ხდება ტექნოლოგიური პროცესის შეჩერების გარეშე (ძვალითად, საოპერაციო ბლოკში გეგმიური ოპერაციების შეწყვეტა ჰოსპიტალური იხფექციის დადგენის შემთხვევაში). თვისობრივი კონტროლი, რომელსაც საფუძვლად უდევს მხოლოდ ვიზუალური დაკვირვება, მიმდინარე პროცესზე უკვე საკმარისი არ არის, ვინაიდან შესრულებული სამუშაოს ეფექტიანობის შეფასება და სათანადო რეაგირება რაოდენობრივი ძონაცემების გამოყენებასაც მოითხოვს.

ამ ამოცანის გადასაწყვეტად გამოიყენება ე.წ. **სამუშაო ნორმატივები.** სხვაობა ნორმატივის ძნიშვნელობასა და ფაქტიურად მიღებულ შედეგს შორის წარმოადგენს მმართველური გადაწყვეტილების მიღების საფუძველს. ამასთან, შუალედური შედეგების რეგისტრაცია იძლევა ნორმატივების პერიოდული გადასინჯვის საშუალებას.

მართვის სისტემაში კონტროლის ციკლის ჩართვა საშუალებას იძლევა შეიქმნას შესატყვისობის შენარჩუნების ორიენტირებული მართვის ციკლი.

თავის მხრივ, მიმდინარე სამუშაოების ვიზუალური შემოწმება და სათანადო რეაგირება ძნიშვნელოვნად შეავსებს რაოდენობრივი შეფასებების შედეგებს. კონტროლის სეგმენტის ჩართვა ხელს უწყობს მართვის ფორმალიზებას და მისი ხარისხის შეფასების ობიექტივიზაციას. ამ სისტემის ჩარჩოებში მოხერხდა გაზომვის ობიექტური კრიტერიუმების ჩამოყალიბება, მუშაობის და მათ საფუძველზე ეფექტიანობის შეფასების ახალი მეთოდის დანერგვა. დღესდღეობით მართვა კონტროლის საფუძველზე ფართოდაა გავრცელებული განსაკუთრებით რთული ტექნოლოგიების მქონე ორგანიზაციებში.

კონტროლის საფუძველზე ჩამოყალიბებული მართვის სისტემის ამოქმედება დაკავშირებულია რიგ სირთულეებთან. პირველ რიგში ამის მიზეზია ის გარემობა, რომ ნორმატივების დადგენა, გასაგები მიზეზების გამო, ხდება წარსული გამოცდილების საფუძველზე. ამიტომ, კონტროლიც დამყარებულია უფრო მეტად წარსულში არსებული, მდგომარეობისათვის დამახასიათებელი მონაცემების შეკრებაზე, ვიდრე ახალი, შემმოწმებლისათვის უცხო ტენდენციების გამოვლენაზე. ეს კი ხშირად განაპირობებს ორგანიზაციის დაგვიანებულ რეაგირებას მომხდარ ცვლილებებზე, მათი დადებითი ან უარყოფითი მხარეების შეფასებაზე.

ამიტომ, კონტროლის საფუძველზე მოქმედ მართვის სისტემასაც გააჩნია სერიოზული ნაკლოვანებები, იგი დამაკმაყოფილებლად მუშაობს მხოლოდ მაშინ, როდესაც ცვლილებები შედარებით ნელი ტემპით ხორციელდება, რაც აძლევს ორგანიზაციას საშუალებას, გადასინჯოს საკონტროლო ნორმატივები და რეაგირება მოახდინოს კონტროლის შედეგებზე.

მართვა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე. მართვის სისტემა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე ითვალისწინებს სათანადო რეაგირებას გარემოს მომავალი ცვლილებების გათვალისწინებით სათანადო პროგნოზირებაზე დაყრდნობით. პროგნოზირების საიმედოობა მჭიდროდაა დაკავშირებული როგორც ვიზუალური შემოწმების, ასევე კონტროლის გზით მიღებული მონაცემების სტატისტიკური ანალიზის მეთოდების ფართო გამოყენებასთან. გასათვალისწინებელია, რომ მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, მართვა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე ისევ და ისევ დაფუძნებულია წარსული გამოცდილების განზოგადებაზე რეალურ სიტუაციაში, ანუ საპროგნოზო მონაცემებიც წარსულის ეკსტრაპოლაციის შედეგად მიიღება. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან სრულიად ახალი, არასტანდარტული გზების ძიება მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში თუ ხერხდება (გავიხსენოთ თუნდაც რა სირთულეებთან იყო დაკავშირებული ანტიბიოტიკების, ლაზეროთერაპიის, გენური ინჟინერიის მეთოდების შემოღება მედიცინაში).

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, მართვა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე წინასწარ მოითხოვს დამატებითი საქმიანობის ორგანიზებას ისეთი მიმართულებით, როგორიცაა:

- მიმდინარე პროცესების პროგნოზირება წარსული ტენდენციებიდან გამომდინარე და ორგანიზაციის მომავალი საქმიანობის ეფექტიანობის საპროგნოზო შეფასება;
- ორგანიზაციის მიზნების განსაზღვრა გარემოში მიმდინარე ტენდეციების ამჟამინდელი და საპროგნოზო ეფექტიანობის შედარების საფუძველზე;

- ორგანიზაციის მიერ დასახული მიზნებიდან გამომდინარე, მისი ქვედანაყოფებისათვის კოორდინირებული სამოქმედო პროგრამების შემუშავება (ღონისძიებათა გრაფიკებისა და საკონტროლო ვადების მითითებით);
- სამოქმედო პროგრამების საფუძველზე რესურსების (პერსონალი, მასალები, ფულადი სახსრები, ფართობები და სხვ.) გახაწილების საფიხახსო გეგმის შემუშავება;
- სამოქმედო პროგრამების და რესურსების განაწილების გეგმის საფუძველზე ორგანიზაციის მოგების გეგმის შედგენა;
- გეგმების განხორციელებადობის შემოწმება (აქ იგულისხმება იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად აკმაყოფილებს მოსალოდნელი შედეგები ორგანიზაციის ხელმძღვანელობას და იმის შეფასება, თუ რამდენად უზრუნველყოფილია ორგანიზაცია საჭირო რესურსებით).

მართვა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე მოითხოვს დიდი მოცულობის ინფორმაციის გათვალისწინებას, გაზომვის გრაფიკების შედგენის და შეფასებების პროცედურების ახალი მეთოდების შემუშავებას. გარდა ამისა, ყველა დონის მენეჯერმა უნდა მიიღოს აქტიური მონაწილეობა მართვის ახალი პროცედურების განხორციელებაში, რაც დაკავშირებულია მოქმედების ვერტიკალური და ჰორიზონტალური კოორდინირების აუცილებლობასთან.

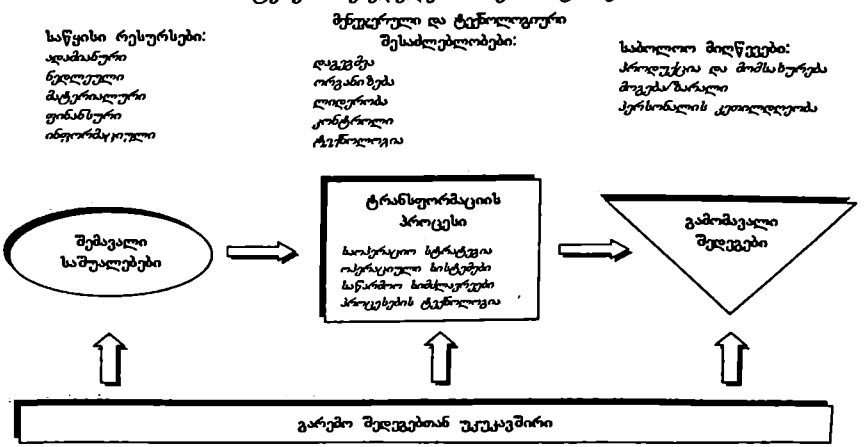
მაგრამ მთავარი მაინც ის არის, რომ მართვა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე მოითხოვს ორგანიზაციაში მუშაობის სტილის გარდაქმნას: აქცენტის გადატანას წარსულში მოპოვებული გამოცდილებიდან მომავლის შეფასების უნარ-ჩვევების გამომუშავებაზე.

ამრიგად, აქ საქმე გვაქვს საკმაოდ რთულ მართვის სისტემასთან, რაც დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ თუ მართვა კონტროლის საფუძველზე ორიენტირდებოდა მიღებული შედეგების შედარებით მოცემული ეტალონების მოსალოდნელი ცვლილებების გაუთვალისწინებლად, მართვა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე იმის შეფასების შესაძლებლობას იძლევა, თუ რამდენად უზრუნველყოფს მიმდინარე მუშაობის შედეგები დასახული მიზნების მიღწევას. მმართველობითი კონტროლის გაძლიერების მიზნით ყველა ზემო მოყვანილ შემთხვევაში აუცილებელია მაკორექტირებელი მოქმედებების ჩატარება, ზოგჯერ კი თავდაპირველად დასახულ მიზნების შეცვლაც.

მართვის სისტემა ექტრაპოლაციის საფუძველზე გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ ხერხდება „წარსულის მომავალში გადატანა", ანუ, როდესაც სტატისტიკური მონაცემების ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელია მომავალი ცვლილებების პროგნოზირება. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ, თუ ბაზარი გაჯერებულია, მოთხოვნის დონე ეცემა, წინასწარ იცვლება ბაზრის სტრუქტურა ან ორგანიზაციის სოციალურ-ეკონომიკური გარემო, მართვა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე კარგავს თავის ეფექტიანობას. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან ზემოჩამოთვლილ სიტუაციებში სწორი პროგნოზის გაკეთება მკვეთრად გაძნელებულია.

ნახატი 38

სისტემური შეხედულება ორგანიზაციაზე



მეწარმული ტიპის მართვის სისტემა. აშკარაა, რომ ორგანიზაციის მომავალი მხოლოდ წარსულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით ვერ განისაზღვრება. მოთხოვნის გაჯერებამ, ტექნოლოგიური გარღვევების შეფასებამ, ბაზრის ახალი სეგმენტების შექმნამ, სახელმწიფო პოლიტიკის შეცვლამ, სახელმწიფოსა თუ რომელიმე საზოგადოებრივი მოძრაობის გავლენამ გარემოზე, ორგანიზაციაზე, შეიძლება მოულოდნელი ცვლილება შეიტანონ ორგანიზაციის გრძელვადიან გეგმებში.

პროგნოზირება ამ ფაქტორების გათვალისწინებით მხოლოდ წარსულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით პრაქტიკულად შეუძლებელია. ორგანიზაციების მიერ გარემოში ცვლილებების პირველივე ნიშნების (ე.წ. „სუსტი სიგნალების") დაფიქსირება და მათზე სათანადო რეაგირება, ადეკვატური პასუხის საშუალებას იძლევა (ზოგჯერ, შესაძლოა ორგანიზაციის მისიისა და სტრატეგიის შეცვლის გზით), ეს კი ზოგჯერ გადარჩენის ტოლფასია. მეორე მხრივ, თვით ორგანიზაციაც უნდა იყოს მზად, სწრაფად გარდაქმნას საკუთარი სტრუქტურა, შეცვალოს მუშაობის მიმართულება, ამიტომ ორგანიზაციას იმდენად მოქნილი სტრუქტურა უნდა გააჩნდეს, რომ მოხერხდეს დროული რეაგირება ცვლილებებზე.

ზემოგანხილული სისტემებისაგან განსხვავებით, მეწარმული ტიპის მართვის სისტემაში ხორციელდება სამი სახის კონტროლი, რომელიც ითვალისწინებს:

1) შესრულების პროცესის კორექტირებას;
2) მიზნების გადასინჯვას და საჭიროების შემთხვევაში
3) სტრატეგიის შეცვლას.

მეწარმული ტიპის მართვის სისტემა ორიენტირებულია მოულოდნელ ცვლილებებზე. ძირითადად, იგი ექსტრაპოლაციის შედეგების საფუძველზე მოქმედებს, თუმცა მოითხოვს დამატებითი საქმიანობის ორგანიზებას შემდეგი მიმართულებით:

- ორგანიზაციის პოტენციალის ანალიზს, რაც საშუალებას იძლევა, შეფასდეს მისი სუსტი და ძლიერი მხარეები, სავარაუდო შედეგები;
- გარემოს ცვალებადობის ანალიზის საფუძველზე დადებითი ან უარყოფითი შესაძლებლობების პროგნოზს. ანალიზი უნდა მოიცავდეს იმ ეკონომიკური და სოციალური ძალების შესწავლას, რომლებიც განსაზღვრავენ მოთხოვნას, კონკურენციის დარგს და პერსპექტიულ პოლიტიკურ და სოციალურ ცვლილებებს, განსაკუთრებით მეცნიერტევად დარგებში. ამას ემატება ახალი მეცნიერულ-ტექნიკური მიღწევების შესაძლებლობების გამოყენების ანალიზის აუცილებლობა;
- ორგანიზაციის პერსპექტივების შეფასების საფუძველზე ახალი ამოცანების შემუშავება. ეს მოითხოვს არსებული მიზნების, დადებითი და უარყოფითი შესაძლებლობების, პროგნოზირებადი ეფექტიანობის და ორგანიზაციის პოტენციალის კომპლექსურ განხილვასა და ანალიზს;
- გადაწყვეტილების მიღებას არსებული სტრატეგიის პერსპექტივების გამოყენების ან ახალი ალტერნატიული ვარიანტის შემუშავების შესახებ, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ალინიშნება პრინციპული სხვაობა უკვე დასახულ მიზნებსა და ახალ ამოცანებს შორის;
- გადაწყვეტილების მიღების შემდგომ მიზნების ხელახალ გადასინჯვას და შესაბამისად, ახალი სამოქმედო პროგრამებისა და საფინანსო გეგმების შემუშავებას;
- თუ მიღებული გადაწყვეტილება გულისხმობს ახალი სტრატეგიის შემუშავებას, საჭიროა ალტერნატიული ვარიანტების ჩამოყალიბება და მათ შორის პრიორიტეტული ვარიანტის შერჩევა. ამის შემდეგ ხელახლა მუშავდება ახალი სამოქმედო პროგრამა, ფინანსური გეგმები და გადაწყვეტილებათა რეალიზაციის გეგმა და ა.შ.

19.4. ორგანიზაციის მისია და მიზნები

ნათელია, რომ ნებისმიერი საქმის დაწყება შეუძლებელია გარკვეული მიზნის განსაზღვრის გარეშე. მიზნის განსაზღვრა საფუძვლად ედება ჩვენს მომდევნო მოქმედებებს, ამა თუ იმ ფუნქციების, სამოქმედო არეალის, სტრუქტურის

ჩამოყალიბებას. თავისთავად, ორგანიზაციის არსებობის მიზანი (ანუ მისია) ბევრად განსაზღვრავს მის პოლიტიკასა და სტრატეგიას, მისი მოქმედების ძირითად პრინციპებსა და ფილოსოფოას.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, **მისია** – ესაა ძირითადი მიზანი, რომლის მისაღწევად იქმნება კონკრეტული ორგანიზაცია. მისია იმის დასაბუთებაა, თუ რატომ არსებობს ორგანიზაცია, რა მიზნებს ემსახურება, რაში გამოიხატება მისი უნიკალურობა. მისია განსაზღვრავს იმ საქმიანობის სფეროს, რომელიც მას განასხვავებს ამავე ტიპის სხვა ორგანიზაციებისაგან.

მისია ორგანიზაციის ძირითადი ღირებულებებისა და მოქმედების ფილოსოფიის მოკლე განსაზღვრებაა, მის მიერ საზოგადოებისათვის მიწოდებული პროდუქციისა და მომსახურების კონკრეტული სახეობების ჩამონათვალია. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მისია გულისხმობს, თუ რას წარმოადგენს ორგანიზაცია და რას ემსახურება იგი.

ორგანიზაციის მისიის ფორმულირების შემუშავების ან მისი გადახედვის პროცესში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს არსებული ფასეულობებისა განსახილველელი საკითხის ხედვის გადასინჯვა.

ორგანიზაციის ფასეულობა, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მის მამოძრავებელ ძირითად პრინციპებს წარმოადგენს, რომლებიც განსაზღვრავენ, თუ რას უნდა ეყრდნობოდეს, რით უნდა იყოს დაკავებული ორგანიზაცია (მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულების მისიას წარმოადგენს პაციენტისათვის სათანადო კვალიფიციური დახმარების აღმოჩენა, ძირითადად ფასეულობას კი, აშკარაა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა წარმოადგენს).

მისიას კომპლექსური ხასიათი აქვს, ვინაიდან იგი შეიცავს კომპანიის საქმიანობის გარე და შიდა ორიენტირებს, გამოხატავს საქმიანობის წარმატების არსს. მისიის მკაფიო განსაზღვრა გარდაისახება კონკრეტულ განზომილებებში, იურიდიულ ნორმებში, პრაქტიკულ რეკომენდაციებში და ა.შ.

მისიის ამორჩევა განისაზღვრება ორგანიზაციის პოტენციალითა და მასშტაბებით. სახიფათოა, როგორც ზედმეტად რთული მისიის ამორჩევა, ასევე – უმნიშვნელო მისიით დაკმაყოფილება. მისიის ხასიათი განისაზღვრება ისეთი ფაქტორებით, როგორიცაა ორგანიზაციის ისტორია, კულტურა, სტრუქტურა, ხელმძღვანელობის დონე. მისია განსაზღვრავს ორგანიზაციის საქმიანობის ძირითად მიმართულებას, ამ საქმიანობის ბუნებას, არსებობის მიზეზს.

მისიას ორგანიზაციის საქმიანობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან იგი:

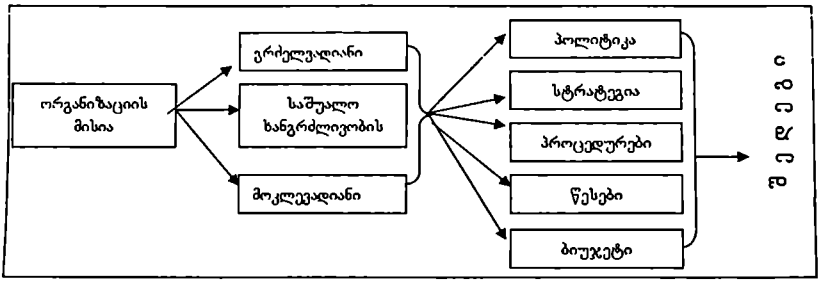
- განსაზღვრავს მის მიზნებსა და ამოცანებს;
- წარმოშობს იმის რწმენას, რომ ორგანიზაციას გააჩნია მკაფიო მიზნები და ამოცანები, რომლებიც არ ეწინააღმდეგება საზოგადოებაში არსებულ წარმოდგენებსა და პრინციპებს;
- გაერთიანებს თანამშრომელთა ძალისხმევას, მიმართულს საერთო მიზნების განხორციელებაზე;
- უზრუნველყოფს ორგანიზაციის დაინტერესებას და მათ მხარდაჭერას.

თავის მხრივ **მიზანი,** ესაა სამომავლო შედეგები, რომელთა მიღწევაც სურს ორგანიზაციას ან ეს არის წინასწარ მოფიქრებული ქმედებები, რომელთა განხორციელების შედეგად ორგანიზაცია შეეცდება მიაღწიოს გარკვეულ შედეგს. ზოგადად, ტერმინი – მიზანი გულისხმობს საჭირო შედეგის დეკლარირებას.

მიზნების სწორი დასახვა ხელს უწყობს სათანადო წარმატების მიღწევას, ვინაიდან, ერთი მხრივ, კონკრეტული მიზნების დასახვა საშუალებას აძლევს მენეჯერს, ნათლად წარმოიდგინოს, თუ რა მოეთხოვება მას, მეორე მხრივ, დასმული მიზნიდან გამომდინარე, კონკრეტული დავალებების მიღება ზრდის შემსრულებლის მხრიდან პასუხისმგებლობის გრძნობას.

ნახატი 39

მისიისა და მიზნების ჩამოყალიბების ეტაპები



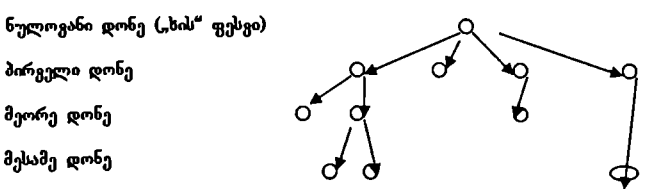
მენეჯერული საქმიანობის მიზნები და ამოცანები იმდენად მრავალრიცხოვანი და რთულია, რომ მათი ჩამოყალიბება და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ოპტიმალური გადაწყვეტის გზების ძიება ბევრ სირთულესთანაა დაკავშირებული. მით უმეტეს, რომ მიზნები წარმოადგენენ ფუნდამენტს, რომელზედაც დაფუძნებულია დაგეგმვის, ორგანიზების, მოტივაციის კონტროლის პროცესის განხორციელება. ხშირად მართვის აპარატის წინაშე დგება რამდენიმე მიზნის მიღწევის პრობლემა. ამ შემთხვევაში საჭიროა მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანის არჩევა და მისი ოპტიმალური გადაწყვეტის უზრუნველყოფა, ვინაიდან რამდენიმე მიზნის ოპტიმიზაცია ერთდროულად თითქმის შეუძლებელია.

ამ პრობლემის დაძლევის ერთ-ერთ მეთოდს წარმოადგენს ე.წ. **„მიზნების ხის“** აგება, რომელიც საშუალებას იძლევა მკაფიოდ განვსაზღვროთ ის ამოცანები, რომლებიც გადასაწყვეტია როგორც ზოგადი (მთლიანად ორგანიზაციისათვის, სახელმწიფოსათვის და ა.შ.), ისე კერძო (ცალკეული ქვედანაყოფებისათვის) თუ ინდივიდუალური (ცალკეული პირებისათვის) მიზნების განსახორციელებლად.

აშკარაა, რომ ნულოვან დონეზე ყალიბდება საქმის წამოწყების ძირითადი მიზანი (ან მიზნები), შემდეგ დონეებზე კი ის საკითხები, რომლებიც გამომდინარეობს ზოგადი მიზნიდან. დასახული მიზნის გადაწყვეტისას, როდესაც სახეზეა ურთიერთსაწინააღმდეგო სიტუაცია, სწორი ორიენტაციის აღების საფუძველს წარმოადგენს საუკეთესო ვარიანტის შერჩევა. ამისათვის კი საჭიროა როგორც მიზნის, ისე მოსალოდნელი შეზღუდვების განსაზღვრა და დაზუსტება.

ნახატი 40

„მიზნების ხე“



მენეჯმენტში მიზნების განსაზღვრის პროცესი შეიცავს ანალიზის ორ სახეობას:

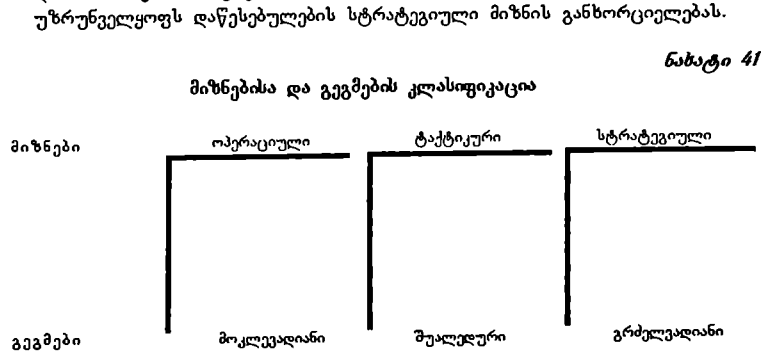
- პირველი სახეობა გულისხმობს ორგანიზაციის წარსული ან მიმდინარე მუშაობის შედეგების შესწავლას. მაშინ, როდესაც,
- მეორე სახეობა შეეხება ორგანიზაციის მუშაობის სრულყოფის გზების ძიებას, ძისი შესაძლებლობების გახვითარებას ემსახურება.

ძიზნების ცალკეულ ჯგუფებად დანაწილება აადვილებს მათი მნიშვნელობების რეალურ შეფასებას, პრიორიტეტების შერჩევას არსებული შეზღუდვების გათვალისწინებით. ამასთან დაკავშირებით, მართვის მიზნები პირობითად შეიძლება დაიყოს ორ ნაწილად:

- ***სტრატეგიულ მიზნებად***, რაც გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულების პროფილისა და სამოქმედო არეალის მკაფიო განსაზღვრას. სტრატეგიული მიზნის გადაწყვეტის პროცესში უნდა განაწილდეს პერსონალის უფლებები და მოვალეობები, შეიქმნას შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულები, გაანგარიშდეს დასახული მიზნის მისაღწევად საჭირო რესურსების რაოდენობა და ა.შ.
- ***ოპერატიულ მიზნებად***, რაც გულისხმობს სასურველი შედეგის მიღების მიზნით სათანადო მოქმედების დაგეგმვას დროსა და სივრცეში (მაგალითად, ფასების ახალი პოლიტიკის შემუშავებას, კვლევითი სამუშაოების ჩატარებას და ა.შ.,). ე.ი. იმ გზებისა და ხერხების დეტალურად განსაზღვრას, რაც უზრუნველყოფს დაწესებულების სტრატეგიული მიზნის განხორციელებას.

ნახატი 41

მიზნებისა და გეგმების კლასიფიკაცია



მიზნების განხორცილება შეიძლება განვიხილოთ ორ მთავარ განზომილებაში: *ეფექტურობა და რენტაბელობა.*

ეფექტურობა – ეს არის უნარი, შეარჩიო შესაბამისი მიზნები და მიაღწიო მათ.

რენტაბელობა – ეს არის უნარი, მოუნახო საუკეთესო გამოყენება ხელთ არსებულ რესურსებს უკვე დასახული მიზნების მიღწევის პროცესში.

მართვა უაღრესად დინამიკური პროცესია, რომლის ეფექტიანობა ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად შეესაბამება მართვის არსებული ორგანიზაცია მუშაობის შინაარსსა და მის სტრუქტურას. ამიტომ აუცილებელ პირობას წარმოადგენს მათი ადეკვატურობის შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში ცვლილებების განხორცილება. მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურა უნდა იცვლებოდეს დაწესებულების განვითარების შესაბამისად, რათა ხელს უწყობდეს ახალი ტექნოლოგიების დანერგვას.

ამ მხრივ მუშაობის სრულყოფის ძირითადი მიმართულებები შემდეგია:

- მიზნის ზუსტად და მარტივად განსაზღვრა;
  მართვის აპარატის ყველა წევრმა უნდა იცოდეს, თუ რა მიზანს ემსახურება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, წარმოიშვება გაუგებრობები – ყოველი წევრი თვითონ განსაზღვრავს თავისი მოქმედების მიმართულებას, რაც ხშირად ეწინააღმდეგება დაწესებულების განვითარების საერთო სტრატეგიას.
- დროის ხანგრძლივობისა და დანახარჯების ზუსტი განსაზღვრა, რაც ხელს უწყობს საუკეთესო ვარიანტის შერჩევას;
- მუშაობაში ყოველგვარი დუბლირების ლიკვიდაცია;
- თანამშრომლების უფლება-მოვალეობათა მკაცრი განსაზღვრა.
  ყოველ შესასრულებელ სამუშაოზე ერთპიროვნული პასუხისმგებლობის დაკისრება, ვინაიდან ცნობილია, რომ მრავალ პიროვნებაზე განაწილებული პასუხისმგებლობა გაურკვევლობასა და ჩაგვრდნებს იწვევს.

გაცილებით ადვილია მიზნებზე ლაპარაკი, ვიდრე მათი ჩამოყალიბება. ამასთან დაკავშირებით, შემუშავებულია რიგი კრიტერიუმი, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელია მიზნების პრიორიტეტულობის განსაზღვრა.

დასმული მიზნის სიმარტივე – მიზანი მაქსიმალურად უბრალო, მარტივი ენით უნდა აღწერდეს მუშაობის იმ შედეგს, რომელსაც ელის მენეჯერი.

მიზნის ფორმულირება უნდა იყოს ჭეშმარიტად შინაარსიანი მათთვის, ვინაც ეკალება მიზნის განხორციელება (და არა ყველასთვის, ვინც მათ გაეცნობა) – ეს კი ნიშნავს, რომ მიზნის ფორმულირება განკუთვნილი უნდა იყოს უშუალო შემსრულებლისათვის, მათთვის, ვინც უშუალო მონაწილეობას მიიღებს მიზნით დასახული ღონისძიებების განხორციელებაში და პასუხს აგებს მათ შესრულებაზე.

მიზნის სწორი ფორმულირება ითვალისწინებს შემდეგი პირობების დაცვას:

1. მიზნის ფორმულირება უნდა იწყებოდეს ბრძანებითი კილოს განუსაზღვრელი საწყისი ფორმის ზმნით, რომელიც ახასიათებს შესრულებულ მოქმედებას. მიზნის მიღწევა მოქმედების შედეგია და ამიტომ მისი ფორმულირების საფუძველს საჭირო სამუშაოების განხორციელების ვალდებულება შეადგენს.
2. მიზანი უნდა აკონკრეტებდეს საჭირო საბოლოო შედეგს. იმისათვის, რომ დავრწმუნდეთ მიზნის მიღწევაში, საჭიროა ჩატარებული სამუშაოების შედეგის შეფასება.
3. მიზნის ფორმულირება უნდა ითვალისწინებდეს მისი მიღწევის კონკრეტულ ვადას. ცხადია, მიზნის მიღწევის ფაქტის შემოწმება მხოლოდ მაშინ არის შესაძლებელი, როდესაც წინასწარ მოცემულია ან ნაგულისხმევია საჭირო შედეგის მიღების დრო.
4. მიზანი უნდა აკონკრეტებდეს დასაშვები დანახარჯების მაქსიმალურ სიდიდეს. ამ წესს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ოპერატიულ მენეჯმენტში, ვინაიდან მართვის ამ დონეზე მიზნები ყოველთვის კონკრეტულ ხასიათს უნდა ატარებდეს. ამასთან, ზოგიერთ შემთხვევაში, სამუშაოთა ღირებულების ზუსტი შეფასების მაგივრად, საკმარისია იმის აღნიშვნა, რომ მიზანი მიღწეული უნდა იქნას „არსებული ბიუჯეტის ფარგლებში".
5. მიზანი უნდა იძლეოდეს საჭირო შედეგის რაოდენობრივ დახასიათებას, რაც მისი მიღწევის ფაქტის დასადასტურებლად არის საჭირო (მაგალითად, შემსრულებლისათვის გაცილებით უფრო ნათელია, რა უნდა გააკეთოს, რათა უზრუნველყოფილ იქნას დამატებით 200 პაციენტის ამბულატორიული მიღება, ვიდრე მიზანი, რომელიც მოითხოვს „პაციენტთა დამატებითი რაოდენობის მიღების უზრუნველყოფა".
6. მიზნის ფორმულირების პროცესში უნდა წინასწარ შეთანხმდეს მხოლოდ ის, თუ „რა" და „როდის" უნდა გაკეთდეს, ისეთი დეტალების დაზუსტების გარეშე, თუ „როგორ" და „რატომ" უნდა გაკეთდეს. იმის გათვალისწინებით, მიზანი წარმოადგენს „საჭირო შედეგების" დეკლარაციას და ამიტომაც არ საჭიროებს თავისი არსებობის გამართლებას.
7. ანალოგიურად, მიზნის ფორმულირებაში არ მიუთითებენ მისი მიღწევის საშუალებებზე.
8. საკითხი „როგორ" წყდება უკვე პროგრამირების პროცესში. გამონაკლისს წარმოადგენს ის შემთხვევები, როდესაც მითითებულია გარკვეული საშუალებების არჩევის საჭიროება, ამ შემთხვევაში პასუხი კითხვაზე „როგორ" უნდა შევიდეს მიზნის ფორმულირებაში.

9. მიზანი უნდა პასუხობდეს მოცემული საქმის მწარმოებლისა და მისი უშუალო ხელმძღვანელის ფუნქციონალურ მოვალეობებს.
10. მიზანი გასაგები უნდა იყოს ყველასათვის, ვინც მის განხორციელებაზე მუშაობს.
11. მიზანი უნდა იყოს რეალური და მიღწევადი. თუ მიზანი არარეალურია, იგი შემსრულებლის შინაგან წინააღმდეგობას იწვევს, მაგრამ არაიშვიათად იმავე რეაქციას იწვევს ადვილად მისაღწევი მიზანიც, გასაგებია, რომ ორივე სიტუაცია ხელს უშლის საქმეს, ამიტომ, მიზნის დასახვისას საჭიროა წონასწორობის დაცვა, რაც წარმატების საწინდარია.
12. მიზანი უნდა უზრუნველყოფდეს რესურსებისა და დროის დანახარჯების დიდ უკუგებას სხვა შესაძლო ვარიანტებთან შედარებით.
13. მიზანი უნდა იყოს განხორციელებადი რესურსების არსებული ან მოსალოდნელი მოცულობის ფარგლებში. მართალია, მენეჯერის მუშაობა ყოველთვის დაკავშირებულია რისკთან, მაგრამ ასეთი „გამარჯვება" გაცილებით იშვიათია, ვიდრე დამარცხება. ამიტომ, ჭეშმარიტად კომპეტენტური მენეჯერის თვისებას წარმოადგენს უნარი – გადადოს სამუშაოების დაწყება იმ დროისათვის, ვიდრე საკითხი საბოლოოდ მომწიფდება, დაგეგმილი ღონისძიებების გასატარებლად კი დაგროვდება აუცილებელი რესურსები.
14. მიზანი უნდა გამორიცხავდეს ან მინიმუმამდე დაყვანდეს ერთობლივი მუშაობის შედეგებზე ორმაგი პასუხისმგებლობის დაწესების შესაძლებლობა. იშვიათია შემთხვევა, როდესაც ერთი და იგივე მოვალეობა მიზნის მისაღწევად ორგანიზაციის რამდენიმე ქვედანაყოფს აქვს დაკისრებული. ასეთ შემთხვევაში, თუ შეუძლებელია მიზნის ქვემიზნებად დაყოფა, ორგანიზაციის ერთ-ერთი ქვედანაყოფის მენეჯერს უნდა დაეკისროს საბოლოო შედეგებზე ერთპიროვნული პასუხისმგებლობა, ხოლო დანარჩენებს კი – ცალკეული სამუშაოების უზრუნველყოფის ფუნქცია. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს სამუშაოების დუბლირება, პირადი პასუხისმგებლობის შესუსტება და საერთოდ სათუო გახდეს მიზნის საბოლოო გადაწყვეტა.
15. მიზანი უნდა ემთხვეოდეს შემსრულებელთა ინტერესებს და არ იწვევდეს ორგანიზაციაში სერიოზულ კონფლიქტებს. მიზანი იმ სამუშაოთა საკარაუდო შედეგია, რომელთა შესრულებაზეც შეგნებულად დათანხმდა მათზე პასუხისმგებელი მენეჯერი. მიზნის ფაქტობრივი შინაარსი შეიძლება და უნდა გახდეს კიდეც მსჯელობის, ან თუნდაც მოლაპარაკებათა საგანი მასზე პასუხისმგებელ მენეჯერსა და მის ხელმძღვანელს შორის. ამგვარი შეთანხმება მენეჯერსა და ხელქვეითს შორის ზრდის ამ უკანასკნელის დაინტერესებას.
16. მიზანი უნდა შეესაბამებოდეს ორგანიზაციის მუშაობის ძირითად პრინციპებსა და მეთოდებს. ისეთი მოსაზრებები, როგორიცაა ეთიკური ფაქტორები, საზოგადოებრივობასთან ურთიერთობა და მრავალი სხვა, ორგანიზაციის მუშაობის პრინციპებისა და მეთოდების განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენენ და მიზნების დასახვისას მათი იგნორირება არ შეიძლება.
17. მიზანი უნდა დაფიქსირდეს წერილობით, ხოლო დოკუმენტის ასლები ინახებოდეს უფროსთან და ხელქვეითებთან. მართალია, წერილობითი ფორმულირებები შემსრულებელთა შორის კონფლიქტების აცილების საბოლოო გარანტიას არ იძლევიან, სამაგიეროდ, წარმოადგენენ კონტროლის ეფექტურ საშუალებას.
18. მიზანი უნდა შეთანხმდეს ხელქვეითებთან. მენეჯერს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ დასახული მიზნების მიღწევაში მის შესაძლებლობებს მთლიანად განსაზღვრავს შემსრულებელთა ძალისხმევა. ამასთან, ხელქვეითები არაიშვიათად აქტიურად გამოთქვამენ მიზნის დასახვისა და რეალიზაციისათვის სასარგებლო იდეებს.

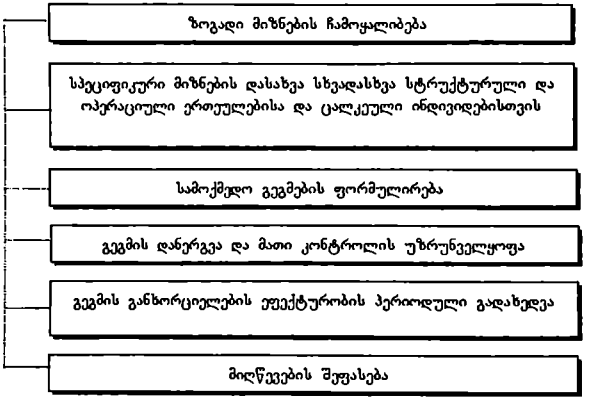
ხშირად მართვის აპარატის წინაშე დგება რამდენიმე მიზნის მიღწევის პრობლემა. ამ შემთხვევაში საჭიროა მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანის არჩევა და მისი ოპტიმალური გადაწყვეტის უზრუნველყოფა, ვინაიდან რამდენიმე მიზნის ოპტიმიზაცია ერთდროულად თითქმის შეუძლებელია.

მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ ისიც, რომ ხშირად საქმე გვაქვს მიზნების კონფლიქტთან, რაც განპირობებულია როგორც ორგანიზაციის გარეთ, ასევე მის

შიგნით არსებულ პრობლემებთან. ეს კონფლიქტები შესაძლოა იყოს როგორც დროებითი ხასიათის, ასევე მუდმივი, მიზნის განხორციელების ყველა ეტაპზე.

ნახატი 42

მიზნების დასახვისა და განხორციელების ეტაპები



მიზანთა დაპირისპირების კლასიკური მაგალითია მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით ახალი ტექნოლოგიების დანერგვა და იმავდროულად მკურნალობის ფასის ძველ დონეზე შენარჩუნება ან მისი შემცირება. ნათელია ამ მიზნების განხორციელების პროცესში წარმოქმნილი წინააღმდეგობანი, ვინაიდან ხარისხის გაუმჯობესება, ახალი ტექნოლოგიის შემოღება თითქმის ყოველთვის მოითხოვს არსებულ რესურსებზე დანახარჯების ზრდას (მაგალითად, ახალი დიაგნოსტიკური აპარატურის შეძენის ან განყოფილების რეკონსტრუქციის მიზნით), ეს ხარჯები თავისთავად ამცირებს, განსაკუთრებით პირველ ეტაპზე, გატარებული ღონისძიებების ეკონომიკურ ეფექტიანობას.

წამოჭრილ სიძნელეთა გადალახვის ერთ-ერთი გზაა დანახარჯების მინიმიზაცია იმ პირობით, რომ დაცულ იქნება ხარისხობრივი მაჩვენებლების შესატყვისობა მოცემულ მოთხოვნებთან. მაგრამ ამ შემთხვევაში წარმოიქმნება სხვა სახის წინააღმდეგობა, დაკავშირებული მიზნის განხორციელების შემზღუდველი პირობების არსებობასთან.

მართვის თეორიაში ცნობილია მიზნის შემზღუდველი შემდეგი პირობები:

1. როდესაც შესაძლებელია მინიმალურ და მაქსიმალურ საპროგნოზო მაჩვენებლებს შორის შუალედურ მნიშვნელობათა მიღწევა;
2. როდესაც მიზნით დასახული შედეგი უდრის არსებულ მაჩვენებელს ან მასზე ნაკლებია; მაგალითად, თუ ახალი ტექნოლოგიის დანერგვამდე მიღწეული ეკონომიკური და სამედიცინო ეფექტიანობა არ შეცვლილა.
3. როდესაც მიზნით დასახული შედეგი უდრის არსებულ მაჩვენებელს ან მასზე ნაკლებია. მაგალითად, ხარისხის ამაღლებისათვის გაწეულმა დანახარჯებმა არ უნდა გადააჭარბოს წინასწარ განსაზღვრულ სიდიდეს. წინააღმდეგ შემთხვევაში გასაგები მიზეზების გამო ამ მიმართულებით მუშაობის გატარება მიზანშეწონილი არ იქნება.
4. მიზნის შემზღუდველი სიდიდე უნდა იმყოფებოდეს გარკვეულ პროგნოზირებად ინტერვალში.

ასეთი შეზღუდვები ყოველთვის არსებობს, ვინაიდან თითქმის შეუძლებელია ერთდროულად ყველა მიზნის მიღწევა და ამასთან ერთად შედეგობრივი მაჩვენებლის მაქსიმიზაცია ან მინიმიზაცია. გასათვალისწინებელია, რომ ერთი მაჩვენებლის ზრდა ყოველთვის იწვევს მეორის შემცირებას, და პირიქით.

დასახული მიზნების გადაწყვეტა მოითხოვს მათ სუბოპტიმიზაციას, რაც გულისხმობს დასახული მიზნებიდან ძირითადის გამოყოფას, მაშინ, როდესაც დანარჩენი მიზნები მოცემული დროის მონაკვეთში უნდა განიხილებოდეს როგორც შეზღუდვები. მაგალითად, თუ ძირითადი მიზანი ხარისხის გაუმჯობესებაა, მაშინ მოგებისა და დანახარჯების ოდენობა უნდა განიხილებოდეს როგორც შეზღუდვები, ე.ი. ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელება მიზანშეწონილია იმ მომენტამდე, როცა დანახარჯების ზრდა არ აცდება განსაზღვრულ შემზღუდველ სიდიდეს.

მიზანთა სუბოპტიმიზაცია მჭიდროდ უკავშირდება დროის ფაქტორს. დაეუშვათ, რომ ძირითადი მიზანია ეკონომიკური ეფექტიანობის მაქსიმიზაცია. მიზნის ასეთი განსაზღვრა არაფერს გვაძლევს, თუ არ დავადგინეთ დროის ხანგრძლივობა, ე.ი. არ განვსაზღვრეთ, რა პერიოდში უნდა მოხდეს ძირითადი მიზნის მიღწევა (მაგალითად, ერთ წელიწადში, თუ სამ თვეში).

წამოჭრილ სიძნელეთა გადალახვის ერთ-ერთი გზაა დანახარჯების მინიმიზაცია იმ პირობით, რომ დაცულ იქნება ხარისხობრივი მაჩვენებლების შესატყვისობა მოცემულ მოთხოვნებთან. მაგრამ ამ შემთხვევაში წარმოიქმნება სხვა სახის წინააღმდეგობა, დაკავშირებული მიზნის განხორციელების შემზღუდველი პირობების არსებობასთან.

19.5. პროგრამირება

პროგრამირება განიხილება, როგორც **დასახული მიზნის მიღწევისათვის საჭირო სამოქმედო გეგმის შედგენის** *პროცესი*, ზოგიერთი მიზნის სიმარტივის გამო მისი პროგრამირება აუცილებელი არ არის. თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, მიზნების ეფექტიანი და ეკონომიური განხორციელება შესაძლებელია მხოლოდ ყველა საჭირო სამუშაოების შესაბამის დამოუკიდებელ ელემენტებად დანაწევრების შემდეგ.

გასათვალისწინებელია, რომ რაც მართვის ერთ დონეზე პროგრამის განხორციელების ცალკე ეტაპად მიიჩნევა, უფრო დაბალ დონეებზე იგი შეიძლება წარმოადგენდეს შემსრულებელთა მუშაობის საბოლოო მიზანს.

სამოქმედო პროგრამის შედგენა პასუხობს კითხვაზე — როგორ მივაღწიოთ მიზანს. ვინაიდან მიზნის მიღწევის მეთოდები შეიძლება განსხვავებული იყოს, საჭიროა მათი შეფასება მოქმედების დაწყებამდე. რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, უნდა მოინახოს მოქმედებათა შედარებით უკეთესი ვარიანტი. მეორე მხრივ, პროგრამირების პროცესი ხშირად იძლევა შეცდომების გამოვლენის საშუალებას, ეს კი, თავის მხრივ, ხელს უწყობს მიზნის კორექტირების შესაძლებლობას მანამ, სანამ დაიწყება დაგეგმილ ღონისძიებათა გატარება და გამოყოფილი რესურსების გამოყენება.

გასაგებია, რომ ასეთი კორექტირების ჩატარება ვერ მოხერხდება, თუ შეცდომა აღმოჩენილი იქნება უკვე დაწყებული მუშაობის პროცესში.

განვიხილოთ ფაქტორები, რომლებიც გასათვალისწინებელია პროგრამების განსახორციელებლად:

1. **სამუშაოთა თანმიმდევრობა:** ზოგიერთი სამუშაოს შესრულება ავტომატურად მოითხოვს იმგვარი თანმიმდევრობის დაცვას, როდესაც ერთის დასაწყისი დამოკიდებულია მეორეს წარმატებით დასრულებაზე. (მაგალითად, ახალი აპარატურის განლაგებისას წინასწარ საჭიროა სათანადო სარემონტო სამუშაოების ჩატარება).

2. სამუშაოთა შეთავსება: პროგრამის ორმა ან რამდენიმე ეტაპმა შეიძლება მოითხოვოს ერთგვარი ტიპის სამუშაოების ჩატარება, რომელთა შეთავსებაც შესაძლებელია მოლიანი თანხების ეკონომიურად გამოყენების თვალსაზრისით.
3. ორიენტაცია შესრულებაზე: სამუშაოები, რომელთა შესრულებასაც სპეციალური კვალიფიკაციის მუშახელი ესაჭიროება, უნდა დაიგეგმოს ამ პერსონალის მაქსიმალური დატვირთვის გათვალისწინებით.
4. დანახარჯების სახეობათა გათვალისწინება: დანახარჯის ზოგიერთმა სახეობამ (მაგალითად ხელფასის ფონდი ან ზედნადები ხარჯები) შესაძლოა გავლენა მოახდინოს დაგეგმვაზე.
5. სპეციალური მოწყობილობების მაქსიმალური დატვირთვა (განსაკუთრებით ძვირადღირებული მოწყობილობები).
6. კავშირის დამყარება სხვადასხვა პროგრამებს შორის: აუცილებელია ასეთი კავშირების დროული გამოვლენა და კონტაქტის დამყარება მათ მონაწილეებთან.
7. შემსრულებელთა კონტინგენტი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ხშირად იგი აკმაყოფილებს პროექტის მოთხოვნებს, რის გამოც საჭიროა დამატებითი ხარჯების გაწევა (კვალიფიკაციის ამაღლება, დამატებითი მუშაკების მოწვევა და ა.შ.).
8. პროგრამის შესრულების გრაფიკის კონტროლი: გასათვალისწინებელია, რომ დამკვეთის მოთხოვნილებებმა შესაძლებელია თავისი კორექტივები შეიტანოს დაგეგმვის პროცესში.
9. დაგეგმვის პროცესში საჭიროა მეცნიერებისა და ტექნიკის მიღწევების გათვალისწინება.
10. პროგრამა შეძლებისგვარად უნდა დამუშავდეს ეტაპობრივად, იმის გათვალისწინებით, რომ მომდევნო ეტაპის გადაწყვეტილებები ემყარებოდეს წინა ეტაპზე შესრულებული სამუშაოების შედეგებს.
11. ბუნებრივი პირობები: შესაძლოა მათ გავლენა მოახდინონ პროგრამის ზოგიერთი ეტაპის შესრულებაზე და ეს წინასწარ უნდა იქნას გათვალისწინებული.
12. შიგა და გარე ფაქტორების ზემოქმედება: პროგრამის რეალიზაციაზე შესაძლებელია მოახდინოს ზემოქმედება არა მარტო ობიექტურმა ფაქტორებმა, არამედ როგორც ორგანიზაციაში, ასევე მის გარეთ მოქმედმა ცალკეულმა პიროვნებებმა (დამკვეთები, „ჩინოვნიკები" და ა.შ.).
13. სამუშაო ძალის დატვირთვა.
14. სასჯელი და წახალისება.
15. განსაკუთრებული მოვლენები: ყოველთვიური მოხსენებები, აქციონერების კრებები და ა.შ. განსაკუთრებული მოვლენებია, რომლებმაც შეიძლება განსაზღვრონ პროგრამის ზოგიერთი ეტაპის, როგორც დაგეგმვა, ასევე შესრულებაც.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

სისტემა – *system* – ურთიერთმოქმედი ელემენტების (ობიექტების, პროცესების, მოვლენების, ქვესისტემების) მოწესრიგებული ერთობლიობა, რომელიც მათ შორის დამყარებული ურთიერთობებით და ერთობლივი ძალისხმევით ცდილობს მიაღწიოს სისტემის მიზნებს.

მიზანი – *goal* – მომავალში განსახორციელებელი პირობა ან განზრახვა.

ამოცანა – *objective* – ობიექტის (მოვლენის, პროცესის, სისტემის) განზომილებადი დონე ან მდგომარეობა, რომელსაც მიზნის მიღწევის ყველა ეტაპზე გააჩნია შესაბამისი დასაბუთება და დროებითი შეზღუდვები.

კონცეფცია – *concept* – დასაბუთებულ შეხედულებათა ერთობლიობა, რომელიც შეთანხმების საფუძველზე განსაზღვრავს მოსალოდნელ ცვლილებებს.

სისტემის კონცეფცია – *concept of system* – დასაბუთებული შეხედულებების ერთობლიობა კონკრეტული სისტემის მოდელის შესახებ; შეესაბამება ზოგად პრიორიტეტულ მიმართულებებსა და ღონისძიებებს, რომლებიც მიმართულია ამ მოდელის რეალიზაციისაკენ. როგორც წესი, კონცეფციის რეალიზაცია ხდება პროგრამის სახით.

მონიტორინგი – monitoring – მიზანმიმართული ქმედება, რომელიც მოიცავს პერმანენტულ დაკვირვებას, ანალიზს, შეფასებას, პროგნოზს ობიექტის (პროცესის, მოვლენის, სისტემის) მდგომარეობის შესახებ;

დაკვირვების ანალიტიკური სისტემა – რაიმე პროცესზე მუდმივი მეთვალყურეობა სასურველი შედეგის მისაღწევად ან სწორი წინადადებისადმი მისი შესაბამისობის გამოსავლენად.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- სამედიცინო ორგანიზაციაზე, როგორც სისტემაზე, მოქმედი შიგა და გარემო ფაქტორები
- მართვა შესატყვისობის შენარჩუნების საფუძველზე
- მეწარმული ტიპის მართვის სისტემა
- მართვა ექსტრაპოლაციის საფუძველზე
- ფაქტორები, რომლებიც გასათვალისწინებელია პროგრამების განსახორციელებლად

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა, ო.ვასაძე, დ.ესტი, ჯანდაცვის მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის, თბილისი, 2002
- Бодди Д., Пэитон Р. – Основы Менеджмента. Санкт-Петербург/Москва /Харьков/ Минск, 1999
- Дойль П. Менеджмент. Стратегия и тактика. Санкт-Петербург/Москва/ Харьков/ Минск, 1998
- Shortell S.M., Kaluzny A.D. – Essentials of Health Care Management. – Delmar Publishers, London/New York/Paris/Tokyo, 1997
- Management of service oriented organizations, WHO Geneva, 2002 John R.
- Griffith, The Well-Managed Healthcare Organization, (5th ed.), 2002 , NETLIBRARY Online Resource
- Roy Amara, Health and Health Care 2010: The Forecast, The Challenge, (2nd ed.), 2003
- Lawrence Wolper, Health Care Administration - Planning, Implementing, and Managing Organized Delivery Systems, (4th ed.), 2004

თავი 20

მენეჯმენტის ფუნქციები

მეოცე თავის შინაარსი

20.1. შესავალი
20.2. მენეჯმენტის ფუნქციები
20.3. მართვის ციკლი
20.4. გადაწყვეტილების მიღების მეთოდები და მოდელები
20.5. ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვა
20.6. დაგეგმვის მეთოდები
20.7. დაგეგმვის ძირითადი მაჩვენებლები
20.8. სტრატეგიული დაგეგმვა. საორგანიზაციო სტრატეგიის სახეები.
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა* მენეჯმენტის ფუნქციების სეგმენტაციას
- *გაეცნობა* გადაწყვეტილების მიღების მეთოდებსა და მოდელებს
- გაეცნობა სტრატეგიული დაგეგმვის ძირითად ეტაპებს
- *შეფასებს SWOT ანალიზის მეთოდის გამოყენებით დასახული გეგმის განხორციელების შესაძლებლობას*

20.1. შესავალი

მიზნობრივი მართვის კონცეფციიდან გამომდინარე, მენეჯერის მოქმედების არე დაიყოფა ცალკე ფუნქციონალურ სეგმენტებად. ამ ხერხის გამოყენებით, შესაძლოა გავაძლიეროთ ის ზემოქმედება, რომელიც მართვის ერთი რომელიმე ფუნქციის შესრულებას ეშსახურება.

მართვის პროცესის წარმართვა გულისხმობს ყველა იმ ფუნქციის შესრულებას, რომლებიც ორგანიზაციის საქმიანობას მიეკუთვნება. ამ პროცესის უზრუნველსაყოფად, მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულებებში ხორციელდება სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის დაგეგმვა, მისი ორგანიზება, ხარისხის კონტროლი (მაგალითად, ამა თუ იმ გამოკვლევის ან პროცედურის მნიშვნელობის დადგენა მკურნალობის დადებითი შედეგის მისაღწევად), საფინანსო-ეკონომიკური კონტროლი (მაგალითად, ამა თუ იმ გამოკვლევის ან სამედიცინო მანიპულაციის თვითღირებულების შედარება არსებულ სტანდარტთან და საკარაულო გადახრების მიზეზების გარკვევა), ტექნოლოგიური კონტროლი და სხვ.

20.2. მართვის ფუნქციები

მმართველობის არეში შესაძლოა გამოიყოს ხუთი ძირითადი ფუნქციური სეგმენტი: **დაგეგმვა, ორგანიზება, კადრების შერჩევა და განლაგება, კოორდინირება და კონტროლი.**

I. დაგეგმვა წარმოადგენს მართვის ერთ-ერთ ძირითად ფუნქციას, რომელიც გულისხმობს ორგანიზაციის საქმიანობის მიზნების განსაზღვრას და კონკრეტული სიტუაციის შესატყვისი მეთოდების შემუშავებას. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, დაგეგმვა არის ორგანიზაციის საქმიანობის სრულყოფის ახალი გზებისა და მეთოდების დანერგვის უწყვეტი პროცესი.

დაგეგმვა წარმოადგენს საშუალებას, რომლის მეშვეობით 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, რომლებიც მოსალოდნელია დასახული გეგმის სრული განხორციელების შემთხვევაში;
- **მიზნების დასახვა** — გულისხმობს განსახორციელებელი ღონისძიებების სასურველი შედეგების ფორმულირებას;
- **პროგრამირება** — გულისხმობს იმ სახის მოქმედებათა გეგმის შემუშავებას, რომლებიც ხელს შეუწყობენ მიზნის მიღწევას;
- **სამუშაო გრაფიკის შემუშავება** — უზრუნველყოფს პროგრამის შესრულებაზე მიმართული საჭირო 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.

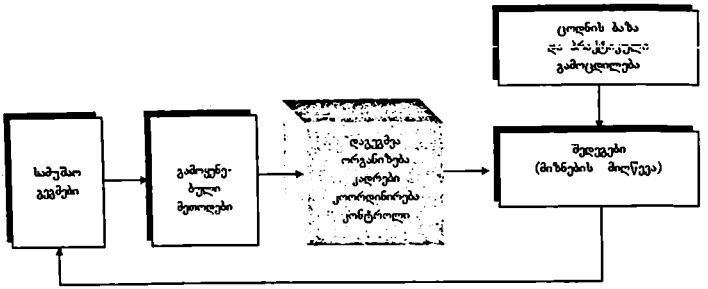
ორგანიზება გახლავთ მართვის ფუნქცია, რომლის ამოცანაა ახალი მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე ორგანიზაციის სტრუქტურის ჩამოყალიბება და ნორმალური მუშაობისათვის საჭირო პირობებით მისი უზრუნველყოფა (პერსონალი, მასალები, დანადგარები, შენობები, ფულადი საშუალებები და სხვა).

ორგანიზების არანაკლებ მნიშვნელოვანი ამოცანაა ისეთი საორგანიზაციო კულტურის დანერგვა, რომელიც შეთავსებადი იქნება მეცნიერულ-ტექნიკურ პროგრესთან. მაგალითად, ბევრი ორგანიზაცია უარს ამბობს თავისი სტრუქტურის აგებაზე ფუნქციონალური პრინციპით და ამცირებს რა ვერტიკალურ იერარქიას, ახდენს უფლებამოსილების დელეგირებას ზემოდან ქვემოთ.

ორგანიზება, თავის მხრივ, შეიცავს ორი ძირითადი სახის სამუშაოს შესრულებას: დაგეგმილი სამუშაოს სტრუქტურირებას და ინტეგრირებას;

- **სტრუქტურირება** — მოქმედებათა ისეთი დაჯგუფებაა, რომელიც უზრუნველყოფს მათ ეკონომიურ და ეფექტიან შესრულებას;
- **ინტეგრირება** — უზრუნველყოფს სათანადო პირობებს სხვადასხვა ორგანიზაციული ქვედანაყოფის ეფექტიანი ერთობლივი მუშაობისათვის.

მენეჯმენტის პროცესი



III. კადრების შერჩევა და განაწილება – მენეჯერის მუშაობის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულებაა, რომელიც გულისხმობს დაგეგმილი ღონისძიებების განხორციელების მიზნით კვალიფიციური კადრების მიზიდვას, საჭირო მოთხოვნილების განსაზღვრას. ეს მიმართულება, თავის მხრივ, შეიცავს სამ ელემენტს:

- შემსრულებელთა მიმართ მოთხოვნილების განსაზღვრას, საჭირო კვალიფიკაციის, გამოცდილებისა და უნარის მქონე შემსრულებელთა გამოვლენას;
- კადრების კვალიფიკაციის ამაღლებას;
- პერსონალის შესაძლებლობების გამოვლინებას და მათი განვითარების სტიმულირებას.

ეკონომიკურ სტიმულირებასთან ერთად მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს პერსონალის მოტივაციის ამაღლებაზე 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 მორალური დაკმაყოფილება, საკუთარი ინიციატივის გამოვლენის საშუალება 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 წარმოადგენს მის ცენტრალურ ფუნქციას. კოორდინირების ძირითადი მიზანია ორგანიზაციის ყველა რგოლის შეთანხმებული მოქმედების მიღწევა რაციონალური კავშირების (კომუნიკაციების) დამყარების გზით. ამ კუთხით ყველაზე ხშირად გამოიყენება მუშაობის ისეთი ფორმები, როგორებიცაა ანგარიში, კრება, კომპიუტერული კავშირი, რადიო და ტელეკონფერენციები, დოკუმენტების ანალიზი, ინტერვიუ და ა.შ. ეს მით უმეტეს მნიშვნელოვანია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ მართვის ყველა დონის ხელმძღვანელთა და ხელქვეითთა დამოუკიდებლობისა და პასუხისმგებლობის ზრდის პირობებში მატულობს ეგრეთ წოდებული არაფორმალური კავშირების მნიშვნელობა, რომლებიც უზრუნველყოფენ სამუშაოების როგორც ვერტიკალურ, ასევე ჰორიზონტალურ კოორდინაციას.

კოორდინირება, თავის მხრივ, შეიცავს ოთხ ძირითად ელემენტს: დავალებათა განაწილებას, მოტივირებას, კომუნიკაციების უზრუნველყოფას და შეთანხმებულობის მიღწევას.

- **დავალებათა განაწილებით** მენეჯერი უზრუნველყოფს კონკრეტული მუშაკის პასუხისმგებლობის ამაღლებას კონკრეტული საქმის შესრულებაზე;

- **მოტივირება** გულისხმობს ადამიანებზე ისეთი სახის ზემოქმედების განხორციელებას, რომელიც ხელს შეუწყობს მათ მიერ საერთო საქმისათვის სასურველი მოქმედებების შესრულებას;
- **კომუნიკაციების უზრუნველყოფა** საშუალებას იძლევა, რათა ინფორმაცია ეფექტიანად გავრცელდეს სასურველი მიმართულებით;
- **შეთანხმებულობა** გულისხმობს შრომით პროცესში წარმოქმნილი დისპროპორციების თავიდან აცილებას.

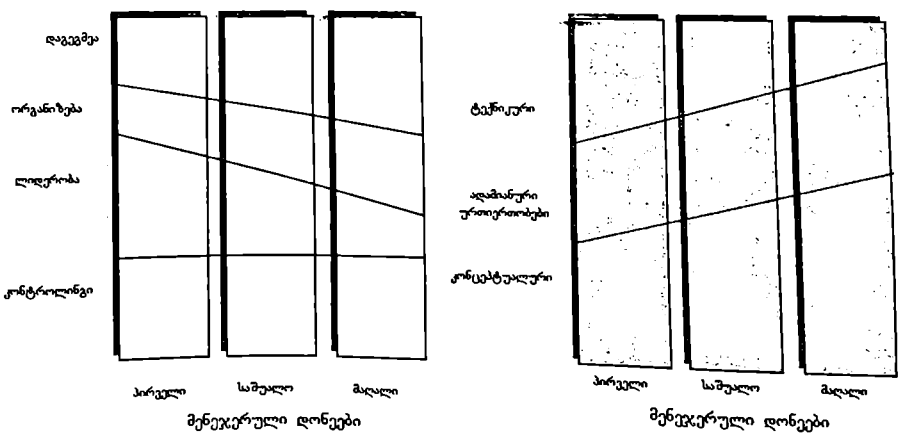
V. კონტროლი – მართვის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა, რომლის ამოცანას წარმოადგენს ორგანიზაციის მუშაობის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შეფასება და მისი შედეგების აღრიცხვა. მართვის პროცესში იგი წარმოადგენს უკუკავშირის ელემენტს, რომლის მიხედვით ხდება ადრე მიღებული გადაწყვეტილებების, გეგმებისა და ნორმების კორექტირება.

კონტროლი გულისხმობს დასახული მიზნების მიღწევისათვის საჭირო გარანტიების შექმნას.

კონტროლი შეიცავს სამ ძირითად ელემენტს: ნორმატივების შექმნას, სამუშაოთა პარამეტრების გაზომვას, მაკორექტირებელი მოქმედებების შესრულებას.

- <u>ნორმატივების შედგენა</u> გულისხმობს მიზნის მისაღწევად გასატარებელ სამუშაოთა შედეგების პარამეტრების მნიშვნელობის დადგენას;
- **სამუშაოთა პარამეტრების გაზომვა** წარმოადგენს გეგმით გათვალისწინებული და ფაქტიურად შესრულებული სამუშაოების შედარების შედეგებს;
- **მაკორექტირებელი მოქმედებების შესრულება** უზრუნველყოფს სამუშაოთა პარამეტრების მნიშვნელობების გაუმჯობესებაზე მიმართული საჭირო ღონისძიებების დაგეგმვასა და რეალიზაციას.

ნახატი 43



მართვის თეორიასა და პრაქტიკაში ფართოდ არის გავრცელებული ინგლისელი ეკონომისტის ჯონ ვუდვორდის მიერ მოწოდებული დაწესებულების ფუნქციათა კლასიფიკაცია. ჯ. ვუდვორდის აზრით, დაწესებულების ფუნქციები იყოფა ორ ძირითად ჯგუფად: **ფუნქცია-ამოცანებად და ფუნქცია-ელემენტებად.**

ფუნქცია-ამოცანები — ეს არის კონკრეტული ამოცანის შესრულებასთან დაკავშირებული ფუნქციები, რომელთა განხორციელება დაწესებულების ძირითადი საქმიანობის რაციონალურად წარმართვას უზრუნველყოფს. აქედან გამომდინარე, შესაძლო ხდება დაწესებულების მიერ საბოლოო მიზნების მიღწევა.

ფუნქცია-ელემენტები — ფუნქცია-ამოცანების შემადგენელი ნაწილია. ამიტომ ხშირად ისინი ცალკე არ გამოიყოფა. ეს ის ფუნქციებია, რომლებიც ყველა ფუნქცია-ამოცანის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს. ფუნქცია-ამოცანების მიხედვით ხდება მართვის სტრუქტურის ჩამოყალიბება, შესაძლოა სპეციალური განყოფილებების შექმნით, რომელთა ძირითადი მიზანია კონკრეტული ფუნქცია-ამოცანის განხორციელება.

მართალია, ფუნქცია-ელემენტი ფუნქცია-ამოცანის შემადგენელი ნაწილია, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ იგი არ შეიძლება გახდეს სპეციალური განყოფილების საქმიანობის ობიექტიც. მაგალითად, ხარისხის კონტროლის განყოფილების ორგანიზაციის საფუძველია კონტროლის ფუნქციის განხორციელება, რომელიც თავისთავად ფუნქცია-ამოცანას წარმოადგენს. ამასთან, ამ ფუნქცია-ამოცანის შემადგენელ ნაწილებად (ე.ი. ფუნქცია-ელემენტებად) შეიძლება წარმოჩინდეს კვების, წყლის, წამლის ვარგისიანობის კონტროლის ქვეგანყოფილებები.

ფუნქციათა დიფერენციაცია საფუძვლად უდევს მართვის სტრუქტურის ჩამოყალიბებას. შესასრულებელი ფუნქციების მიხედვით იქმნება მართვის შესაბამისი რგოლები — სპეციალიზებული უჯრედები, ფუნქციონალური განყოფილებები და სხვ., ე.ი. საბოლოო ჯამში ყალიბდება მართვის სტრუქტურა.

ცხრილი 58

მენეჯერული ფუნქციები

სტრატეგიული დაგეგმვა	სტრატეგიული დაგეგმვის საფუძველია პროგნოზირება, საწარმოო პროცესების დინამიკის დადგენა, ურთიერთკავშირში მყოფი მოვლენების ანალიზი
ოპერატიული დაგეგმვა	მართვის ეტაპი, რომელზედაც იგეგმება სისტემის მიმდინარე რეგულირების საკითხები
ორგანიზება	წარმოების ელემენტების რაციონალური შერწყმა სივრცესა და დროში, მათი განვითარების პროცესში (მაგალითად, საწარმოო პროცესის მოდელის შემუშავება)
მოტივაცია	მართვის სტადია, რომელიც ითვალისწინებს პერსონალის მორალურ სტიმულირებაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელებას
გადაწყვეტილების მიღება	დასმული მიზნის გადაწყვეტის ოპტიმალური გზების ძიება, მოსალოდნელი შედეგების ანალიზი
კონტროლი და აღრიცხვა	მიღებული გადაწყვეტილებების შესრულებაზე კონტროლის განხორციელება ყველა წარმოქნილი სიტუაციის და მოვლენის აღრიცხვა
კოორდინაცია და რეგულირება	მართვის ფუნქცია, რომლის დროსაც ხორციელდება ზემოქმედება როგორც ადამიანებზე, ასევე მათი მეშვეობით სისტემაზე, რათა იგი შეესაბამებოდეს სტრატეგიულ, ტაქტიკურ მიზნებს და წარმოების ორგანიზაციის მოდელს

20.3. მართვის ციკლი

სტრატეგიულ და ოპერატიულ მიზნებს შორის უაღრესად მჭიდრო კავშირი არსებობს. ისინი ერთმანეთისაგან გამომდინარეობენ და ერთმანეთზე ზემოქმედებას ახდენენ. ამიტომ

მართვის პროცესი თავისი არსით წარმოადგენს შეკრულ, ე.წ. მართვის ციკლს. მართვის ციკლი მოქმედებს ეფექტიანად მაშინ, როდესაც მიღწეულ იქნება ძირითადი მიზანი – დახარჯული რესურსების მაქსიმალურად და ეფექტიანად გამოყენება.

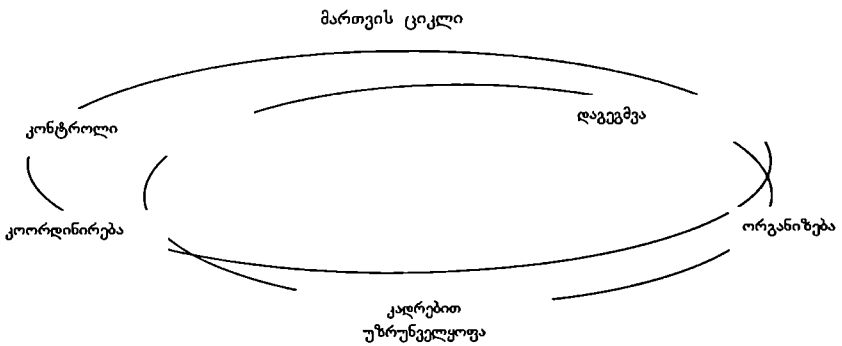
მართვის ციკლის განხორციელება უაღრესად რთულია, რადგან შეუძლებელია წინასწარ განისაზღვროს ყველა ის ღონისძიება და უარყოფითი სიტუაცია, რაც შეიძლება მომავალში შეიქმნას. მართვის ციკლი მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

1. დაწესებულების მოქმედების მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა;
2. დასმული მიზნის გადაწყვეტის პროცესში მოსალოდნელი პრობლემების გადაჭრა და მიღებული გამოცდილების საფუძველზე გეგმის შემდგომი სრულყოფა;
3. მოსალოდნელი შედეგების პროგნოზირება;
4. მოსალოდნელი პრობლემებისა და მათი გადაჭრის შესაძლებლობის სხვადასხვა ვარიანტის გაანგარიშება;
5. ყოველი ვარიანტის შედეგის ანალიზი;
6. ოპტიმალური ვარიანტის შერჩევა.

აქედან გამომდინარე, მართვის მიზნები ჯანდაცვის მენეჯმენტში შემდეგნაირად ყალიბდება:

- დაგეგმილ მიზანთან მაქსიმალურთან მიახლოებული შედეგების მიღწევა;
- ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე მაღალი შედეგების შენარჩუნება;
- ორგანიზაციისა ან დაწესებულების ძირითადი ფონდების (შენობების, სამკურნალო და დიაგნოსტიკური მოწყობილობების, აპარატურის და ა.შ.) დამნგრეველი რისკისგან დაცვა;
- ახალი, მკვეთრად განსხვავებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მეთოდების შემოღება, რაც უპირატესობას იძლევა სხვა დაწესებულებებთან შედარებით.
-

ნახატი 44



ზემოჩამოთვლილი ექვსი ეტაპის განხორციელების შედეგია იმის გარკვევა, თუ რა უნდა გაკეთდეს.

ამის შემდეგ შესაძლოა შემდგომი ეტაპების განხორციელება, რათა დავსახოთ გზები, თუ როგორ უნდა გაკეთდეს:

1. დაგეგმვა – გულისხმობს საორგანიზაციო პროცესის განაწილებას დროსა და სივრცეში (მოცულობის განსაზღვრა, ბიუჯეტის შედგენა, შემსრულებლებს შორის დავალებათა განაწილება და ა.შ.);
2. კავშირებისა და ხელმძღვანელობის გეგმების განსაზღვრა – ამ ეტაპზე საჭიროა, რომ ყოველი შემსრულებელი გაეცნოს შემდგომი მუშაობის გეგმას;
3. ცალკეული შედეგების გაანგარიშება და პროგნოზირება. საბოლოო მიზნებთან მათი სრული მისადაგება;

4. მაკროეკონომიკურ და უშუალოდ დაწესებულებაში მიმდინარე ტენდენციებისა და მნიშვნელოვანი ცვლილებების შეფასება;
5. მთელი ციკლის ან მისი ცალკეული ეტაპის თავიდან გამეორება.

20.4. გადაწყვეტილების მიღების მეთოდები და მოდელები

მენეჯმენტის პროცესის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ეტაპია გადაწყვეტილების მიღება, რომელიც შეიძლება განისაზღვროს, როგორც რამოდენიმე ალტერნატივიდან ერთ-ერთის შერჩევის პროცესი. გადაწყვეტილების მიღების ძირითადი ეტაპებია:

1. პრობლემის განსაზღვრა;
2. პრობლემის გადაჭრასთან დაკავშირებული სუსტი და ძლიერი მხარეების ანალიზი;
3. ალტერნატივების განხილვა;
4. ალტერნატივების შეფასება და მათგან საუკეთესოს შერჩევა;
5. საწყისი და შემდგომი მოქმედებების განსაზღვრა დასახული მიზნის განსახორციელებლად.

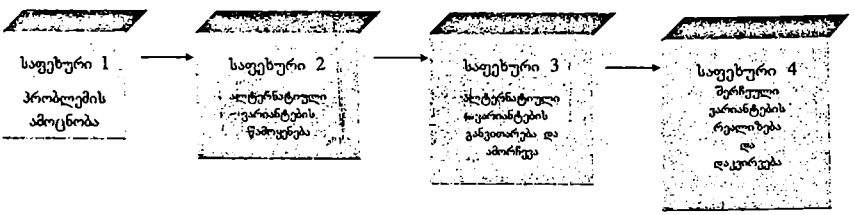
ალტერნატივების შერჩევის მიზნით სარგებლობენ ქვემომოყვანილი სქემით, რომელიც ერთი შეხედვით საკმარისად მარტივია, მაგრამ საბოლოო ჯამში, სწორი გამოყენების შემთხვევაში, საშუალებას იძლევა, ობიექტურად შევარჩიოთ გადაწყვეტილების საუკეთესო ვარიანტი.

ორგანიზაციაში შექმნილი ყოველი პრობლემური სიტუაცია ხშირად დაკავშირებულია გაუთვალისწინებელ ცვლილებებთან, რომლებიც წარმოიქმნება გარე სამყაროში. თავის მხრივ, წარმოქნილი პრობლემა მოითხოვს გეგმიური დავალებების შესრულების კორექციას.

გადაწყვეტილების მიღება წარმოადგენს პროცესს, რომლის დროსაც ხორციელდება პრობლემის იდენტიფიცირება (ამოცნობა, განსაზღვრა) და მისი განხორციელება.

ნახატი 45

გადაწყვეტილების მიღების პროცესის საფეხურები



გადაწყვეტილების მიღების პროცესი ხორციელდება ეტაპობრივად. მიზნებისა და გეგმების კოორდინაციის ხელშეწყობა ხდება ვერტიკალური და ჰორიზონტალური კომუნიკაციების განვითარების მეშვეობით, პერსონალის მოტივაციის გაძლიერებით, პრიორიტეტებისა და მოლოდინის მკაფიო განსაზღვრით და ა.შ. ამასთან არაიშვიათად, სისტემის არასაკმარისმა მდგრადობამ, მაღალი დონის მენეჯერთა უპასუხისმგებლობამ, პერსონალის დაბალმა პროფესიულმა დონემ შესაძლოა გააძნელოს გადაწყვეტილების ცხოვრებაში გატარება.

განირჩევა გადაწყვეტილებების მიღების ორი კატეგორია: **წინასწარ დაგეგმილი და დაუგეგმავი** (ანუ მოულოდნელი). თავისი ბუნებიდან გამომდინარე, დაუგეგმავი გადაწყვეტილება შეიცავს მერყეობის და რისკის ფაქტორებს. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან ამ სახის გადაწყვეტილება უფრო მეტად ეყრდნობა ინტუიციას, საკუთარ გამოცდილებას და ა.შ., ვიდრე წინასწარ მომზადებულ დასაბუთებას. ამასთან დაკავშირებით არსებობს ორი მეთოდი, რომლებიც იძლევა საშუალებას, რათა მენეჯერმა უკეთესად მიიღოს, მართალია, დაუგეგმავი, მოულოდნელი, მაგრამ უფრო სწორი გადაწყვეტილება.

ნებისმიერი პრობლემა ვარაუდობს გაურკვეველი სიტუაციის არსებობას და, შესაბამისად, არჩევანის გაკეთების აუცილებლობას. ამის ძირითად მიზეზებად გვევლინება:

- მოსალოდნელი მოვლენების მსვლელობის პროგნოზირებისა და მათზე ზემოქმედების მოხდენის შესაძლებლობასთან დაკავშირებული სიძნელეები;
- მიზეზებსა და შედეგებს შორის ურთიერთობის გარკვევის აუცილებლობა;
- სავარაუდო გადაწყვეტილებებს შორის სწორი არჩევანის გაკეთების საჭიროება;
- ზუსტი და სანდო ინფორმაციის მიღება და სხვა.

გაურკვევლობასთან ერთად, მართვის ნებისმიერი პრობლემისათვის დამახასიათებელია ისეთი ფაქტორი, როგორიცაა რისკის აუცილებლობა (მაგალითად, დაკავშირებული ახალი პროდუქციისა და მომსახურების ფორმების შექმნასა და შემოტანასთან, რეკლამის ეფექტურობასთან დაკავშირებით და სხვა).

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ნათელია, რომ ნებისმიერი პროცესი, დაკავშირებული გადაწყვეტილების შემუშავებასთან, მოითხოვს გაურკვევლობის მინიმუმამდე დაყვანას და რისკის გაწევის დასაბუთებას. ასეთი მიდგომა რამდენიმე ეტაპის არსებობას ვარაუდობს.

ამასთან დაკავშირებით, ხშირად სარგებლობენ ე.წ. ალტერნატივების შეფასების სქემით, რომელიც საშუალებას იძლევა, უფრო ნათლად წარმოვისახოთ დაგეგმილი გადაწყვეტილების დადებითი და უარყოფითი მხარეები.

ალტერნატივების შეფასების სქემა

2. ნაკლებად მნიშვნელოვანი მეტად მისაღები	4. მეტად მნიშვნელოვანი მეტად მისაღები
1. ნაკლებად მნიშვნელოვანი ნაკლებად მისაღები	3. მეტად მნიშვნელოვანი ნაკლებად მისაღები

არსებული სქემით სარგებლობის პროცესში პრობლემის გადაწყვეტის სხვადასხვა ალტერნატივა განლაგებულია იმის მიხედვით, თუ რამდენადაა ისინი მისაღები.

გასაგებია, რომ იდეა შესაძლოა იყოს საკმაოდ მისაღები, მაგრამ მისი განხორციელებადობა და, აქედან გამომდინარე, მნიშვნელობაც ორგანიზაციის განვითარების გარკვეულ ეტაპზე საეჭვოა. მაგალითისათვის, საკმაოდ მისაღებია იდეა იმის შესახებ, რომ ყოველ სამედიცინო დაწესებულებაში მოქმედებდეს თანამედროვე ბიოქიმიური ლაბორატორია, მაგრამ ახალი აპარატურის სიძვირის გამო, ალბათ უფრო რეალურია ცენტრალური ლაბორატორიის ჩამოყალიბება. ამ ალტერნატივის ჩამოყალიბებას უნდა მოჰყვეს იმის განხილვა, თუ რა უფრო მომგებიანია დაწესებულებისათვის – ადგილზე აუღოს პაციენტს სისხლი, რომელიც სპეციალური ტრანსპორტით გადაიგზავნება ცენტრალურ ლაბორატორიაში, თუ თვით პაციენტი გაგზავნოს ლაბორატორიაში (ამ შემთხვევაში დამატებით განიხილება საკითხი იმის შესახებ, თუ რა გზით შეიტყობს მკურნალი ექიმი მიღებულ შედეგს და ა.შ.). საბოლოო ჯამში, ალტერნატივებისა და მათი გადაწყვეტის გზების მთლიანი ნუსხის შედგენის საფუძველზე ყალიბდება სქემა, რომლის მიხედვითაც საკმარისად ადვილია გადაწყვეტილების მიღება.

სპეციფიკური პრობლემის ჩამოყალიბება და ფორმულირება დამოკიდებულია პრობლემის შესახებ არსებული ინფორმაციის მოცულობასა და სიზუსტეზე.

მეორე ეტაპი გულისხმობს მიზნებისა და ამოცანების დასახვას და გარკვეული მიმართულებების არჩევას, რაც, ერთი მხრივ, დამოკიდებულია ხელმძღვანელის უნარზე – განჭვრიტოს მოვლენათა მსვლელობა და შესაძლო შედეგები, მეორე მხრივ კი – პოტენციური შესაძლებლობანი.

შემდგომ ეტაპებს წარმოადგენს გატარებული ღონისძიებების კონტროლი და საჭიროების შემთხვევაში შესწორებული გეგმის ჩამოყალიბება. გეგმა უნდა შეიცავდეს განსაზღვრული

შრომითი რესურსების მობილიზაციასა და განაწილებას, გეგმის ფარგლებში შესაძლო ალტერნატიული ვარიანტების შერჩევას და სხვა.

მომდევნო ეტაპზე ხდება დაგეგმილ მაჩვენებლებთან მიღებული შედეგების შედარება.

ამგვარად, მმართველობითი ხასიათის პრობლემის გადაწყვეტის ძირითადი ეტაპებია:

I – პრობლემის ფორმულირება;

II – ინფორმაციის შეფასება;

III – მიზნებისა და ამოცანების დასახვა (ამასთან აუცილებელია საერთო მიზნებისა და სპეციფიკური ამოცანების გამიჯვნა);

IV – მოქმედების კონკრეტული მიმართულებების შერჩევა (პირველ რიგში, ეს გულისხმობს სამუშაოს მოცულობის, დროის ფაქტორის, მოსალოდნელი შედეგების, რისკის ელემენტების ოპტიმალურ დაბალანსებას);

V – შესასრულებელი სამუშაოს დაგეგმვა და კონტროლი;

VI – მიღებული შედეგების შეფასება (ეს ეტაპი გულისხმობს მოქმედების ეფექტიანობის განსაზღვრას პრობლემის გადაწყვეტის მდგომარეობიდან გამომდინარე).

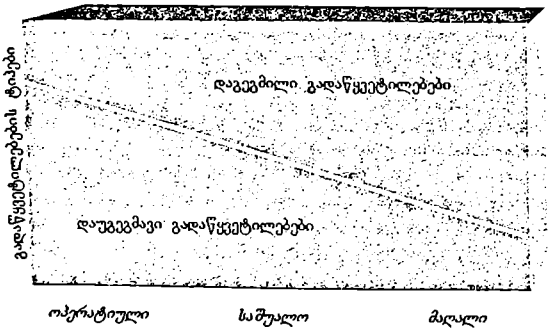
ე.წ. **რაციონალური მოდელი** უშვებს, რომ მენეჯერს ყოველთვის აქვს სრულყოფილი ინფორმაცია, რომლის შესაბამისად შეუძლია ოპტიმალური გადაწყვეტილებების მიღება. ამის საწინააღმდეგოდ, არარაციონალური მოდელი უშვებს, რომ ინფორმაციის მოპოვებისა და დამუშავების შეზღუდული შესაძლებლობა წინააღმდეგობას უქმნის მენეჯერს ოპტიმალური გადაწყვეტილებების მიღებაში.

საბოლოო ჯამში შესაძლოა დავასკვნათ, რომ ეფექტური გადაწყვეტილების მიღების პროცესი შეიცავს ხუთ ძირითად საფეხურს:

- პრობლემის იდენტიფიცირებას, რომელიც, თავის მხრივ, მოითხოვს საკითხის გარჩევას, მის ცალკეულ კატეგორიებად დაყოფას და იდენტიფიკაციას.
- ალტერნატიული ვარიანტების გენერირებას;
- ალტერნატიული ვარიანტებისაგან უფრო მისაღების შერჩევას და მის განვითარებას;
- შერჩეული ვარიანტის განხორციელებას და
- მიღებული შედეგის პროგნოზირებას.

ნახატი 46

გადაწყვეტილებების მიღებასთან დაკავშირებული სიტუაციების დამოკიდებულება მენეჯმენტის სხვადასხვა დონის მიხედვით



გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მენეჯერს უხდება რამდენიმე ძირითადი ბარიერის გადალახვა. მაგალითად, მიღებული გადაწყვეტილებების არასასურველ შედეგზე რეაგირება შესაძლოა იყოს თვითდაჯერებული ხასიათის, ან დაცვითი გამოყენების გარეშე ან კი საერთოდ პანიკური; ასევე შესაძლოა არასაკმარისი ალტერნატივების ძიება, ან მიმდინარე (ჩვეულებრივი) გადაწყვეტილებების მიღებისაგან თავის არიდება, ან პრობლემების

გამძაფრების (წარმოშობის) მოვლენებზე თავის არიდება, რაც აგრეთვე ხშირად ასახავს გამოუცდელი მენეჯერის რეაქციას არასწორად მიღებულ გადაწყვეტილებაზე.

ანალოგიური სიტუაცია შესაძლოა დაგეგმილი გადაწყვეტილების არასასურველი შედეგების არსებობის შემთხვევაშიც, რაც მოითხოვს საკითხის მოგვარების დამატებითი გზების ძიებას. ეს გასაგებიცაა, ვინაიდან ერთპიროვნული მმართველობის შემთხვევაში მცდარი სტანდარტული სტრატეგიული გადაწყვეტილების შედეგების არასწორ მოგვარებას ზოგჯერ ორგანიზაცია კრახამდე მიყავს. ამიტომ, მენეჯმენტის თეორიაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა კოლექტიური გადაწყვეტილებების უპირატესობის განხილვას, რაც მოსალოდნელი არასასურველი შედეგების ნაკლებად მტკივნეულად გადაჭრის საშუალებას იძლევა. კოლექტიური გადაწყვეტილების მიღებას აქვს თავისი უპირატესობები და არასასურველი მხარეებიც. ჯგუფის წევრების ცოდნას, ინფორმაციას, გამოცდილებას, აღქმის უნარებს და სხვ. დიდი სარგებლობა მოაქვს სწორი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. მეორე მხრივ, ჯგუფური გადაწყვეტილების მიღება ხშირად მეტ დროს მოითხოვს. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს აზრების შეუთანხმებლობას, კონფლიქტების წარმოშობას, მიღწეული ჯგუფური აზრის ბლოკირებას მისი ცალკეული წევრების მხრიდან და ა.შ. ამიტომ, ჯგუფის ლიდერის როლი ამ პრობლემების დაძლევაში მაინც ზედმიწევნით დიდია.

20.5. ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვა

მიზნის მიღწევა ხშირად დაკავშირებულია სხვადასხვა ვარიანტის არსებობასთან, რის გამოც მენეჯერი არჩევანის წინაშე დგება. ამიტომ მოქმედების დაწყებამდე აუცილებელი ხდება დაგეგმვა, ე.ი. წინასწარი გადაწყვეტილებების მიღება იმის შესახებ, თუ რა, როდის, სად, ვინ და როგორ უნდა გააკეთოს.

დაგეგმვა 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.

დაგეგმვის პროცესი მიმართულია მომავალში ისეთი სასურველი მდგომარეობის ან მდგომარეობების მიღწევისაკენ, რომლებიც თავისით ვერ წარმოიქმნება (ე.ი. მათ მისაღწევად სპეციალური ზომების მიღებაა საჭირო). ამიტომ დაგეგმვა დაკავშირებულია, ერთი მხრივ, მცდარი მოქმედებების თავიდან აცილებასთან, ხოლო მეორე მხრივ – არსებული შესაძლებლობების სრულ გამოყენებასთან.

დაგეგმვა მოითხოვს ისეთი წინაპირობების არსებობას, როგორიცაა ორგანიზაციის მისიისა და მიზნების განსაზღვრა.

მისია არის ორგანიზაციის არსებობის, მისი მიზნებისა და უნიკალურობის 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 დაგეგმილ ქმედებებს, რომელთა გადაჭრა 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 პროგრამატივაა.

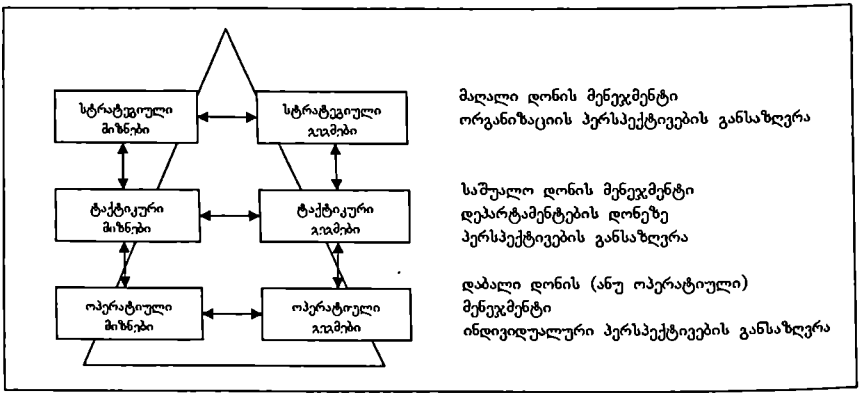
გეგმა წარმოადგენს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელიც საფუძვლად ედება დაგეგმვას. მიზნების კლასიფიკაციიდან გამომდინარე, ძირითადად, განასხვავებენ სამი დონის გეგმებს: სტრატეგიულს, ტაქტიკურსა და ოპერატიულს. ეს დონეები შეიძლება ჩამოყალიბდეს, როგორც გეგმების იერარქია.

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 47

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, საფუძვლად 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 მოეთხოვება მას, მეორე მხრივ, დასმული მიზნიდან გამომდინარე, კონკრეტული დავალებების 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 კონკრეტული 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:

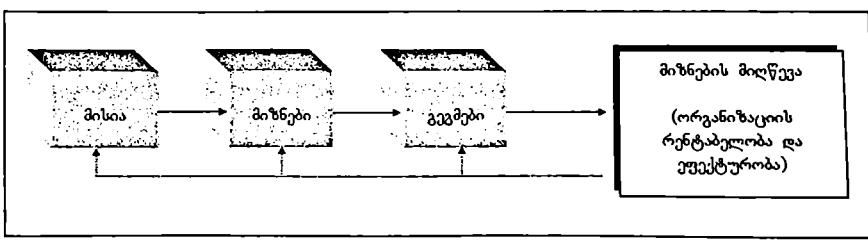
- დამტკიცების შემდეგ გეგმა შემსრულებლისათვის დირექტიულ ხასიათს ატარებს;
- დასახული ამოცანები რეალური უნდა იყოს;
- აუცილებელია გეგმის მეცნიერულ-ტექნიკური დასაბუთების წარმოდგენა;
- მიმდინარე და პერსპექტიული გეგმები მჭიდრო ურთიერთკავშირში უნდა იყოს;
- გეგმა უნდა ითვალისწინებდეს მისი შესრულების შემოწმების გზებს.

მიზნების განსაზღვრა და მათი მიღწევისათვის საჭირო საშულებების 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 48

დაგეგმვის პროცესი



დაგეგმვის პროცესში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სწორ **პროგნოზირებას**, იგი წარმოადგენს მენეჯერის საქმიანობის გარკვეულ სახეს, რომელიც წინ უსწრებს მიზნების დასახვას. დაგეგმვის თითოეულ ეტაპზე ჩვენ ვადგენთ ამა თუ იმ სახის პროგნოზს.

სავსებით დასაშვებია, რომ სამუშაოთა პროგრამირების, სათანადო გრაფიკების შემუშავებისა და ბიუჯეტის შედგენის შედეგად საჭირო გახდეს მიზნების კორექტირება. ამავე დროს, გეგმით გათვალისწინებულ სხვადასხვა სამუშაოთა შორის სრული შეთანხმებულობის უზრუნველსაყოფად მათი მიმდინარეობის მუდმივი ანალიზი და კორექტირებაა საჭირო.

20.6. 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 არა მარტო 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 დარგთაშორისი 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.

20.7. დაგეგმვის ძირითადი მაჩვენებლები

სხვადასხვა დაწესებულებისა თუ უწყების მუშაობის დაგეგმვის პრინციპები მჭიდროდ უკავშირდება მათ უშუალო დანიშნულებას, რომელთა განსხვავების მიუხედავად, არის მაჩვენებელთა ვარკვეული 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 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**, რომლებიც, 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.

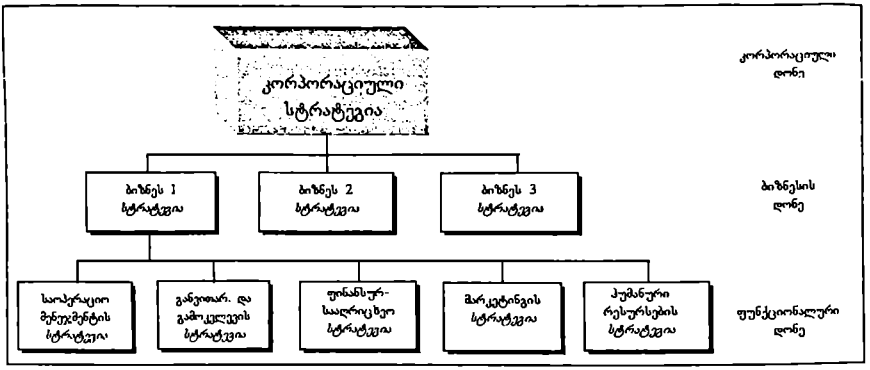
უკანასკნელ წლებში დიდი ყურადღება ეთმობა პროფილაქტიკური ღონისძიებების, მათ შორის მოსახლეობის მასობრივ პროფილაქტიკურ გამოკვლევათა პროგრამების განხორციელების ეკონომიკურ შეფასებას. მიუხედავად მათი მაღალი ეფექტიანობისა, უმეტეს ქვეყნებში ამ სახის პროგრამების შესრულება მხოლოდ მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების გამოკვლევით 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 ხვდება საავადმყოფოში სათანადო სამედიცინო ჩვენებების გარეშე, ძირითადად სოციალური ან ადმინისტრაციული მიზეზების გამო (მაგალითად, მოხუცები ან ინვალიდები, რომელნიც მოვლას უფრო მოითხოვენ, ვიდრე ინტენსიურ მკურნალობას).

20.8. სტრატეგიული დაგეგმვა. საორგანიზაციო სტრატეგიის სახეები.

საორგანიზაციო სტრატეგიის დაგეგმვა და მისი განხორციელება ხდება **კორპორაციულ, ბიზნესისა და ფუნქციურ დონეზე** (ნახატი 38).

ნახატი 49

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 გამომუშავების 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 განხორცილებასა 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 გამიზნული (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 (Strenghs) და სუსტი (Weaknesses) მხარეების შეფასება. ამ სამუშაოს განხორციელების ძირითადი მექანიზმია ე.წ. ფუნქციონალური აუდიტი, რომლის მეშვეობითაც ფასდება გარემო-პირობების ხელსაყრელობა (Opportunities) და ხიფათი (Threats). SWOT-ანალიზი ძირითადად ხორციელდება **მ.პორტერის** მიერ მოწოდებული კონკურენტული ძალების შეფასების მოდელით.

სტრატეგიული დაგეგმვის დროს მენეჯერი ეალდებულია ყურადღება გაამახვილოს ისეთი ასპექტების მოწესრიგებაზე, როგორიცაა: ტექნოლოგია, ადამიანური რესურსები, ანაზღაურების სისტემები, გადაწყვეტილებების მიღება და მათი სტრუქტურა. ამავე დროს, ყურადღება უნდა გამახვილდეს კონტროლის ეფექტური მექანიზმების დანერგვაზე, რაც გულისხმობს იმ ფაქტორების მონიტორინგს, რომელთაც შეუძლიათ არსებითი გაელენა მოახდინონ სტრატეგიული გეგმების განხორციელებაზე. ამავე დროს, სერიოზული ყურადღება უნდა დაეთმოს ე.წ. სტრატეგიული აქტიურობის ეფექტების (შედეგების) შეფასებას, რაც დასახული სტრატეგიული გეგმების გადამოწმებას გულისხმობს.

აშკარაა, 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 გაარკვევა, თუ როგორ გაელენას ახდენს იგი ორგანიზაციის მიერ აუცილებელი გადაწყვეტილებების შემუშავებაზე.

სტრატეგიული დაგეგმვა შესაძლებლობას აძლევს ხელმძღვანელობას, ჩამოაყალიბოს ორგანიზაციის მიზნებისა და ამოცანების დასახვის ზოგადი პრინციპები, განჭვრიტოს მოელენათა 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 დროისა და რესურსების გამოყოფა. თუ ხელმძღვანელობის უმაღლესი რგოლი პასუხს აგებს სტრატეგიული გეგმის ძირითადი მიზნების განსაზღვრაზე, კონკრეტული ამოცანების დაგეგმვა საშუალო რგოლის მუშაკების უფლებაა. 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 შიგა 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 შეისყიდიან 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);
- ახალშექმნილი 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 შეიმუშავა **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 საკვანძო 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 გთვლებისა 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 ქედანაყოფების 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 არა მარტო წარმატებებისა და მიღწევების კონსტატაცია, არამედ მუშაობის პროცესში წარმოშობილ პრობლემებთან დაკავშირებით საჭირო კორექტივების შეტანა.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

გადაწყვეტილებათა ანალიზი (ჯანდაცვაში) — *decision analysis* — გადაწყვეტილებათა ყველა შესაძლო ვარიანტის გამოვლენა და ყველა პოტენციური ალტერნატივის განსაზღვრა.

გადაწყვეტილებათა ხე — *decision tree* — ამა თუ იმ საკითხის ან პროცესის განხილვის საშუალება, რომელიც გამოიყენება გადაწყვეტილებათა გაანალიზებისას. გადაწყვეტილებათა ზოგი ვარიანტი ხეზე განლაგდება ტოტების, ხოლო მომდევნო შესაძლო გადაწყვეტილებები — განშტოების სახით. მათი შეერთების ადგილი (კვანძი) – სწორი გადაწყვეტილების მიღების, ანუ არჩევანის გაკეთების დონეა. გადაწყვეტილებათა ხე ჩარევათა ალტერნატივის მანიშნებელია, ასევე ასახავს კონკრეტულ ალტერნატივასთან დაკავშირებულ ყველა შედეგს.

მიზანთა ხე – *objective tree* – პროგრამულ-მიზნობრივი დაგეგმვის საფუძველი, რომელშიც მოცემულია მიზანთა მოწესრიგებული იერარქია მთავარი მიზნის ჩათვლით. ყველა მიზნისათვის განისაზღვრება მისი მიღწევის კრიტერიუმი. ნებისმიერი მისაღწევი მიზნისათვის მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული – რა არის მის შესახებ ცნობილი (აქედან გამომდინარეობს პრაქტიკული რეალიზაციის ამოცანა) და რა არა (აქედან გამომდინარეობს საჭირო კვლევათა ჩატარების დავალება).

ცენტრალიზაცია – *centralization* – მართვის ფუნქციების კონცენტრაცია და დისლოცირება ერთ ცენტრში.

ცენტრალიზებული დაგეგმვა – *centralized planning* – დაგეგმვა სისტემის (პროცესის) შიგნით – ზეციდან ქვეკით, განსაზღვრული წესის მიხედვით, რათა გამოირიცხოს განსხვავება რესურსების მიმღებთა შორის.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- მართვის ციკლის თავისებურებები კერძო სამედიცინო დაწესებულების პირობებში
- გადაწყვეტილების მიღების მეთოდები და მოდელები ჯანდაცვის სისტემაში
- ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვა რეგიონულ დონეზე
- დაგეგმვის მეთოდების უპირატესობანი და ნაკლოვანებები
- დაგეგმვის ძირითადი მაჩვენებლების გამოყენება დაწესებულების მოქმედების ეფექტურობის შეფასების პროცესში
- სტრატეგიული დაგეგმვის ეტაპები

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა, ო.ვასაძე, დ.ვესტი, ჯანდაცვის მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის, თბილისი, 2002
- *ნ. ბარეოზაშვილი*, მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი მესამე. მმართველური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესი. თბილისი, 1994
- *Дойль П.* Менеджмент. Стратегия и тактика. Санкт-Петербург/Москва/ Харьков/ Минск, 1998
- *Shortell S.M., Kaluzny A.D.* – Essentials of Health Care Management. – Delmar Publishers, London/New York/Paris/Tokyo, 1997
- Management of service oriented organizations, WHO Geneva, 2002
- Lawrence Wolper, Health Care Administration - Planning, Implementing, and Managing Organized Delivery Systems, (4th ed.), 2004
- Alan Zuckerman, Healthcare Strategic Planning: Approaches for the 21st Century, 2005
- Jonathan Rakich, Managing Health Services Organizations, S. (4th ed.), 2000
- Beaufort B. Longest, Managing health services organizations and systems, (4th ed.), 2000
- S. Crystal, Managing the Medical Practice, Reeves,. (2nd ed.), 2002

თავი 21

მართვის ორგანიზება

ოცდამეერთე თავის შინაარსი

21.1. შესავალი
21.2. მართვის ორგანიზების მოდელები
21.3. ორგანიზაციული კულტურა
21.4. მართვის დონეები
21.5. მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურის ელემენტები
21.6. ორგანიზაციის სტრუქტურის შერჩევის სტრატეგია
21.7. მუშაობის კოორდინირება
21.8. ოპერატიული მენეჯმენტის საფუძვლები
21.9. პროგნოზირება
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა* მართვის ორგანიზების მოდელებს
- გაეცნობა მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურის ელემენტებს
- გაეცნობა ოპერატიული მენეჯმენტის საფუძვლებს
- განახორციელებს ორგანიზაციის სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურის შერჩევის სტრატეგიას

21.1. შესავალი

მართვის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა ყოველი მუშაკის შრომითი აქტიურობის გაზრდა, პროფესიული საქმიანობისათვის ხელშემწყობი პირობების შექმნა და როგორც შედეგი – ყოველი მუშაკის შრომის ნაყოფიერების ამაღლება. მართვის მექანიზმი შეიცავს მრავალ კომპონენტს, მაგრამ საბოლოო ჯამში იგი აუცილებლად უნდა წარმოადგენდეს ორგანიზებულ, ერთიან სისტემას.

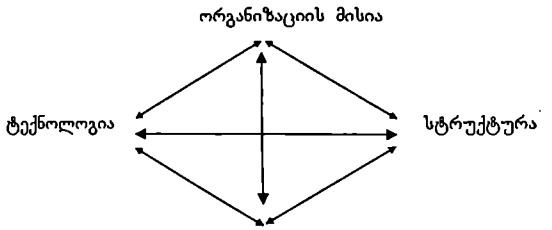
ზოგადად, *ორგანიზება* გულისხმობს საქმის მოწყობის და რესურსების ეფექტურად გამოყენების პროცესს, რომელიც საშუალებას იძლევა, მიაღწიო დაგეგმილ (დასახულ) მიზნებს. ამ სისტემაში შემავალი ელემენტების ოპტიმალურ ურთიერთკავშირსა და ურთიერთქმედებას უზრუნველყოფს მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურა.

21.2. მართვის ორგანიზების მოდელები

არსებობს ორგანიზების სხვადასხვა მოდელი, რომელთა შორის განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობს ე.წ. *ლევიტის ალმასი.* ჰაროლდ ლევიტის (Harold Levitt,1965) აზრით, მის მიერ შემოთავაზებული ოთხი ელემენტის ურთიერთმოქმედება განაპირობებს როგორც ორგანიზების პროცესის ეფექტურობას, ასევე მათ ტრანსფორმაციას რომელიმე მხარის ცვალებადობის შემთხვევაში.

ნახატი 50

ლევიტის „ალმასის" მოდელი

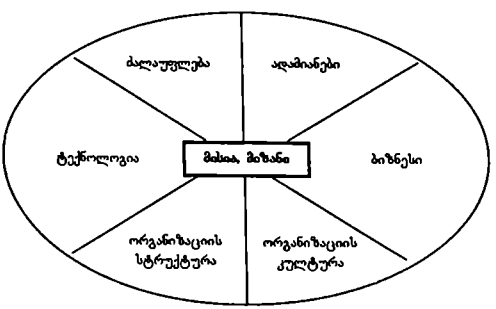


ლევიტის მოდელზე დაყრდნობით, დ.ბოდუსა და რ.პეიტონის მიერ დამუშავებულია ორგანიზების პროცესის ე.წ. ინტეგრალური მოდელი, რომელიც ითვალისწინებს ისეთი ელემენტების ამოქმედებას, როგორიცაა:

- ორგანიზაციის მიზნები;
- ბიზნესის პროცესი – ის საორგანიზაციო მოქმედებები ან ტექნოლოგიები, რომელთა მეშვეობით დაგეგმილია მიზნის მიღწევა;
- ტექნოლოგია – საშუალებები, რომელთა გამოყენებით შესაძლებელია რესურსების საჭირო პროდუქტად გარდაქმნა;
- ადამიანები – რომლებიც არა მარტო მოქმედებენ უშუალოდ ორგანიზაციაში, არამედ მის გარეთაც, რათა მიღწეულ იქნას საბოლოო მიზანი;
- ძალაუფლება;
- ორგანიზაციის სტრუქტურა;
- ორგანიზაციის კულტურა.

ნახატი 51

ორგანიზების პროცესის ელემენტების ინტეგრალური მოდელი



21.3. ორგანიზაციული კულტურა

თითოეულ ორგანიზაციის ახასიათებს განსაკუთრებული თვისება, რომელსაც შესაძლოა მივესადაგოს ტერმინი „საორგანიზაციო კულტურა". საორგანიზაციო კულტურა გულისხმობს გამორჩეულ ფასეულობებს, მრწამსს, მუშაობის, ქცევის სტანდარტებს, საერთო საქმიანობის წარმართვის წესებს, რომლებიც დამკვიდრებულია კონკრეტულ ორგანიზაციაში. საორგანიზაციო კულტურა სერიოზულ გავლენას ახდენს არა მარტო კომუნიკაციის სტრუქტურაზე, არამედ სისტემების ფორმირებაზე.

ე. შეინი (1980) გამოყოფს საორგანიზაციო კულტურის სამ დონეს – არტეფაქტების არსებობას, შეგნებას და ფასეულობებს.

უ. ჰოლმა შეიმუშავა კორპორაციული კულტურის ე.წ. ანბანი (ABC), რომელიც უკავშირდება ე. შეინის ზემოხსენებულ კულტურის ელემენტების მოდელს:

- A (Artefacts). არტეფაქტები და ეტიკეტი (ზედაპირული დონე) საორგანიზაციო კულტურის კონკრეტული, შესამჩნევი ელემენტებია, ისეთი, როგორიცაა ენა, მისალმების ფორმა, ტანისამოსი, ოფისის, შენობის განლაგება და ა.შ.
- B (Behaviors). ქცევა წარმოადგენს უფრო ღრმა დონეს. გულისხმობს პერსონალის ქცევის მყარ სტერეოტიპებს, გადაწყვეტილების მიღების, პროცესის, ჯგუფში მუშაობის, არსებული პრობლემებისადმი დამოკიდებულების ჩათვლით.
- C (Core morals) გულისხმობს მორალს, მრწამსს, ფასეულობებს, რომლებსაც აღიარებს პერსონალი. ორგანიზაციის უმრავლეს თანამშრომელთა ფასეულობათა სისტემა ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია. მსჯელობა ამა თუ იმ საკითხის შესახებ, რომელიც ხშირია კოლექტივში, საბოლოო ჯამში გარკვეული მოქმედებების საწინდარია. აქედან გამომდინარე გასაგებია, სხვადასხვა ორგანიზაციაში რა მიზეზით შეიძლება ჩამოყალიბდეს კოლექტიური აზრი, მაგალითად, ბიზნესის მართვის ეთიკური პრობლემების შესახებ.

ორგანიზაციის კულტურის ტიპები. განავითარებს რა რ. ჰარისონის იდეებს, ჩ. ჰენდი გამოყოფს საორგანიზაციო კულტურების რამდენიმე ტიპს, რომლებიც დამყარებულია:

ძალაუფლებაზე. *ხშირად* ორგანიზაციაში ძალაუფლება თავმოყრილია მხოლოდ ცენტრალური ფიგურის ირგვლივ. ეს შესაძლოა იყოს როგორც ორგანიზაციის ფორმალური, ასევე არაფორმალური ლიდერიც, რომელიც საბოლოო ჯამში, ასევე გავლენას ახდენს საერთო სიტუაციაზე. ორგანიზაციის თანამშრომლები განახორციელებენ რა ცენტრის მიერ დასახულ პოლიტიკას, ცდილობენ, მოვლენებს გაუკეთონ იმგვარი ინტერპრეტაცია, როგორსაც გააკეთებდა ხელმძღვანელი. ძალაუფლების კულტურა დამახასიათებელია უპირატესად მცირე ორგანიზაციებისათვის, რომლებშიც ძირითადი პასუხისმგებლობა ორგანიზაციის ხელმძღვანელს ან დამაარსებელს აკისრია.

როლების განაწილების კულტურაზე – მას ახასიათებს მენეჯერის მიერ სამუშაოებისა და პროცედურების დეტალური დადგენა. ამიტომ ყოველი დავალების შესრულების მართვა ხორციელდება წინასწარ დადგენილი სტანდარტების ფარგლებში. თანამშრომლების შერჩევა ასეთ ორგანიზაციაში ხორციელდება წარმოდგენილი მოთხოვნების შესაბამისად. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ მიდგომა ყოველი თანამშრომლის მიმართ ერთნაირია, საერთო აზრის ფორმირება კი ხდება არა უფროსის ინტერპრეტაციებიდან გამომდინარე, არამედ არსებული წესების განსჯის საფუძველზე.

მიღებული დავალების საფუძველზე დამყარებული საორგანიზაციო კულტურა – საორგანიზაციო კულტურის ფორმირების ცენტრალურ ელემენტს წარმოადგენს

მიღებული დავალებების შესრულების აუცილებლობა განურჩევლად იმისა, აწყობს ეს თუ არა იერარქიის სხვადასხვა საფეხურზე მყოფ ხელმძღვანელობას. ძირითადი ყურადღება ამ შემთხვევაში კონცენტრირებულია დასახული ამოცანების შესრულებაზე და პროექტის რეალიზაციის ირგვლივ წარმოშობილი სიძნელეების გადალახვაზე. თანამშრომლები ერთმანეთს აფასებენ იმ შენატანით, რომელიც მათ შეაქვთ დავალების შესრულებაში, საჭიროების შემთხვევაში ისინი ელიან დახმარებას კოლეგებისაგან.

პიროვნებაზე დამყარებულ საორგანიზაციო კულტურაზე – ამ შემთხვევაში საორგანიზაციო კულტურის ფორმირების ცენტრალურ ელემენტს წარმოადგენს ის პიროვნება, რომლის ინტერესებს ემსახურება ორგანიზაცია (მაგალითად, საწარმოს ერთპიროვნული მფლობელობის შემთხვევაში ან განსაზღვრული იდეის განვითარების მიზნით ავტორის დასახმარებლად სათანადო შტატის აყვანის შემთხვევაში და ა.შ.).

21.4. მართვის დონეები

ადამიანები ორგანიზაციის შიგნით ფრიად სხვადასხვა *როლს* ასრულებენ. ზოგჯერ კი ერთი და იგივე თანამშრომელი, შესაძლოა სხვადასხვა სიტუაციაში, პასუხისმგებელია როგორც ხელმძღვანელობაზე, ასევე დავალების შესრულებაზე, საქმის მოწესრიგებაზე, შეთანხმების მიღწევაზე და ა.შ. ამასთან აშკარაა, რომ იმისდა მიხედვით, თუ რა სახის საქმიანობას ეწევიან ორგანიზაციის თანამშრომლები, დროის მოცემულ მომენტში ისინი იყოფიან შემსრულებლად და ხელმძღვანელებად (ანუ მენეჯერებად). რაც უფრო მცირეა ორგანიზაცია, მით უფრო პირობითია ეს დაყოფა და პირიქით, მსხვილ ფირმებში მენეჯერებს ცალკეული სამუშაო ოპერაციების უშუალოდ შესრულებისათვის დრო პრაქტიკულად აღარ *რჩებათ.* მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, თითქმის ყველა ორგანიზაციის მართვის სისტემა ძირითადად აგებულია იერარქიული პრინციპით, მართვა კი წარმოდგენილია რთული სისტემით, რომელიც დაყოფილია ცალკეულ დონეებად.

იერარქია – მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურაა, რომლის მეშვეობით შესაძლებელია განხორციელდეს მმართველობითი ზემოქმედება. იგი გულისხმობს მმართველობითი გადაწყვეტილების გატარებას „ზემოდან ქვემოთ“ ძალდატანების, კონტროლის ან წახალისების მექანიზმების გამოყენებით.

გამოყოფენ მენეჯმენტის სამ იერარქიულ დონეს: **მაღალს, საშუალოს** *და* **ოპერატიულს** (ანუ ძირითადს), რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს მმართველობითი მუშაობის განსხვავებულ სახეებს. მენეჯერული ფუნქციების ან მათი ცალკეული ელემენტების შესრულებაში მონაწილეობის მიღება განპირობებულია არა მარტო იმით, თუ რა იერარქიულ დონეზე (ვერტიკალური განზომილება) იმყოფება თანამშრომელი, არამედ პასუხისმგებლობის კონკრეტული არეალის მიხედვითაც (ჰორიზონტალური განზომილება).

ყველა დონის მენეჯერი თავისი კომპეტენციის ფარგლებში და იერარქიული დონის შესაბამისად მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი ხელმძღვანელისათვის დამახასიათებელი ისეთი როლის განხორციელებაში, როგორიცაა ინოვაციების დანერგვა (ყველაზე ხშირად ამ როლების პირობითი განაწილება ხდება შემდეგნაირად: იდეების განმახორციელებელი ანუ „მუსიკის უშუალო შემსრულებელი“ (მენეჯმენტის ოპერატიული დონე), „დირიჟორი“ (საშუალო დონე) და „კომპოზიტორი“ (მენეჯმენტის მაღალი დონე).

მენეჯმენტის მაღალი დონე ყველაზე მნიშვნელოვანია, რადგან აქ მუშავდება დაწესებულების განვითარების სტრატეგია. საშუალო დონე ამუშავებს სტრატეგიის

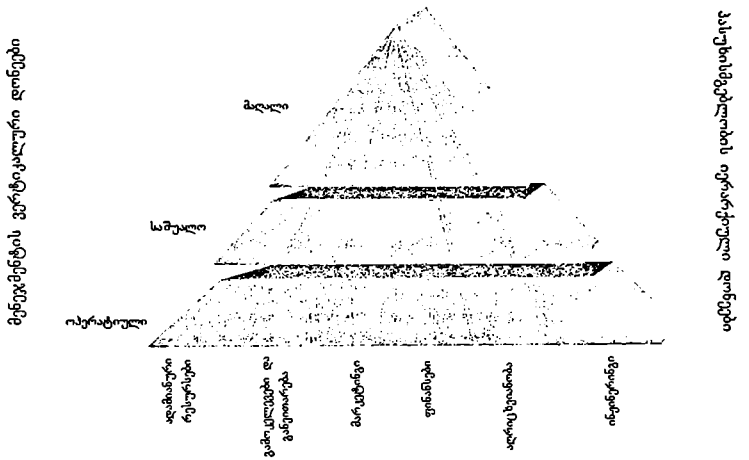
განხორციელების გეგმას, ხოლო ძირითადი — ოპერატიული დონე უზრუნველყოფს კონკრეტული სამუშაოს შესრულებას.

მაღალი დონის მენეჯმენტი წარმოდგენილია დაწესებულების ხელმძღვანელით ან მისი მოადგილეებით. ეს მართვის პირამიდის თავია, საღაც, როგორც წესი, მუშავდება სტრატეგიული საკითხები.

საშუალო დონის მენეჯერები პასუხს აგებენ ოპერატიული გეგმების დამუშავებასა და მათ რეალიზაციაზე. წესით, მათ მინიჭებული აქვთ მოქმედების ფართო უფლებები. ისინი დამოუკიდებლად წყვეტენ რესურსების გამოყენების, კადრების მიღებისა თუ დათხოვნის, წარმოების განვითარების და სხვ. საკითხებს. მართვის საშუალო დონე სხვადასხვა განყოფილებათა გამგეებს აერთიანებს.

ნახატი 51

მენეჯმენტის ტიპები იერარქიული დონეების და პასუხისმგებლობის არეების მიხედვით



ჰორიზონტალური პასუხისმგებლობის დონეები

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. აშკარაა, რომ მართვის ეფექტიანობა ფასდება დაწესებულების ან ორგანიზაციის მდგომარეობის სტაბილურობით, მუშაობის მაღალი მაჩვენებელით, რაც ბევრადაა დამოკიდებული ოპერატიული მენეჯმენტის სრულფასოვნებაზე.

ვერტიკალურ ურთიერთობათა გარდა მენეჯმენტის თეორიაში სერიოზული ყურადღება ეთმობა ე.წ. *ჰორიზონტალური ურთიერთობების* ეფექტურობის გაზრდას. პასუხისმგებლობის არეალების მიხედვით ოპერატიული მენეჯმენტი, თავის მხრივ, შეიცავს მმართველთა სამ ძირითად ტიპს: ფუნქციონალურს, გენერალურს და საპროექტო

მენეჯერებს. სხვადასხვა დონის მენეჯერები საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში ძირითადად ახორციელებენ ურთიერთობებს 3 დონეზე:

- პირველი (ე.წ.მაკრო დონე) გულისხმობს საქმიანი ურთიერთობების დამყარებას სხვა ორგანიზაციებთან;
- საშუალო დონე გულისხმობს საქმიანი ურთიერთობების დამყარებას საკუთარი ორგანიზაციის მმართველობითი პირამიდის სხვადასხვა დონესთან;
- მიკრო დონე გულისხმობს ურთიერთობების დამყარებას ცალკეულ პიროვნებებთან ან თანამშრომელთა ჯგუფებთან.

მართვის პირამიდის მოქმედების ეფექტურობა ბევრადაა დამოკიდებული საორგანიზაციო პროცედურების (მაგალითად, გადაწყვეტილების მიღება და მასთან დაკავშირებული ამოცანების სხვადასხვა იერარქიულ დონემდე დაყვანა) დახვეწაზე, რომლებიც რეგულარულად მეორდება დროში. საორგანიზაციო პროცედურები უნდა აკმაყოფილებდეს საკმარისი საიმედოობისა და ამავე დროს სიმარტივის პირობებს. ამასთან, საორგანიზაციო პროცედურების განხორციელება მენეჯერების გადამეტებულ ყურადღებას არ უნდა ითხოვდეს, რაც მათი სტანდარტიზაციის განხორციელებით მიიღწევა.

21.5. მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურის ელემენტები

ორგანიზების ფუნქციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია საორგანიზაციო სტრუქტურის განსაზღვრა, რომლის ჩამოყალიბების ძირითადი მიზანია არსებული ბაზრის მოთხოვნებიდან გამომდინარე ახალი სახის წარმოების ორგანიზაცია.

ორგანიზაციის სტრუქტურის ევოლუცია რთული პროცესია და დიდ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული. ამასთან, თუ საკითხი შეეხება ახალი სტრუქტურის ჩამოყალიბებას, უფრო ხელსაყრელია ძველის მთლიანად უარყოფა, ვიდრე მისი თანდათანობითი ევოლუცია.

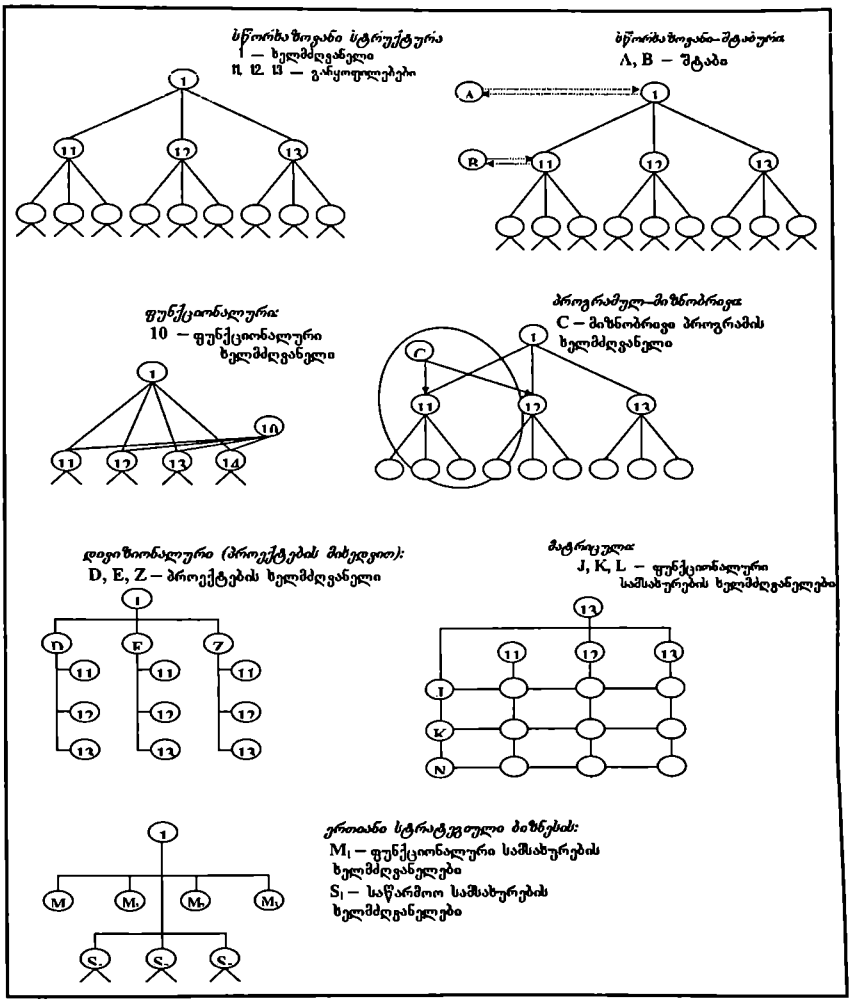
საორგანიზაციო სტრუქტურის ჩამოყალიბება გულისხმობს ოთხი ძირითადი ელემენტის არსებობას: შრომითი საქმიანობის მოწყობას, ფორმალური თანამდებობების (პოზიციების) და ორგანიზაციული ერთეულების, **ვერტიკალური და ჰორიზონტალური კოორდინაციის** დამყარებას.

ვერტიკალური კოორდინაცია, თავის მხრივ, გულისხმობს საქმიანობის დაყოფის გადაბმულ-მმართველობით ჯაჭვს.

- ვერტიკალური კორდინაციის მისაღწევად გამოიყენება ხუთი ძირითადი მეთოდი:
  - ფორმალიზების, როდესაც მენეჯმენტი ხორციელდება მხოლოდ წინასწარ დადგენილი ნორმების (ნორმატივების) მიხედვით.
  - ცენტრალიზაციისა და დეცენტრალიზაციის;
  - უფლებამოსილებათა დელეგირების (როდესაც საჭიროების შემთხვევაში ხდება უფლებამოსილებათა გადაცემა მართვის ვერტიკალის ან ჰორიზონტალის მიხედვით);
  - წრფივი და აპარატული (საშტატო) დაქვემდებარების.
- ჰორიზონტალური კორდინაციის დასამყარებლად გამოიყენება სამი ძირითადი საშუალება:
  - ელასტიკური შესაძლებლობების (რესურსების) არსებობა, რაც გულისხმობს ორგანიზაციული სტრუქტურის შესაძლებლობებს, რომელთა მეშვეობით მენეჯერი ადეკვატურად ახდენს რეაგირებას კორპორაციულ ცვლილებებზე და შეუძლია ადვილად დაძლიოს მოსალოდნელ ცვლილებებთან დაკავშირებული პრობლემები;
  - საინფორმაციო სისტემების გამოყენება;
  - გვერდითი (თანაბარი დონის) ურთიერთობების დამყარება ხელს უწყობს ინფორმაციის გაცვლას, ურთიერთთანაშრომლობის დამყარებას ორგანიზაციის სხვადასხვა სტრუქტურულ ერთეულებს შორის.
  -

ნახატი 53

მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ძირითადი სახეები



მიუხედავად რიგი ნაკლოვანებებისა, მართვის ორგანიზაციის სწორხაზოვანი სტრუქტურა გაცილებით უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ფუნქციონალური. ითვლება, რომ იგი განვითარდა სამხედრო სისტემაში და შემდეგ ფეხი მოიკიდა სხვადასხვა სფეროში.

ორგანიზაციის ამ ტიპის არსებობისას უფროსის ბრძანება აღმასრულებლამდე მიდის მმართველობითი იერარქიის საფეხურების გაელით და ხელქვეითი ვალდებულია,

დაუყოვნებლივ შეასრულოს უფროსის ბრძანება. ასეთი სახის უკიდურესი ცენტრალიზმი, მკაცრი ერთმმართველობა პირვანდელი სახით დღეს ფართო გავრცელებას უკვე ვერ პოულობს.

სწორხაზოვანი სტრუქტურის არსებობისას დაწესებულების საქმიანობა მთლიანად აგებულია ერთმმართველობის პრინციპზე. უფროსსა და ხელქვეითს შორის კოოპერირების დონე ძალიან დაბალია. მსხვილ ორგანიზაციებში სწორხაზოვანი სტრუქტურის მოქმედება განსაკუთრებით ეფექტურია, თუ ორგანიზაცია გამიზნულია ერთი სახის სამეურნეო ამოცანის შესრულებაზე.

მართალია, სწორხაზოვანი მართვის სტრუქტურის დადებით მხარეს წარმოადგენს მისი სიმარტივე და ექსპლუატაციის დაბალი ფასი, მაგრამ მას სერიოზული ნაკლოვანებებიც ახასიათებს. კერძოდ, ხელმძღვანელს უნდა გააჩნდეს ცოდნის ზედმიწევნით ფართო დიაპაზონი, დიდი პრაქტიკული გამოცდილება. ერთნაირად კარგად ყველაფრის ცოდნა კი ერთი ადამიანის შესაძლებლობას აშკარად აღემატება. ამიტომ ამ სტრუქტურის მოქმედებისას ხშირია არაკომპეტენტური გადაწყვეტილებების მიღების შემთხვევები.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, მართვის სტრუქტურის სწორხაზოვანი ტიპი უფრო ხშირად გამოიყენება საშუალო და მცირე დაწესებულებებში, სადაც საქმე არა გვაქვს მასობრივ მომსახურებასთან ან სპეციალიზაციის მაღალ დონესთან. დღესდღეობით უფრო ხშირად გამოიყენებენ მართვის სწორხაზოვანი სტრუქტურის მოდიფიკაციებს, რომლებსაც ახასიათებს ხელმძღვანელობის რამდენიმე დონე. ყოველი ქვეგანაყოფი (სადაც მენეჯერი წარმოადგენილია ცალკეული მუშაკით) ემორჩილება ერთ ზემდგომ მართვის ორგანოს და ხელმძღვანელობს მისი მითითებით. აღნიშნული ორგანო მართავს დაქვემდებარებულ ქვედანაყოფებს და ვალდებულია შეასრულოს ყველა მმართველობითი ფუნქცია.

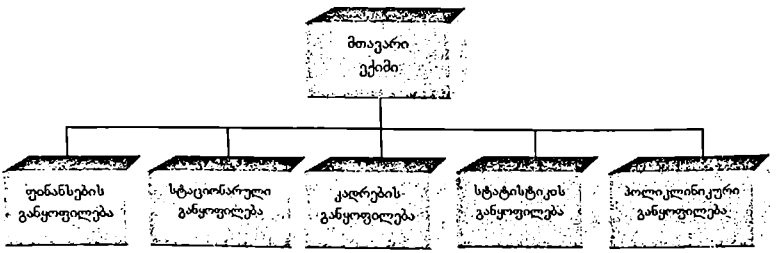
მართვის მეცნიერული ორგანიზაციის ერთ-ერთმა ფუძემდებელმა უ. ტეილორმა უარყო ეს სისტემა, მოახდინა მისი დეცენტრალიზაცია და შემოიღო ე.წ. ფუნქციონალური ორგანიზაციის ცნება.

ტეილორიზმის მიხედვით, საწარმოში ყველა ფუნქცია და პასუხისმგებლობა განაწილებულია ყველა მუშაკს შორის – დაწყებული უფროსიდან და დამთავრებული უშუალო შემსრულებლით.

ფუნქციონალური სტრუქტურა გულისხმობს ფუნქციების განაწილებას მართვის სისტემაში. აქ ყოველი დონის ხელმძღვანელს გააჩნია განმკარგულებელი უფლებები მისი კომპეტენციის ჩარჩოებში. ფიქსირებული ფუნქციების ფარგლებში ყალიბდება ის ორგანოები, რომლებიც გადასცემენ დაქვემდებარებულ ქვეგანაყოფებს მათთვის აუცილებელ ინფორმაციას და ახორციელებენ სათანადო კონტროლს.

ნახატი 54

მართვის ფუნქციონალური სტრუქტურა



ფუნქციონალური სტრუქტურის არსებობის პირობებში ყოველი განყოფილება სპეციალიზებულია საქმიანობის განსაზღვრულ დარგში. ფუნქციონალური განყოფილების გამგე დაქვემდებარებულ რგოლებს უშუალოდ აძლევს შესასრულებელი ფუნქციის შესაბამის დავალებებს (განკარგულებებს) და პირადად აკონტროლებს შესრულებას. ამიტომ ფუნქციონალური სისტემის არსებობისას ყოველი ფუნქცია უფრო ხარისხიანად სრულდება, რაც ხშირად შეუძლებელია მართვის სწორხაზოვანი სტრუქტურის პირობებში.

ფუნქციონალური სტრუქტურის უარყოფითი მხარეს წარმოადგენს მართვის აპარატის რაოდენობრივი ზრდა, რაც დაკავშირებულია არა მარტო დამატებით ხარჯებთან, არამედ რიგ შემთხვევაში პერსონალის მუშაობაში პარალელიზმის არსებობასთან, იზრდება დაწესებულების შიდა კავშირების რაოდენობა. ცალკეული რგოლები იღებენ მრავალ, ზოგჯერ ურთიერთსაწინააღმდეგო განკარგულებებს მართვის სხვადასხვა იერარქიული დონიდან.

ზემოაღნიშნულ ნაკლოვანებათა გამო პრაქტიკაში იშვიათად გვხვდება მართვის წმინდა სწორხაზოვანი ან ფუნქციონალური სტრუქტურა.

ტეილორის მოწაფემ გ. ემერსონმა საგრძნობლად შეცვლილი, შემსუბუქებული სახით აღადგინა მართვის სწორხაზოვანი სტრუქტურა. მის მიერ შემოთავაზებულ სტრუქტურაში ორგანიზაციის ხელმძღვანელი ერთმმართველია, მაგრამ მრჩეველებად (მოადგილეებად) ჰყავს კვალიფიციური სპეციალისტები, რომელთაც, თავის მხრივ, გააჩნიათ სათანადო დონეზე კომპეტენტური გადაწყვეტილების მიღების უფლება. ცხადია, რომ ესეც ცენტრალიზებული სისტემაა, როშელიც თითქმის გამორიცხავს მუშაკთა აქტიურ მონაწილეობას მართვის პროცესში. ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, დღეს ხშირად მოქმედებს (მეტ-ნაკლები შესწორებებით) როგორც ფუნქციონალური, ასევე ცენტრალიზებული მართვის სტრუქტურები, მაგრამ ყველაზე გავრცელებულია შერეული ტიპი – ფუნქციონალურ-სწორხაზოვანი ორგანიზაცია. ამ სტრუქტურის არსებობის პირობებში შენარჩუნებულია რომელიმე ფუნქციის შესრულებასთან დაკავშირებით განყოფილებების სპეციალიზაცია და, ამასთანავე, იერარქიული ავტორიტეტი (ერთმმართველობა). ვინაიდან სწორხაზოვან-ფუნქციური სტრუქტურა – მართვის სხვადასხვა მექანიზმის სინთეზია, არსებული ფუნქციური რგოლები კარგავენ უფლებას დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღებაზე და დაქვემდებარებული ქვეგანაყოფების უშუალო ხელმძღვანელობაზე. ამასთან, ისინი მონაწილეობას იღებენ გარკვეული ამოცანების დასახვაში, გადაწყვეტილებების მიღებაში, მონაწილეობენ მართვის ცალკეული ფუნქციების რეალიზაციაში.

მართვის **შერეულ სტრუქტურებს** შესაძლოა ჰქონდეს სხვადასხვა ფორმა. მაგალითად, მსხვილი სამედიცინო დაწესებულების მოქმედების მრავალფეროვნება და სწრაფი ცვლილება უარყოფით გავლენას ახდენს მართვის სწორხაზოვანი სტრუქ-ტურის მდგრადობაზე. ამ პირობებში რთულდება დაგეგმვისა და ორგანიზაციის ფუნქ-ციების მნიშვნელობაც, რაც არაიშვიათად აიძულებს ხელმძღვანელს, განახორციელოს დამატებითი სტრუქტურული ცვლილებები (მოადგილეების უფლებების გაფართოების, დამატებითი განყოფილებებისა და ქვედანყოფების შემოღების გზით და ა.შ.).

დღევანდელი წარმოდგენით, ოპტიმალური მართვა გულისხმობს ორგანიზაციის წინაშე მდგარი პოტენციური შესაძლებლობის სინამდვილედ გადაქცევას. იგი გულისხმობს პერსონალის შრომის ნაყოფიერების მაქსიმალურ გაზრდას, ფინანსური სახსრების ბრუნვის მაღალ სისწრაფეს, გაწეული შრომის თვითღირებულების შემცირებას, მუშაობის ხარისხის გაუმჯობესებას, მაქსიმალური მოგების მიღებას, კაპიტალურ დაბანდებათა სწრაფ გამოსყიდვას და სხვა. ამის გარდა, ოპტიმალურად ითვლება ისეთი სახის მართვა, როდესაც ხერხდება მისი ეფექტიანობის გაზრდა.

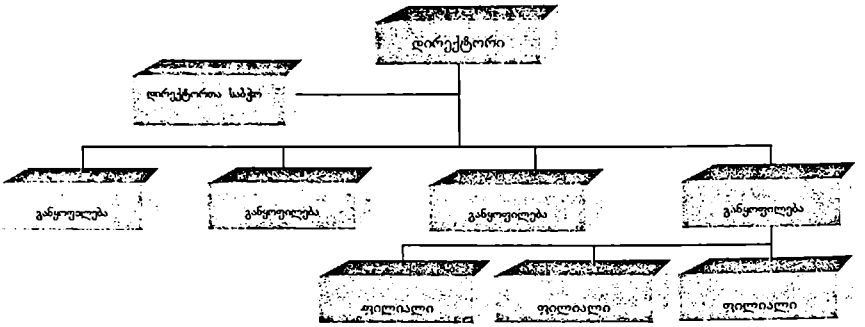
ამასთან დაკავშირებით მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურების ახალი ფორმების ძიება და მათი ეფექტურობის შეფასება მენეჯმენტის თეორიის უმნიშვნელოვანეს მიმართულებას წარმოადგენს.

დეპარტამენტული მოწყობის ყველაზე გავრცელებული ანუ საბაზისო ფორმებია: ფუნქციონალური, დივიზიონალური (განყოფილებისაგან შემდგარი), ჰიბრიდული და მატრიცული.

დივიზიონალური სტრუქტურა თავს უყრის (აჯგუფებს) სხვადასხვა ფუნქციონალურ ერთეულებს პროდუქციის, მომსახურების ან ბაზრის სეგმენტის მიხედვით. მისი ძირითადი ფორმებია: დივიზიონალური პროდუქციის მიხედვით, დივიზიონალური გეოგრაფიული არეალის მიხედვით, დივიზიონალური მომხმარებლის მიხედვით და სხვ.

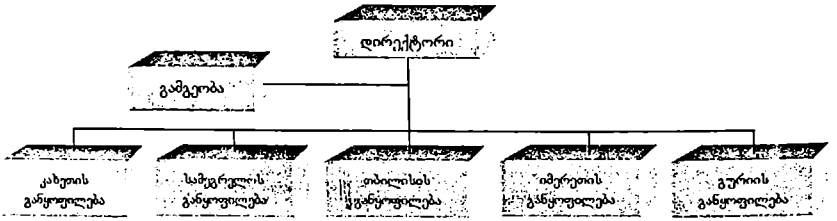
ნახატი 55

მართვის დივიზიონალური სტრუქტურა



ნახატი 56

დივიზიონალური სტრუქტურა რეგიონების მიხედვით



მართვის პროექტული სტრუქტურა გულისხმობს, რომ ორგანიზაციის საქმიანობის ყველა სფეროში დასაქმებული ხელმძღვანელები უშუალოდ ემორჩილებიან ხელმძღვანელს.

ჰიბრიდული სტრუქტურა შეიცავს ზემოაღნიშნული ორივე ტიპის სტრუქტურულ ელემენტებს მენეჯმენტის იმავე ვერტიკალურ დონეებზე.

მართვის მატრიცული სტრუქტურა ერთდროულად შეიცავს ფუნქციონალური და დივიზიონალური მართვის ორივე ჯაჭვს – ერთს ვერტიკალურ დონეზე და მეორეს ჰორიზონტალურ დონეზე. იგი უზრუნველყოფს ვერტიკალური და ჰორიზონტალური კავშირების მოწესრიგებულ ფუნქციონირებას, ამცირებს ამ კავშირების ხანგრძლივობას, მინიმუმამდე დაჰყავს მრავალდონიანი დაქვემდებარებით განპირობებული უარყოფითი შედეგები.

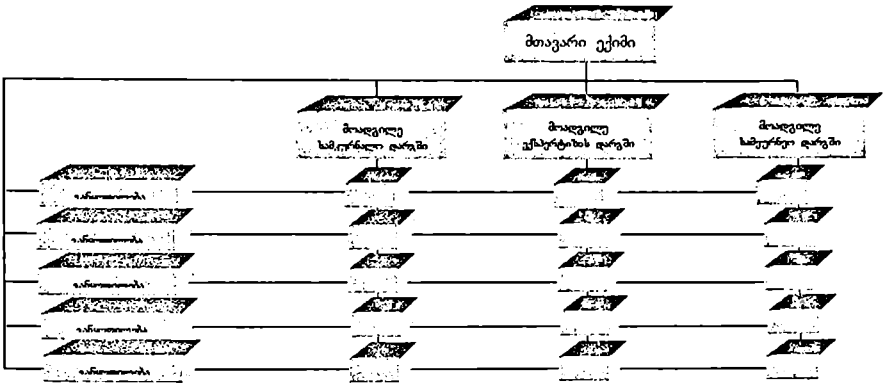
მართვის მატრიცული სტრუქტურის ჩამოყალიბებისას ხორციელდება შემდეგი ორგანიზაციული ცვლილებები:

- ორგანიზაციის მოქმედების ყოველ მიმართულებას ხელმძღვანელობს მთავარი მენეჯერის მოადგილე, რომლის დანიშვნა ხდება ცალკეული ქვესისტემების მიხედვით;
- ორგანიზაციის სტრუქტურის ყოველ რგოლს მართავს მასზე პასუხისმგებელი პირი, რომელიც ასრულებს გარკვეული მოცულობის სამუშაოს კონკრეტული თემის ირგვლივ და ამასთან ერთად – მასზე დაკისრებულ ზოგიერთ მმართველობით ფუნქციასაც;

- ფუნქციებისა და პასუხისმგებლობის განაწილება როგორც ჰორიზონტალური, ასევე ვერტიკალური ურთიერთკავშირების დონეზე ხორციელდება სპეციალურად შემუშავებული დებულებებისა და ინსტრუქციების მიხედვით;
- პერმანენტულად ხორციელდება ყველა ორგანიზაციული კავშირის დახასიათება (ვინ, რა ხარისხით მონაწილეობს მოცემულ სამუშაოში, მისი შესრულების ვადები, მოცულობა, საბოლოო შედეგი);
- ხდება სისტემატიური დოკუმენტების გაცვლა ხაზოვან ხელმძღვანელებსა და თემის ხელმძღვანელებს შორის მათი მაქსიმალური ინფორმაციულობის მიზნით.

ნახატი 57

მართვის მატრიცული სტრუქტურა

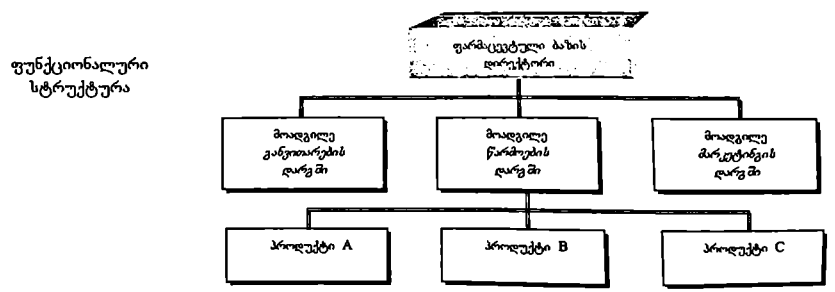


21.6. ორგანიზაციის სტრუქტურის შერჩევის სტრატეგია

კონკრეტული საქმიანობის განხორციელებისათვის ახალი ორგანიზაციული სტრუქტურის შერჩევის ძირითად მოტივს წარმოადგენს იმის მისწრაფება, რომ მან ხელი შეუწყოს ძირითადი სტრატეგიის ეფექტურ განხორციელებას. ორგანიზაციული სტრუქტურის სხვადასხვა ფორმას გააჩნია როგორც უპირატესობები, ასევე ნაკლოვანებები, რომლებიც განაპირობებენ ამა თუ იმ ფორმის გამოყენების უპირატესობას.

ნახატი 58

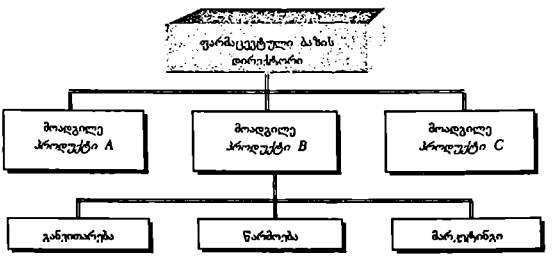
ფუნქციონალური და დივიზიონალური სტრუქტურების განსხვავება



ორგანიზაციული სტრუქტურის შერჩევისას გასათვალისწინებელია ისეთი საკითხების გადაწყვეტა, როგორიცაა:

- **სტრუქტურირება** — მთავარი მიზნები, ობიექტის დანიშნულება, ფუნქციური ამოცანები, მომხმარებელთა ჯგუფები, ლოგის ფონდები, მმართველთა რაოდენობა, რეგიონული პირობები;
- **სტრუქტურის რაციონალურობა** — გასატარებელი სამუშაოების ორიენტაცია მომხმარებელზე, მოვლენებზე რეაგირებისა და მათი რეგულირების მაქსიმალური სისწრაფე, მაღალი მწარმოებლურობის მიღწევა და ა.შ.
- **მოქმედი ფაქტორები** (გარე ფაქტორები, ტექნოლოგიების დონე, წარმოების მასშტაბები, სტრუქტურების სირთულე, გადაწყვეტილების მიღების სისტემის თავისებურებები და სხვ.).

ნახატი 59



დივიზიონალური სტრუქტურა

ახალი ორგანიზაციის განვითარების მოდელი ვ. სტიუარდის აზრით სამ საფეხურს მოიცავს.

1. ე.წ. **„ბზის გაკაფვის საფეხური“:** — როდესაც ორაგანიზაციის სტრუქტურა მცირე ფორმალიზაციით ხასიათდება, იერარქიული კავშირები ხშირად ლოიალურია და პირადი ურთიერთკავშირით ხასიათდება. ორგანიზაციის ზრდასთან ერთად ჩნდება მართვის ახალი სისტემების ჩამოყალიბების საჭიროება, მაგრამ, პრიორიტეტების განსაზღვრა ზემოაღნიშნულ პრობლემებთან დაკავშირებით ისევე, როგორც ახალი სტრუქტურის სწრაფი ჩამოყალიბება, პირადული მომენტების არსებობის გამო გაძნელებულია, ამიტომ ხშირია სიტუაციები, როდესაც მართვის მოუქნელობის გამო პერსონალს ბევრი დრო ეხარჯება კრიზისული მდგომარეობების მართვაზე, „ხანძრის ჩაქრობაზე“, რაც, საბოლოო ჯამში, აფერხებს საქმეს.
2. **გამოცდილების სისტემატიზაციის საფეხური:** — თანდათანობით ყალიბდება ბიუროკრატიული ორგანიზაცია, ხელმძღვანელობაში მკაფიოდ გამოიყოფა ცალკეული იერარქიები, სისტემები, პასუხისმგებლობა. ამ საფეხურზედაც არსებობს ორგანიზაციში კრიზისის წარმოქმნის საშიშროება, ვინაიდან ახალშექმნილი ბიუროკრატიის ინტერესები ზოგჯერ კონფლიქტში შედის ორგანიზაციის ამოცანების განხორციელებასთან. შექმნილი სიტუაცია სწორი მართვის შემთხვევაში განიმუხტება, რაც აიძულებს ხელმძღვანელებს, მოახდინონ პირადი და საზოგადოებრივი ინტერესების საჭირო ინტეგრაცია.
3. **ინტეგრაციის საფეხური** — გულისხმობს ორგანიზაციის გაძლიერებას, დეცენტრალიზაციას, ორიენტირებას მომხმარებელზე და ა.შ.

ორგანიზაციული მიზნების მიღწევაზე გავლენას ახდენს ძირითადი (მისია, სტრატეგიული მიზნები და სხვ.), განსაკუთრებული (ტექნოლოგია, მოსალოდნელი

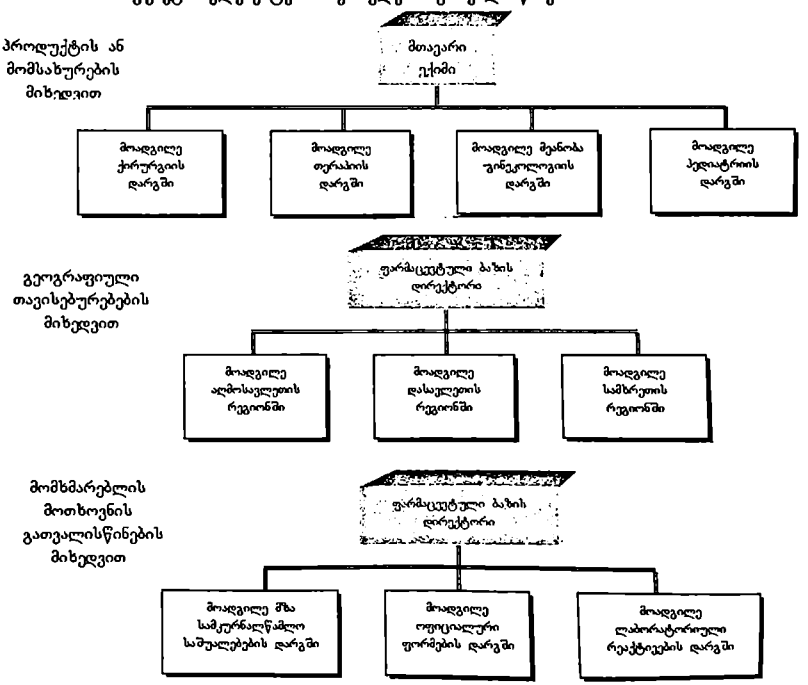
გარდაქმნის მასშტაბი და სხვ.) და შემთხვევითი ფაქტორები. განსაკუთრებულ ფაქტორებს მიეკუთვნება შემთხვევითი ფაქტორები. სერიოზულ ყურადღებას მოითხოვს ე.წ. შემთხვევითი ფაქტორების განსაზღვრა, რომელთაც მიეკუთვნება ჰორიზონტალური კოორდინაციის დამყარებაზე მოქმედი პროცესები, ან არასტაბილურ გარემოში არსებული პირობები, როდესაც ორგანიზაციის მოქმედების სტაბილურობა დამოკიდებულია გადაწყვეტილებების ცენტრალიზებულ ძიღებაზე, სათანადო წესებისა და ნორმების მკაცრ დაცვაზე, იერარქიული კომუნიკაციური არხების გამოყენებაზე და ა.შ.

გასათვალისწინებელია, რომ არასტაბილურ ან გაურკვეველ გარემო პირობებში ორგანიზაციის მოქმედება უნდა ხორციელდებოდეს ე.წ. ორგანული მახასიათებლების გამოყენების პრინციპით, რომელიც ემყარება დეცენტრალიზებული გადაწყვეტილებების მიღების სისტემის გამოყენებას, პერსონალის მუშაობის ნაკლებ რეგლამენტირებას სათანადო წესებისა და ნორმების დაცვით, ინფორმაციის გადაცემის დაჩქარების მიზნით როგორც ვერტიკალური, ასევე ჰორიზონტალური საკომუნიკაციო არხების აქტიურ გამოიყენებას და სხვ.

დაწესებულების მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბება, პირველ რიგში, გულისხმობს მის სტრუქტურირებას (ე.ი. ცალკეულ, შემადგენელ ნაწილებად დაყოფას) და მათ შორის საჭირო კავშირების განსაზღვრას. უნდა განისაზღვროს ცალკეული ელემენტების რაოდენობა, ყოველი მათგანის მნიშვნელობა, მუშაობის ფორმა და შინაარსი.

ნახატი 60

მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბების პრინციპები ფუნქცია–ამოცანებისა და ფუნქცია–ელემენტების შესრულების გათვალისწინებით



მართვის სტრუქტურაში, პირველ ყოვლისა, გამოიყოფა სპეციალიზებული განყოფილებები, რომლებიც ფუნქცია-ამოცანის შესრულების მიზნით ყალიბდება. ამ სახის გადაწყვეტილების მიღებაზე მოქმედებს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა: დაწესებულების სიმძლავრე. პროფილი. შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა. სამუშაოს შესრულების თავისებურებები, სტანდარტული სამუშაო პროცედურების პერიოდულობა და სხვ.

მართვის სხვადასხვა სტრუქტურების შედარებითი დახასიათება

უპირატესობანი	ნაკლოვანებები
ცენტრალიზებული მართვის სტრუქტურები	
კონტროლისა და კოორდინაციის მექანიზ-მების ფართო გამოყენების შესაძლებლობა	დიდი დრო იხარჯება სწორი გადაწყვეტილების მიღებასა და უშუალო შემსრულებლამდე მის დაყვანაზე
სტრუქტურის სიმწყობრე	მენეჯმენტის იერარქიის ქვედა დონეებზე მო-მუშავე პერსონალის ინიციატივის შეზღუდვა
ხელმძღვანელის მაღალი ავტორიტეტი	მენეჯმენტის სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე პერსონალის პროფესიული ზრდის შეფერხება
დეცენტრალიზებული მართვის სტრუქტურა	
გადაწყვეტილებების მიღებისა და პასუხის-მგებლობის გადანაწილება მენეჯმენტის სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე	მაღალი კვალიფიკაციის მუშაკების მოზიდვის აუცილებლობასთან დაკავშირებული პრობლემები
უფლებამოსილების გადანაწილება მენეჯ-მენტის სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე	მენეჯმენტის სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე მომუშავეთა საკუთარი პასუხისმგებლობის ამაღლებასთან დაკავშირებული პრობლემები
გადაწყვეტილებების მიღების ოპერატიუ-ლობა	ინფორმაციული სისტემების სიძვირე და მენეჯერთა დამოუკიდებელი მოქმედებების ხშირი შეუთანხმებლობა
მართვის ფუნქციონალური სტრუქტურა	
სპეციალიზაციის მაღალი დონე	პროდუქციის ან მომსახურების რეალიზაციის მოცულობის გაზრდა
ცენტრალიზებული კონტროლი	კოორდინაციის სირთულე
უფლებამოსილების დიფერენციაცია	ყველა დონის მენეჯერების პირადი პასუ-ხისმგებლობის მნიშვნელოვან ზრდასთან დაკავშირებული პრობლემები
მართვის დივიზიონალური სტრუქტურა	
პროგრამების ოპერატიული რეგულირება	ძალაუფლების განაწილების სირთულე
ცალკეული მიმართულებების მიხედვით მო-მუშავე მენეჯერების პროფესიული ზრდის პერსპექტივა	ფუნქციონალური რგოლის მენეჯერების პირადი პასუხისმგებლობის დადგენის სირთულე
პრიორიტეტების არსებობა რესურსების გა-მოყენების საქმეში	კონკურენცია და კონფლიქტები რესურსების განაწილების პროცესში

ყოველივე ეს განსაზღვრავს შესასრულებელი სამუშაოების შრომატევადობას და, აქედან გამომდინარე, მომუშავეთა რაოდენობასა და მათ კატეგორიებს. განყოფილებათა ორგანიზაცია ხორციელდება შემდეგი პრინციპით:

1. განყოფილებათა ორგანიზაცია ფუნქციონალურ-შერეული სისტემით, როდესაც ფუნქცია-ამოცანა ფუნქცია-ელემენტისაგან გამოჯნული არ არის (მაგალითად, ხარისხის კონტროლის დამოუკიდებელი განყოფილების ჩამოყალიბების ნაცვლად კონტროლის ფუნქცია ცალ-ცალკე სრულდება ყველა განყოფილებაში).

2. ცალკეულ განყოფილებათა გამოყოფა მათზე დაკისრებული ფუნქცია-ამოცანების შესაბამისად და უშუალოდ მთავარ მენეჯერზე დამორჩილება. იმავდროულად, ფუნქცია-ელემენტების

შემსრულებელი განყოფილებები დამორჩილებულია სათანადო საშუალო რგოლის ხელმძღვანელებზე.

3. ფუნქცია-ამოცანებისა და ფუნქცია-ელემენტების შემსრულებელ განყოფილებათა ნაწილობრივი დიფერენციაცია. ამ შემთხვევაში ყოველი ფუნქცია-ამოცანის შესასრულებლად ყალიბდება ცალკე განყოფილება, რომლის ფარგლებშიც გამოიყოფა სხვადასხვა საორგანიზაციო რგოლი ფუნქცია-ელემენტების შესასრულებლად.

გასათვალისწინებელია, რომ მრავალი განყოფილების ჩამოყალიბება ართულებს მართვის პროცესს, ვინაიდან იზღუდება მართვის პროცესის ელასტიკურობა, გაძნელებულია კოორდინაცია სხვადასხვა რგოლს შორის, იზრდება მუშაობის პარალელიზმის და მასთან დაკავშირებული მუშაობის ეფექტიანობის შემცირების რისკი. ამიტომ, ყოველი განყოფილების შექმნისას გასათვალისწინებელია შემდეგი მონაცემები:

1. დაწესებულების საერთო პროფილი;
2. ცალკეული ქვედანაყოფის კონკრეტული ამოცანები და პასუხისმგებლობა;
3. ცალკეული ქვედანაყოფის კომპეტენციის საზღვრები;
4. სხვა განყოფილებებთან ურთიერთობათა არეალი და ხასიათი.

დაწესებულების მართვის აპარატი შემდეგი თანამიმდევრობით ყალიბდება: პირველ ეტაპზე განისაზღვრება მისი ძირითადი მიზანი, შემდეგ კი მართვის აპარატის ფუნქციები, რომლებიც სხვადასხვა განყოფილების საქმიანობაში უნდა დაკონკრეტდეს. ყოველივე ეს ერთმანეთთან ლოგიკურადაა დაკავშირებული და ქმნის ერთიან ფუნქციურ სისტემას – მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურას.

მართვის სისტემის ეფექტიანი მოქმედებისათვის აუცილებელია მკაცრად იქნას დაცული შემდეგი პირობები:

- სისტემის ყველა ელემენტი უნდა მოქმედებდეს ურთიერთშესაბამისობისა და ურთიერთხელშეწყობის პრინციპით;
- სისტემის ყველა ელემენტის მოქმედება უნდა ექვემდებარებოდეს საერთო მიზნის განხორციელებას (ე.ი. მართვის ნებისმიერი რგოლის საქმიანობა უნდა შეესაბამებოდეს მთლიანად ორგანიზაციის და ყველა განყოფილების საქმიანობას);
- მართვის იერარქიული დონეების საქმიანობა დამოკიდებული უნდა იყოს ყველა სხვა დანარჩენის მოქმედების ხარისხზე.

ორგანიზაციის სტრუქტურული ერთეულების ასეთი მჭიდრო ურთიერთდამოკიდებულება საფუძვლად უდევს მართვის ციკლის მთლიანობას.

იმისდა მიხედვით, თუ რომელი პრინციპი იქნება გამოყენებული, შესაძლოა საბოლოოდ ჩამოყალიბდეს მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურა.

ორგანიზაციის განვითარება, გარე სამყაროში მიმდინარე ცვლილებები და სხვ. განაპირობებენ მართვის ახალი სტრუქტურების ჩამოყალიბების საჭიროებას. ამასთან დაკავშირებით განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ისეთი საკითხების გადაწყვეტას, როგორიცაა:

- ორგანიზაციულ-ტექნიკური პრობლემები, რომლებიც გულისხმობენ მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის მიღწევების დანერგვასთან დაკავშირებული დამატებითი კაპიტალდაბანდებების მოძიებას;
- სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები, რომლებიც უპირველესად მოითხოვენ პიროვნული ფაქტორის მნიშვნელობის მკვეთრ ამაღლებას, შრომის შედეგების მიხედვით მუშაკის მატერიალური დაინტერესების პრინციპის ფართო გამოყენებას, მუშაობის ინტენსიფიკაციისა და დანახარჯების შემცირების მიზნით.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ყოველი ორგანიზაციის განვითარების პროცესზე, მისი ორგანიზაციული სტრუქტურის მდგრადობაზე გავლენას ახდენს მრავალი ფაქტორი. პირობითად შესაძლოა მათი ორ ჯგუფად გაერთიანება. ესენია:

მაკროეკონომიკური ფაქტორები – კანონმდებლობა, ქვეყნის სახალხო მეურნეობის დარგობრივი სტრუქტურის თავისებურებები, ფინანსური და ტრანსპორტის, კავშირგაბმულობის და სხვა სისტემების განვითარების დონე და სხვ. (ე.ი. ის ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებს ქვეყნის მასშტაბით).

მიკროეკონომიკური ფაქტორები მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა დაწესებულების სპეციალიზაცია, შრომის ორგანიზაციის მეთოდების გამოყენების თავისებურებები, კომპიუტერიზაციის დონე და სხვ.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მართვის აპარატის ჩამოყალიბებისას საჭიროა განისაზღვროს ის ფუნქციები, რომელთა შესრულება მოუხდება ორგანიზაციის ყოველ რგოლს (ელემენტს). ნებისმიერი ფუნქციის შინაარსი განისაზღვრება საბოლოო მიზნის მიღწევის აუცილებლობით: მიზნის გათვალისწინებით ყალიბდება დაწესებულების პროფილი, მისი სახე, სამოქმედო არე, განლაგება, კადრები, ფინანსები, მომარაგება, მარკეტინგი.

ახალი სტრუქტურის ჩამოყალიბების პროცესში დაწესებულების საქმიანობის ძირითადი ფუნქციებია:

1. კვლევითი სამუშაოების ჩატარება, რაც უწინარესად დაკავშირებულია მარკეტინგული სიტუაციის გარკვევასთან. მაგალითად, თუ იგეგმება ახალი საავადმყოფოს მშენებლობა, საჭიროა განისაზღვროს მოსახლეობის რაოდენობა, ავადობის დონე, სამედიცინო დახმარების ამა თუ იმ სახეზე, არსებული მოთხოვნილება საწოლთა პროფილი და ა.შ.
2. სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის წარმართვის განსაზღვრა ახალ პირობებში;
3. არსებული სიმძლავრეების ეფექტიანი გამოყენების შესაძლებლობის განსაზღვრა;
4. ფინანსები და აღრიცხვა;
5. კადრები.

ფუნქციათა მოქმედების განსაზღვრის სირთულე ახალი მმართველობითი სტრუქტურის ჩამოყალიბების პირობებში იმით გამოიხატება, რომ ისინი ერთმანეთთან უაღრესად მჭიდროდაა დაკავშირებული და რომელიმე რგოლის განვითარებაზე ყურადღების მოდუნება მთელი პროექტის განხორციელების ჩავარდნის ტოლფასია.

მაგალითად, ექსპრეს-ლაბორატორიის ჩამოყალიბება საჭიროა როგორც საოპერაციო ბლოკისათვის, ასევე ცალკეული განყოფილებისათვის. მაგრამ, თუ წინასწარ არ განისაზღვრება სათანადო შტატი, საჭირო რეაქტივები და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია – ლაბორატორიის სტატუსი, იგი შემდგომში შესაძლოა მოემსახუროს მხოლოდ საოპერაციო ბლოკს, რაც, გასაგები მიზეზებით, გაართულებს საქმეს.

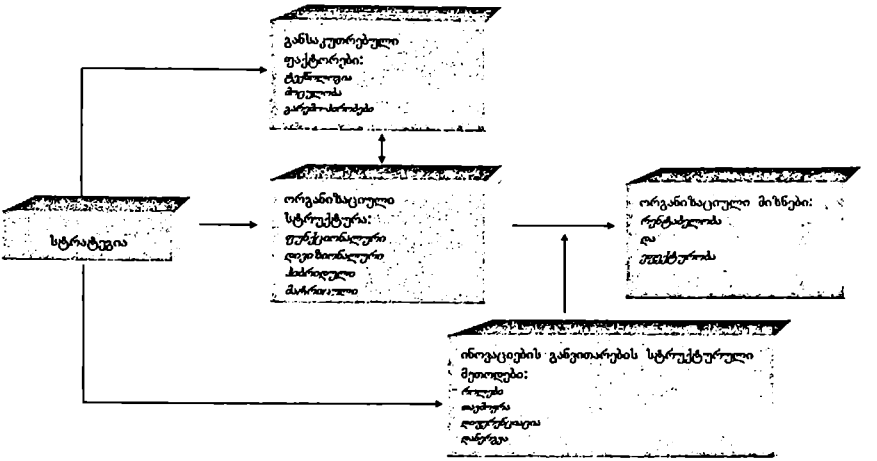
განვიხილოთ ორგანიზაციის საქმიანობის ძირითადი ფუნქციების შინაარსი სამედიცინო დაწესებულების მაგალითზე:

კვლევითი ფუნქციები – ამ ფუნქციას მიეკუთვნება ყველა სახის შემოქმედებითი სამუშაოები, რომლებიც საჭიროა ჩატარდეს დაწესებულების ბიზნეს-გეგმის ჩამოყალიბების პროცესში. ესენია: დაპროექტება, სამედიცინო ტექნოლოგიის დამუშავება, წარმოებული მომსახურების ეფექტიანობის განსაზღვრა, საორგანიზაციო ექსპერიმენტის ჩატარება, შეფასება და სხვ.

მართვის აპარატის ფუნქციები კვლევითი სამუშაოების ჩატარების დროს განისაზღვრება პროექტის საფინანსო, ტექნიკური, საორგანიზაციო, საკადრო და ა.შ. უზრუნველყოფით, რაც გასაგები მიზეზებით ყველა დონის მენეჯერის პირდაპირ მოვალეობას წარმოადგენს.

ნახატი 61

ძირითადი კომპონენტები, რომლებიც მოქმედებენ ეფექტური ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბებაზე



მართვის პერსონალის (ადმინისტრაციული, ადმინისტრაციულ-ტექნიკური და სხვ.) ოპტიმალური რიცხვის განსაზღვრას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან შრომის ანაზღაურებაზე გაწეული დანახარჯები ხშირად უსწრებს შემსრულებელთა რიცხვის ზრდას. მართალია, მართვის აპარატის ოპტიმიზაციის ძირითად ამოცანას წარმოადგენს დასმული მიზნების მიღწევა მინიმალური დანახარჯებით და მინიმალურ დროში, მაგრამ ხაზგასასმელია ისიც, რომ მცირე დროში უფრო მეტის გაკეთებისაკენ მისწრაფება არაიშვიათად ზრდის წუნს, პერსონალის გადატვირთვას და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, მოითხოვს დანახარჯების ზრდას, ვინაიდან მუშაობის ინტენსიფიკაცია, თავის მხრივ, საჭიროებს დამატებითი საკადრო და მატერიალურ რესურსების მიზიდვას.

ვინაიდან კოლექტივი ცდილობს გააკეთოს მაქსიმუმი, რაც შეიძლება მცირე დროში, მატულობს გაურკვევლობა, საჭირო ხდება დამატებითი შემოქმედი და ტექნიკური სპეციალისტების მოზიდვა, მნიშვნელოვნად იზრდება შრომის ანაზღაურებასთან დაკავშირებული დანახარჯები, ძნელდება კონტროლი, მატულობს კონფლიქტები, და რაც მთავარია — შეცდომები. ამიტომ დადგენილია, რომ გაცილებით მაღალ ეფექტს იძლევა მუშაობის რიტმულობა, ვიდრე არსებული გეგმის გადაჭარბება. გასაგებია, რომ ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ხელმძღვანელის ძირითადი პოლიტიკა მიზნად უნდა ისახავდეს, მაგალითად, არა განყოფილებათა მუშაობით გადატვირთვას, არამედ მათ უმნიშვნელო დაუტვირთაობას, რაც საშუალებას იძლევა, დაცულ იქნას მუშაობის რიტმულობა, შემცირდეს შეცდომათა რიცხვი, პერსონალის უყურადღებობის ფაქტები, და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, უფრო გაადვილდეს საჭირო მომენტში თანამშრომელთა მობილიზება. მართვის პრაქტიკამ დაადასტურა, რომ უმნიშვნელო დაუტვირთაობის პირობებში შეიძლება შესრულდეს იმავე მოცულობის სამუშაო, დროის და რესურსების ეკონომიის უზრუნველყოფით.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია დასმული მიზნებიდან გამომდინარე ორგანიზაციული სტრუქტურის სწორი ჩამოყალიბება. ამ კუთხით გაწეული მუშაობის ეფექტიანობის შეფასება ყველაზე ხშირად ხორციელდება შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:

1. **სტატიკური სისტემის ეფექტიანობის კრიტერიუმი** — გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როცა არ იცვლება, ან მცირედ იცვლება შესრულებული სამუშაოს ნომენკლატურა და მასშტაბი. სტატიკური ორგანიზაციის პირობებში მართვის შიდა სისტემის ჩამოყალიბების ძირითად პრობლემის წარმოადგენს მართვის სხვადასხვა დონეზე სათანადო გადაწყვეტილების შესრულებაზე პასუხისმგებლობის სწორი განაწილება. პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს იმ დონის ხელმძღვანელს, რომლის უბანზეც დაგროვდა ყველაზე მეტი პრობლემა, რომლებიც უარყოფით გავლენას ახდენენ პერსონალის შრომის ეფექტიანობაზე.
2. **წარმოების მანევრირების კრიტერიუმი** — ამ კრიტერიუმით ფასდება ორგანიზაციის საქმიანობის სწრაფი და ეფექტური შეცვლის უნარი. მაგალითად, ეპიდემიების შემთხვევაში იქმნება პაციენტების დიდი ჯგუფების სტაციონარში მოთავსების აუცილებლობა, რაც გასაგები მიზეზების გამო, თავის მხრივ, მოითხოვს საჭირო საორგანიზაციო გადაწყვეტილებების მიღებას (ფართის გამონთავისუფლებას, საავადმყოფოს ყველა ქვედანაყოფის მუშაობის რიტმისა და შინაარსის შეცვლას და ა.შ).
3. **სტრატეგიის ელასტიკურობა** ითვალისწინებს ორგანიზაციის განვითარების მიმართულების ცვლილებას. სტრატეგია მით უფრო ელასტიკურია, რაც უფრო ადვილად ხერხდება ახალი სტრატეგიის შემუშავება და მისი ცხოვრებაში გატარება. ყოველი ახალი ამოცანის დასმის შემთხვევაში.
4. **სტრუქტურული დინამიკურობა** ფასდება იმით, თუ როგორ საშუალებას იძლევა არსებული ძალები, რათა ახალი სტრატეგიის განხორციელების მოთხოვნიდან გამომდინარე, შეიცვალოს დაწესებულების მართვის ორგანიზაციული ფორმები.

მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურის ეფექტიანობის განსაზღვრა რთულია, ვინაიდან ეს პროცესი მრავალწახნაგოვანია. იგი უამრავი ელემენტისაგან შედგება და ამიტომ ეფექტიანობაც ზოგადი კრიტერიუმებით ზუსტად ვერ ფასდება. მართვის თეორიაში ჩამოყალიბებულია ორგანიზაციული სტრუქტურის ეფექტიანობის შეფასების შემდეგი კრიტერიუმები, რომლებიც პირობითად 4 ჯგუფად იყოფა:

სტატიკური სისტემის ეფექტიანობის კრიტერიუმი — გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როცა არ იცვლება ან მცირედ იცვლება შესრულებული მუშაობის ნომენკლატურა და მასშტაბი. ამ უცვლელობის (სტატიკურ) პირობებში ოპტიმალურია ისეთი სტრუქტურის გამოყენება, როდესაც შესაძლებელია განხორციელდეს დანახარჯების მინიმიზაცია. სტატიკური ორგანიზაციის პირობებში მართვის შიდა სისტემის ჩამოყალიბების ძირითადი პრობლემაა სათანადო გადაწყვეტილების მიღებაზე პასუხისმგებლობის სწორი განაწილება მართვის სხვადასხვა დონეზე. პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს იმ დონის ხელმძღვანელს, ვის სამოქმედო უბანზე დაგროვდა ყველაზე მეტი პრობლემა, რომლებიც საბოლოო ჯამში უარყოფითად იმოქმედებენ მუშაობის ეფექტიანობის ამაღლებაზე. მაგალითად, სადაზღვევო სისტემის მოქმედების პირობებში მკურნალობისა და გამოკვლევების ფასის დადგენის პროცესი უნდა სდებოდეს მართვის უმაღლეს დონეზე, ვინაიდან ფასების დაწესება მთელი სამკურნალო საქმიანობის ციკლის შეჯერებას მოითხოვს. ასეთი სახის ინფორმაცია თავს უნდა იყრიდეს მართვის მაღალ დონეზე და არა რომელიმე განყოფილებაში, სადაც მხოლოდ ცალკეული საკითხები წყდება.

მართვის ორგანიზაცია ხშირ შემთხვევაში მრავალრიცხოვანი ადმინისტრაციული აპარატისა და რთული სტრუქტურის არსებობას მოითხოვს. ეს, თავის მხრივ, იწვევს დანახარჯების ზრდას, უარყოფითად მოქმედებს პერსონალის მუშაობის ეფექტიანობაზე. ამიტომ ერთ-ერთი გამოსავალია მართვის პროცესის დეცენტრალიზაცია. ამ შემთხვევაში, მართვის ოპტიმიზაციის პარალელურად უნდა სდებოდეს პრიორიტეტების გადანაწილება. საკითხის გადაწყვეტის ოპტიმალურ ვარიანტად ჩაითვლება მომენტი, როდესაც ყოველი ხელმძღვანელი თავის უბანზე შეძლებს ისეთი შედეგის მიღწევას, რომელიც ხელს შეუწყობს დაწესებულების მასშტაბით დაგეგმილი ეფექტის მიღებას.

წარმოების მანევრირების კრიტერიუმი. ამ კრიტერიუმით მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურის ეფექტიანობა ფასდება მომხდარი კონიუნქტურული ცვლილებების შესაბამისად (მაგალითად, ეპიდემიის ან სტიქიური უბედურების დროს რამდენად სწრაფად და ხარისხიანად განხორციელდა ავადმყოფთა დიდი ჯგუფის მოთავსება სტაციონარში). თავისთავად, ასეთი სახის პრობლემების გადაწყვეტა მოითხოვს მენეჯერთა მხრიდან ჩვეული მუშაობის სწრაფი და ეფექტური შეცვლის უნარს. რაც უფრო მაღალია ეს შესაძლებლობა, მით უფრო მეტია მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ეფექტიანობა. წარმოების მართვის ორგანიზაციის შეფასება

მანევრირების კრიტერიუმის გამოყენებით განსხვავდება სტატიკური სისტემის ეფექტიანობის კრიტერიუმისაგან. თუ დავუბრუნდებით ჩვენს მაგალითს, ეპიდემიის შემთხვევაში საავადმყოფოს საორგანიზაციო სტრუქტურის სწრაფი მანევრირების პირობაა სარეზერვო სიმძლავრეების არსებობა და საჭიროების შემთხვევაში მათი ამოქმედება. იმავდროულად, თუ საავადმყოფოს საორგანიზაციო სტრუქტურა მოქმედებს პირველი, ე.ი. სტატიკური ვარიანტით, მენეჯერის ძირითადი ყურადღება უნდა ეთმობოდეს რეზერვების მინიმუმამდე დაყვანას, ვინაიდან მათი არსებობა აუარესებს ორგანიზაციის ფინანსურ მდგომარეობას (რეზერვის შენახვასთან, განახლებასთან და სხვა საკითხების გადაწყვეტასთან დაკავშირებული დიდი დანახარჯების გამო). გასაგებია, რომ ამ სისტემის არჩევა უფრო გამართლებულია ისეთ დაწესებულებაში, სადაც ავადმყოფთა დიდი რაოდენობის შემოსვლის ვარაუდი დაბალია (მაგ. ფსიქიატრიული, ონკოლოგიური და სხვ.). ასეთი სტატიკური სისტემის მართვის სტრატეგია და ტაქტიკა უცვლელია არსებული რესურსების (ფინანსები, კადრები და ა.შ.) პირობებში და პირიქით, მაგალითად, ინფექციურ სტაციონარში, სადაც საჭიროა განხორციელდეს სწრაფი მანევრირება, აუცილებელია სტრატეგიისა და ტაქტიკის სწრაფი ცვლილება. ამ შემთხვევაში უფრო გამართლებულია, როგორც გადაწყვეტილების მიღების პროცესის, ასევე პერსონალის პასუხისმგებლობის დეცენტრალიზაცია. მაშინ, როდესაც სტატისტიკური სისტემა მოითხოვს მათ ცენტრალიზებას.

სტრატეგიის ელასტიკურობა ითვალისწინებს წარმოების განვითარების მიმართულების ცვლილებას ყოველი ახალი ამოცანიდან გამომდინარე (მაგალითად, სტაციონარის პროფილის შეცვლისას ხდება პაციენტისადმი შეთავაზებული დახმარების ნომენკლატურის შეცვლაც, რაც თავისთავად გარკვეულ სიძნელეებს უქმნის როგორც ექიმს, ასევე პაციენტს). ხშირად სტრატეგიის შეცვლა არ ამცირებს დანახარჯებს (ან პირიქით – ზრდის), არ ზრდის მოგებას (ან პირიქით – ამცირებს), მაგრამ იგი აუცილებელია დაწესებულების მომავლისათვის, მისი არსებობისათვის.

სტრატეგიის ელასტიკურობის უზრუნველყოფის ძირითადი პირობაა პრობლემის ირგვლივ არსებული ინფორმაციის მიღების კარგი დამუშავება. ამიტომ მართვის სტრუქტურის ჩამოყალიბებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს საინფორმაციო ცენტრის (ან ცენტრების) შექმნა, სადაც თავს მოიყრის სათანადო მონაცემები პრობლემის თანამედროვე მდგომარეობის შესახებ. ახალი სტრატეგიის შემუშავება განსაკუთრებით რთულია პრინციპულად ახალი ტექნოლოგიის დანერგვის შემთხვევაში (მაგალითად, ამა თუ იმ დაავადების დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის არსებული სქემების მოულოდნელი შეცვლის პირობებში).

აქედან გამომდინარე, მაღალი და საშუალო დონის მენეჯერზე ბევრადაა დამოკიდებული, როგორ შეფასდება სტრატეგიის შეცვლის აუცილებლობა და რამდენად აქტიურად განხორციელდება სათანადო პოლიტიკა. თავისთავად, ასეთი სახის გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებული პერსონალური პასუხისმგებლობა როგორც მენეჯერისათვის, ასევე შემსრულებლისათვის ძლიერი სტრესოგენული ფაქტორია, რომელიც, თავის მხრივ, აფერხებს რადიკალურ ღონისიძებათა გატარების შესაძლებლობას.

ახალი სტრატეგიის განსაზღვრა უაღრესად რთულია. იგი მოითხოვს ხელმძღვანელის შემოქმედებითი აზროვნების მაღალ დონეს. აუცილებელია ისეთი სტიმულების ამოქმედება, რომლებიც მაქსიმალურად შეუწყობენ ხელს ახალი იდეების განვითარებას. ამასთან დაკავშირებით შეგვიძლია მოვიყვანოთ ორი მაგალითი, რომლებიც ადასტურებს, თუ რაოდენ ძნელია კრიტიკულ სიტუაციებში სწორი სტრატეგიის გამომუშავება.

როგორც ცნობილია, პენიცილინი ალექსანდრე ფლემინგმა ჯერ კიდევ 1933 წელს აღმოაჩინა, მაგრამ პრეპარატის მოქმედების ეფექტიანობა იმდენად დაუჯერებელი იყო, რომ მისი გამოშვებისათვის საჭირო თანხების დაბანდებაზე თითქმის ყველა მსხვილმა ფარმაცევტულმა კომპანიამ უარი განაცხადა. ეს მოხერხდა მხოლოდ 9 წლის შემდეგ, რის გამოც, თუ არაფერს ვიტყვით ფინანსურ დანაკარგებზე, მხოლოდ მიახლოებული მონაცემებით, სათანადო დახმარების გარეშე მსოფლიოში ნაადრევად დაიღუპა 100 მილიონამდე ადამიანი.

ყოველწლიურად მსოფლიოს ფარმაცევტულ ბაზარზე გამოდის შიდსის საწინააღმდეგო 1000-ზე მეტი პრეპარატი, რომელთა ეფექტიანობა უმნიშვნელოა. ამავე დროს, 1995 წლის ბოლოს კალიფორნიის უნივერსიტეტში მიღებული პრეპარატის გამოყენებით მოხერხდა დაავადებული ცხოველების სისხლში ვირუსის მოსპობა. აღნიშნულ აღმოჩენასთან დაკავშირებით აშშ-ის ფარმაცევტულმა კომიტეტმა მიიღო უპრეცედენტო გადაწყვეტილება თითქმის გამოუცდელი პრეპარატის გამოყენების შესახებ (პრეპარატის გამოცდის საშუალო ვადა აშშ-ში 5 წელს შეადგენს).

აღნიშნული მაგალითებიდან აშკარად ჩანს, თუ რამდენად რთულია სწორი სტრატეგიული გადაწყვეტილების მიღება. თუ პირველ შემთხვევაში ფარმაცევტულმა კომპანიებმა თავისი მოუქნელობის გამო არა მარტო დაუზარალეს მილიონობით ადამიანი, არამედ ვერ მიიღეს სათანადო მოგება, მეორე შემთხვევაში მწარმოებელმა გაწია მნიშვნელოვანი ფინანსური რისკი, ფაქტობრივად გამოუცდელი პრეპარატის ბაზარზე გამოუშვებით. რაც, როგორც მოგვიანებით გაირკვა, ასევე ეკონომიკური ზარალისა და ავადმყოფთა ნაადრევი დაღუპვის მიზეზი გახდა.

სტრუქტურის დინამიკურობა საშუალებას იძლევა შეიცვალოს დაწესებულების მართვის ორგანიზაციული ფორმები. ტექნიკური პროგრესის რადიკალური ცვლილების შედეგად იქმნება ისეთი სიტუაცია, როდესაც ორგანიზაციული სტრუქტურების ეფექტურობის შეფასების ზემოჩამოთვლილი ტიპები მისაღები არ არის. ამან განაპირობა კიდევ ერთი კრიტერიუმის შემოღება. დადგენილია, რომ, რაც უფრო მაღალია სტრუქტურის შეცვლის შესაძლებლობა, მით უფრო ნაკლებადაა მოსალოდნელი ცვლილებები, გამოწვეული მუშაობის ეფექტიანობის შემცირებით. ამიტომ სტრუქტურის დინამიკურობა მოითხოვს ისეთი სისტემის არსებობას, რომელშიც თავიდანვე გათვალისწინებულია ტექნოლოგიური პროცესების მოსალოდნელი სრულყოფა.

მართვის სტრუქტურა, რომელიც აგებულია გადაწყვეტილების მიღების დეცენტრალიზაციის პრინციპზე, უფრო დინამიკურია, იგი ხელს უწყობს ახალი ტექნოლოგიების დანერგვას. ამასთან, რაც უფრო მეტი დამოუკიდებლობა აქვს მომუშავე პერსონალს თავისი საქმიანობის ორგანიზაციაში, მით უფრო მაღალია მართვის სტრუქტურის დინამიკურობა. განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საჭირო ხდება არა ძველის მოდერნიზაცია, არამედ სრულიად ახალი ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბება. ჩვეულებრივად ამ პროცესს თან სდევს წარმოების ზრდის ტემპის შენელება. მაგრამ საბაზრო ეკონომიკის პირობებში გაცილებით უფრო წამგებიანია ძველი სტრუქტურების შენარჩუნება ან ახლის შექმნის პროცესის გახანგრძლივება, ვიდრე ძველის თანდათანობით შეცვლა.

ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ მართვის თეორია უპირატესობას ანიჭებს არა ძველი სისტემის მოდერნიზაციის ეტაპობრივ განხორციელებას, არამედ მთლიანად ახლის აგებას, ვინაიდან ძველში ახალი სტრუქტურების ნაწილ-ნაწილ შეტანით ახალი ელემენტები თავსდება მათთვის ზოგჯერ შეუთავსებელ გარემოში. ამით ხელოვნურად შეიქმნება კონფლიქტი ახალსა და ძველ ტრადიციებს შორის. ამიტომ ყოველთვის არსებობს იმის საშიშროება, რომ ძველი სტრუქტურა უფრო ძლიერი აღმოჩნდება და ახალმა კი ამ შემთხვევებში შესაძლოა სრული კრახი განიცადოს.

მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ძირეულად შეცვლის აუცილებლობის დროს სწრაფად უნდა შეიქმნას ძველისაგან დამოუკიდებელი ახალი ორგანიზაცია. ხაზგასასმელია, რომ ახალ ორგანიზაციულ სტრუქტურათა ჩამოყალიბების ასეთმა მიმართულებამ თანამედროვე მენეჯმენტში, მიუხედავად დიდი სიძნელეებისა, ყველაზე მეტად გაამართლა თავისი დანიშნულება.

21.7. მუშაობის კოორდინირება

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, კოორდინირება გულისხმობს ორგანიზაციაში საჭირო სამუშაო პირობების შექმნას, რაც ხელს უწყობს საბოლოო მიზნების მიღწევას. კოორდინირება უზრუნველყოფს მართვის პროცესის უწყვეტ ხასიათს და წარმოადგენს მის ცენტრალურ ფუნქციას.

კოორდინირების ძირითადი მიზანია ორგანიზაციის ყველა რგოლის შეთანხმებული მოქმედების მიღწევა რაციონალური კავშირების (კომუნიკაციების) დამყარების გზით.

კოორდინირება, თავის მხრივ, შეიცავს **ოთხ ძირითად ელემენტს: დავალებათა განაწილებას, მოტივირებას, კომუნიკაციების უზრუნველყოფას და შეთანხმებულობის მიღწევას.**

დავალებათა განაწილებით – მენეჯერი უზრუნველყოფს კონკრეტული მუშაკის პასუხისმგებლობის ამაღლებას კონკრეტული საქმის შესრულებაზე;

მოტივაცია – გულისხმობს ადამიანებზე ისეთი სახის ზემოქმედების განხორციელებას, რომელიც ხელს შეუწყობს მათ მიერ საერთო საქმისათვის სასურველი მოქმედებების შესრულებას;

კომუნიკაციების უზრუნველყოფა – საშუალებას იძლევა, რათა ინფორმაცია ეფექტიანად გავრცელდეს სასურველი მიმართულებით;

შეთანხმებულობა – გულისხმობს შრომით პროცესში წარმოქმნილი დისპროპორციების თავიდან აცილებას.

შრომის განაწილება უნდა გაწონასწორდეს სხვადასხვა სახის საქმიანობის კოორდინაციით. თითქოსდა აქსიომაა, რომ სამუშაოს სწორი კოორდინირება დაწესებულების საქმიანობის ეფექტურობის წინაპირობაა, მაგრამ ხშირად, როდესაც სამუშაოს შესრულების კრიტერიუმები გამკაცრებულია, არასწორი კოორდინირება ხელს უწყობს გაუმართლებელ დანახარჯებს, დანაკარგების ზრდას და რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ხარისხის გაუარესებას.

კოორდინაციის ძირითად მექანიზმებს მიეკუთვნება:

უშუალო ხელმძღვანელობა – უმაღლესი რგოლის მენეჯერი უშუალოდ ხელმძღვანელობს ხელქვეითთა მუშაობას, უზრუნველყოფს მათ მიერ საერთო საქმიანობის შეთანხმებულ განხორციელებას. ორგანიზაციის მისიისა და პოლიტიკის გათვალისწინებით.

ამ სახის კოორდინაციის მექანიზმის გამოყენება ზოგჯერ შეზღუდულია და იმაში გამოიხატება, რომ იმ პირთა რიცხვი, ვისაც შეიძლება პირდაპირ უხელმძღვანელოს მენეჯერმა, მცირეა.

იერარქია – თუ ორგანიზაციის თანამშრომლები და განყოფილებები ვერ იღებენ შეთანხმებულ გადაწყვეტილებას, ისინი წარუდგენენ საკუთარ არგუმენტებს ზემდგომ ხელმძღვანელს, რომელსაც ევალება საერთო გადაწყვეტილების მიღება. როდესაც გარე პირობები გამოირჩევა მომატებული ტურბელენტობით, აღნიშნული პროცესი ფერხდება, რადგან იერარქიის კომუნიკაციურ არხებს არ ძალუძთ ინფორმაციის დინების „გატარება".

რესურსების და პროდუქციის სტანდარტიზაცია – სისტემაში შემომავალი რესურსებისა და გამოშვებული პროდუქციის სტანდარტიზაცია აიოლებს კოორდინირებას სამუშაო პროცესის სხვა ეტაპებზე.

სამუშაო პროცესები – აღნიშნული მექანიზმის საშუალებით შესაძლებელია სამუშაო დავალებების შესრულების ეტაპების მკვეთრი განსაზღვრა.

წესები და პროცედურები – თანამშრომლებისა და განყოფილებების მოქმედებების კოორდინირება შეიძლება განხორციელდეს მათი ურთიერთმოქმედებების წესების დადგენით. უმრავლეს ორგანიზაციებში მოქმედებს წესები და პროცედურები, რომლებიც ადგენენ, თუ რას უნდა პასუხობდეს წარდგენილი წინადადებები და ვის უნდა წარედგინოს ისინი.

მაგალითად, თუ პროექტზე მუშაობს რამოდენიმე პროგრამისტი, საჭიროა მათი მოქმედების კოორდინირება, რათა არ მოხდეს სამუშაოების დუბლირება ან ახალი ვერსიების იგნორირება. აღნიშნული პრობლემის გადაჭრისათვის უმრავლეს შემთხვევაში უნდა დაწესდეს ინფორმაციის გაცვლის მკაცრი პროცედურები, რომლებიც უზრუნველყოფენ თანამშრომლების საქმიანობის კოორდინირებას.

უნარ-ჩვევების სტანდარტიზაცია – თანამშრომლების მომზადების ერთნაირი დონე საშუალებას იძლევა, ერთი და იმავე საქმიანობით დაკავებულმა თანამშრომლებმა დავალებები შეასრულონ დაახლოებით ერთ დონეზე, რაც ამცირებს მათი პირდაპირი ხელმძღვანელობის და კონტროლის აუცილებლობას.

პირდაპირი პიროვნული კონტაქტები – კოორდინაციის ყველაზე „ადამიანური" ფორმას წარმოადგენს საუბარი. გ. მინცბერგის აზრით, აღნიშნული ფორმა ეფექტურია ყველაზე მარტივი და ყველაზე რთული საორგანიზაციო სტრუქტურების არსებობისას, ზოგჯერ გაურკვევლობა იმდენად დიდია, რომ ტრადიციული ინფორმაციული სისტემების მეშვეობით ვერ ხერხდება ყველა არსებული შესაძლებლობის შეფასება.

21.8. ოპერატიული მენეჯმენტის საფუძვლები

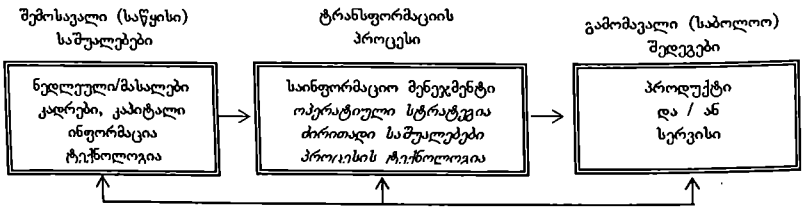
ოპერატიული მენეჯმენტი წარმოადგენს პროცესს, რომლის განხორციელებისას საწყისი (შემავალი) რესურსები გარდაიქმნება საქონელსა და სერვისში. მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა სახის პროდუქციის ან მომსახურების წარმოებაში მნიშვნელოვანი განსხვავებებია, ამ პროცესების მართვისას, მიუხედავად მისი მრავალფეროვნებისა, ძირითადი კონცეპტუალური მიდგომა ერთიანია. ოპერატიული მენეჯმენტის ძირითადი ასპექტებია: ოპერატიული სტრატეგია, ოპერაციული სისტემები, საწარმოო სიმძლავრეები და პროცესების ტექნოლოგია.

ოპერატიული მენეჯმენტი სხვადასხვა როლს თამაშობს ორგანიზაციის სტრატეგიის განსაზღვრაში. იმისდა მიხედვით, თუ რა სიტუაციაშია კომპანია, ოპერატიული მენეჯმენტის სტრატეგიული როლის საფეხურები შემდეგია:

1. ნეგატიური პოტენციალის შემცირება;
2. კონკურენტებთან პარიტეტის მიღწევა;
3. ზოგადკორპორაციული სტრატეგიის მხარდაჭერა;
4. ოპერატიული მენეჯმენტის განხილვა კორპორაციული სტრატეგიის ჭრილში.

ნახატი 62

ოპერატიული მენეჯმენტის პროცესი



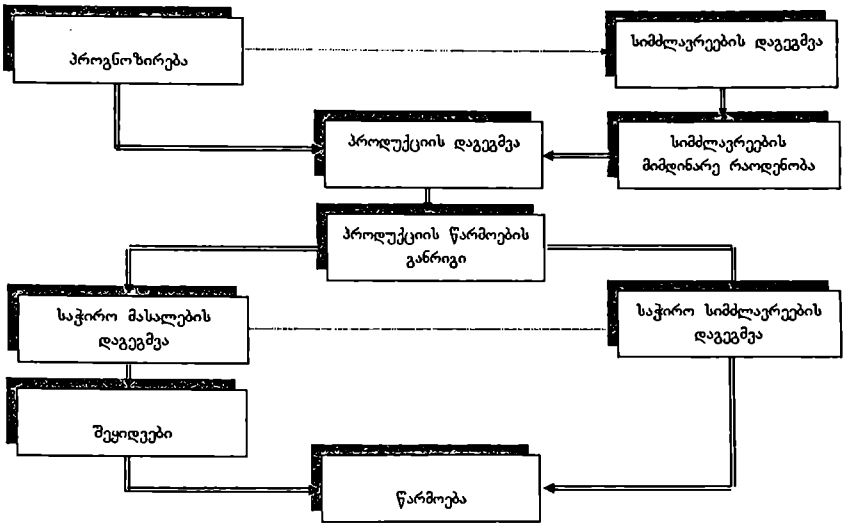
მეორე მხრივ, საორგანიზაციო პროცედურები საკმარისად მოქნილი უნდა იყოს, რათა უზრუნველყოს გარემოში შესაძლო მოულოდნელი ცვლილებების საპასუხოდ ორგანიზაციის მუშაობის სწრაფი გარდაქმნა (მაგალითად, სტაციონარში საწოლების პროფილის შეცვლა, მკურნალობის ახალი ტექნოლოგიის შემოღებასთან დაკავშირებული სავარაუდო ხარჯებისა და დაბანდებული თანხების გამოყენების ეფექტიანობის შეფასება და სხვ.). მართალია, სტანდარტიზაციისა და მოქნილობის ერთდროული მოთხოვნა თავის თავში აშკარა წინააღმდეგობას შეიცავს, მაგრამ ამ წინააღმდეგობის

კონკრეტული ან კომპრომისული გადაწყვეტა ბევრად განსაზღვრავს ორგანიზაციის სახეს, მენეჯმენტის დონეს.

მოქმედებათა შესრულების პროცესში ორგანიზაციის შიგნით მყარდება სხვადასხვა სახის, ზოგჯერ დაძაბული ურთიერთობა, აქიტომ აუცილებელია, რომ ორგანიზაციაში მომუშავე ადამიანები თანამოაზრენი იყვნენ, ერთნაირად ესმოდეთ ორგანიზაციის მისია, თანაბრად იზიარებდნენ ერთსა და იმავე ორგანიზაციულ ფასეულობებს.

ნახატი 63

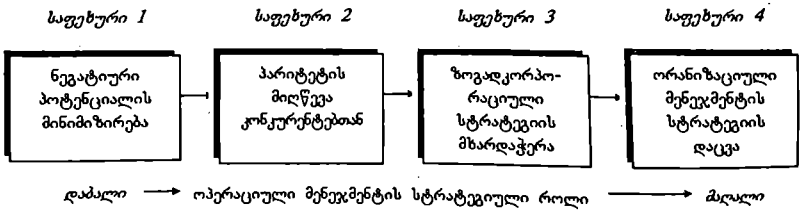
ოპერატიული მენეჯმენტის მთავარი სისტემები



ოპერატიული მენეჯმენტის ეფექტურობის განმასხვავებელ კრიტერიუმად იყენებენ პროდუქტიულობის კოეფიციენტებს. თავის მხრივ, კოეფიციენტები განისაზღვრებიან, როგორც შედეგების შეფარდება ან მთლიანად გახარჯულ რესურსებთან (სრულ-ფაქტორიანი), ან გახარჯულ სპეციფიკურ (კონკრეტულ) რესურსებთან (ნაწილობრივ-ფაქტორიანი). მაგალითად, პროდუქციის გამოშვებით ან მომსახურებით მიღებული წლიური შემოსავლის შეფარდება მთლიანად გაწეულ ხარჯებთან და კონკრეტულ ხარჯებთან, როგორიცაა ნედლეული, ხელფასები, კაპიტალი, ენერგია.

ნახატი 64

ოპერატიული მენეჯმენტის სტრატეგიული როლის საფეხურები



21.9. პროგნოზირება

დროის გარკვეულ მონაკვეთში მართვის ობიექტის მდგომარეობას განაპირობებს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა წინა პერიოდის მდგომარეობა, გარე სამყაროს გავლენა და უშუალო მმართავი სისტემის გავლენა. მმართავი სისტემა აღნუსხავს როგორც მართვის ობიექტის მდგომარეობას. ასევე თვალყურს ადევნებს გარემოს ცვალებადობას. საჭირო ზომების დროულად მიღების მიზნით მმართავი სისტემის ინტერესებში შედის ობიექტის მხრიდან ამ ცვლილებებზე მოსალოდნელი რეაქციის პროგნოზირება. ამრიგად, მმართავი სისტემის ძირითადი ამოცანაა, შემავალი ინფორმაციის საფუძველზე ისეთი ზემოქმედების შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს მართვის მიზნების მიღწევას.

ამრიგად, მართვის თანამედროვე მეთოდების სპექტრი შეიძლება მოთავსდეს ე.წ რეაქტიული და მიზნობრივი მართვის ტიპებს შორის.

სპექტრის ერთ ბოლოს მდებარეობს ე.წ. მისი მაღალი რეაქტიული მართვა, რომლის ძირითადი თავისებურებაა, რეაგირება მოახდინოს მიმდინარე მოვლენებზე. რეაქტიული მართვის ეფექტიანობა მენეჯერის ინტუიციაზეა დამყარებული და მოითხოვს აქტიურობას, ენერგიულ, სწრაფ და ზუსტ მოქმედებებს, რაც ხშირად ხელქვეითებზე მეტისმეტ „ზეწოლას“ იწვევს. დაგეგმვა ხორციელდება უშუალოდ მოქმედების დაწყებამდე, ანდა თვითონ მოქმედების პროცესში.

სპექტრის მეორე ბოლოს ე.წ. მიზნობრივი მართვის მეთოდებია. ისინი გულისხმობენ მოქმედების საბოლოო შედეგების წინასწარ განსაზღვრასა და მათ მისაღწევად საჭირო სამუშაო პროგრამების შედგენას. მართვისადმი ასეთი მიდგომა მიზნის გადაჭრის დაწვრილებითი გეგმის არსებობას მოითხოვს. ნებისმიერი პრობლემის გადასაწყვეტად მუშავდება შესაბამისი გეგმა, რომელიც საზღვრავს პრობლემის გადაწყვეტის მეთოდებს და შესაბამისი მოქმედებების თანმიმდევრობას.

მენეჯერი არ არის დაზღვეული, რომ მართვა მოუხდება მოულოდნელ მოვლენებზე რეაგირების გზით. მეორე მხრივ, მძაფრი კონკურენციის პირობებში შეძლებს თავისი ადგილის შენარჩუნებას ხელმძღვანელთა მხოლოდ მცირე ნაწილი, ამიტომ ოპტიმალურ გზას წარმოადგენს რეაქტიული და მიზნობრივი მართვის მეთოდების შერწყმა, მათი გააზრებული შეხამება.

ეფექტური საოპერაციო მენეჯმენტის განსახორციელებლად საჭიროა პროგნოზირების მეთოდების აქტიური გამოყენება, რათა წინასწარ განიჭვრიტოს მოთხოვნები, მოლოდინი და საჭიროება გარკვეული სახის პროდუქტებსა და მომსახურებაზე.

პროგნოზირება, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, არის იმის შეფასება, თუ რა შეიძლება მოხდეს მომავალში, რა გავლენას იქონიებს იგი ცალკეული პიროვნებისა თუ საზოგადოების საქმიანობაზე.

სწორი პროგნოზირება მოვლენათა პასიური მოლოდინის ნაცვლად მათი წინასწარ განჭვრეტის საშუალებას იძლევა. პროგნოზირება მუდმივად მოქმედი პროცესია. იგი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მაშინ, როდესაც წინ უსწრებს მიზნების დასახვასა და მათი მიღწევისათვის საჭირო პროგრამების შედგენას.

განირჩევა მოკლევადიანი პროგნოზირება (რამდენიმე თვიდან 1 წლამდე), რაც, მაგალითად, გულისხმობს სტაციონარში გარკვეული პროფილის პაციენტთა სავარაუდო რიცხვის შემოსვლას, მათთვის საჭირო დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების გატარების სავარაუდო ღირებულებით გათვლას, თანამშრომელთა მუშაობის გრაფიკების შედგენას, საჭირო მასალების მარაგების შექმნას და სხვ.

საშუალო პერიოდის (1-დან 5 წლამდე) და გრძელვადიანი (5 წელზე მეტი) პროგნოზირება ხელს უწყობს სამედიცინო დახმარების ხარისხობრივი ცვლილებების, ან ტექნოლოგიური პრიორიტეტების განვითარებათა ჩამოყალიბებას.

სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს სიმძლავრეების დაგეგმვა, რომელიც მოიცავს ფინანსური, ადამიანური, ტექნიკური და სხვა სახის რესურსების განსაზღვრის პროცესს.

სიმძლავრეების დაგეგმვა ხორციელდება სხვადასხვა ვადების გათვალისწინებით.

გრძელვადიანი დაგეგმვა უნდა ითვალისწინებდეს ორგანიზაციის სტრატეგიულ მიზნებს, რაც ხორციელდება მენეჯმენტის დონეზე.

საშუალო პერიოდისათვის სიმძლავრეების დაგეგმვა შედის კონკრეტული დონის მენეჯმენტის კომპეტენციაში.

მოკლევადიანი სიმძლავრეების დაგეგმვა განსაზღვრავს მიმდინარე საქმიანობისათვის საჭირო სიმძლავრეების შესაბამისობას და მათი ეფექტური გამოყენების გზებს.

სიმძლავრეების ეფექტურად გამოსაყენებლად მენეჯერს შეიძლება მოუხდეს გადაწყვეტილების მიღება დაწესებულების მოქმედების არეალის გაფართოებაზე ან შეკვეცაზე, იმ შემთხვევაში, თუ არსებული სიმძლავრეები არადეკვატურია საჭირო მოთხოვნასთან შედარებით. გარდა ამისა, ოპერაციული მენეჯმენტის ფუნქციებში შედის იმის გათვალისწინება, თუ რამდენად ოპტიმალურია ძირითადი და დამხმარე სიმძლავრეების შეფარდება, მათი დისლოცირება (განთავსება) და ორგანიზება.

ტექნოლოგიური პროცესების ოპერაციული მენეჯმენტის კომპეტენციაში აგრეთვე შედის ძირითადი მიმართულებების განვითარება წარმოების კომპიუტერიზაციისკენ. ამ ღონისძიებათა განხორციელებისას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა სახის ბარიერებს, ესენია: სტრუქტურული (სიტუაციური ფაქტორები, მაგალითად, მოცდენები, თანამშრომლების გადამზადების საჭიროება და ა.შ.), პუმანური (პერსონალის ნაწილის მიერ ჩვეული უფლებებისა და სტატუსის დაკარგვა ახალ ურთიერთობებში).

ჩვეულებრივ, პროგნოზირება განიხილება როგორც სამუშაოთა სახე, რომელიც სრულდება მართვის იერარქიის ზედა დონეზე, მაგალითად, ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდის დანერგვა მოითხოვს ისეთი საკითხების გადაწყვეტას, როგორიცაა, აპარატურის ღირებულების დაფარვის ვადები, მოთხოვნილება რეაქტივებსა და სასაწყობო მეურნეობაზე, რეკლამისათვის საჭირო დანახარჯები; კადრების შერჩევა და მომზადება, ახალი ორგანიზაციული პროცედურებისა და სამუშაოთა წესების შემუშავება და სხვ.

ამ ფაქტორების ცალ-ცალკე განსაზღვრა პროგნოზირების ერთ-ერთი მეთოდის (ე.წ. პროგნოზირება ფუნქციონალური დანიშნულების მიხედვით) მეშვეობით ხორციელდება.

მაგალითად, თუ შემოვიფარგლებით სტაციონარში ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდის დანერგვის საკითხით, პროგნოზირების პირველ ეტაპზე საჭიროა განისაზღვროს რიგი ქვეამოცანა:

- საწოლთა ფონდის პროფილის შეცვლის აუცილებლობის განსაზღვრა;
- ახალი აპარატურის ტექნოლოგიური შესაძლებლობების გათვალისწინებით პაციენტთა ნაკადის განსაზღვრა;
- პერსონალის გადამზადების განსაზღვრა;
- არსებული აპარატურის მომავალში გამოყენების შესაძლებლობა და სხვ.

პროგნოზი, რომელიც ორიენტირებულია რომელიმე ზემომოყვანილ თუ სხვა გადაწყვეტაზე, უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ აუცილებელ პირობებს: დროის ინტერვალის ხანგრძლივობა, რომელზედაც ვრცელდება პროგნოზი (პროგნოზი შესაძლოა იყოს გრძელვადიანი, საშუალო და მოკლევადიანი), რაც უფრო გრძელვადიანია პროგნოზი, მით უფრო კლებულობს მოთხოვნათა დონე მისი დეტალიზაციის მიმართ.

მაგალითად, საშუალო და მოკლევადიანი გეგმის შედგენის პროცესში შეძენილი აპარატურის ღირებულების დაფარვის ვადების პროგნოზს ნაკლები მნიშვნელობა ენიჭება, ვიდრე პერსონალის მიერ აპარატურაზე მუშაობის ახალი ჩვევების ათვისების, სათანადო პაციენტების მოზიდვის, ძველი აპარატურის გამოყენების შესაძლებლობის განსაზღვრას.

პროგნოზების კლასიფიკაცია მათი ფორმირებისა ან დასაბუთების მეთოდის საფუძველზე გულისხმობს მათ შემდეგნაირ დაყოფას:

- პროგნოზირება ინტუიციის საფუძველზე;
- პროგნოზირება ექსპერტული შეფასების მეთოდების გამოყენებით, (მას საფუძვლად უდევს სათანადო ექსპერტთა სუბიექტური აზრების გადამუშავება და სისტემატიზაცია).
- პროგნოზი არსებული რეტროსპექტული მონაცემების სტატისტიკური ანალიზის დახმარებით (ე.წ. ტენდენციების ექსტრაპოლაცია).

პროგნოზი ინტუიციის საფუძველზე უფრო ხშირად მოკლე და საშუალო ვადებზე ხორციელდება. მენეჯერების ყოველდღიური მუშაობა ძირითადად ინტუიციაზე დაყრდნობით პროგნოზირებას ეფუძნება. ამ შემთხვევაში პროგნოზირება მოითხოვს საკითხთან დაკავშირებული ყველა ფაქტორის ურთიერთშედარებას, მათი ურთიერთკავშირის გაანალიზებასა და დასკვნების გაკეთებას. გასაგები მიზეზების გამო ინტუიციაზე დაყრდნობილი პროგნოზის სისწორე მენეჯერის გამოცდილებასა და საკითხის ღრმა ცოდნაზეა დამოკიდებული.

ქვემომოყვანილი კითხვების სერია იძლევა პროგნოზის საზღვრების დადგენის საშუალებას, რაც საგრძნობლად აადვილებს ინტუიციის საფუძველზე პროგნოზის შედგენას.

1. რომელი სამუშაოების შედეგები წარმოადგენენ პროგნოზირების ობიექტს (ინფორმაციული უზრუნველყოფა, უშუალოდ მომსახურება, პროექტირება, მარკეტინგი და სხვა)?
2. როგორი უნდა იყოს დაგეგმვის ჰორიზონტი?
3. ვის ინტერესებს ემსახურება პროგნოზი (უშუალოდ უფროსს თუ მის ხელქვეითებს, ორგანიზაციის სხვა ქვედანაყოფების, მთელი ორგანიზაციას, დამკვეთებს თუ სხვა)?
4. პროგნოზით დაინტერესებულ პირთა აზრით, რომელი ფაქტორები (ანალიზების რაოდენობა და ხარისხი, სამუშაოთა ღირებულება და ვადები და ა.შ.) უნდა შეფასდეს (რა ხარჯების გაღებაზე არის თანახმა შემკვეთი, სამუშაოთა რა მოცულობის შესრულებაა საჭირო და რა ვადებში და ა.შ.)?
5. როგორია მოთხოვნილება რესურსების ძირითად სახეობებზე (სპეციალური კვალიფიკაციის მუშაკები, მოწყობილობები, ფართი, მასალები და სხვ.)?
6. რა ფაქტორების გამოკვლევაა საჭირო რესურსებზე მოთხოვნილების განსაზღვრის მიზნით (დანახარჯების ლიმიტი, შემენის შესაძლებლობები, რესურსების შემენისა და კადრების გადამზადებისათვის საჭირო დროის დანახარჯები და სხვა)?
7. პროგნოზირების პერიოდში რომელმა გარე ფაქტორებმა შეიძლება იმოქმედონ სამუშაოთა შესაძლო მოცულობაზე (დღესასწაულები, დასვენების დღეები, ამინდი, კონკურენცია და სხვა)?
8. სწორ პროგნოზზე მოქმედ ფაქტორებს შორის კავშირების გამოვლენა და გაანალიზება:
   - რა მოხდება, თუკი განხორციელდება ყველა არასასიკეთო ვარაუდი?
   - რა მოხდება, თუკი განხორციელდება ყველა სასიკეთო ვარაუდი?
   - რა შეიძლება ჩაითვალოს უფრო შესაძლებლად?
   - რაში მდგომარეობს შესაძლო გადახრების გამომწვევი მიზეზი და ა.შ?.

პროგნოზი ექსპერტული შეფასებების საფუძველზე გულისხმობს ექსპერტთა აზრების შეკრებას ახლო ან შორეულ მომავალში მოსალოდნელი ცვლილებების შესახებ. ამ შეფასებათა სისტემატიზაციისა და დამუშავების შემდეგ ისინი გარდაქმნებიან პროგნოზად, რომელიც დროის გარკვეულ ინტერვალზე ვრცელდება.

პროგნოზირების ასეთ მეთოდს თავისი უპირატესობები გააჩნია. მაგალითად, როდესაც პროგნოზი სამედიცინო სფეროს შეეხება, ექსპერტებად შეირჩევა ვიწრო სპეციალისტები, რომლებსაც გააჩნიათ თავის დარგში მოსალოდნელი ტენდეციების „შეგრძნების" უნარი და დიდი პროფესიული გამოცდილება. ეს მათ საშუალებას აძლევთ, კომპეტენტურად გამოთქვან თავიანთი მოსაზრებები სამომავლო მოთხოვნილების თაობაზე.

ამ მეთოდის ერთ-ერთი ნაკლია წინა პერიოდისათვის დამახასიათებელი კონიუნქტურული ელემენტების გავლენა (გადამეტებული ოპტიმიზმი ან პესიმიზმი) და თვით ექსპერტთა ჯგუფის მუშაობაზე დარგის ლიდერის ან „ძლიერი პიროვნების" გავლენა. საკმარისია გავიხსენოთ ზემომოყვანილი მაგალითი პენიცილინის წარმოების დანერგვის შესახებ, როდესაც ვერც ერთმა ექსპერტმა ვერ შეაფასა მისი პერსპექტიულობა.

ყოველივე ეს იწვევს პროგნოზის დეფორმირების საშიშროებას. ამასთანავე, ამ სახის პროგნოზირების პროცესში პრაქტიკულად შეუძლებელია როგორც შეცდომის წყაროს დადგენა, ისევე ამ შეცდომის რაოდენობრივი შეფასება.

პროგნოზი სტატისტიკური ანალიზის საფუძველზე. ცნობილია, რომ „წარსულსა" და „მომავალს" შორის არსებობს მიზეზობრივი კავშირი, ამიტომ პროგნოზის მისაღებად გამოიყენა რეტროსპექტული მონაცემების სტატისტიკური ანალიზის მეთოდი.

პროგნოზირებისათვის გამოსაყენებელი სტატისტიკური ანალიზის მეთოდები სხვადასხვაგვარია. მათი გამოყენება, როგორც წესი, მოითხოვს შესაბამის პროფესიულ მომზადებას.

აღსანიშნავია, რომ ამ სახის პროგნოზირება დიდ ხარჯებთან არის დაკავშირებული, თუმცა ეს ხარჯები ხშირად გამართლებულია პროგნოზის სიზუსტისა და საიმედოობის ვაზრდის მიღწევის შემთხვევაში.

პროგნოზირების სიზუსტის საკითხები ზელმიწეერიო მნიშვნელოვანია ეფექტიანი მართვისათვის.

პროგნოზის ჩამოყალიბებისას ყოველთვის არსებობს შეცდომის დაშვების სერიოზული საფრთხე, ვინაიდან უშეცდომო შეფასებისათვის საჭიროა ზუსტი ინფორმაცია, რაც ხშირად მიუღწეველია. ამიტომაც უფრო ხშირად მენეჯერს უხდება მის ხელთ არსებული ინფორმაციით სარგებლობა, რის შედეგად გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესი გარკვეულ რისკთან არის დაკავშირებული.

რამდენადაც მოკლევადიანია პროგნოზი, მით უფრო იზრდება მისი, სიზუსტე და პირიქით, გრძელვადიანი პროგნოზირება, განსაკუთრებით არასრულად მოპოვებული პირველადი ინფორმაციის გამოყენებისას, ზრდის გაუთვალისწინებელი შედეგების ალბათობას. ამიტომ გრძელვადიანი პროგნოზირების საფუძველზე შედგენილი პროგრამა უნდა ითვალისწინებდეს მის პერიოდულ კორექტირებას და საჭიროების შემთხვევაში, სამუშაოთა გეგმებში შესაბამისი ცვლილებების შეტანას.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

შედეგების მართვა – *outcomes management* – ტექნოლოგიებსა და რესურსებზე (სტრუქტურებზე) მიზანმიმართული ზემოქმედება შედეგების შეფასების მიზნით.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რა მნიშვნელობა ენიჭება მართვის ორგანიზების მოდელის შერჩევას?
- ორგანიზაციული კულტურის როლი ახალი სამედიცინო სერვისების ათვისების პროცესში
- მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურის ელემენტების გავლენა რეგიონში განლაგებული სამედიცინო ქსელის რეორგანიზაციის პროცესში
- ახალჩამოყალიბებული საავადმყოფოს ორგანიზაციული სტრუქტურის შერჩევის სტრატეგია

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა, ო.ვასაძე, დ.ვესტი, ჯანდაცვის მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის, თბილისი, 2002
- *Дойль П.* – Менеджмент. Стратегия и тактика. – Санкт-Петербург/Москва/ Харьков/ Минск, 1998
- *Shortell S.M., Kaluzny A.D.* – Essentials of Health Care Management. – Delmar Publishers, London/New York/Paris/Tokyo, 1997
- Management of service oriented organizations, WHO Geneva, 2002
- Roy Amara, Health and Health Care 2010: The Forecast, The Challenge, (2nd ed.) – 2003
- Lawrence Wolper, Health Care Administration - Planning, Implementing, and Managing Organized Delivery Systems, (4th ed.), 2004
- Alan Zuckerman, Healthcare Strategic Planning: Approaches for the 21st Century, 2005
- Jonathan Rakich, Managing Health Services Organizations, S. (4th ed.), 2000

თავი 22

ინფორმაციული სისტემები მენეჯმენტში

ოცდამეორე თავის შინაარსი

22.1. შესავალი
22.2. ინფორმაცია და ინფორმაციული სისტემა
22.3. ინფორმაციული სისტემების ფორმები
22.4. ინფორმაციული სისტემების ტიპები
22.5. ინფორმაციული სისტემების დაგეგმვა
22.6. კომუნიკაციის პროცესი
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების ფორმებსა და ტიპებს*
- *გაეცნობა ინფორმაციული სისტემების დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდოლოგიას*
- *გაეცნობა კომუნიკაციის თეორიის ძირითად ასპექტებს*
- *გამოიყენებს კომუნიკაციის დამყარების ეფექტურ მეთოდებს*

22.1. 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 გამომავალი 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.

გადაწყვეტილების მიღების დამხმარე სისტემა ითვალისწინებს გადაწყვეტილებების მიღებისათვის საჭირო ანალიზის ჩატარებას საშუალო დონის მენეჯერებისა და მიწვეული ექსპერტების, ან ორგანიზაციაში მომუშავე ვიწრო სპეციალისტების მიერ.

აღმასრულებელი 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 მეშვეობთ ცალკეული პაციენტის ირგვლივ არსებული ინფორმაციის შეგროვება), ინდივიდუალურ საქმიანობას თუ საორგანიზაციო რისკის შეფასებას (შეცდომები, ფიზიკური დაზიანება, ტექნიკის დატაცება, სისტემაში არასანქცირებული შიდა და გარე შეღწევა და ა.შ.).

22.2. 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 ოცოდე წლის წინ გამოშვებულ განმარტებით ლექსიკონებში ტერმინი ინფორმაცია გულისხმობდა ცოდნას, რომელიც გადაეცმა 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 არა მარტო ადამიანებს შორის, არამედ ადამიანსა და მანქანას შორის, მანქანასა და მანქანას შორის.

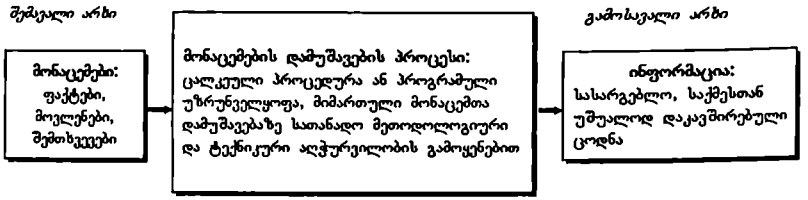
ინფორმაციული სისტემები კი განისაზღვრება როგორც ფორმალური სისტემები, რომელთა დანიშნულებაა, მიაწოდონ მომხმარებელს გადაწყვეტილების მიღებისათვის აუცილებელი ინფორმაცია.

ძალიან ხშირია შემთხვევები, როდესაც ვაიგივებულია ტერმინები „მონაცემი“ და „ინფორმაცია“, რაც უხეშ მეთოდოლოგიურ შეცდომას წარმოადგენს.

მონაცემები – ეს არის ფაქტები, ციფრები, მოვლენები, შემთხვევები და ა.შ., რომლებიც 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 37

მონაცემების ინფორმაციად გარდაქმნის პროცესი

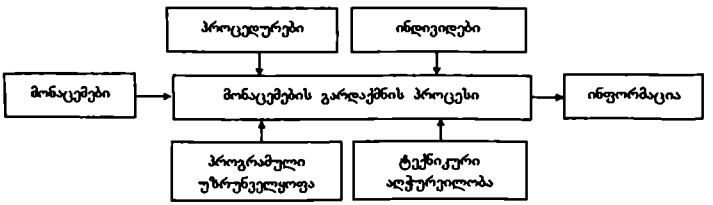


ხშირად, ორგანიზაციაში ინახება მონაცემთა დიდი მოცულობა, რომელთა პრაქტიკული გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ სათანადო დამუშავების შემთხვევაში. მაგალითისათვის მოვიყვანთ იმ უზარმაზარ მონაცემთა ბაზას, რომელიც დაგროვილია ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში ავადმყოფობის ისტორიების ან ამბულატორიული ბარათების სახით. აშკარაა, რომ ცალკეულ ამბულატორიულ ბარათში დაფიქსირებული მონაცემები პაციენტის სისხლში გლუკოზის მოცულობის შესახებ მონაცემად დარჩება, თუ ჩვენ არ გავაანალიზებთ მის დინამიკას თვეების ან წლების მიხედვით, პაციენტის რეაქციას დანიშნულ ანტიდიაბეტურ საშუალებებზე (მონაცემთა დამუშავების პროცესი) და მიღებული ინფორმაციის შეკამების საფუძველზე დავტოვებთ ან შეეცვლით 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 38

ინფორმაციული სისტემის ელემენტები



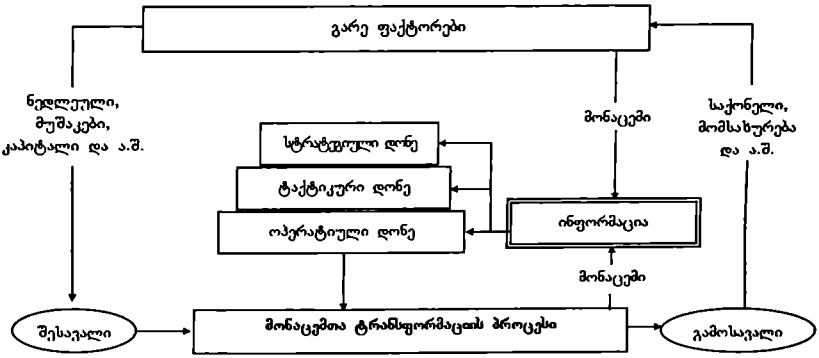
ინფორმაციული ნაკადი წარმოადგენს გადამუშავებულ მონაცემთა ერთობლიობას, რომელიც საჭიროა გადაწყვეტილების მიღების სხვადასხვა ეტაპზე.

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" წარმოდგენილია მონაცემებით ავადმყოფების მდგომარეობის, სამკურნალწამლო 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. აშკარაა, 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, ხომ 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.).

ნახატი 67

ინფორმაციული სისტემების მოქმედების თავისებურებანი



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 ხშირად მონაცემთა დიდი მასივის დამუშავება ფიზიკურად შეუძლებელია, ხოლო დახარჯული რესურსების სანაცვლოდ მიღებული ინფორმაციის დიდი ნაწილი გამოუყენებული 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.

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).

22.3. ინფორმაციული სისტემების ფორმები

დღესდღეობით განირჩევა 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 გრძნობის ორგანოებს იყენებს გარე სამყაროდან სხვადასხვა სახის სიგნალის (მონაცემი) მისაღებად, რომელიც თავის ტვინში სათანადო ინფორმციად გარდაიქმნება, მასზე რეაგირება ხდება 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 ორგანიზაციის 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 ნადირობის 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 არა მარტო 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.

22.4. 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, რომლებიც განსაზღვრავენ არა მარტო 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 შეუძლებელი ადამიანისგან 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, რომლებიც ხელს უწყობენ ექიმის მუშაობას. მაგალითად, დასავლეთის საავადმყოფოებში ფართოდ გამოიყენება სისტემა, 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 დროის ბარიერის დაძლევის საშუალებას, აიოლებს ინფორმაციის გადაცემას ორგანიზაციის შიგნით და მის ფარგლებს გარეთ. ერთ-ერთ ასეთ სისტემას წარმოადგენს ელექტრონული ფოსტა, რომელიც საშუალებას იძლევა, ელექტრული სახით მივიღოთ და გავაგზავნოთ 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 მედპერსონალს 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. **გამოყენებითი პროგრამულ პაკეტებს.** მაგალითად, სააფთიაქო 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 პროგრამული 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 ფირმების 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 დანერგილი 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.

22.5. 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 გასაგებიცაა, 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 არა მარტო 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 დაწერილებითი აღწერა.

22.6. 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 არა მარტო 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 არა მარტო 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 გადამოწმებას, რაც ძირეულად ცვლის მისი მუშაობის სტილსაც.

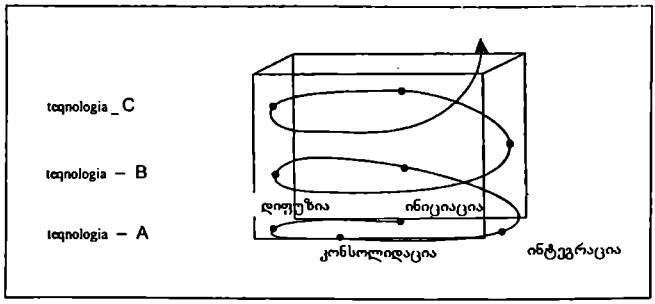
ინფორმაციული სისტემების დანერგვა მოითხოვს თანამშრომელთა სწავლების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებას, რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს არა მარტო ახალი ტექნოლოგიების ათვისებას, არამედ პერსონალის მიერ მუშაობის თვისობრივად ახალი სტილის გამომუშავებასაც. ამასთან, სწავლება უნდა ხორციელდებოდეს რამდენიმე ეტაპად და ითვალისწინებდეს 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 68

ახალი ინფორმაციული ტექნოლოგიების ათვისების სპირალი



22.7. კომუნიკაციის პროცესი (იხ.აგრეთვე თავი 12)

ნებისმიერი სისტემის ინფორმაციული უზრუნველყოფა ხორციელდება კომუნიკაციების მეშვეობით.

კომუნიკაცია ესაა შეტყობინებების (ინფორმაციის) გაცვლა ადამიანებს შორის, მიმდინარე განზრახვების (მიღწევების) განხორციელების პროცესში. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვად, კომუნიკაცია გულისხმობს ინფორმაციის გადაცემასა და აღქმას საერთო სიმბოლოების გამოყენებით.

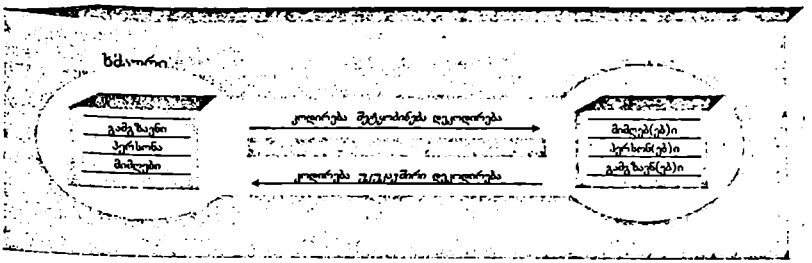
კომუნიკაცია გულისხმობს ნებისმიერი სახის ინფორმაციის გაცვლას, რომლის საფუძველზე ხელმძღვანელი იღებს გადაწყვეტილებებს ან დაჰყავს მიღებული გადაწყვეტილებები რიგით მუშაკებამდე. გაანგარიშებულია, რომ ხელმძღვანელის სამუშაო დროის 50-90% იხარჯება კომუნიკაციების დამყარებაზე. ეფექტური კომუნიკაციური სისტემა საჭიროა ორგანიზაციაში კონკურენციული გარემოს შესაქმნელად და მის შესანარჩუნებლად.

კომუნიკაციის სახეებია: აღმავალი და დაღმავალი კომუნიკაცია, ჰორიზონტალური, დიაგონალური და არაფორმალური.

კომუნიკაციის პროცესის ძირითადი კომპონენტებს მიეკუთვნება: გამგზავნი, ინფორმაციის კოდირება, შეტყობინება, მიმღები, ინფორმაციის დეკოდირება, „ხმაური" (ინფორმაციის დამახინჯება მისი გადაცემის პროცესში) და უკუკავშირი.

- კომუნიკატორი – პიროვნება, რომელსაც გააჩნია ინფორმაცია, რომლის გადაცემასაც აპირებს;
- კოდირება – კომუნიკატორის შეტყობინების გადაყვანა მიმღებისათვის გასაგებ ენაზე (ტექსტი, აუდიო-ვიზუალური, ტაქტილური და სხვ. სახის ინფორმაცია);
- მედიუმი – გზავნილის მატარებელი;
- დეკოდირება – მიმღების მიერ კომუნიკატორის ინფორმაციის აღქმის პროცესი;
- უკუკავშირი – მიმღებიდან კომუნიკატორისაკენ (საშუალებას იძლევა დააზუსტოს მიღებული ინფორმაცია).

საკომუნიკაციო პროცესის ძირითადი კომპონენტები



თანმიმდევრობით გადაცემული სიტყვიერი ან არასიტყვიერი კომუნიკაციური ელემენტები უზრუნველყოფენ შეტყობინების გადაცემას. თუ კომუნიკაცია უზრუნველყოფს შედარებით პირდაპირ და სასწრაფო უკუკავშირს, მაშინ მას ორარხიანი კომუნიკაცია ეწოდება. მის საწინააღმდეგო ვარიანტს კი ერთარხიანი საკომუნიკაციო პროცესი წარმოადგენს.

ამრიგად, ინფორმაციის გაცვლის პროცესში მონაწილეობს ოთხი ძირითადი ელემენტი:

1. გამგზავნი – პირი, რომელიც ახდენს იდეების გენერირებას ან აგროვებს ინფორმაციას და გადასცემს მას;
2. შეტყობინება – თავად ინფორმაცია, რომელიც კოდირებულია სიმბოლოების შეშვეობით (სიტყვიერი, წერილობითი და სხვ.);
3. არხი – ინფორმაციის გადაცემის საშუალება;
4. მიმღები – პირი, რომლისთვისაც განკუთვნილია ინფორმაცია და რომელიც უკეთებს მას საკუთარ ინტერპრეტაციას.

მმართველობითი კომუნიკაციები

თავის საქმიანობაში მენეჯერი ძირითადად ორი ტიპის კომუნიკაციას იყენებს. ესენია: სიტყვიერი (მათ შორის წერილობითი, ელექტრონული და სხვ.) და არავერბალური (საქციელი, ტანის და თვალის მოძრაობა, ობიექტების ენა და სხვ.). დღესდღეობით განსაკუთრებით სერიოზული ყურადღება ექცევა არავერბალური შეტყობინებების ზემოქმედებას მიმღებზე. დადგენილია, რომ კომუნიკაცია, გაგზავნილი ფიზიკური საშუალებებით (მაგ. სახის გამომეტყველება, მიმიკა, ტაქტილური კონტაქტი, დისტანცია, ხმის ტონი და სხვა), მისი ემოციების ტიპი და ინტენსივობა, სხეულის ენა და სხვ. ზოგჯერ უფრო ძლიერ ზემოქმედებას ახდენს მიმღებზე, ვიდრე ვერბალური კომუნიკაცია. ამ მიმართულებით ჩატარებული კვლევების საფუძველზე დამუშავებულია მრავალი ე.წ. პიარის ტექნოლოგია, რომლებიც დღესდღეობით ეფექტურად გამოიყენება სხვადასხვა სფეროში (მენეჯმენტი, რეკლამა, მოლაპარაკების პროცესი და სხვ.).

მენეჯერი ვალდებულია ზრუნავდეს ცალკეულ სტრუქტურებში ინფორმაციის მოძრაობის ოპტიმიზაციაზე, მისი გადაცემის სისრულესა და სისწორეზე. ფორმალური ანუ ოფიციალური ინფორმაციის გადაცემა განპირობებულია ორგანიზაციის იერარქიული სტრუქტურის თავისებურებებით და დამოკიდებულია ანგარიშგების ხასიათზე. ინფორმაცია გადაიცემა ორი ძირითადი მიმართულებით (ვერტიკალურად და ჰორიზონტალურად), როდესაც ვერტიკალური კომუნიკაციები გადაეცემა მენეჯმენტის ზედა დონიდან ერთ ან რამოდენიმე ქვედა დონეზე, მას უწოდებენ ქვედა დაღმავალ კომუნიკაციას და პირიქით, არსებობს აღმავალი კომუნიკაციები. ჰორიზონტალური კომუნიკაციები წარმოადგენს თანაბარ იერარქიულ დონეზე ინფორმაციის გაცვლას, რომელიც სინქრონიზაციისათვის (შეთანხმებულობისთვის) გამოიყენება. საინფორმაციო

სისტემის აგების, მისი სისრულის ან სიღრმის მოცულობა დამოკიდებულია ორგანიზაციულ სტრუქტურულ დონეებზე, ინფორმაცია კი სხვადასხვა რაოდენობით „ილუქება“ მენეჯმენტის შესაბამის დონეებზე.

ინდივიდუალური კომუნიკაციების წარმართვა მოითხოვს სათანადო ჩვევების და გამოცდილების არსებობას, რომელთაგან უმთავრესია: მოსმენის უნარი, კომუნიკაციის გაგზავნისა და მიღების ფაქტის სათანადო უკუკავშირით დადასტურება.

თუ დავალება დაკისრებული აქვს რამდენიმე თანამშრომელს, მენეჯერმა უნდა ჩამოაყალიბოს ე.წ. კომუნიკაციური ქსელი, რომელიც სხვადასხვა ტიპისაა. მაგალითად, ცენტრალიზებული კომუნიკაციური ქსელის სახეებია ე.წ. ბორბალი, ჯაჭვი და Y, დეცენტრალიზებული ქსელის სახეებს მიეკუთვნება ე.წ. წრე და ვარსკვლავი (როდესაც პროცესში ჩართულია კომუნიკაციის ყველა არხი).

თუ საინფორმაციო შეტყობინება შედარებით მარტივია, გამოიყენება ცენტრალიზებული ქსელი, რომელიც უფრო სწრაფი და ზუსტია, მაშინ, როდესაც დავალების უფრო კომპლექსური და რთულ ხასიათის შემთხვევაში უპირატესობა უნდა მიენიჭოს დეცენტრალიზებულ ქსელს.

გასათვალისწინებელია, რომ მიმღებს შეუძლია თავისი მოსაზრებით რომელიღაც ელემენტი (მაგალითად, არასტყვიერი ელემენტი) ჩათვალოს ჭეშმარიტად. რამაც შეიძლება თავდაპირველი ინფორმაციის დამახინჯება გამოიწვიოს.

ეფექტური კომუნიკაციის ბარიერებია:

- მიმართვის ჩარჩო;
- სელექტიური მოსმენა;
- ფასეულობათა განსხვა;
- წყაროთა სანდოობა;
- სემანტიკური პრობლემები;
- ფილტრაცია;
- ჯგუფის შიდა ენა;
- კომუნიკაციის თავისებურებები (ენა, ტერმინები, მიმიკა და სხვ.);
- პროქსემიკური ქცევა;
- დროის ლიმიტი;
- კომუნიკაციური გადატვირთვა.

კომუნიკაციის გაუმჯობესების გზებია: მონიტორინგი, ინფორმაციული ნაკადის რეგულირება, უკუკავშირის უტილიზაცია, ემპათიის განვითარება; განმეორება, ურთიერთნდობის ხელშეწყობა, დროის ეფექტური დაგეგმვა, ენის გამარტივება, ეფექტური მოსმენა.

კომუნიკაციის წარმატებულობას ბევრად განაპირობებს ინფორმაციის მიმღების უნარი — ზუსტი ინტერპრეტაცია გაუკეთოს მიღებულ ცნობებს. ამას ხელს უწყობს ე.წ. **აქტიური მსმენელის** ტექნიკის დაუფლება.

აქტიური მსმენელი იქცევა შემდეგნაირად:

- შეწყვიტეთ ლაპარაკი საუბრისას. მოუსმინეთ მოსაუბრეს, უარი თქვით ცდუნებაზე — მის მაგივრად დაამთავროთ წინადადება;
- შეუმსუბუქეთ ამოცანა გადმომცემს და მიაპყარით მას მთელი ყურადღება;
- კარგი მსმენელი საუბრისას არ ბეჭდავს კომპიუტერზე და არ წერს. თუ თქვენ აკეთებთ ჩანაწერებს, განუმარტეთ მოსაუბრეს, რა მიზეზით აკეთებთ ამას;
- შეეცადეთ გაარკვიოთ, თუ რაზე საუბრობს მოსაუბრე, გახსოვდეთ, რომ ეს თქვენი ძირითადი მიზანია;
- თქვენი წინასწარი განწყობა მოსაუბრის მიმართ არ უნდა გიშლიდეთ საკითხის ობიექტურ შეფასებაში;

- ჩაწვდით იმას, თუ რისი თქმა არ სურს გადმომცემს. ზოგჯერ „ფარული ტექსტი“ უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე „ღია ტექსტი“.
- დასვით შეკითხვები. თქვენი აქტიურობა აიძულებს გადმომცემს, ბოლომდე წარმოადგიხოს საკუთარი არგუმენტები. ეს შესაძლებლობას იძლევა, ილაპარაკოთ, რაც შეიძლება, ნაკლები და გაიგოთ, რაც შეიძლება, მეტი.

სერიოზულ ყურადღებას მოითხოვს მენეჯერისაგან არაფორმალური კომუნიკაციების დამყარება. მართალია, ასეთი სახის კომუნიკაციების რეგულირების ძირითადი მექანიზმი ზოგადადამიანური, ზნეობრივი ნორმებია, რომლებიც ერთი შეხედვით არ არის რეგლამენტირებული ორგანიზაციული ჩარჩოებით, არ არის დამოკიდებული კორპორაციულ იერარქიაზე ან კომუნიკაციის პროცესის ცალკეული მონაწილის პოზიციაზე (თანამდებობაზე), მაგრამ, საბოლოო ჯამში, ისინი სერიოზულ გავლენას ახდენენ მენეჯმენტის პროცესის ოპტიმიზაციაზე (მაგალითად, „გონებრივი შტურმის“ ან გუნდის ჩამოყალიბების პროცესზე და ა.შ.).

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- ინფორმაციის შეგროვების ძირითადი მეთოდების გამოყენება ჯანდაცვის სისტემაში
- საინფორმაციო სისტემის დაგეგმვა ახალჩამოყალიბებულ სტაციონარულ დაწესებულებაში
- რამდენად გამართლებულია აქტიური მსმენელის მეთოდიკის გამოყენება მოხუცებულთა სახლში წამოჭრილი კონფლიქტის გარჩევის პროცესში?
- რამდენად გამართლებულია საინფორმაციო შეტყობინების ბეჭდვითი ფორმის გავრცელება ახალგაზრდებში?
- რა გზებით უნდა დავძლიოთ კომუნიკაციის სემანტიკური ბარიერი?

დამატებითი ლიტერატურა

- *Sloane R.M., Sloane B.L., Harder R.K.* – Introduction to health Delivery Organizations. Functions and Management. – Health Administration Press, Chicago, 1998
- *Tan J.K.H.* – Health Management Information Systems. Theories, Methods, and Applications. – An Aspen Publication, Gaithersberg, 1995
- *Van Bemmel J.H., Musen M.A.* – Handbook of Medical Informatics. – Springer, Bohn/ Stafleu/Van Logum, 1997 Elizabeth A McGlynn, Health Information Systems: Design Issues and Analytic Applications,. 1999
- Richard Rognehaugh, The Health Information Technology Dictionary, (1st ed.), 1999

თავი 23

სამედიცინო კადრების მენეჯმენტი

ოცდამესამე თავის შინაარსი

23.1. შესავალი
23.2. სამედიცინო კადრების განვითარების მოკლე ისტორია
23.3. კადრების სტრუქტურა და მართვა
23.4. ადამიანური რესურსების დაგეგმვა
23.5. შრომითი რესურსების განვითარება
23.6. კადრების ატესტაცია ჯანდაცვის სისტემაში
23.7. გუნდური მუშაობის პრინციპები
23.8. სამედიცინო პერსონალის ქცევის სოციალურ-ფსიქოლოგიური ასპექტები
23.9. საკონფლიქტო სიტუაციების მენეჯმენტი
23.10. კონფლიქტის გადაწყვეტის ძირითადი პრინციპები
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი გაეცნობა:

- შრომითი რესურსების მაღვის (დაგეგმვის, განვითარების, ატესტაციის) სპეციფიკას ჯანდაცვის სისტემაში
- გუნდური მუშაობის პრინციპებს
- *სამედიცინო პერსონალის ქცევის სოციალურ-ფსიქოლოგიურ ასპექტებს*
- კონფლიქტის გადაწყვეტის ძირითადი პრინციპები *ჯანმრთელობაზე*

23.1 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 ურთიერთობების 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, რომლებიც 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 მიღებას. მაგალითად, აშშ-ში ექიმი-ოკულისტი, ძირითადად, დაკავებულია სამკურნალო საქმიანობით, მაშინ, როდესაც მხედველობის შემოწმებასთან დაკავშირებული საქმიანობას ოპტიმეტრისტი ახორციელებს.

23.2. 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 სასწავლებლად ითვლებოდა მილეთის, კნიდისა და ქოსის სკოლები (ამ უკანასკნელის წარმომადგენელი იყო ჰიპოკრატე). შუა საუკუნეებში ევროპაში ექიმების სწავლებამ თანდათან უნივერსიტეტებში გადაინაცვლა.

მიუხედავად ამისა, როგორც ქრისტიანულ, ასევე მუსლიმანურ სამყაროში საექიმო პროფესია ხელობად ითვლებოდა. მხოლოდ XVIII საუკუნეში ევროპის უნივერსიტეტებში შემოიღეს ქირურგიის სპეციალური კურსი. ამასთან დაკავშირებით, იმ პირებს, რომელთაც სათანადო საუნივერსიტეტო განათლება არ გააჩნდათ (მაგალითად, ყასბებს), ქირურგიული ოპერაციების ჩატარება აეკრძალათ.

სამეანო საქმე, თითქმის XIX საუკუნის ბოლომდე, მინდობილი ჰქონდათ ბებია ქალებს. მშობიარეებისათვის ექიმის დახმარება ქირურგიული ჩარევით შემოიფარგლებოდა. მხოლოდ XIX საუკუნის 80-იანი წლებიდან დაიწყო ექიმ მეან-გინეკოლოგთა 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 საოპერაციოში 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 საექთნო საქმემაც. თუ ოდითგანვე ექიმს ესაჭიროებოდა დამხმარე, რათა განეხორციელებინა ესა თუ ის მანიპულაცია, უზრუნველეყო ავადმყოფის მოვლა, ბოლო წლებში ექთნის პროფესია სულ უფრო მეტ დამოუკიდებელობას და პრაქტიკული ჩვევების ფართო სპექტრს და ცოდნას მოითხოვს. მიუხედავად იმისა, რომ საექთნო საქმეს განვითარების დიდი ისტორია გააჩნია, ექთნის პროფესია თანამედროვე გაგებით მხოლოდ XIX საუკუნეებში ჩამოყალიბდა.

'1854 წელს დაწყებული ყირიმის ომის დროს, დაჭრილი მეომრის მოვლის გაუმჯობესების მიზნით, მდიდარმა ინგლისელმა ქალმა **ფლორენტინელმა** სპეციალურად მოამზადა 38 ექთანი, რომლებმაც მოკლე დროში შეძლეს გამოესწორებინათ ჰოსპიტლებში შექმნილი მძიმე მდგომარეობა. ომის დამთავრების შემდეგ მათ გაგრძელეს სხვა ავადმყოფების მოვლაც. მოგვიანებით ფ.ნაიტინგელის მცდელობით, ლონდონის წმინდა თომას ჰოსპიტალში გაიხსნა პირველი საექთნო სკოლა, სადაც ჩამოყალიბდა სპეციალური ერთწლიანი სასწავლო კურსი. ფ. ნაიტინგელი ექთნის საქმეს განიხილავდა, როგორც პაციენტის გამოჯანმრთელების ხელოვნებას: „ექთანმა უნდა შეძლოს პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მისი მიახლოვება ბუნებრივ მდგომარეობასთან, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო საშუალებების ზემოქმედებას".

პირველმა ქართველმა მედიკოსებმა, რომელთაც სათანადო საშუალო სამედიცინო განათლება (**აპეტრაშვილი, მჭაკაშვილი, თმუსაძე, აანდრონიკაშვილი**) გააჩნდათ, საექთნო სკოლა რუსეთში დამთავრეს. 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.

2006 წელს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მუშაობდა 20 ათასზე მეტი ექიმი და 21 ათასი საშუალო სამედიცინო პერსონალი. განვითარებული ქვეყნების გამოცდილება

მოწმობს, რომ სისტემის ოპტიმალური ფუნქციონირებისათვის ერთ ექიმზე ოთხი ექთანი მაინც უნდა მოდიოდეს. საქართველოში ეს შეფარდება 1995 წელს 1:1,8-ის ტოლი იყო, რომელიც 2006 წლისათვის 1:1,2-მდე შემცირდა, რაც, ძირითადად, საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის კლებით იყო განპირობებული, ეს კი მიუთითებს იმაზე, რომ ხშირ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალის ფუნქციური მოვალეობანი მთლიანი სპექტრით არ სრულდება ან ასიმეტრიულად არის უადარწილებული.

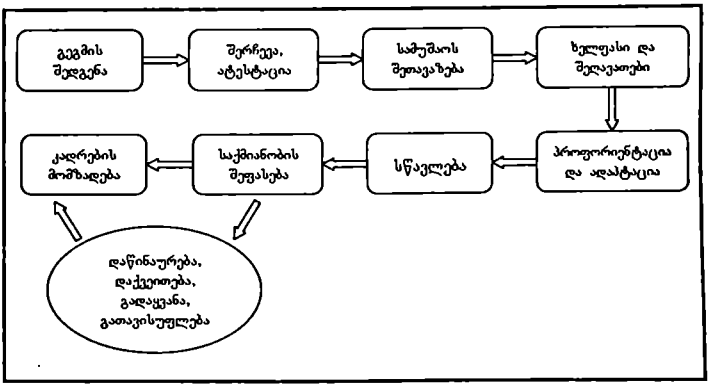
23.3. კადრების სტრუქტურა და მართვა

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.

ნახატი 70

შრომითი რესურსების მართვის სქემა



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 70) 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.

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, მით უმეტეს, რომ თანამედროვე პირობებში მკვეთრად გაიზარდა შრომის შემოქმედებითი ხასიათის მნიშვნელობა, რომლის სტიმულირება შემსრულებლისათვის დამოუკიდებელი მოქმედების უფლების მინიჭებით მიიღწევა.

23.4. ადამიანური რესურსების დაგეგმვა

ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი შედგება მრავალმხრივი ღონისძიებებისაგან, რომლებიც 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, თანამშრომლებთან 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 შესასრულებ-ლად.

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 დანიშვნის 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.

23.5. 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 შეექმნება მიღებული ცოდნის შედეგად;
- სწავლების პროცესში მუშაკი ნაცალად უნდა ხედავდეს, თუ რაოდენ 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 შედეგზე ორიენტირებული მიდგომებიც.

23.6. 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.

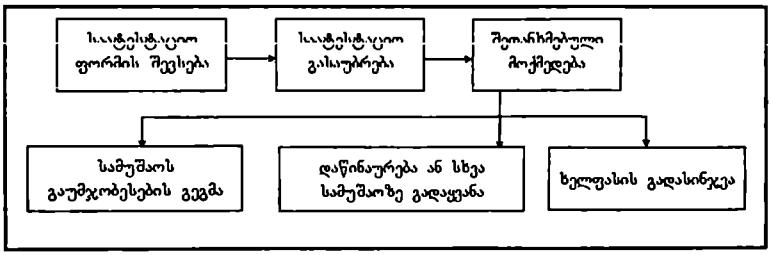
ცხრილი 59

პერსონალის ატესტაციის მაჩვენებლები

ცოდნა და გამოცდილება	შესაძლებლობები	პირადი თვისებები და სურვილები
ზოგადი განათლება	ორგანიზატორული	ჯანმრთელობა
სპეციალური მომზადება	შემოქმედებითი	პატიოსნება
სტაჟი	მმართველობითი	სიბეჯითე
თანამდებობრივი წინსვლა	ტექნიკური	გარეგნული იერი
თანამდებობისადმი შესატყვისობა	გონების გამჭრიახობა	მომავლისაკენ სწრაფვა
	ფსიქოლოგიური მდგრადობა	

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).

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 არაერთგაროვნებით 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 შემაშფოთებელი შედეგები მოჰყვა. სხვადასხვა სპეციალობის მიხედვით სასერტიფიკაციო გამოცდა ვერ დაძლია მაძიებელთა 30-50%-მა.

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 არა მარტო ქირურგთა კვალიფიკაციაზე, არამედ სისტემის საკადრო მენეჯმენტის სერიოზულ ნაკლოვანებებზე, ისედაც შეზღუდული მატერიალური და ფინანსური რესურსების უყაირათო გამოყენებაზე მიუთითებს.

23.7. გუნდური მუშაობის პრინციპები

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 საშსახურებრივ 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.

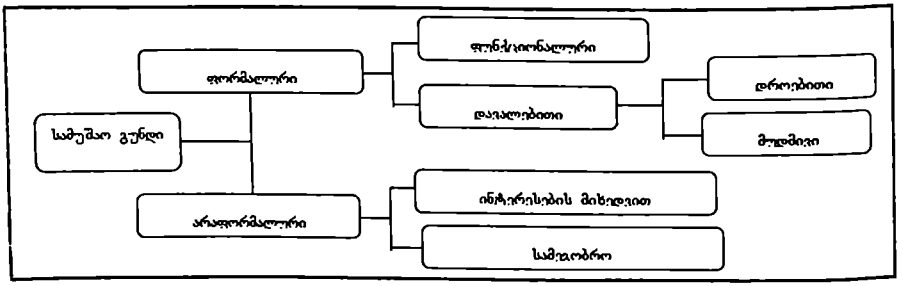
გუნდის შექმნა ხელს უწყობს პრობლემების გადაჭრის მიზანდასახული გზების ძიებას.

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.

ნახატი 72

გუნდის ტიპები



გუნდის ჩამოყალიბება ხელს უწყობს მუშაობის პროდუქტიულობის ამაღლებას, ორგანიზაციაში ჰორიზონტალური 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.

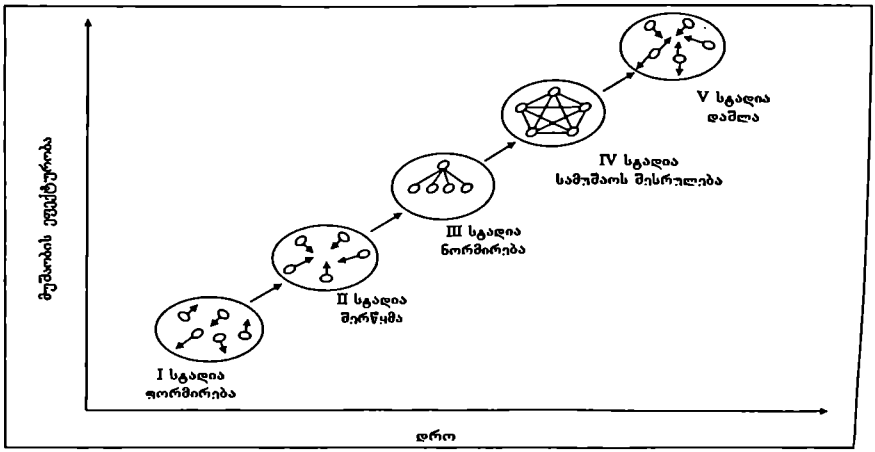
გუნდის შეთანხმებულობაზე, მოქნილობასა და მუშაობის ეფექტურობაზე მოქმედებს მასში გაერთიანებული წევრების რაოდენობა, მათი ურთიერთობის ხანგრძლივობა, ხასიათი, გუნდში გაერთიანების მიზეზი (მოხდა ეს ნებაყოფლობით თუ მმართველის გადაწყვეტილებით), სავარაუდო ურთიერთობის პერიოდი, ლიდერის მოქმედების სტილი, გუნდის წევრთა ინდივიდუალური ინტერესები და სხვ.

სადღეისოდ დამუშავებულია გუნდის მოქმედების ევოლუციის სხვადასხვა სქემა, რომელთა შერჩევის სისწორე და სათანადო ხელის შეწყობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს 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 73

გუნდის ფორმირების ეტაპები



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 სიძნელეების ან შეუთანხმებლობის გამო ყველა გუნდი ამ სტადიამდე ვერ აღწევს.

5. **გუნდის 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 მიდგომა, მარადიული, ნაწილობრივ ემორჩილება 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 შეკაფასოთ 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 ცვლილებს ნდობითა და ურთიერთმხარდაჭერით, ხელს უწყობს თავისი წევრების პროფესიულ 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, გაურკვეველობა 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;
- „მაძღარი 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 ჩამოყალიბდა 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.

დაჯილდებაზე 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.

ბროცესზე ორიენტირებული ქცევის ტიპიც ხელს უწყობს საბოლოო მიზნის მიღწევას, გუნდის ნორმალურ ფუნქციონირებას. იგი ეფუძნება გუნდის ქცევის შინაგან დინამიკას და გულისხმობს ცალკეული პიროვნების მიერ ინიციატივის გამოჩენას კოლეგების შხარდაჭერის 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 ამოცანის 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 უგულებელყოფა, 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 გაიცლის, 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 მიცემი პრობლემური და ამავე დროს დინამიური პიროვნებაა, რომლის მოქმედება ხშირად შემტევი ხასიათისაა. აქვს წარმომწმილი 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 ჩაბას სხვები;

„შაგი მუშა“ კომუნიკაბელური, გაწონასწორებული პიროვნებაა, რომელიც თავს არიდებს უთანხმობას. მასზე იოლია ზეგავლენის მოხდენა. კრიტიკულ სიტუაციებში მისთვის ძნელია დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღება;

იდეების დამნერგავი 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 უგულებელყოფს დაკისრებული ფუნქციების სხვებზე დელეგირების შესაძლებლობას;

სპეციალისტი თავისი საქმის ერთგული, მიზანმიმართული პიროვნებაა, რომელიც არ ელოდება სხვის მითითებას საქმის დაწყებად 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, ვიღაცის 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 დამნერგავი და საქმის დამასრულებელი;
- შეთანხმების უზრუნველმყოფელები — რესურსების მაძიებელი და გუნდის მშენებელი.

ბ.გუდსი 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 – ფირმის მიმცემი (მოვლენების კონტროლი);
- მონიტორინგი – შემმოწმებელ-დამკვირვებელი (სტანდარტების დასახვა) და საქმის დამსრულებელი (დეტალებზე დაკვირვება);
- მბარდაჭერა – იდეების დამნერგავი და სპეციალისტი (ახორციელებს ეუსპერტიზას).

აშკარაა, რომ გუნდის წარმატებული მუშაობის კრიტერიუმს დასახული მიზნის დროული მიღწევა წარმოადგენს. გუნდის მუშაობის სხვადასხვა ეტაპზე წარმოქმნილი სიძნელეების 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, საგულისხმო 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 სიძნელეების 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 დონისა 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 სისტემაც. 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 ფუნქციაც, 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 დაძლევასა და მუშაობის საჭირო მიმართულებით წარმართვას.

23.8. სამედიცინო პერსონალის ქცევის სოციალურ–ფსიქოლოგიური ასპექტები

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 **იბენთამმა** 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 გასაგებიცაა, 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 არა მარტო 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.

საექიმო საქმიანობა წარმოუდგენელია 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.

ჰესიმისტური 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 მოიკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანა, ექიმმა ურჩია ნაკლებად ემოძრავა. პაციენტი შეეცადა, ზუსტად შეესრულებინა ეს რჩევა, და რამდენიმე დღის განმავლობაში საერთოდ არ განძრეულა. მხოლოდ მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების შემდეგ მან ხელმეორედ მიმართა ექიმს, რომელმაც ვერ განსაზღვრა საკუთარი სიტყვის ზემოქმედების ძალა, არ გითვალისწინა 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 არა მარტო ყურადღებით უსმენს ექიმის რჩევას, არამედ აზუსტებს გაურკვეველ საკითხებს, რაც, საბოლოო ჯამში, მკურნალობის ეფექტურობის საწინდარია.

ექიმის ფიცი

ვხდები რა სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელი, საზეიმოდ ვფიცავ:

- ჩემი ცხოვრება მივუძღვნა ადამიანის სამსახურს;
- ღირსეული პატივი და მადლიერება 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 დაუშვა 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.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის 46-ე გენერალური ასამბლეა. სტოკჰოლმი, შვედეთი, 1994 წლის სექტემბერი

საექიმო პრაქტიკაში გასათვალისწინებელია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთ-კავშირის თავისებურებებიც, რომელიც კარგად აღწერა ამერიკელმა მკვლევარმა **შ.ჰოლენდერმა**.

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 უკურეაქციას 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 არათანასწორუფლებიანია, ვინაიდან ექიმი პაციენტს კარნახობს, თუ რა უნდა გააკეთოს მან, რის გამოც პაციენტის შინაგან პროტესტსა და უკმაყოფილებას იწვევს. ფროიდის წარმოდგენით, ამ მოდელის პროტოტიპია მშობლისა და მოზრდილი შვილის ურთიერთკავშირი.

ჰიპოკრატეს ფიცი

ვფიცავ აპოლონ-მკურნალსა, ასკლეპიოსსა, ჰიგიასა და პანაცეას, და ყველა ღმერთსა და ქალღმერთს, მოწმეებად ვრაცხ რა მათ, რომ კეთილსინდისიერად, ჩემის ძალ-ღონისა და ჩემის მიხვედრილობის შესაბამისად აღვასრულო ქვემორე აღთქმა და წერილობითი ვალდებულება: ვინც შემასწავლა მკურნალობის ხელოვნება, ჩემი მშობლების თანასწორად მივიჩნიო იგი, გავუნაწილო მას ჩემი მონაგარი და საჭიროებისას შევეწიო გასაჭირში, მისი შთამომავლნი ჩემს ძმებად მივიღო, და ეს ხელოვნება, თუკი ისინი მის დაუფლებას მოისურვებენ, შევასწავლო უსასყიდლოდ და ყოველგვარი პირობის გარეშე, რჩევა-დარიგებანი, ზეპირი გაკეთილები და ყოველივე დანარჩენი მოძღვრებისა, ვამცნო ჩემსა ძეთ, ძეთ ჩემი მასწავლებლისა, და მოწაფეებსაც, რომელნიც შემკულნი არიან ვალდებულებითა და ფიცითა საექიმო კანონისადა კეალობაზე, და არავის ვამცნო სხვას.

ჩემი ძალ-ღონისა და მიხვედრილობის შესაბამისად მხოლოდ და მხოლოდ სასარგებლო განწესება დავუდგინო ავადმყოფს, და ავერიდო ყოველგვარი ვნების 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 შევაღო ამ სახლის კარი, და არ იყოს გულსა ჩემსა წინაგანზრახვა, უმართებულობა და ავი სურვილი. მითუმეტეს ზრახვანი სამიჯნურონი ქალთა მიმართ და მუშაობის 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 გამეღავნებული, სიდუმლოდ მივიჩნიო და არავის გავუმხილო იგი. და მე, განუხრელად შემსრულებელსა ფიცისა, ბედნიერება მხვდეს ცხოვრებაში და ჩემს ხელოვნებაშიც, და მადიდონ კაცთა უკუნითი უკუნისამდე, ხოლო უკეთუ დავარღვიო ფიცი ანდა ცრუ აღთქმა დავდო, პირუკუ მომეგოს მე.

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 ქცევასა და აუცილებელი პროცედურების დამოუკიდებლად გატარებაზე (მაგალითად, ფსიქოტროპული ან ანტიდიაბეტური 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 მოდელის შემთხვევაში პაციენტს წინასწარ აქვს ჩამოყალიბებული 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 გამოვყოთ მკურნალობის პროგნოზზე ექიმისა და ავადმყოფის არაერთგვაროვანი შეხედულება, ექიმის ქცევის ავტორიტარული ხასიათი, ავადმყოფის მიერ სამედიცინო დახმარების სარგებლიანობაში რწმების 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).

ცხრილი 60

იატროგენულ დაავადებათა მაგალითები

მიზეზი	იატროგენული დაავადება	შემთხვევათა რიცხვი
არასწორად დამზადებული BCG ვაქცინა (1930)	ტუბერკულოზი	ევროპის ქვეყნებში დაავადდა 251 ახალშობილი
დაბინძურებული ვაქცინა (1942)	ჰეპატიტი	დაავადდა 20 ათასი ადამიანი, 62 გარდაიცვალა
ღორის გრიპის ვირუსის შტამისაგან დამზადებული ვაქცინა (1976)	ჰიენ-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 სიმახინჯეები	1130 შემთხვევა მსოფლიოს მასშტაბით
ფეხმძიმე 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

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 **სბოტკინი** ამის შესახებ წერდა: „დაუშვებლად მიმაჩნია, რომ ექიმმა ავადმყოფთან გამოთქვას თავისი აზრი დაავადების საბოლოო გამოსავალის შესახებ. იგი უნდა გაუფრთხილდეს ავადმყოფს და ბის ირგვლივ მყოფ პირებს, რომელთაც ზოგჯერ შეიძლება დაუმალოს სიმართლე ისევ ავადმყოფის ინტერესებიდან გამომდინარე".

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. უკურნებელი სენით შეპყრობილ პაციენტთათვის სიმართლის გამჟღავნებას იმით ასაბუთებენ, რომ პაციენტმა დროულად უნდა გაამზადოს ანდერძი, მოგვაროს თავისი ფინანსური საკითხები და სხვ. თუმცა სიმართლის თქმა ხშირად 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 კვება ან რეჰიდრატაცია ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი-სათვის. თუმცა არსებობს მოსაზრება პაციენტის თავისუფალი არჩევანის პატივისცემის შესახებ, რომლის მიხედვით მას აქვს უფლება დაავალოს თავის რწმუნებულს (ამ შემთხვევაში ექიმს), შეუმსუბუქოს 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 არა მარტო პალიატიური დახმარების შესუსტებამდე, არამედ შექმნას მდგომარეობა, როდესაც პიროვნებაზე იწარმოებს ხელოვნური ზეწოლა ევთანაზიაზე დათანხმების მიზნით, მაშინაც კი, როდესაც მისი მდგომარეობა არც თუ ისე უიმედოა.

23.9. კონფლიქტის გადაწყვეტის ძირითადი პრინციპები

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 გაგებამ, ისე დიდმა სიხარულმა, ზედმეტმა სიცხემ ან სიცივემ, სამუშაოს მონოტონურმა ხასიათმა ან მისმა ხშირმა ცვლილებამ, ძნელი გამოცდის მოლოდინმა და სხვა.

თავისი ფუნქციების შესრულებისას ყველა დონის 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.

მენეჯმენტის თეორიაში გამოყოფენ **კონფლიქტის ოთხ ძირითად ტიპს. ესენია:**

- **შიდაპიროვნული კონფლიქტი** წარმოიქმნება, თუ მართვის პრინციპების უგულებელყოფის შედეგად შემსრულებელს ეძლევა ურთიერთსაწინააღმდეგო დავალებები, ან ორგანიზაციის ინტერესები არ ემთხვევა პიროვნების ინტერესებს;
- **პიროვნებათაშორისი 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 ცელა, მათ შორის თითქმის ყოველთვის იქმნება კონფლიქტი, თუნდაც, იმის გამო, რომ პირველმა ცელამ მეორეს სამუშაო ადგილი ცუდ მდგომარეობაში დახვედრა.

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 უკურეაქციას;
- ე.წ. **მტრული ალიანსების ფორმირება**, როდესაც უშუალო მონაწილეთა გარდა, კონფლიქტში სხვა ადამიანებიც ჩაერთვებიან;
- კომუნიკაციის დამახინჯება (მაგალითად, ჭორები, მითქმა-მოთქმა);
- კონკურენცია და ა.შ.
-

კონფლიქტის ესკალაციაში **სლიჩმა** გამოავლინა ხუთი დონე, რომლებიც წარმოდგენილია ცხრილი 61-ში.

ცხრილი 61

კონფლიქტის ესკალაციის დონეები

დონე	მთავარი მიზანი	მნიშვნელოვანი ვარაუდი	ემოციური კლიმატი	კომუნიკაციის სტილი
შეკავებული 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 მდგომა-რეობის 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.

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 პიროვნება-თაშორისო ჯგუფებად დავყოთ. **სტრუქტურული** მეთოდები ოთხი სახის ზემოქმედებას მოიცავს:

- შესასრულებული 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 გამოსავალის 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 მტკივნეულად 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.

კონფლიქტურ სიტუაციათა უმრავლესობას საფუძვლად უდევს რაიმე პრობლემა, რომლის გადაწყვეტა უფრო ხშირად მხარეთა ერთობლივი ძალისხმევითაა შესაძლებელი. პრობლემის მოგვარების პროცესში განსახორციელებელი 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. მოთხოვნილებებისა 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 გაღვიძების გულისხმობს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს მხოლოდ რამოდენიმე იდეის შეპითავაზებას. 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. დასაშვებია, 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 აღრმავებს პარტნიორულ ურთიერთობებს ჯგუფის წევრთა შორის.

ჩამონთვალის შედგენის დროს არ დაიშვება არც ნეგატიური („რა სულელური იდეა!"), 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. ეგრეთ წოდებული „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, გადამოწმების 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, მით უმეტეს, თუ ეს პარტნიორთა თანხმობით მოხდება. ბუნებრივია, ერთობლივი გადაწყვეტილების 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.

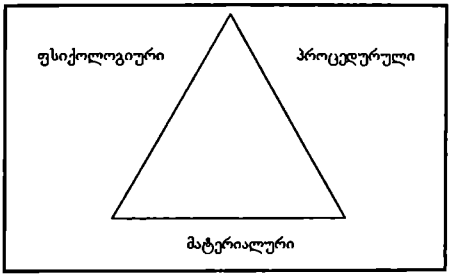
კონფლიქტის ყველასათვის მისაღები გადაწყვეტა კომპრომისის პირობებში ხდება. საგულისხმოა, რომ კონფლიქტის მოგვარებაში მნიშვნელობა არა იმდენად კამათის შინაარსს აქვს,

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 74

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.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

ჯანდაცვის კადრები – *health workforce* – პირები, რომლებიც მუშაობენ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში (რეზიდენტების (მაგ. აშშ, კანადა) და ინტერნების ჩათვლით).

ჯანდაცვის კადრების დაგეგმვა – *health workforce assessment* –კადრების რაოდენობისა და სტრუქტურის განსაზღვრის პროცესი მოსახლეობისა და ჯანდაცვის დაწესებულებების პერსპექტიული მოთხოვნებიდან გამომდინარე. კადრების დაგეგმვა მოიცავს მათი მომზადებისა და დახელოვნების დაგეგმვას.

მთლიანობაში ჯანდაცვის კადრების დაგეგმვა გულისხმობს ცოდნისა და ჩვევების შეძენასა და გამოყენებას და მოიცავს:

1. მოსახლეობის სამედიცინო-სანიტარიულ მოთხოვნებსა და მომსახურების საჭიროებას ანალიზისა და პროგნოზის გათვალისწინებით;
2. ჯანდაცვაში არსებული კადრების გამოყენებისა და ეფექტურობის ხარისხის ანალიზს;

3. მომავალში კადრებზე მოთხოვნას, ასევე მომზადებასა და სწავლებას ჯანდაცვის საერთო დაგეგმვის გათვალისწინებით;
4. მოთხოვნასა და კადრებით მოსალოდნელ დაკმაყოფილებას შორის შეუსაბამობის გამოვლენას;
5. ამ შეუსაბამობის აღმოფხვრის პოლიტიკის ფორმირებას არსებული კადრების ოპტიმალური გამოყენების გათვალისწინებით.

სამედიცინო სპეციალობა – *clinical specialty* – საბაზისო სამედიცინო განათლება, რომელიც აუცილებელია გარკვეული ჯგუფისათვის სადიაგნოსტიკო, სამკურნალო, პროფილაქტიკური და სხვა სახის დახმარების გასაწევად.

საექიმო სპეციალობა – *medical specialty* – მედიცინის სფერო, სადაც მუშაობს ექიმი. რუსეთში ექიმებს ყოფენ ორ ძირითად კატეგორიად – ფართო პროფილის (თერაპევტი, პედიატრი, მეან-გინეკოლოგი, ქირურგი) და ვიწრო სპეციალობის (ნევროპათოლოგი, ონკოლოგი, უროლოგი და სხვ.) ექიმებად.

აშშ-ში (კანადაში, აესტრალიაში და ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში) ექიმები პოსტდიპლომური განათლების ფარგლებში მიღებული სპეციალიზაციის მიხედვით ასევე ორ კატეგორიად იყოფიან. ვინც ეწევა ძირითადად ამბულატორიულ სამედიცინო პრაქტიკას (ზოგადი პრაქტიკის, ოჯახის ექიმები) და სპეციალისტებად, რომლებიც ძირითადად მუშაობენ სტაციონარში, მაგრამ ზოგჯერ ასევე ეწევიან კერძო სამედიცინო პრაქტიკას.

საექიმო სპეციალიზაცია – *medical specialization* – საბაზო სამედიცინო სპეციალობის საფუძველზე გავლილი სპეციალიზაცია, დადასტურებული შესაბამისი სერტიფიკატით.

სამედიცინო განათლება – *medical education* – ექიმის ან ექთნის მომზადების პროცესი, რომლის დამთავრების შემდეგ კურსდამთავრებულს მიენიჭება სათანადო დიპლომი (სათანადო ლიცენზიის მიღების შემდგომ კი (რომლის მოპოვება ზოგ ქვეყანაში ხდება ავტომატურად, ზოგში კი სათანადო გამოცდების ჩაბარების შემდგომ) უფლება ეძლევა დაიწყოს დამოუკიდებელი სამედიცინო (საექიმო, საექთნო) საქმიანობა).

ლიცენზია – *license* – განსაზღვრული საქმიანობის განხორციელების წერილობითი ნებართვა, რომელსაც გასცემს აღმასრულებელი ხელისუფლების სათანადო ორგანო. ლიცენზია გაიცემა სერტიფიკაციის (რომელიც ადასტურებს განსაზღვრული საქმიანობის შესრულების უნარს) საფუძველზე.

ლიცენზირება – *licensing* – სახელმწიფოებრივი ნებართვა განსაზღვრული საქმიანობის განხორციელების შესახებ.

სამედიცინო აუდიტი – *medical audite* – სამედიცინო საქმიანობის დაწერილებითი რეტროსპექტული ანალიზი, შეფასება სამედიცინო დახმარების დადგენილი მაჩვენებლების მიხედვით. ტარდება საქმიანობის ხარისხობრივი, რაოდენობრივი, პროფესიული დონის შეფასების მიზნით.

სტანდარტი – *standard* – ნორმატიული დოკუმენტი, წესებისა და ნორმების მარეგულირებელი ნუსხა.

აკრედიტაცია – *accreditation* – სამედიცინო დაწესებულებათა საქმიანობის შეფასების სისტემა პროფესიული ორგანიზაციების მიერ ხარვეზების გამოვლენისა და მათი ანალიზის მეშვეობით.

სტანდარტების შესაბამისად გარე ექსპერტთა პროფესიული შეფასების (შემოწმების) სისტემა

სერტიფიკაცია – *sertification* – მესამე, დამოუკიდებელი მხარის მიერ სამედიცინო დახმარების უნარის დადასტურება.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რა მნიშვნელობა ენიჭება მართვის კადრების შერჩევას კერძო სამედიცინო დაწესებულების მოქმედების პირობებში?
- კადრების გადამზადების თანამედროვე მოდელი
- ორგანიზაციული კულტურის როლი კადრებთან მუშაობის პროცესში
- მართვის საორგანიზაციო სტრუქტურის ელემენტების გაჯერება რეგიონში განლაგებულ სამედიცინო დაწესებულებების კადრების მოზიდვის საქმეში
- გუნდური მუშაობის დანერგვის თავისებურებები პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში
- კადრებთან მუშაობა საავადმყოფოს ორგანიზაციული სტრუქტურის შერჩევის პროცესში

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა, ო.ეასაძე, დ.ვესტი, ჯანდაცვის მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის, თბილისი, 2002
- *Бодди Д., Пэитон Р.* – Основы Менеджмента. Санкт-Петербург/Москва /Харьков/ Минск, 1999
- Biscoe G: Human resources: the political and policy context http://www.moph.go.th/ops/hrdj/] webcite *Human Resource Devel J* 2000, 4:3.
- Adams OB, Hirschfeld M: Human resources for health – challenges for the 21st century, 2006
- Eaton S: Beyond unloving care: linking human resource management and patient care quality in nursing homes *Int J Hum Resour Manage* 2000, 11(3):591-616
- Narine L: Impact of health system factors on changes in human resource and expenditures levels in OECD countries. *J Health Hum Serv Adm* 2000, 22(3):292-307. PubMed Abstract
- Bennett S, Franco LM: Health worker motivation and health sector reform. PHR *Washington: PHR Project,* 2000
- Buchan J: Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy Plan* 2000, 15:319-325. PubMed Abstract | Publisher Full Text |
- Chanda R: Trade in health services. *Geneva: World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health* 2001.
  Chiavenato I: Advances and challenges in human resource management in the new millennium. *Public Pers Manager,* 2001, 30(1):17-25

თავი 24

მენეჯერის მუშაობის მეთოდები

ოცდამეოთხე თავის შინაარსი

24.1. შესავალი
24.2. ხელმძღვანელის ძალაუფლება, როგორც სოციალური კატეგორია
24.3. მენეჯერის მუშაობის მეთოდების კლასიფიკაცია
24.4. ლიდერობა
24.5. მენეჯერის როლები
24.6. მენეჯერის სოციალური პასუხისმგებლობა და ეთიკა
24.7. ინტერესთა და მოტივაციის ბუნება მენეჯმენტში
24.8. ინოვაციებისა და ცვლილებების მართვა
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა* მენეჯერის მუშაობის მეთოდებს
- *გაეცნობა* ლიდერობის ძირითად თეორიებს
- *გაეცნობა* ინოვაციებისა და ცვლილებების მართვის თავისებურებებს
- *შეფასებს* მენეჯერის მუშაობის მეთოდების შესატყვისობას თანამშრომელთა ინტერესთა და მოტივაციების გათვალისწინებით

24.1. შესავალი

მენეჯმენტის მეცნიერების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია ახალი მეთოდების დამუშავება და მათი ფართო და სწრაფი დანერგვა.

მართვა მაშინაა უფრო ეფექტიანი, როცა მენეჯერის ძალისხმევა მიმართულია მიზნებისა და შედეგების მიღწევისაკენ. ამასთან, ხელმძღვანელის შრომა, ეფექტურობა იზრდება, თუ იგი სწორად გამოიყენებს მართვის მეთოდებს არსებული დროისა და რესურსების ლიმიტის გათვალისწინებით, და პირიქით: იგი მცირდება, როდესაც მუშაობა ხორციელდება არაგეგმიურად, რაც ხშირად შემდგომში ძვირადღირებულ კორექტირებას მოითხოვს.

ცნება "მეთოდი" გულისხმობს სათანადო ცოდნის დაგროვებასა და მის სისტემატიზაციას, ერთი მხრივ, მეცნიერული კვლევების, მეორე მხრივ კი – პრაქტიკული საქმიანობის – მენეჯერის ფუნქციების განხორციელების საშუალებას.

მენეჯმენტის მეთოდები წარმოადგენს ისეთი სახის მმართველობითი სისტემის გამოყენებას, რომელიც დაფუძნებულია პერსონალის მუდმივ მორალურ და მატერიალურ სტიმულირებაზე. მენეჯმენტის მეთოდების სწორი გამოყენება საშუალებას იძლევა, შემსრულებელთა მოქმედება განხორციელდეს მაქსიმალური ეფექტურობით. ზედმეტი ადმინისტრაციული ჩარევის გარეშე.

ტერმინი **მენეჯერის ფუნქციები** უნდა განვასხვავოთ ტერმინისაგან – მართვის პრინციპები, ვინაიდან ფუნქციებს კი არ ირჩევენ, არამედ ასრულებენ. ისინი წარმოადგენენ მმართველობითი პრინციპის ორგანიზაციისა და მეთოდების ფუნდამენტს. თავის მხრივ, მართვის პრინციპი გულისხმობს მოქმედების სახელმძღვანელო წესს. იგი პასუხობს შეკითხვაზე: თუ რა წესით უნდა წარიმართოს საქმიანობა. ამასთან დაკავშირებით შესაძლოა ჩამოვაყალიბოთ მეთოდის კიდევ ერთი განმარტება. მეთოდი გულისხმობს, თუ როგორ და რა საშუალებით შეიძლება განხორციელდეს ეს პრინციპი, ანუ როგორი უნდა იყოს მმართველობითი ურთიერთობები დასახული მიზნის მისაღწევად.

24.2. ხელმძღვანელის ძალაუფლება, როგორც სოციალური კატეგორია

რაზეა დაფუძნებული ერთი ადამიანის ზეგავლენა მეორეზე, მის მიერ ძალაუფლების ხელში ჩაგდება ან გამოყენება? ეს არა მარტო სოციოლოგების, ისტორიკოსების, პოლიტოლოგების ან ფილოსოფოსების აქტიური განსჯის საგანია, არამედ მენეჯერული თეორიის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს. **ჯ. ფრენჩისა** და **ბ. რეივენის** (1959წ.) აზრით, შესაძლოა გამოიყოს ძალაუფლების დამყარების 5 ძირითადი წყარო:

კანონიერი ძალაუფლება, რომელიც მიენიჭება პიროვნებას მისი ოფიციალური თანამდებობის ფარგლებში. მაგალითად, თანამდებობა უფლებას ანიჭებს პიროვნებას, მიიღოს დამოუკიდებელი გადაწყვეტილება დაფინანსების, თანამშრომელთა გადაადგილების, დასჯის და სხვ. შესახებ;

ანაზღაურების (მორალური ან მატერიალური) რომელიმე სახის გამოყენებაზე დამყარებული ძალაუფლება – ადამიანი ასრულებს სხვის თხოვნას ან ინსტრუქციას გარკვეული მატერიალური ან მორალური წახალისების ვარაუდით, ეს შესაძლოა იყოს გაზრდილი ხელფასი, პრემია, დამატებითი შვებულება, მორალური მხარდაჭერა, მუშაკისათვის საინტერესო სამუშაოს ან მოვალეობების შესრულების შეთავაზება და სხვ.;

ძალდატანებაზე დამყარებული ძალაუფლება გამოიხატება ადამიანზე განხორციელებულ ისეთ ზემოქმედებაში, როგორიცაა საყვედური, თანამდებობაში დაქვეითება, სამუშაოდან განთავისუფლება, ან ფიზიკური ძალდატანება და სხვ.

რეფერენტული (ჰარიზმატიული) ძალაუფლების საფუძველია მენეჯერის პირადი თვისებები, რომლებიც მიმზიდველია ხელქვეითებისათვის. მათი სურვილია, რომ დაემსგავსონ ხელმძღვანელს, რაც ანიჭებს ამ უკანასკნელს დამატებით ძალაუფლებას (ე.წ. ჰარიზმატიული ლიდერობის თეორია ბოლო წლებში ცალკე მიმართულებად გამოიყო, მაგრამ მიუხედავად მრავალმხრივი კვლევებისა, ადოლფ ჰიტლერის, ჯონ კენედის თუ ფიდელ კასტროს ფენომენი დღესაც ნაკლებადაა ახსნილი).

სხვისაგან განსხვავებულ გამოცდილებაზე დამყარებული ძალაუფლება გამოიხატება იმაში, რომ გარშემომყოფნი ცნობენ ინდივიდის სპეციალურ, განსაკუთრებულ ცოდნას და აღიარებენ მას. კონკრეტული პრობლემის გადაჭრისას, როდესაც ირკვევა, რომ ჯგუფის რომელიმე წევრს გარკვეულ ასპექტებში გააჩნია ყველაზე დიდი ცოდნა, იგი შესაძლოა აღიარონ ამ ტიპის ლიდერად.

24.3. მენეჯერის მუშაობის მეთოდების კლასიფიკაცია

მენეჯმენტის მეთოდების სპეციფიკურობა განპირობებულია იმით, რომ შესაძლებელია, ხელმძღვანელმა შემსრულებლებზე მიზანმიმართული ზემოქმედება მოახდინოს. ცალკეული მეთოდის შერჩევა, თავის მხრივ, დამოკიდებულია მრავალ ობიექტურ და სუბიექტურ პირობაზე, ესენია:

1. მენეჯმენტის ამა თუ იმ მეთოდების გამოყენება უნდა პასუხობდეს ბაზრის მოთხოვნებს;
2. მეთოდები უნდა ითვალისწინებდეს არა მარტო პირად, არამედ სახელმწიფო ინტერესებსაც. უფრო მეტიც, ისინი უნდა ითვალისწინებდნენ ზემოქმედებას ყველა სახის რესურსების ოპტიმალური გამოყენებით;
3. მართვის ფორმებისა და მეთოდების განვითარება უნდა შეესაბამებოდეს ქვეყანაში არსებულ წარმოებით ურთიერთობათა განვითარებას და ისტორიულად ჩამოყალიბებულ პირობებს.

მენეჯმენტის მეთოდების გამოყენების სუბიექტური პირობები მოიცავს:

1. მენეჯერის, როგორც სპეციალისტის პირად და საქმიან თვისებებს;
2. კომუნიკაბელურობის დონეს, სხვა პიროვნებაზე ფსიქოლოგიური ზემოქმედების გაწევის უნარს;
3. მენეჯერის ორგანიზატორულ ნიჭსა და უნარს;
4. მენეჯერის, როგორც სპეციალისტის მიერ საგნის მეცნიერული საფუძვლების ცოდნას.

სწორედ აღნიშნული პირობების გამოყენების უნარი წარმოადგენს მენეჯმენტის ხელოვნებას.

გამოყოფენ შემსრულებლებზე მენეჯერის ზემოქმედების სამ ძირითად მეთოდს: ეკონომიკურს, სოციალურ-ფსიქოლოგიურს და ადმინისტრაციულს.

აღნიშნული მეთოდების წარმატებით განხორციელება წარმოუდგენილია სამართალცოდნეობის, ეკონომიკის წარმოების ტექნიკურ-ტექნოლოგიური მხარეების, ფსიქოლოგიის საფუძვლების ცოდნის გარეშე.

ზემოაღნიშნული კლასიფიკაციის გარდა მენეჯმენტის მეთოდები შეიძლება დავაჯგუფოთ მოქმედების მიხედვითაც:

ზოგად მეთოდებს მიეკუთვნება: ეკონომიკური, სოციალური-ფსიქოლოგიური და ადმინისტრაციული. მათი გამოყენებით წყდება ორგანიზაციის განვითარების საერთო ამოცანები.

ლოკალურ მეთოდებს მიეკუთვნება დაგეგმვის, აღრიცხვის, კონტროლის, ადამიანური რესურსების გამოყენების საშუალებები დაწესებულების, საწარმოს სპეციფიკიდან გამომდინარე. მიუხედავად იმისა, რომ მენეჯმენტის როგორც ზოგადი, ასევე ლოკალური მეთოდები ორგანულადაა ერთმანეთთან დაკავშირებული, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, მათი პრიორიტეტულობა იცვლება.

მენეჯმენტის ადმინისტრაციულ მეთოდებს იყენებენ ხელმძღვანელი ორგანოები ან მენეჯერი დაქვემდებარებულ პერსონალზე ზემოქმედების მიზნით.

მართალია, ეკონომიკური და ადმინისტრაციული მეთოდები ერთსა და იმავე ამოცანას ემსახურებიან, მაგრამ ეკონომიკური მეთოდებისაგან განსხვავებით, ადმინისტრაციული მეთოდები ითვალისწინებს მართვის ფუნქციების მკაცრ ცენტრალიზაციას, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საჭიროა დავალების შეუფერხებელი შესრულება. თუ ეკონომიკური მეთოდების გამოყენებისას მენეჯერი ანიჭებს შემსრულებლებს დასმული ამოცანის დამოუკიდებლად გადაწყვეტის გზებისა და საშუალებების შერჩევის

უფლებას, ადმინისტრაციული მეთოდები ითვალისწინებს დავალების აუცილებელ შესრულებას მხოლოდ კონკრეტული საშუალებებისა და ხერხების გამოყენებით.

ადმინისტრაციული მეთოდები შეიძლება ორ ჯგუფად დაიყოს:

1. ორგანიზაციული ზემოქმედება – რომელიც ვლინდება სხვადასხვა ფორმით – ორგანიზაციული სტრუქტურის, ტექნიკის, ტექნოლოგიის და სხვა სახის რეგულირებით. ზემოქმედება ხორციელდება პერსონალის ფუნქციების რეგლამენტირებით (ნორმირების, ინსტრუქციების, დებულებების და სხვა ნორმატიული დოკუმენტების მეშვეობით). კერძოდ, ორგანიზაციული ნორმირება გულისხმობს ტექნიკურ-ტექნოლოგიური ნორმატივების (მაგალითად, მასალების ხარჯვის ნორმები, სამუშაო ძალის დატვირთვის ნორმები და ა.შ) გამოყენებას;
2. განკარგულებითი ზემოქმედება კონკრეტულად გამოიხატება დირექტივების, დადგენილებების, ბრძანებების, გადაწყვეტილებების და მითითების გამოყენებაში.

დირექტივებით განისაზღვრება ორგანიზაციების ფუნქციონირების ძირითადი შინაარსი და მიმართულება.

ბრძანება წარმოადგენს ხელმძღვანელის მიერ გაცემულ წერილობით ან ზეპირ დავალებას დაქვემდებარებულთა მიმართ განსაზღვრული ამოცანის შესრულების პირობებისა და ვადების აღნიშვნით. ბრძანება გამოიცემა ხელმძღვანელის მიერ, იგი უნდა იყოს კონკრეტული, დავალებებისა და მათი შესრულების კონკრეტული ვადების აღნიშვნით. ბრძანებაში აგრეთვე უნდა იყოს მითითებული შემსრულებელთა შემადგენლობა და მათი პასუხისმგებლობა ამა თუ იმ პუნქტის შესრულებაზე.

განკარგულება – წარმოადგენს დაქვემდებარებულების მიმართ მოთხოვნას ცალკეული საკითხების გადაწყვეტის შესახებ. მაგალითად, განკარგულების ერთ-ერთი ფორმაა გეგმა-განაწერი, რომელიც ეძლევა ნებისმიერ შემსრულებელს.

გადაწყვეტილება აგრეთვე ადმინისტრაციული ზემოქმედების სიტყვიერი ან წერილობითი ფორმაა, რომლის შესრულება სავალდებულოა. გადაწყვეტილებას ყველაზე ხშირად იღებენ სათათბიროები.

ყველა აღნიშნული ადმინისტრაციული ზემოქმედების ფორმას წაეყენება ერთიანი მოთხოვნა. ისინი უნდა იყოს კონკრეტული, შეიცავდნენ ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რა, სად, როდის, ვის მიერ და როგორ უნდა გაკეთდეს. დავალება ყალიბდება ისე, რომ შეიძლებოდეს მისი შესრულების შემოწმება.

ამა თუ იმ საქმიანობისას ადამიანები ერთმანეთთან ურთიერთობაში შედიან, მათ უყალიბდებათ განსაზღვრული დამოკიდებულება შრომისა და ყოფითი პირობების მიმართ, რაც მოქმედებს მათ განწყობაზე, ფიზიკურ და სოციალურ მდგომარეობაზე, შრომით მწარმოებელუნარიანობის დონეზე და სხვ.

მენეჯერის ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენს – მოახდინოს ზემოქმედება პერსონალის შრომით მოტივაციაზე, განავითაროს ორგანიზაციისათვის ხელსაყრელი მატერიალური და სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფონი.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგებია, თუ რა მიზნით მიმართავს ესოდენ ხშირად მენეჯმენტის თეორია თანამედროვე ფსიქოლოგიის მიღწევებს, მუშაობის შეფასების მეთოდების აქტიურ გამოყენებას.

თუ პიროვნებას არ გააჩნია ინფორმაცია საკუთარი შრომითი საქმიანობის შესახებ ან იგი მოკლებულია კონტროლს, ეს ხშირად იწვევს დეზორგანიზაციას, ე.წ. ცნობიერების ფრუსტრაციას. ამიტომ პერსონალის სტიმულირებისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება არა მარტო საკუთარი, არამედ კოლეგების მუშაობის შეფასების შედეგებს, დადებითი გამოცდილების გაზიარებას.

აშკარაა, რომ ორგანიზაციის ცალკეული ქვედანაყოფი, თუ ცალკეული წევრი არ ფლობს ერთიანი ხარისხისა და მნიშვნელობის ინფორმაციას. ხშირ შემთხვევაში ამის

საჭიროებაც ნაკლებადაა გამოხატული. მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ძენეჯმენტში საკმაოდ მკაფიოდაა განსაზღვრული, რომელი დონის ხელმძღვანელთათვის არის საჭირო ამ თუ იმ მონაცემის გაცნობა თუ კარგი ცოდნა.

მართვის საკითხების გადაწყვეტის პროცესში გამოიყენება სხვადასხვა სახის მეცნიერულად დასაბუთებული მეთოდები (უფრო ხშირად ისინი გამოიყენება კომპლექსურად), ესენია: სისტემური, კომპლექსური, ინტეგრაციული, მარკეტინგული, ფუნქციონალური, დინამიკური, კელავმწარმოებლური, პროცესული, ნორმატიული, რაოდენობრივი (მათემატიკური), ადმინისტრაციული, ქცევითი, სიტუაციური. მოკლედ განვიხილოთ ყოველი მათგანი:

სისტემური მიდგომა — ითვალისწინებს, რომ ყოველი სისტემა (ობიექტი) განიხილება, როგორც ურთიერთდაკავშირებული ელემენტების ერთობლიობა, სისტემას გააჩნია შესავალი (პირველადი მონაცემები), გამოსავალი (მიზნის განხორციელება), კავშირი გარე ფაქტორებთან, უკუკავშირი და ა.შ.

კომპლექსური მიდგომა — ამგვარი მიდგომა ითვალისწინებს, მართვასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვისას მხედველობაში იყოს მიღებული ეკოლოგიური, ეკონომიკური, ორგანიზაციული, სოციალური, ფსიქოლოგიური, საჭიროების შემთხვევაში სხვა (მაგალითად პოლიტიკური, დემოგრაფიული) ასპექტები და მათი ურთიერთკავშირები. ითვლება, რომ ერთ-ერთი ასპექტის გაუთვალისწინებლობის შემთხვევაშიდაც კი პრობლემა შესაძლოა ვერ გადაიჭრას.

ტერმინი *„ინტეგრაცია"* გულისხმობს მართვის სუბიექტების ურთიერთთანამშრომლობის გაფართოებას, მათ გაერთიანებას, მართვის სისტემის ცალკეულ კომპონენტებს შორის ურთიერთქმედებისა და ურთიერთკავშირების გაღრმავებას.

ინტეგრაციული მიდგომა — ასახავს ურთიერთკავშირების გაძლიერებას:

ა) მენეჯერული სისტემის ელემენტებსა და ცალკეულ ქვესისტემებს შორის;

ბ) მართვის ობიექტის სასიცოცხლო ციკლის სტადიებს შორის;

გ) ვერტიკალურ ინტეგრაციას მართვის დონეებს შორის;

დ) ჰორიზონტალურ ინტეგრაციას მართვის სუბიექტებს შორის.

მარკეტინგული მიდგომა — ამ მიდგომის პრიორიტეტებია: ობიექტის მოქმედების ხარისხის გაუმჯობესება, მომხმარებლის მოთხოვნილების გათვალისწინება; მომხმარებლის რესურსების ეკონომია ხარისხის გაუმჯობესების ხარჯზე; რესურსების ეკონომიური ხარჯვა მეცნიერულ-ტექნიკური სიახლეების დანერგვის მეშვეობით; მართვის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით და ა.შ.

ფუნქციონალური მიდგომა — მისი არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მოთხოვნილება განიხილება, როგორც ფუნქციების ერთობლიობა, რომელთა შესრულება საჭიროა საბოლოო მიზნის მისაღწევად. ამ ფუნქციების შესასრულებლად იქმნება რამოდენიმე ალტერნატიული პროექტი, რომელთა შორის უპირატესობა მიეცემა იმას, რომლის მეშვეობითაც შესაძლოა მინიმალური დანახარჯით მაქსიმალური ეფექტის მიღწევა.

დინამიკური მიდგომა — ამ მიდგომის გამოყენებისას მართვის ობიექტი განიხილება თავისი განვითარების პროცესში, მიზეზობრივ-შედეგობრივი კავშირის გათვალისწინებით. დინამიკური მიდგომის გამოყენება ითვალისწინებს ობიექტის ირგვლივ არსებული ინფორმაციის რეტროსპექტიულ ანალიზს (5-10 და მეტი წლის მონაცემებით პერსპექტიული ანალიზის პროგნოზის განხორციელებას).

კელავმწარმოებლური მიდგომა — ეს მიდგომა ორიენტირებულია წარმოებული საქონლის ან მომსახურების განუწყვეტელ განახლებაზე კონკრეტული ბაზრის მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად.

პროცესული მიდგომა — ამ მეთოდის გამოყენება გულისხმობს, რომ მართვის პროცესი წარმოადგენს ყველა ფუნქციის საერთო ჯამს, უწყვეტი ურთიერთდაკავშირებული მოქმედებების განუწყვეტელ პროცესს.

ნორმატიული მიდგომა — მისი არსია მენეჯერული სისტემის ყველა ქვესისტემაში სათანადო ნორმატივების დაწესება.

რაოდენობრივი მიდგომა — ეს მეთოდი ითვალისწინებს შეფასებების ხარისხობრივი მონაცემების რაოდენობრივში გადაყვანას მათემატიკურ-სტატისტიკური მეთოდების, საინჟინრო გათვლების, ექსპერტული შეფასებების, ბალური სისტემების გამოყენებით.

ადმინისტრაციული მიდგომა — ეს მიდგომა გულისხმობს ფუნქციების, უფლებამოვალეობების, დანახარჯების, სამუშაოთა შესრულების ხანგრძლივობის და სხვა ფუნქციებისა და დაწესებული მუშაობის მოსალოდნელი შედეგების ნორმატიულ აქტებში ან სხვა სახის მარეგლამენტირებელ დოკუმენტებში ასახვას.

ქცევითი მიდგომა — მის მიზანს წარმოადგენს შრომისადმი მოტივაციის გაზრდა, საკუთარი შესაძლებლობებისა და უნარის მაქსიმალური გამოყენება საერთო მიზნის მისაღწევად.

სიტუაციური მიდგომა — იგი კონცენტრირებულია შემდეგზე: მართვის სხვადასხვა მეთოდი განისაზღვრება კონკრეტული სიტუაციით. არ არსებობს ობიექტის მართვის ერთი „საუკეთესო" მეთოდი.

სისტემური მიდგომა — ეს მეცნიერული შემეცნებისა და სოციალური პრაქტიკის მიმართულებაა, რომლის საფუძველს წარმოადგენს ობიექტების, როგორც სისტემების, განხილვა.

სისტემური მიდგომის უმთავრესი პრინციპებია:

1) კონკრეტული მიზნების განსაზღვრა და მათი მკაფიოდ ჩამოყალიბება;
2) პრობლემის, როგორც ერთი მთლიანის, ერთი სისტემის განხილვა და ყველა კერძო გადაწყვეტილების მოსალოდნელი შედეგებისა და ურთიერთკავშირების გამოვლენა;
3) მიზნის მისაღწევად შესაძლო ალტერნატიული გზების ძიება;
4) ცალკეული ქვესისტემების მოქმედების მიზნების ისეთი რეგულირება, რომ მათი განხორციელება არ ეწინააღმდეგებოდეს მთლიანი სისტემის მიზნებს;
5) აბსტრაქტულიდან კონკრეტულისაკენ სწრაფვა;
6) ანალიზისა და სინთეზის საფუძველზე ერთიანი მიზნების დასახვა;
7) მრავალმხრივი ურთიერთქმედი კავშირების გამოვლენა.

სისტემა — წარმოადგენს ცალკეული ელემენტების ერთობლიობას, რომლებიც იმყოფებიან გარკვეულ ურთიერთკავშირსა და ურთიერთდამოკიდებულებაში ერთმანეთთან, ამის საფუძველზე იქმნება ელემენტთა ისეთი ერთობლიობა, რომელსაც ახასიათებს ხარისხობრივად განსხვავებული თვისებები, ფუნქციები, შესაძლებლობები.

ძირითად სისტემურ პრინციპებს მიეკუთვნება:

1) სისტემის მთლიანობა (მთლიანად სისტემისათვის დამახასიათებელი თვისებები არ წარმოადგენენ მისი შემადგენელი ელემენტების თვისებების მექანიკურ ჯამს, არამედ მათი ურთიერთობის საფუძველზე იქმნება ხარისხობრივად ახალი თვისებების მქონე ერთეული — სისტემა);
2) სისტემის სტრუქტურირება (სისტემის მოქმედება განისაზღვრება არა მხოლოდ შემადგენელი ნაწილების მოქმედებით, არამედ მისი სტრუქტურის თვისებებითაც);
3) სტრუქტურისა და გარემოს ურთიერთდამოკიდებულება (ამ ურთიერთმოქმედების პროცესში სისტემა წარმოადგენს წამყვან დამოუკიდებელ კომპონენტს);
4) იერარქიულობა (სისტემის ყოველი კომპონენტი, თავის მხრივ, განიხილება როგორც ცალკე სისტემა);

5) სისტემის მრავალმხრივი განხილვის შესაძლებლობა (სისტემის ადეკვატურად აღთქმისათვის საჭიროა მრავალი მოდელის აგება, რომელთაგან თითოეული ასახავს სისტემის მოქმედების განსაზღვრულ ასპექტს).

მართალია, თანამედროვე პირობებში ოპტიმალური გადაწყვეტილების შემუშავებასა და მიღებაში სულ უფრო მეტი მუშაკი იღებს მონაწილეობას, მაგრამ ნებისმიერი ორგანიზაციის საქმიანობაში აუცილებლად გასათვალისწინებელია ინფორმაციის განაწილება მენეჯმენტის იერარქიული დონეების მიხედვით. ეს, ერთი მხრივ, ზღუდავს მისი _ კონკურენტებთან გაჟონვის შესაძლებლობას, მეორე მხრივ კი, უფრო მიზანმიმართულს ხდის ხელმძღვანელ მუშაკთა საქმიანობას. მართალია, ზოგ შემთხვევაში დაბალ იერარქიულ დონეზე მოქმედ მენეჯერს შესაძლოა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომელიც მის კომპეტენციას გასცდება. ეს განსაკუთრებით გასათვალისწინებელია იმ ღონისძიებათა განხორციელებისას, როდესაც საჭიროა დამატებითი რეზერვების გამოვლენა, რესურსების მაღალეფექტიანი გამოყენება და სხვ.

ხელმძღვანელისა და დაქვემდებარებულის საქმიანი კონტაქტი შესაძლოა გამოყენებულ იქნას, როგორც შრომითი მოტივაციის გაძლიერების მეთოდი. ამ კუთხით მენეჯერულ თეორიაში არსებობს სათანადო რეკომენდაციები:

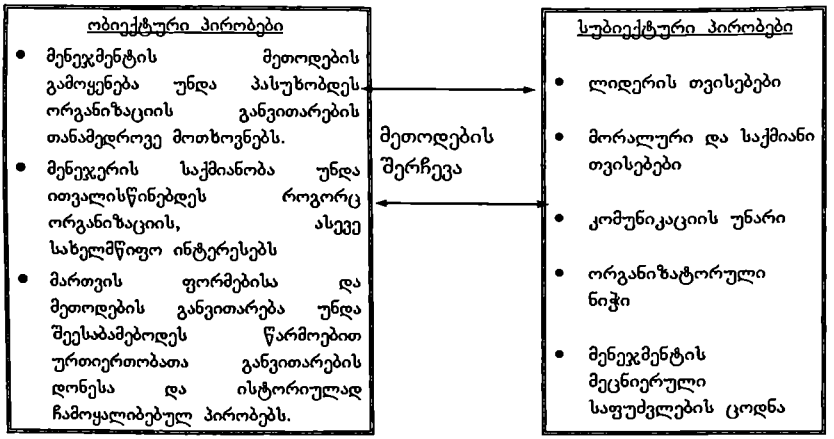
მენეჯერმა უნდა გამოიჩინოს ინტერესი თანამშრომლის ნებისმიერი ინიციატივისადმი, რომელიც მიმართულია ორგანიზაციის მუშაობის გაუმჯობესებაზე.

ხელმძღვანელი კეთილმოსურნეობით უნდა იღებდეს იმ ინიციატივასაც, რომელიც მიმართულია წვრილმანი საკითხების სრულყოფისაკენ. მათი უგულებელყოფა რიგით თანამშრომელს საერთო საქმის გაუმჯობესების ინტერესს უკარგავს.

საქმის გაუმჯობესების ნებისმიერი ინიციატივა არ უნდა დარჩეს მენეჯერისაგან შეუმჩნეველი და წახალისების გარეშე.

ნახატი 75

მენეჯერის მიერ მოქმედების სტრატეგიის არჩევის ობიექტური და სუბიექტური პირობები



თ. პიტერსმა და **რ. ვატერმანმა** გააანალიზეს აშშ-ის 40 საუკეთესო კომპანიის მართვის გამოცდილება. ორგანიზაციული კულტურისათვის დამახასიათებელი ახალი მნიშვნელოვანი ელემენტების დაყოფის კუთხით, მათი აზრით, წარმატების ძირითადი საწინდარია ისეთი ელემენტების შემოტანა, როგორიცაა:

1. ყველა დონის მენეჯერის განწყობა მოქმედებისათვის: ამ განწყობის ჩამოყალიბება უნდა მოხერხდეს იმით, რომ ორგანიზაციების მართვის იერარქიული, შტაბური პრინციპის ნაცვლად შემოტანილ იქნას ფუნქციონალური ტიპის მართვის სისტემა. წარმატებულ ორგანიზაციებში საქმიანობა უფრო არაფორმალური, მოქნილი და სწრაფია. თანამშრომლები კი ნაკლებად შეზღუდულნი არიან დამოუკიდებელ მოქმედებაში. პრობლემის წამოჭრის შემთხვევაში ასეთი ტიპის ორგანიზაციაში მენეჯერი უფრო სწრაფად ნახულობს გადაწყვეტის გზას.
2. სიახლეე მომხმარებელთან: წარმატებული კომპანიები ცდილობენ ყურაღღება გაამახვილონ არა მარტო მუშაობის ხარისხზე ან მოქმედების საიმედოობაზე (რაც მომხმარებლისათვის თავისთავად მნიშვნელოვანია, მაგრამ ნაკლებად თვალსაჩინო), არამედ ცდილობენ უშუალო კონტაქტი იქონიონ მომხმარებელთან მისი ნდობას მოპოვების, რაც, საბოლოო ჯამში, ხელს უწყობს კომპანიის მდგრადობას.
3. პერსონალის მოქმედების ავტონომია და ინიციატივის წახალისება.
4. სიახლეების დანერგვისა და საქმიანი ინიციატივების წახალისება.
5. საქმისადმი ერთგულება.
6. ხელმძღვანელთა მცირე შტატი, რაც საშუალებას იძლევა, იმავე ეფექტურობით იმოქმედოს ნაკლებმა იერარქიულმა დონეებმა.
7. მკაცრად რეგლამენტირებული და იმავდროულად თავისუფალი სტრუქტურების თანაარსებობა, რაც გულისხმობს მკაცრი კონტროლის დამყარებას ზოგიერთ სფეროში და ინდივიდუალური ავტონომიის თანაარსებობას.

გასაგები მიზეზების გამო მაქსიმალური ეფექტის მიღება შეუძლებელია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ამიტომ წინასწარ უნდა განისაზღვროს დროის ის პერიოდი, როცა საქმისათვის განსაკუთრებით აუცილებელია ან შესაძლებელია მაქსიმალური ეფექტის მიღება. ე.ი. მიზნების სუბოპტიმიზაციის პარალელურად უნდა მოხდეს დროის ფაქტორის სუბოპტიმიზაციაც, ე.ი. დადგინდეს საჭირო დრო და რესურსები მაქსიმალური შედეგის მიღწევისათვის.

მენეჯერის საქმიანობა მისთვის მინდობილი ქვედანაყოფის მიერ საბოლოო შედეგების მიღწევის საქმეში ბუნებრივად იყოფა ორ ნაწილად: ერთი მხრივ, მენეჯერი მართავს სხვების მუშაობას და მეორე მხრივ, იგი თავად ასრულებს გარკვეულ სამუშაოებს. ამასთან, როგორც აღენიშნეთ, მენეჯერის ამოცანაა, მიიღოს გარკვეული შედეგი „სხვისი ხელებით". შესრულება კი ითვალისწინებს მენეჯერის იმ მოქმედებებს, რომელთა საშუალებითაც მან პირადად უნდა მიიღოს კონკრეტული შედეგი.

მართვასა და შესრულებას შორის თანაფარდობის შენარჩუნება შესაძლებელია ფართო საზღვრებში, რაც დამოკიდებულია მენეჯერის პირად თვისებებზე, მის ადგილზე მმართველურ იერარქიაში, სამუშაოს ხასიათსა და გარემომცველი მართვის სისტემის თავისებურებებზე. ამასთანავე, აუცილებელია დაეძინოთ, რომ მენეჯერის ძირითადი მუშაობის არსი მართვაა, ამიტომ როდესაც იგი მხოლოდ დავალებების უშუალო შესრულებითაა დაკავებული, ზარალდება ძირითადი საქმე.

არაიშვიათად, როდესაც მენეჯერის წინაშე ერთდროულად დგას მართვისა და შესრულების ამოცანები, იგი უპირატესობას ანიჭებს შესრულებას, რაც განპირობებულია მრავალი მიზეზით. ლ. ალენმა ამ მოვლენას შესრულების პრიორიტეტის პრინციპი უწოდა.

ლ. ალენის აზრით, ეს მოვლენა, რომელიც, თავისთავად, საკმარისად ზღუდავს მენეჯერის მუშაობის ეფექტურობას, ძირითადად შემდეგი სოციალურ-ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემებითაა განპირობებული:

1. სამუშაოს შესრულებისას მენეჯერი სარგებლობს კარგად ათვისებული მეთოდებით. ყველაზე ხშირად ამ სახის პრობლემა წარმოიქმნება მაშინ, როდესაც ორგანიზაციაში დააწინაურებენ მაღალკვალიფიციურ სპეციალისტს, რომელიც ნაკლებადაა გათვითცნობიერებული მართვის ხელოვნებაში. ტექნიკური კომპეტენტურობით განპირობებული დაწინაურება კი ისეთ დამოუკიდებელ სფეროში, როგორიცაა მენეჯმენტი, ყოველთვის არ არის გამართლებული.

2. კონკრეტული სამუშაოს შესრულება მენეჯერს უფრო მეტ კმაყოფილებას ანიჭებს, ვიდრე მასზე დაკისრებული მართვის პროცესის განხორციელება. მენეჯერის უუნქციებში შედის კონფლიქტების მოწესრიგება, მაღალი პირადი პასუხისმგებლობა, მოწესრიგებული პროცედურებით სარგებლობა და ა.შ., რაც ძლიერ ფსიქოემოციურ განცდებთანაა დაკავშირებული.
3. თანამედროვე მენეჯმენტის ძირითადი მოთხოვნაა ორგანიზაციის რიტმული მუშაობის უზრუნველყოფა. გასაგებია, რომ ამ ტიპის ხელმძღვანელი ნაკლებად კომფორტულად გრძნობს თავს, როდესაც საქმე ეხება არა მიზანმიმართული, წინასწარ გათვლილი ღონისძიებების გატარებას, არამედ „ხანძრის ჩაქრობის" აუცილებლობას. ეს შინაგანი ფსიქოლოგიური წინააღმდეგობა აიძულებს ზოგიერთ ხელმძღვანელს, რათა მეტი ყურადღება მიაქციოს უკვე წამოჭრილი პრობლემების მოგვარებას (როდესაც ისინი უკვე სახეზეა, ვიდრე მოსალოდნელი „ხანძრის" პროფილაქტიკას). ამასთან, თანამედროვე მენეჯმენტის ძირითადი მიზანია, რომ ხელმძღვანელმა გამოაკლინოს გაცილებით იშვიათი უნარი – დროულად განჭვრიტოს და ააცილოს ორგანიზაციას შესაძლო სერიოზული პრობლემები.

ზემოთქმულიდან გასაგები ხდება, რომ მენეჯერის თანამიმდევრული და გონივრული მიდგომა პრობლემის გადაწყვეტისადმი ნაკლებად შთამბეჭდავია, ვიდრე „მენეჯერ-მეხანძრის" აქტიურობა, მაგრამ, სამოლო ჯამში, გეგმაზომიერი მუშაობა, მართვასა და შესრულებას შორის სწორი პროპორციების შერჩევის უნარი პროფესიონალი მენეჯერის ერთ-ერთი ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია.

მართვა მაშინაა უფრო ეფექტიანი, როცა მენეჯერის ძალისხმევა მიმართულია მიზნებისა და შედეგების მიღწევისაკენ. ამასთან, ხელმძღვანელის შრომა, ეფექტურობა იზრდება, თუ იგი სწორად გამოიყენებს მართვის მეთოდებს არსებული დროისა და რესურსების ლიმიტის გათვალისწინებით, და პირიქით: იგი მცირდება, როდესაც მუშაობა ხორციელდება არაგეგმიურად, რაც ხშირად შემდგომში ძვირადღირებულ კორექტირებას მოითხოვს.

ამრიგად, მართვის თანამედროვე მეთოდების სპექტრი შეიძლება მოთავსდეს ე.წ. რეაქტიული და მიზნობრივი მართვის ტიპებს შორის.

სპექტრის ერთ ბოლოს მდებარეობს ე.წ. მისი მაღალი რეაქტიული მართვა, რომლის ძირითადი თავისებურებაა, რეაგირება მოახდინოს მიმდინარე მოვლენებზე. რეაქტიული მართვის ეფექტიანობა მენეჯერის ინტუიციაზეა დამყარებული და მოითხოვს აქტიურობას, ენერგიულ, სწრაფ და ზუსტ მოქმედებებს, რაც ხშირად ხელქვეითებზე მეტისმეტ „ზეწოლას" იწვევს. დაგეგმვა ხორციელდება უშუალოდ მოქმედების დაწყებამდე, ანდა თვითონ მოქმედების პროცესში.

სპექტრის მეორე ბოლოს ე.წ. მიზნობრივი მართვის მეთოდებია. ისინი გულისხმობენ მოქმედების საბოლოო შედეგების წინასწარ განსაზღვრასა და მათ მისაღწევად საჭირო სამუშაო პროგრამების შედგენას. მართვისადმი ასეთი მიდგომა მიზნის გადაჭრის დაწვრილებითი გეგმის არსებობას მოითხოვს. ნებისმიერი პრობლემის გადასაწყვეტად მუშავდება შესაბამისი გეგმა, რომელიც საზღვრავს პრობლემის გადაწყვეტის მეთოდებს და შესაბამისი მოქმედებების თანმიმდევრობას.

მენეჯერი არ არის დაზღვეული, რომ მოუხდება მართვა მოულოდნელ მოვლენებზე რეაგირების გზით. მეორე მხრივ, მძაფრი კონკურენციის პირობებში შეძლებს თავისი ადგილის შენარჩუნებას ხელმძღვანელთა მხოლოდ მცირე ნაწილი, ამიტომ ოპტიმალურ გზას წარმოადგენს რეაქტიული და მიზნობრივი მართვის მეთოდების შერწყმა, მათი გააზრებული შეხამება.

24.4. 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 მიღების, 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. იგი ეყრდნობა ლიდერისათვის დამახასიათებელი კონკრეტული პიროვნული თვისებებისა და ეფექტური ხელმძღვანელობისათვის საჭირო თვისებების შერწყმას. ამ თეორიის თანახმად, წარმატებული ლიდერისათვის დამახასიათებელია: მაღალი ინტელექტი, შთამბეჭდავი გარეგნობა, სალი 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 წაახალისოს 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 ძეგობრული 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.

განირჩევა სიტუაციური ლიდერის სამი ტიპი:

- **სამუშაოზე ორიენტირებული ლიდერი,** რომელსაც ყურადღება გადატანილი აქვს დავალების აუცილებელ შესრულებაზე. მკაცრი ზედამხედველობის მიზნით იგი ხშირად იყენებს იძულებისა და წახალისების მეთოდებს, რათა გაელენა მოახდინოს პერსონალის ქცევასა 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 ქცევასა და ზოგადი სიტუაციის სწორად გაგების შესაძლებლობას.

ხშირად ტერმინი მენეჯერი და ლიდერი არასწორადაა გაიგივებული, შეიძლება პიროვნება იყოს ლიდერი, მაგრამ არ იყოს მმართველი და პირიქით. მენეჯერის მიერ თავისი ფუნქციების შესრულება მჭიდროდაა დაკავშირებული მის ირგვლივმყოფ ადამიანებზე, პიროვნულ თვისებებზე, ცოდნაზე, გამოცდილებაზე, კულტურულ დონეზე და სხვ. თავისთავად, მენეჯერს უნდა ჰქონდეს ლიდერისათვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგიური თავისებურებები, რაც ხელს უწყობს მის მუშაობას, მაგრამ, პირველ რიგში, მას ესაჭიროება რესურსებისა და პერსონალის მობილიზების უნარის გამომუშავება.

მენეჯერი, როგორც ყოველი ადამიანი, თავისი საქმიანობის ცალკეულ მომენტში ასრულებს სხვადასხვა როლს, რომელიც ისეთი პიროვნული თვისებების გამომუშავებას 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 ღონისძიების 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;

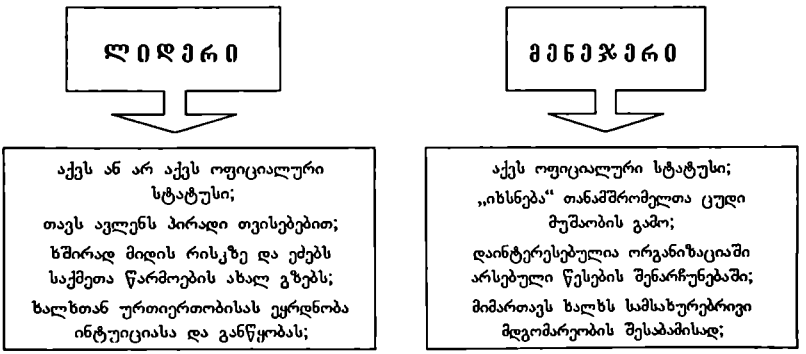
- **პიროვნული**, რომელიც გულისხმობს ადამიანებთან მუშაობის უნარს, მოტივაციისა და ლიდერობის აღქმას;
- **კონცეპტუალური**, რომელიც მოითხოვს, გაიაზროს ორგანიზაციის კომპლექსურობა და თითოეული თანამშრომლის ადგილი, აქცენტი გააკეთოს არა ცალკეული რგოლის, არამედ მთლიანად ორგანიზაციის წარმატებაზე.

მენეჯერის მუშაობა ეფექტურია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იგი გამოირჩევა მაღალი ინტელექტით, მაშინ, როდესაც ლიდერის ინტელექტუალური შესაძლებლობები დიდად არ განსხვავდება ჯგუფის წევრებისაგან, ის კარგად იყენებს ყველას პოტენციალს.

მ.ტომეს 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 76).

ნახატი 76

განსხვავება ლიდერსა და მენეჯერს შორის



ხშირად ტერმინი *მენეჯერი* და *ლიდერი* გაიგივებულია, რაც არასწორია. მენეჯერის მიერ თავისი ფუნქციების შესრულება მჭიდროდაა დაკავშირებული მის ირგვლივ მყოფ ადამიანებზე, გარემოზე, პიროვნულ თვისებებზე, ცოდნაზე, გამოცდილებაზე, კულტურულ დონეზე და სხვ. თავისთავად, ლიდერისათვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგიური თავისებურებები, ქცევა, ხელს უწყობს მის მუშაობას, მაგრამ მენეჯერს, პირველ რიგში, უნდა ჰქონდეს საშუალება – მობილიზება გაუკეთოს რესურსებსა და პერსონალს.

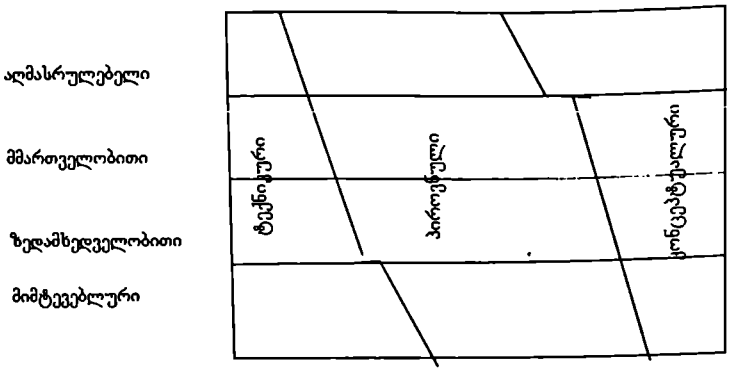
სხვადასხვა სიტუაციის ანალიზის საფუძველზე ჩამოყალიბებულია „იდეალური" მენეჯერის მახასიათებლები. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით, მენეჯერი უნდა:

- ➢ ფლობდეს ყველანაირ ინფორმაციას, რომელიც ხელს შეუწყობს მიზნის მიღწევას;
- ➢ მზად იყოს ყველა იმ ღონისძიების განსახორციელებლად, რომლებიც ეფექტური იქნება სათანადო სტრატეგიის მისაღწევად;
- ➢ საჭიროების შემთხვევაში, მის მოვალეობაში შედის საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება;
- ➢ მას უნდა ჰქონდეს უნარი, განსაზღვროს ყველაზე ხელსაყრელი და ნაყოფიერი სტრატეგია;
- ➢ საჭიროების შემთხვევაში, თავის თავზე უნდა აიღოს წარმოქმნილი კრიზისის დაძლევის ინიციატივა;

- მან მობილიზება უნდა გაუკეთოს პერსონალს დასმული მიზნის მისაღწევად;
- ხელი შეუწყოს მომავალი ლიდერების აღზრდას.

ნახატი 77

მენეჯერისათვის საჭირო უნარ–ჩვევების კლასიფიკაცია



მენეჯერის საქმიანობა ზედმიწევნით მრავალფეროვანია, რაც, რიგ შემთხვევაში, შეუძლებელს ხდის ეფექტური მუშაობის გატარებას მართვის დეცენტრალიზაციის ან ცალკეულ პასუხისმგებლობათა იერარქიის ქვედა რგოლებზე გადანაწილების გარეშე.

ყველა სფეროს მენეჯერს საქმე აქვს ერთი და იმავე სახის რესურსებთან, რომლების სწორი და მიზანმიმართული გამოყენება დაკისრებული ფუნქციების შესრულების შესაძლებლობას იძლევა. ეს რესურსებია: ფინანსები, კადრები, მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვილობა. ქვემოთ ჩამოთვლილია ფაქტორები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ მენეჯერის საქმიანობაზე:

- ორგანიზაციის კონკრეტული მენეჯერის მოქმედების არეალი;
- ორგანიზაციის კულტურა (რაც სხვა საკითხებთან ერთად გულისხმობს, თუ რას უნდა აკეთებდეს მენეჯერი);
- მენეჯმენტის იერარქიული დონეები ორგანიზაციაში;
- მენეჯერის მართვის სფერო;
- მენეჯერის პიროვნული თვისებები.

აქედან გამომდინარე, მენეჯერის უნარ-ჩვევები შეიძლება პირობითად დავყოთ შემდეგ კატეგორიებად:

- ტექნიკური უნარ-ჩვევების არსებობა გულისხმობს, რომ მენეჯერს უნდა გააჩნდეს უნარი, რათა გამოიყენოს გამოცდილებით, განათლებით მიღებული ცოდნა, ტექნოლოგიები და აღჭურვილობა აუცილებელი, სპეციფიკური სამუშაოების შესასრულებლად;
- პიროვნული უნარ-ჩვევები გულისხმობს, რომ მენეჯერს შესწევს უნარი, იმუშაოს ადამიანებთან, რაც მოიცავს მოტივაციისა და ლიდერობის აღქმას.
- კონცეპტუალური უნარ-ჩვევების არსებობა მოითხოვს მენეჯერისაგან უნარს, რათა მან მთლიანად გააზროს ორგანიზაციის კომპლექსურობა და თითოეული თანამშრომლის ადგილი ამ ორგანიზაციაში. ფოკუსირება მოახდინოს არა ცალკეული რგოლების, არამედ მთლიანად ორგანიზაციის წარმატებაზე.

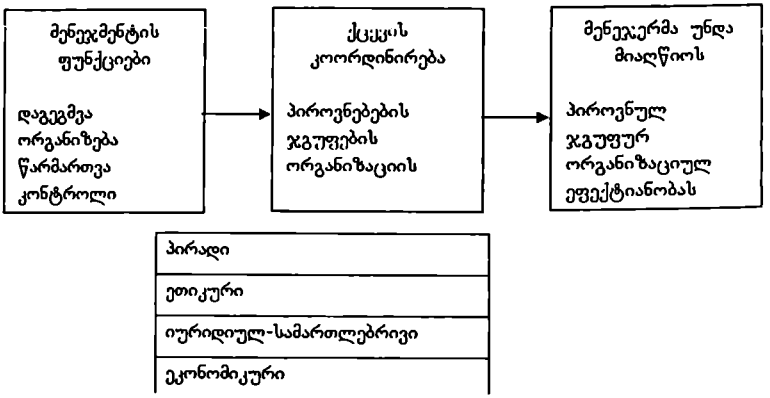
მენეჯერის მუშაობის ძირითადი ეტაპები

მიზნის დასახვა	იმ შედეგების კონკრეტულად ფორმულირება, რომლებიც უნდა იქნას მიღწეული
ეკონომიკური მიდგომა	მიზნების შერჩევისა და მათი მიღწევის პროცესში ისეთი წესებისა და ხერხების გამოყენება, რომლებიც უზრუნველყოფენ როგორც ცალკეული ადამიანის, ასევე საზოგადოების მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას
დავალებათა განაწილება	ცალკეულ მუშაკთა კონკრეტული დავალების დაკისრება
შესასრულებელ სამუშაოთა სპეციალიზაცია	ცალკეული მუშაკები უნდა ასრულებდნენ იმ სახის სამუშაოს, რომელიც მოითხოვს სათანადო ცოდნას, დასაბუთებულ გამოცდილებას და მაქსიმალურად მიესადაგება შემსრულებლის ინტერესებს
კადრების მეცნიერულად შერჩევა კონკრეტული პიროვნებისათვის შესაბამისობის გათვალისწინებით	იმ მეთოდების გამოყენება, რომლებიც უზრუნველყოფენ მომუშავეთა კვალიფიკაციის მაქსიმალურ შესაბამისობას შესასრულებელი ოპერაციების მიმართ
კონტროლი და აღრიცხვა	პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს მიზნების მიღწევას დროის ყველ მონაკვეთში
სტანდარტიზაცია	ერთგვაროვანი ოპერაციების გამოყენება
პირადი ინიციატივის წახალისება	მომუშავეთა წახალისება პირადი ინიციატივის გამოჩენის შემთხვევაში
უფლებამოსილებათა და პასუხისმგებლობების სწორი განაწილება	ყოველი მომუშავისათვის იმ უფლებამოსილების მინიჭება, რომელიც საკმარისია შესასრულებელი სამუშაოს ხარისხიანად განხორციელებისათვის
მართვის იერარქიულობის დაცვა	ისეთი ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბება, რომლისათვის დამახასიათებელია მართვის იერარქიული დონეების არსებობა
ხელქვეითთა პირადი და საზოგადოებრივი ინტერესების შერწყმა	ორგანიზაციის ინტერესები პრიორიტეტულია ცალკეული მუშაკის პირადულ ინტერესებთან მიმართებაში
პირადი და საშემსრულებლო დისციპლინის დამყარება	სათანადო ღონისძიებების გატარება დისციპლინის დამრღვევთა მიმართ
მენეჯერთა და შემსრულებელთა ინტერესების ერთიანობა	კომუნიკაციის, მოტივაციისა და ლიდერობის ფაქტორების ერთიანობა, ორგანიზაციისა და პირადი ინტერესების ჰარმონიის მიღწევა
თანამშრომელთა სწავლება	მეცნიერული მიდგომა მუშაკთა გადამზადების, სწავლებისა და სპეციალიზაციის მიმართ
შრომის მატერიალური ანაზღაურება	მუშაკის შრომის სამართლიანი ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს რაოდენობასა და ხარისხის მიხედვით
ზოგადი წესებისა და სტანდარტების შემოღება	წესების დადგენა და მათი გამოყენება მუშაკის გარკვეული საქმიანობის მოწესრიგების მიზნით
ერთმმართველობის შემოღება	ორგანიზაციის მართვის ფორმა, როდესაც სათავეში დგას ერთი პირი, რომელიც უფლებამოსილია მიიღოს საბოლოო გადაწყვეტილებები
მომუშავე პერსონალის სტაბილურობის შენარჩუნება	კადრების დენადობა ამცირებს შრომის პროცესის ეფექტურობას
ახალი სპეციალისტების მოზიდვა	გარკვეული მიზანი მოითხოვს სპეციალურად მომზადებული მუშაკების მოზიდვას
შრომის პროცესის რეგულირება	მიზნის მიღწევა გულისხმობს სათანადო პროცესების სტაბილურ მსელელობას
ორგანიზაციის სტრუქტურის ცენტრალიზაცია	ორგანიზაციას უნდა გააჩნდეს მმართველი ცენტრი, უფლებამოსილება გადაწყვეტილების მიღებაზე უნდა განაწილდეს იერარქიის ყველა დონეზე (ამასთან, პროპორციის დაცვა ცენტრალიზაციისა და დეცენტრალიზაციას შორის უნდა იყოს ოპტიმალური)

მენეჯმენტი განისაზღვრება, როგორც ცალკეულ პირებთან, ჯგუფებთან ან სხვა სახის რესურსებთან (შეეხება ეს ფინანსებს, აპარატურას თუ სხვ.) მუშაობის პროცესი, რომელიც აუცილებელია ორგანიზაციის მიზნების განხორციელებისათვის და რომელიც მოითხოვს ადამიანებთან ურთიერთობის სპეციალური ჩვევების გამომუშავებას. გარკვეულ საქმიანობის განხორციელების პროცესში ყველა ადამიანი არის მენეჯერი.

ნახატი 78

მენეჯერული მუშაობის ბუნება



23.5. მენეჯერის როლები

მენეჯერი, როგორც ყოველი ადამიანი, თავისი საქმიანობის ცალკეულ მომენტში ასრულებს სხვადასხვა როლს, რომელიც მოითხოვს ისეთი პიროვნული თვისებების გამომუშავებას, როგორიცაა გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ლიდერობა, პრობლემისადმი სტრატეგიული მიდგომა და სხვ. აშკარაა, რომ გარკვეული სიტუაცია მოითხოვს შესაბამისი ფუნქციების შესრულებას, რომელთა განხორციელების ეფექტურობა მჭიდროდაა დაკავშირებული არა მარტო მენეჯერის თეორიული და პრაქტიკული ცოდნის ბაზაზე, არამედ მის გამოცდილებაზე.

განასხვავებენ გამოცდილების სამ კატეგორიას: ტექნიკურს, ბიჰევიორისტულსა და კონცეპტუალურს, რომლებიც ბევრად განაპირობებენ ხელმძღვანელის მუშაობის ეფექტურობას. აშკარაა, რომ მენეჯერული პროცესის სხვა ელემენტები აგრეთვე გამოხატულ გავლენას ახდენენ მიზნების განხორციელებაზე.

მენეჯმენტის თეორიაში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ხელმძღვანელის როლს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. სწორი გადაწყვეტილება ზოგჯერ დაწესებულების ყოფნა-არყოფნის საკითხს განსაზღვრავს.

გადაწყვეტილების მიღებაზე მოქმედებს უამრავი ფაქტორი, რომლებიც შეიძლება 3 ძირითად ჯგუფად დაიყოს:

- რესურსები,
- ბუნებრივი და ტექნიკური ფაქტორები,
- ეთიკური, მორალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები.

ამ ფაქტორების გათვალისწინება გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მენეჯერული საქმიანობის ძირითად არსს წარმოადგენს. ამასთან, ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია მენეჯერთა როლების განაწილება სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე, რაც საშუალებას იძლევა, მაქსიმალურად ეფექტურად განხორციელდეს გადაწყვეტილების ცხოვრებაში გატარება.

ცხრილი 63

პიროვნებათშორის ურთიერთობასთან დაკავშირებული როლები

ხელმძღვანელი	სიმბოლური მეთაური, რომლის მოვალეობებში შედის ცერემონიებში მონაწილეობა და რომელიც ასრულებს სოციალური და სამართლებრივი ხასიათის მოვალეობებს
ლიდერი	ასრულებს მართვასთან დაკავშირებულ ყველა მოქმედებას, რომლებიც ხელქვეითების მუშაობასთანაა დაკავშირებული
დამაკავშირებელი რგოლი	უზრუნველყოფს გარე კონტაქტებს ორგანიზაციასთან, ასრულებს წარმომადგენლობით ფუნქციებს

ინფორმაციის გადაცემასთან დაკავშირებული როლები

ინფორმაციის მიმღები	ახორციელებს კონტაქტებს, რომლებიც მისაწვდომს ხდიან ინფორმაციას გარემოს ფაქტორების ცვალებადობის შესახებ
ინფორმაციის განმვრცობი	გადასცემს ინფორმაციას ჰორიზონტალურ და ვერტიკალურ დონეზე

ინფორმაციის მიღებასთან დაკავშირებული როლები

მეწარმე	სტრატეგიების მომზადება და განხილვა, სიტუაციების მიმოხილვა, პროექტების ინიცირება და შემუშავება
დარღვევების გამსწორებელი	პასუხისმგებელია პროექტის კორექტირებაზე, სტრატეგიული და მიმდინარე საკითხების განხილვასა და სათანადო ზომების მიღებაზე
რესურსების განმანაწილებელი	გადაწყვეტილებების მიღება რესურსების განაწილებასთან დაკავშირებით: ბიუჯეტის შესრულება, მიწოდების განრიგის შედგენა და ა.შ.
მოლაპარაკებების წამყვანი	ორგანიზაციის სამეურნეო საქმიანობასთან დაკავშირებული ყველა სახის კონტაქტი და მოლაპარაკებების წარმართვა

შესაძლებლობები

გონებრივი	შემოქმედებითი და ანალიტიკური აზროვნება, მოვლენის სწორი შეფასების უნარი
სოციალური	კონტაქტურობა, კომუნიკაბელურობა, შეუპოვრობა, თანამშრომლებზე ზრუნვის უნარი და სხვ.
შემსრულებლის	წარმატებისადმი სწრაფვა, მოქნილობა, საიმედოობა
ძალისხმევის წარმმართველი	ფიზიკური და გონებრივი დატვირთვის ატანა, გეგმის შესრულების უზრუნველყოფა, მზადყოფნა რისკისათვის, ინოვაციების დანერგვისათვის

მართვა ზედმიწევნით მრავალფეროვანი პროცესია, რომლის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებენ სხვადასხვა ტიპის ადამიანები. გასაგები მიზეზების გამო, თეორიულად ჩამოყალიბებული იდეალური მენეჯერის მოდელი უმეტესწილად ნაკლებად ემთხვევა რეალობას. მიუხედავად ამისა, არაიშვიათია შემთხვევები, როდესაც ხელმძღვანელი თანამდებობისათვის თითქოსდა საერთოდ შეუთავსებელი პიროვნება მრავალჯერ გადაინაცვლებს ერთი სავარძლიდან მეორეზე, მაშინ, როდესაც თითქოსდა უფრო ღირსეული პიროვნება მთელი ცხოვრების განმავლობაში შემსრულებლის როლში გეეელინება. მენეჯმენტის თეორიაში კარგად არის ცნობილი ეს ფენომენი, რომლის არსებობა აიხსნება არა მარტო სიტუაციური ლიდერობის არსებობით, არამედ იმ მართვის

ბერკეტების ამოქმედებით, რომელთა ემპირიულად გამოყენება ხელს უწყობს სუსტ მმართველს, შეინარჩუნოს თავისი პოზიცია სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე. უკანასკნელ წლებში შემოთავაზებულია მენეჯერთა მუშაობის მეთოდების კლასიფიკაცია, რომელიც საშუალებას იძლევა, საკმარისად ობიექტურად აკვსნათ სუსტი ხელმძღვანელის არსებობის ფენომენი.

ავტოკრატი – მას ახასიათებს დოგმატიზმი თავის მუშაობაში, იგი ნაკლებად ითვალისწინებს სხვის აზრს, ვერ იტანს შეპასუხებას, დამყარებული აქვს მკაცრი კონტროლი ხელქვეითებზე;

დემოკრატი – ორიენტირებულია ხელქვეითის შესაძლებლობებზე, მის თვითრეალიზაციისა და თვითკონტროლის უნარზე, ხელს უწყობს პერსონალის შემოქმედებით აქტიურობასა და ურთიერთთანამშრომლობას;

ლიბერალი – ცდილობს შენიღბოს საკუთარი გაუბედაობა და ორგანიზატორული უუნარობა გადამეტებული ზრუნვით და კონსულტირებით ყველა დონის თანამშრომლებთან, განსაკუთრებით კონკრეტული პრობლემების გადაჭრისას;

ბელადი–გორილა – უყვარს ხმაური, ცდილობს დაიკავოს რაც შეიძლება მაღალი პოზიცია ფორმალური და არაფორმალური კავშირების დამყარების პროცესში, ვერ იტანს განსხვავებულ მოსაზრებას, კრიტიკას;

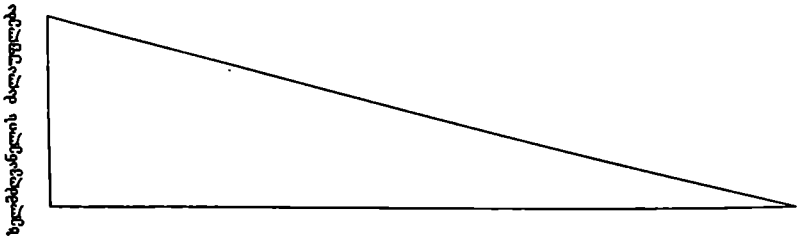
ხელმძღვანელი–შიმპანზე – აფასებს კოლექტივს, უბრალოა ურთიერთობაში, ხშირად იღიმება, აქვს ბევრი იდეა, ამასთან, ინტრიგების დიდოსტატია;

მენეჯერი – თავმდაბლად იქცევა, საიმედოა, შრომისმოყვარე და კომპეტენტურია, აქვს ინტუიცია ახლისადმი, ხშირად ასწრებს კონკურენტებს;

ბოსი–მაკაკა – მშვიდია, მდგრადია სტრესის მიმართ, კონცენტრირებულია მთავარზე, არ გადაუხვევს არჩეული გზიდან.

ნახატი 80

მენეჯერის მოქმედების სტილის ეფექტურობის სკალა



ხელმძღვანელის მუშაობის სტილი	ავტორიტარული	კონსულტაციური	კოლეგიალური	მიმტევებლური

ზემომოყვანილ სკალასთან შესადარებლად მოვიყვანთ მენეჯერის ტიპების შეფასების კიდევ ერთ კლასიფიკაციას, რომელიც აგრეთვე შემოთავაზებულია ამერიკელ ავტორთა მიერ.

მენეჯერი–პატერნალისტი – იგი ასრულებს „ოჯახის უფროსის" როლს და სათანადოდ ექცევა ხელქვეითებს. მენეჯერის ფსიქოლოგია ამ შემთხვევაში მდგომარეობს იმაში, რომ „იყოს სამართლიანი, და იმავდროულად მომთხოვნი".

მენეჯერი–მაკლერი – ამ ტიპის მენეჯერები ჭარბობს ეკონომიკური კრიზისის პერიოდში, როდესაც მეწარმეს აწუხებს ბაზრის შენარჩუნების ან გადატვირთვის

პრობლემა. მენეჯერი ყველა ღონეს ხმარობს, რათა გაასაღოს საქონელი ან მომსახურეობა.

ცხრილი 62

სხვადასხვა იერარქიული დონის მენეჯერთა როლების განაწილება

მართვის უმაღლესი რგოლი მთავარი ხელმძღვანელი ლიდერი პიროვნებათშორისო ურთიერთობების დამყარების როლები	• საქმართლებრივი და სოციალური ხასიათის მოვალეობების შესრულება • პასუხისმგებლობა ხელქვეითთა მოტივაციასა და აქტივაციაზე, კადრების შერჩევა და მომზადება • მმართველობითი ქმედებები ხელქვეითთა მონაწილეობით • უმთავრესი და განსაზღვრული გადაწყვეტილებების მიღება • ურთიერთობები გარეშე იურიდიულ პირებთან და წარმომადგენლობა ორგანიზაციებში
მართვის საშუალო რგოლი ხელმძღვანელები ცალკეული ფუნქციების ან პროექტების შესრულების მიხედვით გადაწყვეტილებების მომზადება და მიღება ინფორმაციული როლები რესურსების განაწილება ორგანიზაციაში	• შემუშავება და ამოქმედება სრულყოფის, ინოვაციების, წარმოებისა და განვითარების სტრატეგიის პროექტების, რომლებიც იწვევენ ცვლილებებს ორგანიზაციის სტრუქტურაში • კონტროლი პროგრამების შესრულებაზე • სპეციალიზებული ხასიათის მრავალფეროვანი მიმდინარე ინფორმაციის მიღება და ანალიზი, შიდა და გარეშე ფაქტორების ცვლილებების ანალიზი • ლიდერების მიერ ინფორმაციის დაჯგუფება და გადაცემა ორგანიზაციის წევრებისათვის, ცალკეული ფაქტების ინტერპრეტაცია და მასალების მომზადება უმნიშვნელოვანესი გადაწყვეტილებისათვის • ორგანიზაციის გარე კონტაქტებისათვის განკუთვნილი შეფასება და დამუშავება ინფორმაციისა, რომლებიც ეხება გეგმებს, პოლიტიკისა და ქმედებებს, დარგის საკითხებში ექსპერტად მოქმედი ორგანიზაციის მუშაობის შედეგების ანალიზი
მართვის დაბალი რგოლი ოპერატიული ხელმძღვანე-ლები ამოცანების მიცემა რესურსების განაწილება დარღვევების თავიდან აცილება	• კორექტივების შეტანა მართვის პროცესში მოულოდნელი დარღვევების აცილების მიზნით • მართვის პროცესის შიგნით ყოველგვარი რესურსების განაწილება; ტექნიკური კონტროლის განხორციელება ორგანიზაციის თანამშრომლებს შორის დამაკავშირებელი რგოლის ფუნქციების შესრულება • გადაწყვეტილებების მიღება პროდუქციისა და მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად

მენეჯერი–ორგანიზატორი — ამ ტიპის მენეჯერის ჩამოყალიბება მოხდა ისეთი მოვლენების ფონზე, როგორიცაა კორპორაციების ჩამოყალიბება, როდესაც საწარმოების გაფართოებამ შეუძლებელი გახადა ერთპიროვნული მმართველობის შენარჩუნება. ახალ პირობებში უფრო ოპტიმალურ გადაწყვეტილებას წარმოადგენდა ორგანიზაციის სათავეში დამდგარიყო არა წარმოების დამაარსებელი, არამედ მოწვეული პროფესიონალი-მმართველი.

მენეჯერი–მმართველი — მმართველობის ფუნქცია ტრადიციულია და მენეჯერს ანიჭებს დიდ ძალაუფლებას, რაც მან უნდა გამოიყენოს ორგანიზაციისა და მუშაკთა ინტერესების დასაცავად.

მენეჯერი–დიპლომატი — დღევანდელ პირობებში გაიზარდა მენეჯერის საშუამავლო ფუნქციები, რაც მოითხოვს სპეციფიკური ჩვევების ფლობას (მაგალითად მოლაპარაკებების მართვას, წარმომადგენლობითი ფუნქციების შესრულებას და ა.შ.).

მენეჯერი–ლიდერი – თანამედროვე გაგებით ლიდერის ფუნქციები შედგება ორი კომპონენტისაგან — პროფესიონალურ-ტექნოკრატიული და ემოციურ-პიროვნულისაგან. თეორიულად „ყოველი მენეჯერი უნდა იყოს ლიდერი".

მენეჯერი–აღმზრდელი — ეთიკურ პრობლემებს თანამედროვე მართვის თეორიაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. ამ კუთხით მუშაკთა პროფესიული ზრდა მენეჯერული ფუნქციების მნიშვნელოვან მხარეს წარმოადგენს.

მენეჯერი–ნოვატორი — ინოვაციების მნიშვნელობას ამტკიცებს მარტივი ჭეშმარიტება — ბევრად ადვილია შრომის ნაყოფიერებისა და ხარისხის ამაღლება ახალი ტექნიკისა და ტექნოლოგიების მეშვეობით, ვიდრე ძველი ტექნიკის აღდგენისა და სახსრების ეკონომიის გზით.

მენეჯერი–ადამიანი — რა თვისებები უნდა გააჩნდეს მენეჯერს წარმატებისათვის? შრომის მეცნიერული ორგანიზაციის მამამთავრის ტეილორის აზრით, იდეალურ მენეჯერს უნდა გააჩნდეს: გამჭრიახი გონება, განათლება, ტექნიკური ცოდნა, ძალა, ტაქტი, ენერგიულობა, სიმტკიცე, პატიოსნება და სხვ.

ფაიოლის აზრით, მენეჯერს უნდა გააჩნდეს განჭვრეტის უნარი, ორგანიზატორული ნიჭი, კომპეტენტურობა, კარგი ჯანმრთელობა, მაღალი კულტურა და ზნეობა. ამასთან დაკავშირებით, ინტერესმოკლებული არ იქნება მოვიყვანოთ მენეჯერის შეფასების სპეციალური სკალა.

ცხრილი 64

მენეჯერის შეფასების სკალა

მართვის უნარ-ჩვევები	პერსონალთან მუშაობა	პირადი ორიენტაცია	მუშაობის ხარისხი
• პოლიტიკა • სტრატეგია • დაგეგმვა • კოორდინაცია • ადმინისტრირება • რესურსების განაწილება • არასტანდარტული მიდგომა გადაწყვეტილებების მიღებასთან დაკავშირებით	• პარტნიორობა • თვითსწავლება • ხელქვეითთა სწავლება • მოტივაციების გათვალისწინება • ერთიანობა და კოორდინაცია • უფლებების დელეგირება	• შეუპოვრობა • რისკიანობა • მიზნებისადმი ერთგულება • ახლისადმი დამოკიდებულება • თანმიმდევრობა • კვალიფიკაციის ამაღლებაზე ზრუნვა	• დისციპლინა • შედეგების ეფექტურობა • ინიციატივობა • გადაწყვეტილებათა გაკონტროლების უნარი

23.6. მენეჯერის სოციალური პასუხისმგებლობა და ეთიკა

საორგანიზაციო ანუ კორპორაციული პასუხისმგებლობა საზოგადოების მიმართ აიძულებს მის პერსონალს, იმოქმედოს დასახული მიზნების მისაღწევად ისე, რომ დაიცვას საზოგადოების ინტერესებიც. გასაგებია, რომ მოგების მოხვეჭის მიზნით ზოგიერთი კომპანია შეგნებულად მიდის დარღვევებზეც, მაგრამ იქ, სადაც სახელმწიფო კონტროლი საკმარისად ძლიერია, შეუძლებელია ასეთი სახის ფართომასშტაბიანი დარღვევების წარმოდგენა. ამას ხელს უწყობს კორპორაციული საზოგადოებრივი პასუხისმგებლობის ისეთი პრინციპები, როგორიცაა: მოგების მიღება მხოლოდ კანონის დაცვის შემთხვევაში. საზოგადოებრივი ინტერესები ყველაზე კარგად

მაშინ არის დაცული, როდესაც არსებობს კანონისა და პოლიტიკური პროცესების აქტიური სამთავრობო რეგულირება, დარღვევებისათვის მკაცრი დამსჯელი ღონისძიებების არა მარტო დაწესება, არამედ გატარებაც. ეს კი აიძულებს კორპორაციებს და მათ მენეჯერებს, იმოქმედონ იმ გზებით, რომლებიც დაცვით ხორციელდებიან და საზოგადოების კეთილდღეობას სრულყოფენ. ამის კარგი მაგალითია კანადა, სადაც წარმოებას გაცილებით იაფი უჯდება გამწმენდი ნაგებობების აშენება, ვიდრე იმ ჯარიმების გადახდა, რომლებიც დაწესებულია გარემოს გაბინძურების შემთხვევაში. მართალია, მაღალი ხარჯების თავიდან აცილების მიზნით, ბევრი კორპორაცია ცდილობს გადააადგილოს მავნე წარმოება იმ ქვეყნებში, სადაც კანონი ან მთავრობა გაცილებით ლმობიერად ექცევა დამრღვევებს, რისი მაგალითიც ჩვენში უკვე საკმარისად ხშირია. მაგრამ საგულისხმოა, რომ აშკარა დარღვევებზე უმეტეს ქვეყნებში დღესდღეობით ვერ მიდიან ვერც ადგილობრივი და ვერც საერთაშორისო ბიზნესის წარმომადგენლები.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, განასხვავებენ მენეჯმენტის სოციალური პასუხისმგებლობის შემდეგ სფეროებს: **ეკონომიკურს, თერიდიულ–სამართლებრივს, ეთიკურს და პირადს.** ამასთან საგულისხმოა, რომ მენეჯერი სოციალურად პასუხისმგებელია შემდეგი საზოგადოებრივი ჯგუფების მიმართ: აქციონერები, თანამშრომლები, მომხმარებლები, მთლიანად საზოგადოება, ადგილობრივი და საერთაშორისო საერთო ინტერესების მქონე მეწარმეთა ჯგუფები და ა.შ.

- **გროსმანის კანონი** – რთულ პრობლემებს ყოველთვის გააჩნიათ მარტივი, ადვილად მისაწვდომი, მაგრამ არასწორი გადაწყვეტილებების გზები;
- **ხელრინგის კანონი** – მოიცადე და ცუდი თავისით გაქრება;
- **კეიტ–მერფის თეზისი** – ოპტიმისტს კარგი ცნობით ვერ გააკვირვებ;
- **მერფის კანონი** – თუ შესაძლებელია მოხდეს რამდენიმე არასასიამოვნო ამბავი, უფრო ხშირად ეს ყველაზე არაკეთილსასურველი თანმიმდევრობით ხდება;
- **ეკანსისა და ბერნსის კანონი** – რა მოულოდნელი უსიამოვნებაც არ უნდა მოხდეს, ყოველთვის გამოჩნდება ვინმე, რომელიც იტყვის, რომ მან ეს იცოდა;
- **ლინნის კანონი** – როდესაც მოვლენები ცუდად ვითარდება, მტერიც და მოყვარეც თავს გარიდებს;
- **ფერგიუსონის კანონი** – სიტუაცია უკუქცევადი ხდება, როდესაც შეუძლებელია უთხრა შენს პარტნიორს: „მოდი, ყველაფერი დავივიწყოთ და საქმე თავიდან დავიწყოთ";
- **რუნის კანონი** – თუ თქვენთვის სულ ერთია, სად იმყოფებით, რაიმე გამოსავალი ყოველთვის გამოიძებნება.

არსებობს მოსაზრება, რომ სოციალური პასუხისმგებლობა და კამპანიის საქმიანობა, მისი წარმატება ურთიერთგამომრიცხავი ცნებებია, ხშირად კი ერთდროულად მიუღწეველია. მიუხედავად ამისა, საგულისხმოა, რომ საზოგადოების ინტერესებზე ორიენტირებულ ორგანიზაციულ საქციელს ყოველთვის გააჩნია დადებითი გრძელვადიანი ეფექტი.

საზოგადოებრივ ინტერესებზე რეაგირება ხორციელდება ორი პროცესის საშუალებით, პირველი – სოციალური მოთხოვნებისა და მოლოდინის მონიტორინგის მეთოდების დამყარებით, და მეორე – საზოგადოებრივი ურთიერთობების მექანიზმების განვითარებით.

კორპორაციული სოციალური პასუხისმგებლობის და სოციალურ ინტერესებზე რეაგირების საკითხი, საბოლოო ჯამში, დამოკიდებულია მენეჯმენტის ეთიკურ სტანდარტებზე.

განირჩევა სამი ტიპის მენეჯმენტის ეთიკური სტანდარტები. ესენია: **იმმორალური, ამორალური** და **მორალური**. ამორალურია მენეჯერული ეთიკა, როდესაც უგულებელყოფილია ყოველგვარი მორალური სტანდარტები, იმმორალურია – საქციელი, რომელიც არც მორალურია და არც ამორალური.

თავის მხრივ, მორალური ეთიკის სტანდარტების ერთ-ერთი ვარიანტი შეიძლება ჩამოყალიბებულ იქნას ე.წ. მენეჯმენტის ეთიკური მეგზურის საშუალებით: „დაემორჩილე კანონს, ილაპარაკე სიმართლე, გამოხატე პატივისცემა, იმოქმედე ყოველთვის, როდესაც გაქვს პასუხისმგებლობა, საკუთარი თავის იმედით, და არა სხვისი პატრონაჟის ქვეშ, ნუ ჩაიდებ გულში ბოღმას, ნუ იქნები მავნებელი და ა.შ".

მენეჯმენტის ეთიკური მიმართულების განვითარებისათვის საჭიროა, რომ მენეჯერი რეალურად აფასებდეს თავის დონეს და იცავდეს სათანადო სტანდარტს. მენეჯერის უპირველესი ამოცანაა, იმოქმედოს ისე, რომ ორგანიზაციის წევრებმა შეასრულონ თავიანთი დავალებები ეთიკური ნორმების ფარგლებში. ეს კი მოითხოვს მისგან სათანადო ზნეობრიობას, იმ მექანიზმების გამოყენების ცოდნას, რომლებიც ხელს შეუწყობენ ეთიკური კოდექსების დაცვას.

24.7. ინტერესთა და მოტივაციის ბუნება მენეჯმენტში

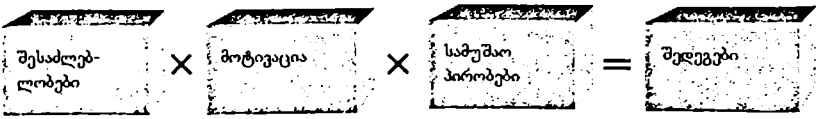
ადამიანი, უმეტესწილად, ახორციელებს განსაზღვრულ ქმედებას გარკვეული მოტივაციის ან ინტერესების საფუძველზე.

მოტივაცია, ესაა განსჯადი ძალები, რომლებიც სტიმულს უქმნიან ადამიანის გარკვეულ საქციელს, მიმართულებას აძლევენ ქმედებებს და საფუძვლად ედებიან შეწინააღმდეგების ტენდენციებს. მოტივაციის პროცესი დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა: მოთხოვნა, განსჯითი აქტიურობა (პროცესი, ქმედება) და კომპენსაცია ან გაძლიერება.

ტერმინი „მოტივი" გულისხმობს ქმედების, საქციელის გამომწვევ მიზეზს, სურვილს, დაკავშირებულს სუბიექტის მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილებასთან. მოთხოვნილება, თავის მხრივ, მოტივაციის ფორმირების საფუძველია. მოტივი კი შეიძლება წარმოისახოს როგორც მისწრაფება, რომელიც განსაზღვრავს ადამიანის მოქმედების მიმართულებას. მოტივაციის წარმოშობის საერთო მექანიზმად მოთხოვნილების რეალიზაციის შესაძლებლობა გვევლინება. შესაძლებლობის რეალიზაცია კი, თავის მხრივ, მოქმედებისა და ქცევის საშუალება ხდება.

ნახატი 64

პერსონალის შესაძლებლობების მოტივაციისა და სამუშაო პირობების ურთიერთდამოკიდებულება



თითოეული ინდივიდის ქცევაზე დიდ გავლენას ახდენს მისი მიკროსოციალური გარემო. ამ ფაქტის აღიარება დაკავშირებულია ჯ. მეიოს გამოკვლევებთან, რომელმაც საფუძველი ჩაუყარა მენეჯმენტში ბიჰევიორისტული (ქცევითი) მიმართულების განვითარებას.

მენეჯმენტში ადამიანის ქცევის 3 ასპექტს განიხილავენ:

- ცალკეულ ადამიანთა ქცევას;
- ადამიანთა ქცევას ჯგუფებში და მენეჯერის, როგორც ჯგუფების, ასევე ცალკეულ ადამიანების ქცევაზე მოქმედების სუბიექტის გავლენას;
- ადამიანის ქცევას, როგორც ინდივიდუალურ თვისებას და გარემო ფაქტორების ზემოქმედების შედეგს.

ნებისმიერი ორგანიზაციის მენეჯერი მოწოდებულია შექმნას სიტუაცია, რომელიც უზრუნველყოფს თითოეული თანამშრომლის ქცევის ხელსაყრელი ტიპის ჩამოყალიბებასა და შენარჩუნებას. აშკარაა, თუ ხელმძღვანელს სურს, რომ კოლექტივის თითოეული წევრი მაქსიმალურად მონაწილეობდეს დასახული ამოცანის გადაწყვეტაში, იგი არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ საწარმოო საკითხების გადაწყვეტით, არამედ გამოიყენოს სტიმულირების სხვა მექანიზმებიც. ადამიანის ქცევას განსაზღვრავს მთელი რიგი ფსიქოლოგიური ფაქტორი, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია ნებისმიერი დონის მენეჯერის მუშაობის პროცესში:

ინტერესი ადამიანს გარკვეული მოქმედებისკენ წარმართავს, ამიტომ იგი არსებითად დაკავშირებულია ამა თუ იმ მოქმედების ტენდენციასთან, რასაც ჩვეულებრივ **მიდრეკილებას** უწოდებენ.

აღქმა მიგვანიშნებს, თუ რამდენად რეალურია მოცემულ სიტუაციაში ადამიანის მოთხოვნების დაკმაყოფილების მოლოდინი. თუ მოლოდინი რეალურია, ადამიანიც უფრო ქმედითუნარიანია. ეს პრინციპი მოტივაციისა და ინტერესების ფორმირების ამოსავალ წერტილს წარმოადგენს.

მრწამსი, შეხედულებები და დამოკიდებულებანი. ადამიანები განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან თავიანთი განწყობით, ანუ დამოკიდებულებით რაიმეს მიმართ. თუ ხელმძღვანელს მიაჩნია, რომ მუშაკის საქმის შესრულებისადმი განწყობა უარყოფითი ან ინდიფერენტულია, მან დროულად უნდა გად

ამიტომ იგი აუცილებლად უნდა ითვალისწინებდეს შემსრულებელთა ჯგუფურ და ინდივიდუალურ ქცევას, მის სოციალურ-ფსიქოლოგიურ მახასიათებლებს.

ადამიანის მიდრეკილება და ნიჭიერება მჭიდროდაა დაკავშირებული მის უნართან.

ტერმინი „მიდრეკილება" გულისხმობს ადამიანის პოტენციალს რაიმე კონკრეტული სამუშაოს შესრულების მიმართ.

მოთხოვნა ზოგჯერ განიმარტება როგორც ადამიანის მიერ ფსიქოლოგიური ან ფიზიოლოგიური უკმარისობის შეგრძნება, რასაც არსებითი მნიშვნელობა აქვს შრომითი მოტივაციის ფორმირების პროცესში. ბაზისური, ძირითადი მოთხოვნები — ფიზიოლოგიური (კვების, სითბოს მიმართ) ან ფსიქოლოგიური (სულიერი თანამონაწილეობა, ურთიერთობა სხვა ადამიანებთან) ხასიათისაა. შესაძლოა, ადამიანებს ჰქონდეთ მოთხოვნა, რათა სხვაზე იქონიონ გავლენა, მაგრამ ეს შეიძლება არც გადაიზარდოს მოთხოვნილებად, თუ არ იქნება დაკმაყოფილებული ბაზისური მოთხოვნილებანი.

მოთხოვნის თეორიის მიხედვით ჩვენ ვმოქმედებთ იმიტომ, რომ გაგვაჩნია შინაგანი მოთხოვნა, რომლის დაკმაყოფილებასაც ვცდილობთ.

ფართოდ გავრცელებული მასლოუს იერარქიის თეორიის თანახმად, ჩვენი მოთხოვნები ყალიბდება ხუთი დონის მიხედვით, დაწყებული ფიზიოლოგიური და დამთავრებული თვითგამოვლენის მოთხოვნის დაკმაყოფილებით.

ცხრილი 82

მასლოუს აუცილებლობის (მოთხოვნილების) იერარქია

აუცილებლობის (მოთხოვნილების) იერარქია	აღსრულების შესაძლებელი საშუალებები
თვითგამოვლენის მოთხოვნილება	*ხელსაყრელი მომენტი ინოვაციის და შემოქმედებისათვის; სწავლება; პროექტებზე გამოხმაურება*
აღიარების მოთხოვნილება	*მნიშვნელოვანი პროდუქტი; პატივისცემა; ოფისის პრესტიჟული მდებარეობა, სიმდიდრე*
მიკუთვნების (სოციალურ ჯგუფებზე) მოთხოვნილება	*კარგი თანამშრომელი; თანასწორობა; უფროსობა (ზედამხედველობა)*
უსაფრთხოების მოთხოვნილება	*უხიფათო სამუშაო; სარგებლიანობა (სიცოცხლის დაზღვევა); უსაფრთხოების შენარჩუნება*
ფიზიოლოგიური მოთხოვნილება	*ხელფასი, სამუშაო სივრცე, კომფორტული სამუშაო ადგილი*

ERG თეორია, მასლოუს თეორიისაგან განსხვავებით, მოთხოვნების სამ დონეს ემყარება, თუმცა იგი ასევე ამახვილებს ყურადღებას მემკვიდრული ფაქტორების გადამწყვეტ მნიშვნელობაზე. მა'კლელანდის თეორიის თანახმად, შესაძლოა მოთხოვნების ჩამოყალიბება ცხოვრების გამოცდილებიდან გამომდინარე.

განსჯითი თეორიები (ანუ სხვანაირად — პროცესის თეორიები) ცდილობენ გამოყონ აზრობრივი მოდელები (წარმოსახვები), რომლებსაც ჩვენ ვიყენებთ იმის გადასაწყვეტად, თუ როგორ მოვიქცეთ განსაზღვრულ (განსაკუთრებულ) პირობებში.

განსჯითი პროცესის ძირითადი ტენდენცია ასეთია: ძალისხმევა, რომელიც ჩვენ უნდა გავხარჯოთ და ანაზღაურება, რომელიც ჩვენ შეგვიძლია მივიღოთ.

ამ იდეის განხორციელების პროცესში ჩამოყალიბდა რამდენიმე ახალი თეორია, რომელმაც საკმარისად დიდი გავრცელება პპოვა.

განსჯითი პროცესის შესაბამისობის ანუ **სამართლიანობის თეორიის** მიხედვით ინდივიდი ცდილობს ჩამოაყალიბოს მოთხოვნები და იმოქმედოს ისე, რომ დაამყაროს ბალანსი საკუთარ და მის გარშემო მყოფი კოლეგების შრომას შორის — ე.წ. ეფექტურობის კოეფიციენტი, რომლის მიხედვითაც ფასდება ინდივიდის შესაძლებლობები (განათლება, ჩვევები, გამოცდილება, მუშაობის რიტმი, მიღწეული შედეგი და ა.შ.), შეფარდებული მუშაკის მიერ მიღებულ მატერიალურ ან მორალურ კომპენსაციასთან (ხელფასი, პრემია, უფროსის შექება, შეღავათები).

გაძლიერება/კომპენსაციის თეორიის მიხედვით ჩვენი საქციელი შეიძლება აიხსნას მისი შედეგებით, მნიშვნელობით. თუ საქციელი შეესაბამება სიტუაციას, გარდა იმისა, რომ შესაძლებელია წახალისდეს, იგი ხელს შეუწყობს განსჯებს, რათა განამტკიცოს ანალოგიური ქცევა. არაადეკვატური საქციელი, როდესაც ზედმეტია დაჯილდოებაზე ფიქრი, განსჯის პროცესზე მაინც ახდენს დადებით გავლენას, ვინაიდან ხელს უწყობს გადაწყვეტილების მიღებას იმის შესახებ, თუ რა მიმართულებით უნდა იქნას გაწეული სათანადო ძალისხმევა უკეთესი შედეგების მიღწევის მიზნით. „ეფექტის კანონის" მიხედვით, თუ ქმედებას (საქციელს), რომელსაც თან ახლავს დადებითი შედეგი, ახასიათებს ტენდენცია განმეორადობისკენ, მაშინ უარყოფითი შედეგის მქონე ქმედებების განმეორების ვარაუდი გაცილებით ნაკლებია.

სოციალური შემეცნების (სწავლების) თეორია აერთიანებს ზემოაღნიშნულ ორივე ტიპის მიდგომას და ამტკიცებს, რომ შემეცნებას ვაღწევთ ჩვენი საქციელის, სხვადასხვა ინდივიდუალური ფაქტორის და გარემო ძალების ხანგრძლივი და უწყვეტი ურთიერთგავლენის შედეგად.

ადამიანებს ყოველთვის აქვთ მოთხოვნილებები, რომლებიც მათი მოქმედების მოტივაციასა და ინტერესებს წარმოშობს. ამიტომ, მართვის პროცესში ყოველთვის გასათვალისწინებელია ინტერესები, რომელთა მეშვეობით შესაძლოა საჭირო გზით წარიმართოს გარეშე შემსრულებელთა მოქმედება ერთი შეხედვით ყოველგვარი ადმინისტრაციული ჩარევის გარეშე. მენეჯერმა აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს აღნიშნული გარემოება ადამიანებთან ურთიერთობაში.

გამოყოფენ პირად, ჯგუფურ და საერთო-სახელმწიფოებრივ ინტერესებს.

პირადი ინტერესები — პირადი ინტერესების სფეროშია როგორც ადამიანის პირადი კეთილდღეობა, ასევე შემსრულებელთა შრომის პირობების გაუმჯობესება, მათი კვალიფიკაციის ამაღლება და ა.შ. რაც სხვა საკითხებთან ერთად დაკავშირებულია მომსახურების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარებასთან.

ნებისმიერი რანგის მენეჯერი უნდა მიისწრაფოდეს, ხელი შეუწყოს ყოველი თანამშრომლის მაღალნაყოფიერ შრომას.

ორგანიზაციის თითოეული წევრის პირადი ინტერესები ჯგუფურ ინტერესებთან არის დაკავშირებული. ჯგუფური ინტერესები, ერთი მხრივ, შედგება კოლექტივის წევრების პირადი ინტერესების ერთიანობისაგან, ხოლო მეორე მხრივ, ეს ერთიანობა თავის გავლენას ახდენს კოლექტივის ცალკეული წევრის პირად ინტერესებზე. ის, რაც ხელსაყრელია კოლექტივისათვის, მიმზიდველი უნდა იყოს მისი ცალკეული წევრისათვის და პირიქით, რაც არაა ხელსაყრელი კოლექტივისათვის, უნდა შეიზღუდოს ცალკეული მუშაკის საქმიანობაში (სათანადო ეკონომიკური, თუ სამართლებრივი ჩარჩოების განსაზღვრით). ამიტომ, მენეჯერის პირდაპირი მოვალეობაა, რათა კოლექტივის ყოველი წევრის საქმიანობა დაუქვემდებაროს ერთიან, სასურველ მიმართულებას. ამის გარეშე წარმოუდგენელია რაიმე წარმატების მიღწევა, მათ შორის ნებისმიერ საწარმოო ეკონომიკურ სფეროში.

კოლექტივის თითოეული წევრის კეთილდღეობა დამოკიდებულია არა მარტო პირად ან მთლიანად საწარმოოს წარმატებით საქმიანობაზე, არამედ ქვეყნის ეკონომიკურ სიძლიერეზე. ამიტომ მენეჯერმა უნდა გაითვალისწინოს ეს გარემოებაც, ვინაიდან ორგანიზაციის პირადი და ჯგუფური ინტერესები არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს საერთო სახელმწიფოებრივ ინტერესებს.

ძირადი, ჯგუფური და საერთო-სახელმწიფოებრივი ინტერესების დაკმაყოფილების ეკონომიკური ფორმები ძალზე მრავალფეროვანია. მათ შორის წამყვანი ადგილი უჭირავს: ფინანსებს, საბაზრო კონიუნქტურას, კრედიტს, მატერიალური წინსვლის სხვადასხვა ფორმის გამოყენებას და ა.შ.

როგორც აღინიშნა, საქმის სწორ ვარიოლას მენეჯერი მხოლოდ ეკონომიკური ზემოქმედების მეთოდებით ვერ უზრუნველყოფს. ნებისმიერი ორგანიზაციის მუშაკთა საქმიანობა მოითხოვს კოორდინაციასა და რეგულირებას, კონტროლსა და ორგანიზაციას, რაც, ძირითადად, ადმინისტრაციული მეთოდების გამოყენებით ხორციელდება.

არსებობს საერთო ხასიათის მოტივაციის ტიპები, რომელთაც დიდი მნიშვნელობა აქვთ მენეჯმენტში. შრომისადმი მოტივაცია პიროვნებას უყალიბდება მომავალი სამუშაოს არჩევის მომენტიდან, ორგანიზაციის საქმიანობის გაცნობიდან. ამიტომ, მენეჯმენტის თეორიაში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს ყველა იმის შეფასებას, თუ რა გზები არსებობს შრომისადმი ძლიერი მოტივაციის ჩამოყალიბების საქმეში. ახალ სამუშაო ადგილზე პიროვნების ადაპტაციას ბევრად განაპირობებს მისი ძლიერი ან სუსტი მოტივაცია დავალებული საქმის ხარისხიანად შესრულებისადმი.

ადამიანის საქმიანობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოლოდინის ფაქტორს, ანუ იმას, თუ რას ელის იგი თავისი შრომის საფასურად.

მოლოდინსა და საერთოდ ქცევაზე აქტიურ ზემოქმედებას ახდენს აღქმის პროცესი. მენეჯმენტის პრაქტიკასთან მიმართებაში, აღქმა შეიძლება განვმარტოთ, როგორც შეგრძნების გზით მიღწეული ინტელექტუალური შეცნობა. აღქმა საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ, თუ რა არის ფასეული კონკრეტული პიროვნებისათვის. ამიტომ, მენეჯმენტის განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს ისეთი საკვანძო საკითხები, როგორიცაა:

სამუშაოზე მიღება. ის შთაბეჭდილება, რომელიც ადამიანს სამუშაოზე მოწყობისას შეექმნება, ბევრად განაპირობებს მის შემდგომ ქცევას.

ალბათ კონკრეტულ პასუხს ვერ მივიღებთ კითხვაზე, თუ როგორი შთაბეჭდილება დარჩა მუშაკს მისი კოლექტივში საქმიანობის დაწყებიდან, მაგალითად, მეათე დღეს, მაგრამ მუშაობის დაწყების პირველი დღე თითქმის ყოველთვის დასამახსოვრებელია. ეს ხდება არა მარტო იმიტომ, რომ ადამიანს უფრო დეტალურად დიდხანს ახსოვს მოვლენის დასაწყისი და დასასრული, არამედ იმიტომაც, რომ იგი ცდილობს, რაც შეიძლება სწორად გაითავისოს მისთვის ახალი საქმიანობის სფერო. ამიტომ ადაპტაციის ამ ეტაპზე მენეჯერმა მეტი ყურადღება უნდა დაუთმოს თანამშრომელს, თანდათან, ადვილი დავალებიდან გადავიდეს უფრო რთულზე, მისცეს საშუალება სპეციალისტს, გამოავლინოს თავისი შესაძლებლობანი.

პერსპექტივის შესახებ. უკვე აქსიომად იქცა, რომ უპერსპექტივო სამუშაო ახშობს ადამიანში მოტივაციას შემოქმედებითი შრომისადმი, და პირიქით, პერსპექტივის შეცნობის შემთხვევაში იგი უყოყმანოდ ცდილობს არა მარტო მუშაობის გააქტიურებას, არამედ კვალიფიკაციის ამაღლებას და შემდგომ დაოსტატებას.

შრომის ანაზღაურებისა და სტიმულირების სისტემის სამართლიანობა. მოტივაციის განმტკიცებისათვის საჭიროა ხელფასის ფონდის სამართლიანი განაწილება. ამასთან დაკავშირებით დიდ მნიშვნელობას იძენს შრომითი კოლექტივის მიერ შესრულებული სამუშაოს შეფასების ერთიანი კრიტერიუმის გამოყენება, რომელიც ნათელი და გასაგები უნდა იყოს იმ ადამიანებისათვის, რომელთა მიმართაც იგი გამოიყენება. შრომის ანაზღაურების წესი სამართლიანად უნდა ჩათვალოს არა მარტო ხელმძღვანელობამ, ან თანამშრომელთა გარკვეულმა ჯგუფმა, არამედ კოლექტივის უმეტესობამ. გასათვალისწინებელია, რომ შემსრულებელთა შრომისადმი მოტივაციაზე უარყოფითად მოქმედებს ისეთი სიტუაცია, როდესაც უპირატესობას

ანიჭებენ გამორჩეულ პირებს (მაგალითად, თუ უქმნიან უკეთეს პირობებს ახალ თანამშრომელს და ივიწყებენ ვეტერანებს).

შესრულებული სამუშაოს მნიშვნელობის რწმენა. შემსრულებელია მოტივაციისა და დაინტერესების გაძლიერების ერთ-ერთი ფაქტორია რწმენა, რომ მათ მიერ გაწეული მუშაობა და მასთან დაკავშირებული ფუნქციები მეტად საჭირო და სარგებლიანია ორგანიზაციისათვის. ამიტომ, ცალკეული მუშაკის და მთლიანად კოლექტივის მიერ შესრულებულ სამუშაოს ხელმძღვანელი პერიოდულად უნდა აფასებდეს.

მონაწილეობა კოლექტივის წევრთა გადაწყვეტილებათა მიღებაში. კოლექტივის წევრთა მონაწილეობის გაფართოება გადაწყვეტილების შემუშავებასა და მიღებაში ნებისმიერი რანგისა და კვალიფიკაციის მუშაკისათვის მოტივაციის მძლავრ ფაქტორს წარმოადგენს. ამ ფაქტორის გამოყენება უზრუნველყოფს შრომის მაღალ მწარმოებლურობას, ქმნის დადებით შრომით ატმოსფეროს, ზრდის ხარისხს, ავლენს ინიციატივიან და ნიჭიერ ადამიანებს.

სამუშაო დროის ელასტიკურობა. დასავლეთში საკმაოდ ფართოდ გამოიყენება ისეთი მეთოდი, როგორიცაა ელასტიკური სამუშაო გრაფიკი.

ამ მეთოდის შემოღება იოვალისწინებს, რომ პიროვნების სამუშაოზე გამოცხადება ან სამუშაოს დამთავრება დაკანონებული არ არის, მაგრამ იგი აუცილებლად უნდა იმყოფებოდეს სამუშაო ადგილზე დროის იმ პერიოდში, როდესაც ეს ორგანიზაცია საჭიროებს. სამუშაო რეჟიმის ასეთი წესი შეიძლება დავასაბუთოთ შემდეგი გარემოებით:

ადმინისტრაციულ საქმიანობაში, დროის სხვადასხვა მონაკვეთში მუშაობის ტემპი არათანაბარია. ამის გამო თანამშრომელთა დატვირთვაც სხვადასხვაა, ამიტომ, თუ პიროვნებას აწყობს სამუშაო დროის გადაწეა ორი ან სამი საათით ადრე ან გვიან, ეს სრულიად დასაშვებია.

1. ელასტიკური სამუშაო დროის დაწესება ხელს უწყობს უფრო რითმულ, მიზანმიმართული და, რაც განსაკუთრებით ხაზგასმულია, ხარისხიან მუშაობას.
2. ელასტიკური სამუშაოს დროის კონცეფცია გამორიცხავს დამატებითი პერსონალის (მაგალითად, მეტაბელის) არსებობას, ამცირებს კონფლიქტების სიხშირეს და ა.შ. აშკარაა, რომ ელასტიკური სამუშაო გრაფიკის გამოყენება შესაძლებელია იმ კოლეტივში, სადაც მოქმედებს საშემსრულებლო დისციპლინის შემოწმების მძლავრი სისტემა, თანამშრომელმა კი კარგად იცის, რომ ყოველ სერიოზულ დარღვევას მოყვება უმკაცრესი ზომები.

ემოციური დაძაბულობის მოხსნის აუცილებლობა. ადამიანის ფსიქიკაში ხშირად წარმოიშობა ემოციური დაძაბულობის შეფერხებები, რაც, თავის მხრივ, აძნელებს, შექმნილი სიტუაციის სწორ აღქმას, გადაწყვეტილების დროულ მიღებას. ზოგჯერ, ადამიანი კარგავს ჩვეულ შრომისუნარიანობას, ვერ ახერხებენ მოვლენების ობიექტურ შეფასებას, მას ეუფლება დეპრესია და სხვ.

ამ პრობლემის გადალახვის ერთ-ერთი გზაა ე.წ. არადირექტიული კონსულტირება, რომელიც გულისხმობს თანამშრომლის არაფორმალურ გასაუბრებას უშუალოდ უფროსთან. მენეჯერის უნარი, მოუსმინოს თანამშრომელს და მისცეს მას აზრის გამოთქმის საშუალება, ბევრად უწყობს ხელს ფსიქოლოგიური წონასწორობის აღდგენას.

საგულისხმოა, რომ ამ ფუნქციის შესრულება, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, დამოკიდებულია მენეჯერის უნარსა და კომპეტენციაზე.

ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი შედგება მრავალმხრივი მოქმედებისგან, რომლებიც მიმართულია ორგანიზაციის მოქმედების ეფექტურობისა და ხარისხის ამაღლებაზე. ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი მოიცავს ისეთ მიმართულებებს, როგორებიცაა: ადამიანური რესურსების დაგეგმვა, კადრების მოზიდვა, კადრების განვითარება და შეფასება, შრომის ანაზღაურება, თანამშრომლებთან საქმიანი დამოკიდებულების დამყარება და ა.შ.

24.8. ინოვაციებისა და ცვლილებების მართვა

მზარდი კონკურენციის პირობებში ცვლილებებისა და ინოვაციების მართვას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ნებისმიერი ორგანიზაციის საქმიანობაში. თუ *ცვლილებები* ორგანიზაციის სტატუსის ნებისმიერი სახის ცვალებადობას გულისხმობს, *ინოვაცია* წარმოადგენს ახალი იდეების გამოყენებას. ცვლილებებისა და ინოვაციების დანერგვა შეიძლება განაპირობოს როგორც ორგანიზაციის გარე, ასევე შიდა ძალებმა.

ინოვაციების დანერგვას გარკვეული საორგანიზაციო საფეხურები გააჩნია. ესენია: სამეწარმეო, კოლექტიურობის, ფორმალიზაციის და სრულყოფის საფეხურები. მათი გავლა შესაბამისად მოითხოვს სათანადო ცვლილებების გატარებას. გასათვალისწინებელია, რომ ამ ცვლილებებმა შეიძლება არა მარტო ხელი შეუწყოს, არამედ დაამუხრუჭოს ინოვაციების დანერგვა. მენეჯერი მხარს არ უჭერს მათ. ცვლილებების განხორციელების უუნარობამ ან ჩაავრდნამ, თავის მხრივ, შეიძლება მიგვიყვანოს საბოლოო ორგანიზაციულ წარუმატებლობამდე.

ცვლილებების განხორციელების წინააღმდეგობების გადალახვის პროცესის დაგეგმვაში, მენეჯერმა, უპირველეს ყოვლისა, უნდა გაიგოს, თუ რატომ ეწინააღმდეგებიან ადამიანები ცვლილებებს. ამის მთავარი მიზეზები შეიძლება იყოს: პირადი თავდაცვითი ინტერესი, ცვლილებების დანერგვის საჭიროების არასწორი გაგება და სხვ. ამიტომ მენეჯერს ესაჭიროება ცვლილებების განხორციელების მიმართ მოსალოდნელი წინააღმდეგობების გადალახვის გარკვეული მეთოდების ფლობა, საკითხის კარგი ცოდნა, კომუნიკაბელურობა, საკითხის დასაბუთების და შეთანხმების უნარი, მან აქტიურად უნდა გამოიყენოს თავისი შესაძლებლობები, რათა შეძლოს საჭირო მხარდაჭერა, ზოგ შემთხვევაში მოახდინოს საზოგადოებრივი აზრის მანიპულირება, არ უნდა მოერიდოს დაძალების მეთოდების გამოყენებასაც.

ცვლილებების ან ინოვაციების დაგეგმვის პროცესში ზოგჯერ გამოიყენება სპეციალური მეთოდი – **ძალების ველის ანალიზი.** იგი ეხმარება მენეჯერს, გაარკვიოს მამოძრავებელი და მოწინააღმდეგე ძალები, რომელნიც დამახასიათებელია ორგანიზაციის მოქმედების გარემოსათვის, დადგენილია, რომ გაცილებით იოლია შემცირდეს წინაალმდეგობა, ვიდრე გააქტიურდეს ცვლილებათა მამოძრავებელი ძალები.

თითქმის ყოველთვის, ძირითადი ცვლილებების განხორციელება ესაჭიროება ერთ ან მეტ ორგანიზაციულ კომპონენტს: სტრუქტურას, ტექნოლოგიას, ადამიანურ რესურსებს და ა.შ.

ორგანიზაციული განვითარება – ესაა წინასწარ დაგეგმილი ცვლილებები მთლიანად ორგანიზაციისათვის ან მისი ნაწილისათვის, შიდა ან გარე ძალების დახმარებით განხორციელებული ორგანიზაციული ცვლილებები მთლიანობაში ეითარდება შემდეგი საფეხურებით: არსებული მდგომარეობის ანალიზი, ორგანიზაციის მზადყოფნის შეფასება მოსალოდნელი ცვლილებებისა ან ინოვაციების დანერგვისათვის, ჩარევა და მიღებული შედეგების შეფასება.

არაშვიათად ცვლილება მრავალგანზომილებიანია, ამიტომ მისი განხორციელება მოითხოვს სათანადო გუნდის შექმნას.

ცვლილებები 3 ტიპად იყოფა:

1. **ევოლუციური ტიპის ცვლილება**, რომელიც ნელა, ნაბიჯ-ნაბიჯ მიმდინარეობს ყოველგვარი გარეშე ჩარევის მიუხედავად, ერთი შეხედვით თვითდინებით და რომელსაც ზოგჯერ ე.წ. „მუტაციური" სახის გარდაქმნა ახასიათებს.
2. **ავტოკრატული ტიპის ცვლილებება**, რომელიც ცენტრალიზებულად ხორციელდება ზემოდან ქვემოთ ერთპიროვნული გადაწყვეტილების საფუძველზე.
3. **მართვადი ტიპის ცვლილება**, რომელიც გარკვეული ზემოქმედების შედეგია. ეს ზემოქმედება ხელს უწყობს ცვლილების წარმართვას (ნავიგაციას).

ევოლუციური ტიპის ცვლილებები ყველაზე ხშირად ბუნებაში მიმდინარე პროცესებს ახასიათებს, მაშინ, როდესაც ავტოკრატული ცვლილებები მენეჯერების პრეროგატივაა.

ცვლილებები შესაძლოა იყოს შემდეგი სახის:

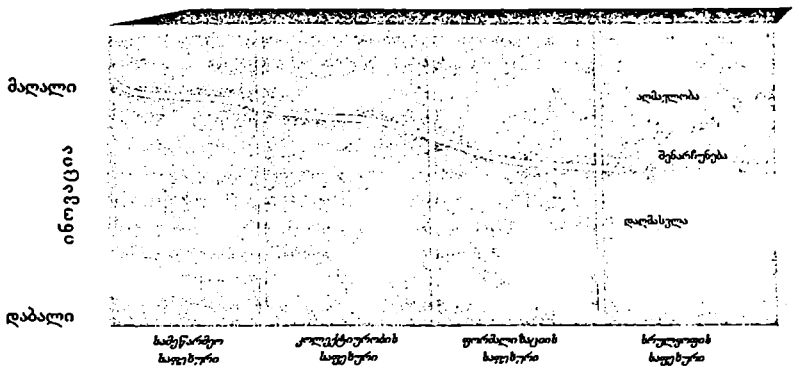
1. სტრუქტურული;
2. სტრატეგიული;

3. ტექნოლოგიური (დაკავშირებული აპარატურისა და ტექნოლოგიების განახლების აუცილებლობასთან);
4. პროდუქციისა და მომსახურების (ისინი გამომდინარეობენ რაოდენობრივი და სტრუქტურული ცვლილებებიდან);
5. კულტურული ცვლილებები (განპირობებულია სისტემის ცვლილებების ზემოქმედებით სუბიექტურ სფეროზე).

ცვლილების მიმართ ადამიანებს გააჩნიათ ერთგვარი რეზისტენტულობა. იგი წარმოადგენს ადამიანის ბუნებრივ რეაქციას გაურკვევლობაზე და განპირობებულია ბუნდოვანი მომავლის შიშით, ჩვეული ცხოვრების წესის შეცვლის საშიშროებით და სხვ. ასეთი სიტუაცია სათანადო მუშაობის გარეშე, რომელიც მიმართული უნდა იყოს სიტუაციის განმუხტვაზე, თავისთავად იწვევს წინააღმდეგობას, კონფლიქტებს, რაც ხელს უშლის ცვლილებების გატარებას.

ნახატი 83

პოტენციური ეფექტები ინოვაციის განხორციელების პროცესში



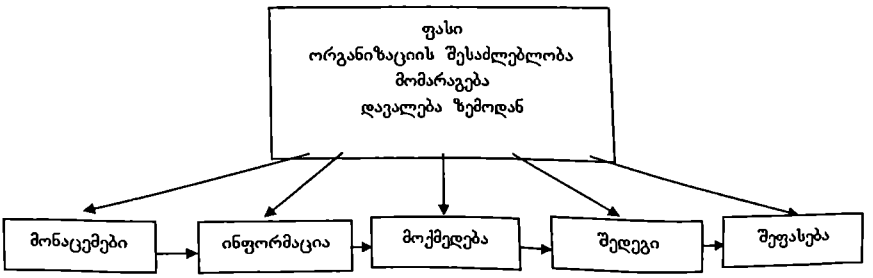
დადგენილია, რომ ცვლილების გატარების პროცესში ხელმძღვანელს უფრო ხშირად საქმე აქვს ოთხი სახის (დონის) კონფლიქტთან:

- ინტრაპერსონალური კონფლიქტი (ანუ, თითოეული პიროვნების ბუნებიდან გამომდინარე შინაგანი კონფლიქტი);
- ინტერპერსონალური (პიროვნებათშორისო კონფლიქტი);
- კონფლიქტი ჯგუფის წევრთა შორის;
- კონფლიქტი ცალკეულ ჯგუფებს შორის.

შესაძლოა ერთდროულად საქმე გვქონდეს ყველა სახის კონფლიქტთან, რაც გაცილებით აძნელებს მათ მოგვარებას.

ნახატი 84

ცვლილებათა განხორციელების ეტაპები:



ცვლილებების მართვა

ორგანიზაციაში საჭირო სტრუქტურული ცვლილების მართვა საკმარისად რთულ და ზოგჯერ მძიმედ გადასაჭრელ პრობლემას წარმოადგენს. ცვლილებების მართვა გულისხმობს შემდეგი საკითხების გაანალიზებას:

- ცვლილებათა საჭიროებების განსაზღვრას;
- ცვლილების გეგმის შემუშავებას;
- განხორციელების გეგმის შემუშავებას;
- ცვლილებათა წარმატების საზომების და კრიტერიუმების გამომუშავებას.

ცვლილებების გატარება ყველაზე ხშირად ხდება:

- ხარვეზების წარმოშობისას სამუშაოს შესრულების პროცესში;
- გარემოში ცვლილებების საპასუხოდ;
- ორგანიზაციაში ახალი ხელმძღვანელის მისვლით;
- კრიზისის დროს, რომელიც შეიქმნება მიმდინარე სამუშაოს შესრულებაში;
- ორგანიზაციის ზრდის აუცილებლობა, გამოწვეული ახალი პრობლემების წამოჭრისას;
- ორგანიზაციის რეგულირების ახალი სტრატეგიების გამომუშავების აუცილებლობით და ა.შ.

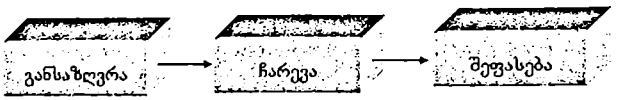
საჭიროა გავითვალისწინოთ, რომ ორგანიზაციული ცვლილებების უმრავლესობა დაუგეგმავია. ამასთან, დაგეგმილ ცვლილებებს მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში მიიჩნევენ რაციონალურად. გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ცვლილებათა შედეგების პროგნოზირება საკმაოდ რთულია, ამიტომაც ხშირად შეუძლებელია ცვლილების ყველა ასპექტის წინასწარი დაგეგმვა.

ცვლილებათა განხორცილება მოითხოვს, როგორც ხელმძღვანელობისაგან, ასევე ცალკეული მუშაკებისაგან ახალი ამოცანების ნათლად წარმოდგენას. ამიტომ, ცვლილებების დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში საჭიროა რამდენიმე პირობის აუცილებელი შესრულება.

ორგანიზაციას უნდა გააჩნდეს ნათლად წარმოდგენილი პრიორიტეტები, რომლებიც სასურველია პასუხობდნენ ე.წ. Smart ამოცანების მოთხოვნებს (**მარტივი** Simple, **ზომვადი** Measurable, **მიღწევადი** Achievable, **რეალისტური** Realistic, **დროის მასშტაბის მითითებით** Time Scale).

ნახატი 84

საორგანიზაციო განვითარების პროცესი



ცვლილებათა განხორცილება გულისხმობს ე.წ. ფასეულობათა კიბის გადალახვას, რომელიც განისაზღვრება შემდეგნაირად:

- რწმენა;
- დამოკიდებულება ცვლილებების მიმართ;
- მოქმედება;
- იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად ღრმა ცვლილებების გატარება იგეგმება.

ცვლილებების გატარებაში ძალზე მნიშვნელოვანია დროის ფაქტორის გათვალისწინება, შესაძლოა, რომ თვით ცვლილებათა დაგეგვაზე დაიხარჯოს ზედმიწევნით დიდი დრო, რის გამოც უშუალოდ ცვლილებების დაგეგვიანებული განხორციელება ნაკლებად აქტუალურს გახდის დასმული მიზნის მიღწევას. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ძალზე პერსპექტიული დაგეგმვის პროცესში არ იქნას გათვალისწინებული ახალი მიღწევების დანერგვა, რის გამოც გეგმიო განხორციელებული ცვლილება შესაძლოა განახლებას მოითხოვდეს.

მენეჯმენტის თეორიაში ცნობილია ტერმინი, *„სენდვიჩის" ფენომენი* – როდესაც ახალი პროგრამების განხორციელების ინიციატივა მოდის ზემოდან ქვემოთ. დადგენილია, რომ ასეთ ცვლილებას ყველაზე ხშირად მხარს უჭერს დაბალ მმართველობით საფეხურებზე მყოფი პერსონალი, რომელიც ელოდება რაღაც სასიკეთო გარდაქმნებს საკუთარ საქმიანობაში. ამასთან, მოსალოდნელ ცვლილებებთან დაკავშირებული დისკომფორტი და შესაძლოა ჩვეული ფუნქციების ან მმართველობით იერარქიაში პოზიციის შეცვლა ყველაზე მეტად საშუალო დონის მენეჯერებს ეშეკრებათ, რომლებიც წარმოადგენენ მმართველობითი სენდვიჩის შუა ფენას და არაშეიათად ამუხრუჭებენ ყოველგვარი სიახლის ცხოვრებაში გატარებას.

ცვლილებათა დაგეგმვის პროცესში აუცილებელია მათ სასარგებლოდ და საწინააღმდეგოდ მიმართული ძალების გათვალისწინება, რაც ხორციელდება ე.წ. *ძალთა ველის ანალიზის* მეშვეობით. ცალ-ცალკე უნდა იყოს განხილული როგორც ცვლილებების შემზღუდველი და მამოძრავებელი ძალები, ასევე მიმდინარე სიტუაცია.

ძალთა ველის ანალიზის პროცესში საჭიროა განვიხილოთ შემდეგი საკითხები:

- სად გვინდა, რომ აღმოვჩნდეთ საორგანიზაციო ცვლილებების გატარების შემდგომ;
- რა ფაქტორებზე, ან ძალებზე დაყრდნობით შეიძლება მიზნის მიღწევა;
- რა ფაქტორები, ან ძალები გაუწევენ წინააღმდეგობას მოსალოდნელ ცვლილებას;
- რა მიზეზები ამოძრავებს მოწინააღმდეგეებს;
- რამდენად ძლიერია მოწინააღმდეგე;
- ამ ძალების მიმართულება და სხვ.

გასათვალისწინებელია, რომ ცვლილებებისადმი წინააღმდეგობა, თითქოსდა კეთილსინდისიერი თანამშრომლების მხრიდან, განპირობებულია:

- საკუთარი დამარცხების შიშით;
- ნებისმიერი ცვლილების მიუღებლობით, ცვლილებისადმი დაბალი ტოლერანტობით;
- ცვლილებების გატარებასთან დაკავშირებული, დამარცხების საშიშროებიდან გამომდინარე შესაძლო ხარჯებისგან თავის დაღწევის მიზნით;
- რესურსების ნაკლებობით;
- ეჭვებით ცვლილებათა სარგებლის შესახებ;

მოსალოდნელ ან დაწყებულ ცვლილებათა განხორციელებას შესაძლოა ხელი შეუშალოს ისეთმა სიტუაციებმა, როდესაც ცვლილება ძალზე სწრაფად მიმდინარეობს და მისი მნიშვნელობა პერსონალს კარგად არ ესმის.

მენეჯმენტის თეორიაში შემუშავებულია ე.წ. *გარდაქმნის მრუდი*, რომელიც თან სდევს ნებისმიერი საორგანიზაციო ცვლილებების განხორციელებას. იგი გამოიყურება შემდეგნაირად:
შოკი – უკანდახევა – შეცნობა – ადაპტაცია – ცვლილება.

როდესაც მოსალოდნელი წინააღმდეგობებისა და მათი გადალახვის შედეგად მიღებული სასიკეთო ძვრების მნიშვნელობა არ არის კარგად გააზრებული, ხშირად, ცვლილებების დაგეგმვისა და გატარების პროცესში, მიუხედავად საჭიროებისა, მართვის ყველა დონეზე არ ხდება საჭირო ინფორმაციის გადაცემა, ამიტომ პერსონალის ნაწილი მოვლენების მიღმა რჩება. არაშეიათია ისიც, რომ ცვლილების პროგრამა ეწინააღმდება სხვა მოვლენებს, რაც თავისთავად ამუხრუჭებს მათი განხორციელების პროცესს.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

უფლებამოსილება – *authority* – გადაწყვეტილების მიღების უფლება; პასუხისმგებლობა გადაწყვეტილების მიღებაზე, განხორციელებასა და კონტროლზე

ავტოკრატიული ხელმძღვანელობა – *autocratic leadership* – ხელმძღვანელობის სტილი, დაფუძნებული ერთპიროვნულ მმართველობაზე.

ქარიზმატული ლიდერობა – *charismatic leadership* – (harisma – ბერძნ. – ღმერთების ნაბოძი სიკეთე) ხელმძღვანელის ძალაუფლება დაფუძნებული სპეციფიკურ პიროვნულ თვისებებზე.

ავტორიტეტული ლიდერი – *opinion leader* – ხელმძღვანელობის სტილი, რომელიც დაფუძნებულია ლიდერის პროფესიული ცოდნის, უნარ-ჩვევების, იდეებისა და ქცევის აღიარებაზე, მის უნარზე – მართოს შესაბამისი ჯგუფის საქმიანობა.

რეფერატების თემები და სადისკუსიო საკითხები

რამდენად შესაძლებელია მენეჯერის მუშაობის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო სტრუქტურაში?

ლიდერობის ძირითადი თეორიები და თანამედროვე ისტორია

ინოვაციებისა და ცვლილებების მართვის თავისებურებები პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში

შესაძლებელია თუ არა, მცირე დაფინანსების პირობებში, მივაღწიოთ პერსონალის შრომითი მოტივაციის ამაღლებას?

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა და თანაავტ. ჯანდაცვის მენეჯმენტი. თბილისი, 2001, 213-143
- ო.გერზმავა და თანაავტ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი, 2003, 135-173
- *ნ. მარკოზაშვილი,* მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი მესამე. მმართველური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესი. თბილისი, 1994
- Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья. – Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 1991
- Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997.
- *Janovsky K.* – Health Policy and System Development. An Agenda for research. – WHO, Geneva, 1996
- *Laflame L., Svanström L., Schelp L.* – Safety Promotion Research. – Karolinska Institute, Stockholm, 1998
- *Shortell S.M., Kaluzny A.D.* – Essentials of Health Care Management. – Delmar Publishers, London/New York/Paris/Tokyo, 1997
- Lawrence Wolper, Health Care Administration – Planning, Implementing, and Managing Organized Delivery Systems, (4th ed.), 2004
- Robert Kane Understanding Health Care Outcomes Research, 2006

თავი 25

პირველადი ჯანდაცვის სისტემა

ოცდამეხუთე თავის შინაარსი

25.1. შესავალი
25.2. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები
25.3. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები
25.4. ექიმის როლი პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში
25.5. პროფილაქტიკური ღონისძიებების ორგანიზების თავისებურებები
25.6. კონსულტაციის თეორიის როლი და მნიშვნელობა პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის სისტემაში მომუშავე ექიმის პრაქტიკაში
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების მოკლე ისტორიას და სტრუქტურას
- გაეცნობა პროფილაქტიკური მუშაობის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების თავისებურებებს პირველად ჯანდაცვის სისტემაში
- შეძლებს შეაფასოს პროფილაქტიკური მუშაობის ეფექტურობა კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე

25.1. 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 საფუძველად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკას „ჯანმრთელობა ყველასათვის", რომლის პრიორიტეტულ მიმართულებას პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარება წარმოადგენს.

1978 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ალმა-ათაში გამართულმა კონფერენციამ „პირველადი მედიკო-სანიტარიული დახმარება" მიიღო მიმართვა, რომელიც **ალმა-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 (Primary 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, დედათა 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 დაეთმობს მრეწველობის, სოფლის მეურნეობის, მეცხოველეობის, კვების მრეწველობის, განათლების, ბინათმოწყობის, საზოგადოებრივი სამსახურების, კავშირგამბულობისა და სხვა კოორდინირებულ 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 ინტეგრირებული, ფუნქციური და ორმხრივი მხარდაჭერის მქონე „ავადმყოფთა მიმართვების (რეფერალურ) სისტემებს", რომლებიც განაპირობებენ ყოვლისმომცველი სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებასა და პრიორიტეტების მიზანმიმართულ მინიჭებას;
- ემყარება ჯანდაცვის მუშაკებს: ექიმებს, მედდებს, ბებიაქალებს, დამხმარე პერსონალს, სათემო მუშაკებს, ტრადიციული პრაქტიკოსების ჩათვლით, რომლებიც სოციალურად და ტექნიკურად მომზადებულნი იქნებიან სამედიცინო გუნდად მუშაობისა და სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ მოთხოვნებზე რეაგირებისათვის.

25.2. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის 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 უყოყმანოდ საჭიროებს, სხვა ამოცანებს, რომლებიც 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 დიაგნოზის, 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 პირველად ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმები, ექთნები და სხვა დამხმარე პერსონალი. მათი საქმიანობა მოიცავს არა მარტო დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და რეაბილიტაციას, არამედ ღონისძიებებსაც, რომლებიც მიმართულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მათი პროფილაქტიკის გზით. ამ საქმიანობის პირველადი ჯანდაცვის რგოლში განხორციელება მაქსიმალურ ეფექტს იძლევა.

პრივატიზაციის, 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, სამსახურსა და მოსახლეობას შორის დამოკიდებულების, მართვის, ხარჯებისა და დაფინანსების, ინფორმაციული სისტემებისა და კადრებით უზრუნველყოფის საკითხების ზუსტად განსაზღვრით.

საქართველოს პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში დახმარებისთვის მიმართვათა რიცხვი (1 სულ მოსახლეზე) 2000 – 2010 წწ.

მიმართვათა სახე	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010
	ამბულატორულ-პოლიკლინიკური სამსახური						
ექიმთან მისვლა	1.24	1.36	1.40	1.61	1.80	1.85	1.8
ამ.ამ. 15 წლამდე ბავშვების	0.93	0.98	1.10	1.40	1.64	1.57	2.5
ავადმყოფის ბინაზე მონახულება	0.08	0.08	0.09	0.10	0.12	0.11	0.1
ამ.ამ. 15 წლამდე ბავშვების	0.19	0.19	0.20	0.24	0.26	0.25	0.2
	სასწრაფო დახმარება						
სასწრაფო დახმარების გამოძახება	0.034	0.031	0.04	0.04	0.05	0.10	0.2
ამ.ამ 15 წლამდე ბავშვებთან	0.003	0.002	0.003	0.004	0.003	0.038	0.1
სულ მიმართვები	1.4	1.5	1.6	1.8	2.0	2.1	2.1

რადგან პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის როლი, ფუნქცია და ორგანიზაცია დაკავშირებული უნდა იყოს, როგორც მთლიანად მოსახლეობის, ასევე კონკრეტული ჯგუფების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან, მისი ფუნქციონირება და მართვა უნდა გაუმჯობესდეს და გაძლიერდეს მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების ხელშეწყობით და გათვალისწინებული სამუშაოს მოცულობა დაბალანსდეს არსებულ რესურსებთან.

24.3. 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 ჯანდაცვის სამსახურის ფუნქციონირების ხარისხზე. აუცილებელია მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების თანადგომაც. 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**. ეგი შეიცავს 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 პერსონალის, 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, მომსეელი) წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებას მოსიარულეთათვის და უმეტესად სოფლად მოქმედებს. **პოლიკლინიკაც** (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 სპეციალიზებული 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 ბებიაქალი) 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, მაღალკვალიფიცირი სამედიცინო მომსახურება ამბულატორიული მიღებისა და პაციენტთან ბინაზე მისვლის დროს.

ცხრილი 66

ჯანდაცვის სისტემის ამბულატორიულ–პოლიკლინიკური დაწესებულებების ქსელის სტრუქტურა (საქართველო, 2010)

	პოლიკლინიკა	დისპანსერი	სამკურნალო ცენტრი	ქალთა კონსულტაცია	დამოუკიდებელი საექიმო ამბულატორია
თბილისი	99	11	25	13	6
აჭარა	18	8	1	1	-
გურია	5	5	2		
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	3	-	-		
სამეგრელო	17	5	3	2	4
მცხეთა-მთიანეთი	3	-	-		15
სამცხე-ჯავახეთი	12	5	-	1	
ქვემო ქართლი	12	6	3	1	17
იმერეთი	39	14	3	4	8
კახეთი	21	7	3		6
შიდა ქართლი	11	5		2	2
აფხაზეთი	9	2	-	1	2
სხვა უწყებები	1	-	-		-
საქართველო	261	67	39	25	58

არსებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ მოსახლეობის 80-83% მკურნალობას იწყებს და ამთავრებს პოლიკლინიკის პირობებში და მხოლოდ 17-20% ექვემდებარება ჰოსპიტალიზაციას.

მოზრდილთა პოლიკლინიკის მთავარი ამოცანებია:

- მოსახლეობისათვის კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, როგორც ამბულატორიულად, ისე ბინაზე;
- მოსახლეობის ავადობის, დაინვალიდებისა და სიკვდილიანობის 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), მათი 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, რომელნიც მისი მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარეობს. ეს შეეხება არა მარტო 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 აცრის კაბინეტი და სხვ. ჯანმრთელი ბავშვის ოთახში მუშაობს მედდა, რომელიც მომზადებულია პროფილაქტიკური და საგანმანათლებლო ხასიათის მუშაობისათვის. კაბინეტზე ზედამხედველობას ახორციელებს პედიატრიული განყოფილების გამგე.

ჯანმრთელი ბავშვის ოთახის მუშაობის ძირითადი ამოცანებია ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდა, მშობლების მომზადება ჯანმრთელი ბავშვის მოვლის, კვების, დღის რეჟიმის დაგეგმვისა და მისი გაკაჟების საკითხებში.

ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაში მთავარი როლი, რა თქმა უნდა, ეკისრება უბნის ექიმ-პედიატრს, რომელიც არა მარტო კლინიცისტის, არამედ ინფექციონისტის, 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 მომსახურეობის 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.

ცხრილი 67

საქართველოს ბავშვთა და მოზარდი ასაკის მოსახლეობის პროფილაქტიკური გასინჯვების რიცხვი (2006 წლის მონაცემებით)

	გასინჯულ ბავშვთა რაოდენობა სულ	გამოვლენილია გასინჯვის დროს				
		სმენის დაქვეითება %	მხედველობის დაქვეითება %	მეტყველების დეფექტი %	სკოლიოზი %	ტანადობის დარღვევა %
15 წლამდე ბავშვები და 15-18 წლამდე მოზარდ-მოსწავლეები სულ	744958	0.11	0.51	0.38	0.54	0.46
მათ შორის:						
15 წლამდე ბავშვები	625444	0.10	0.48	0.41	0.49	0.40
0-1 წლამდე	71633	0.02	0.11	0.03	0.01	0.02
1-5 წლამდე	161796	0.10	0.34	0.69	0.29	0.30
5-6 წლამდე	54859	0.24	1.14	1.36	1.40	1.11
15 წლის	45773	0.20	0.96	0.28	1.38	0.89
სკოლის დამთავრების წინ 16-18 წლამდე	73741	0.09	0.54	0.21	0.41	0.31
მოზარდთა საერთო რაოდენობიდან — ჭაბუკები	41147	0.09	0.64	0.22	0.45	0.30

პოლიკლინიკური დაწესებულების ორგანიზაციული სტრუქტურა და ამოცანები, მისი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის, ექიმთა დატვირთვის საკითხები რეგლამენტირებულია სპეციალური დებულებებით.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ სამსახურს აგრეთვე მიეკუთვნება სხვა სახის 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 გადასხმის 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 არა მარტო 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 გამოკვლევა 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, შარძანი დიაბეტით, საკვერცხეების დანამატების ქრონიკული ანთებით, საკვერცხეების პოლიკისტოზით, სისხლდენებით და სხვ.) და ამ კონტინგენტის გაღრმავებული გამოკვლევა;
- ოჯახის დაგეგმვაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელება;
- ნაყოფის პერინატალური დახმარების გაუმჯობესება;
- ახალშობილთა ძუძუთი კვების მხარდაჭერა.

საქართველოში მოქმედი „სამეანო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა" ითვალისწინებს ორსულთა პატრონაჟს, რომლის ფარგლებში გათვალისწინებულია ორსულის 4 უფასო ეიზიტი (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, პაროდონტისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებებს მკურნალობენ.

თერაპიული განყოფილების ექიმ-სტომატოლოგის მოვალეობაში შედის:

- პირის ღრუს სანაცია;
- კბილების, პაროდონტისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებების მკურნალობა;
- პირის ღრუს დაავადებათა პირველადი პროფილაქტიკა;
- პაციენტებისათვის პირის ღრუს მოვლის სწორი წესების გაცნობა;

ქირურგიულ განყოფილებაში (კაბინეტში), ძირითადად, ხორციელდება კბილის ექსტრაქცია და ამბულატორიული ოპერაციები, ხოლო ორთოპედიულ განყოფილებაში – კბილის პროთეზირება.

სტომატოლოგიური პოლიკლინიკების და კაბინეტის რიცხვი საქართველოში (2003–2006 წწ.)

	2003	2004	2005	2006
დამოუკიდებელი სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა	93	93	100	71
შემავალი სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა (კაბინეტი)	516	486	491	467
მიმართვათა საერთო რაოდენობა	303240	306359	330360	321438
მათ შორის ბავშვთა მიმართვათა რაოდენობა	58958	60102	69355	65408
მიმართვების რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე	0,07	0,07	0.07	0.07
მიმართვათა რაოდენობა 1 ბავშვზე	0,07	0,06	0.07	0.08
ექიმთა რაოდენობა	1412	1306	1300	1241
საშუალო სამედიცინო პერსონალი (კბილის ტექნიკოსები)	280	226	242	197

ბავშვთა სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკას ან განყოფილებას გააჩნია მუშაობის 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** (Dispencer – ფრ. დარიგება), რომელიც ახორციელებს კონკრეტული დაავადების ან დაავადებათა ჯგუფის პროფილაქტიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და რეაბილიტაციას (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.).

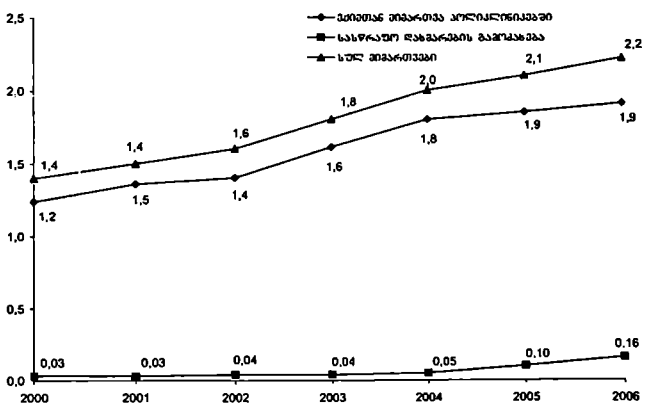
პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სამსახურს წარმოადგენს **სასწრაფო–სამედიცინო დახმარების სადგური** (განყოფილება). სხვადასხვა ქვეყანაში ეს სამსახური ჯანდაცვის, საგზაო პოლიციის ან სხვა უწყების შემადგენლობაში შედის. აქედან გამომდინარე, განსხვავებულია მის მიერ გაწეული დახმარების მოცულობა, პერსონალის 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, სასწ-რაფო-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.

ცხრილში წარმოდგენილი მონაცემები ცხადყოფს, რომ არსებული სიტუაცია მოითხოვს სერიოზულ ყურადღებას. ქვეყანაში, ერთი მხრივ, საკმარისად ნელა იზრდება პაციენტთა მიმართვიანობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებში, სადაც კონცენტრირებულია საკმარისად დიდი რესურსები, მიმართული კლინიკურ-ლაბორატორიული და სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების გასატარებლად, მეორე მხრივ კი მკვეთრად მატულობს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმების გამოძახებათა რიცხვი. აშკარაა, რომ არსებული ტენდენციების ჩამოყალიბების ძირითადი მიზეზია ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა, დაკავშირებული პოლიკლინიკებში ფასიანი მომსახურების შემოღებით. მაგრამ, არანაკლებ მნიშვნელოვანია ისიც, რომ პაციენტი მიმართავს ექიმს არა ჯანმრთელობის გეგმიური შემოწმების მიზნით, არამედ მხოლოდ უეცრად წამოჭრილი პრობლემის გამო. თავისთავად, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმს არ გააჩნია შესაძლებლობა, ღრმად გაერკვეს პაციენტის პრობლემებში, დააკვირდეს დაავადების მიმდინარეობას.

ცხრილი 55

პაციენტთა მიმართვიანობა (ერთ სულ მოსახლეზე)
პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში (2000–2010 წწ.)



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 მაღე ერკვევიან, რომ ამ შემთხვევაში ექიმები უკეთესად ემსახურებიან ბატ, 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 ღღეში. 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 სისტემაც, 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 მოაწყოს 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 ხადაზღვევო 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 სპეკტრი გაცილებით ფართოა, ექიმის განკარგულებაშია უახლესი გამოკვლევის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის საშუალებები. მაგრამ მისი პირადი პასუხისმგებლობა და სამუშაო დატვირთვა გაცილებით იზრდება, ვინაიდან მოგების განაწილება მოლიანდა. დამოკიდებული კოოპერატივის ყოველი წევრის პირად ღვაწლზე. ცენტრში მომუშავე ექიმები ცდილობენ, დამატებით გაიარონ ვიწრო სპეციალიზაცია, რათა საჭიროების შემთხვევაში ერთმანეთს გაუგზავნონ ავადმყოფი. პონორარი კი პროპორციულად იყოფა. შემოსავალი, ძირითადად, ნაწილდება მხოლოდ კოოპერატივის წევრებზე, მაშინ, როდესაც სხვა მუშაკები (ცენტრის მენეჯერი, ექონები, რეგისტრატორები და სხვ.) გაჩვეობის მიერ დაწესებულ ხელფასს იღებენ. ამიტომ, ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებისათვის დამახასიათებელია დახმარე 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 სფეროში. განხორციელდა ფარმაცევტული და სტომატოლოგიური ქსელის პრივატიზება, რამაც არა მარტო გაათავისუფლა ჯანდაცვის ბიუჯეტი ხარჯებისაგან, არამედ ხელი შეუწყო დარგში დამატებითი ინვესტიციების მოზიდვას, კერძო სამედიცინო დაწესებულებების ჩამოყალიბებას, რომელთა შორის თავისი ადგილი ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებმაც დაიკავეს.

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 პუნქტები, მაშინ, როდესაც სხვა რეგიონებში მათი უმრავლესობა დაიხურა.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულების ეფექტიანობის მაჩვენებელი ასახავს არსებული მატერიალური და საკადრო ინტერესების უტილიზაციის დონეს, კერძოდ, ამბულატორიული მიმართვების რიცხვს წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე. სხვადასხვა ქვეყანაში ეს მაჩვენებელი განსხვავებულია, რაზეც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდი. მაგალითად, გერმანიაში ამბულატორიული მიმართვების რიცხვი წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე 11,5-ის, საფრანგეთში 7,2-ის, დიდ ბრიტანეთში 5,5-ის, ხოლო საქართველოში – 1,4-ის ტოლია.

25.4. ექიმის როლი პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში

მედიცინის ისტორიის თითქმის ყველა ეტაპზე ექიმთა უმეტესობა ზოგადი პრაქტიკის სპეციალისტი იყო. ისინი ავადმყოფს ყველა სახის თერაპიულ, პედიატრიულ თუ სამეანო დახმარებას უწევდნენ, შეძლებისდაგვარად სხვადასხვა სახის ქირურგიულ ოპერაციებსაც ასრულებდნენ. XIXს-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.

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 კლავ 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 გაძიჯნა 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 დრმდე უბანზე მომუშავე ექიმს ევალებოდა 200-მდე სხვადასხვა სტატისტიკური ფორმის შევსება (ამას უნდა დაკუმატოთ 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-ერთი პრიორიტეტული მიმართულება პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფა-განვითარებაა, რომლის ცენტრალურ ფიგურად ოჯახის ექიმი მოისაზრება.

ოჯახის ექიმის სპეციალობის ჩამოყალიბებას საკმარისად ხანგრძლივი ისტორია აქვს. პროფესიონალების საკმარისად დიდი 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 იდენტურობა. აღნიშნული დოკუმენტის თანახმად, ცნება „ზოგადი პრაქტიკის ექიმი" და „ოჯახის ექიმი" გამოიყენება პრაქტიკოსი ექიმის მნიშვნელობით, რომელსაც გავლილი აქვს სპეციალური დიპლომისშემდგომი 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, განურჩეველად ასაკის, სქესის, სოციალური კუთვნილების,

რასისა და რელიგიისა. მისი მომსახურება უნდა იყოს დროული და ადეილად ხელმისაწვდომი (არ უნდა შემოიფარგლოს გეოგრაფიული, კულტურული, ადმინისტრაციული ან ფინანსური დაბრკოლებებითა და საზღვრებით).

უწყვეტობა — 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 რამე კონკრეტული დაავადებით არ შემოიფარგლება.

ყოვლისმომცველობა — ოჯახის ექიმი 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 კონტექსში. არკვევს მის სოციალურ და კულტურულ მდგომარეობას, ცხოვრებისა და შრომის პირობებს.

თემზე ორიენტირება — პაციენტის პრობლემები უნდა განიხილებოდეს მისი საცხოვრებელი ადგილის, თემის კონტექსში. 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 არა მარტო პროფესიონალიზმზე, არამედ იმ დანახარჯებზეც, რომელიც დაკავშირებულია პაციენტის მკურნალობასთან. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი თანხების გამკარგავი ზოგადი პრაქტიკის ექიმია, ამიტომ იგი ცდილობს, რაციონალურად ხარჯოს პაციენტის სახსრები და ისე მოაწყოს თავისი ოფისი, რომ რაც შეიძლება ფართო სპექტრის მომსახურება გაუწიოს მოსახლეობას და ნაკლები დახარჯოს გარეშე კონსულტაციებსა და ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე. ეს მდგომარეობა აწყობს დამფინანსებელსაც, რადგან სხვა სპეციალისტის მოწვევა გაცილებით ძვირი ჯდება. ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგებია, რომ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ოფისი თავისი აღჭურვილობით 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 ექიმისგან 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 გამოიცნეს დაავადება ან არ განახორციელეს კონტრაქტით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

25.5. პროფილაქტიკური ღონისძიებების ორგანიზების თავისებურებები

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 გადადგილების 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 წარმომშობ მიზეზებზე ზემოქმედებას და მ.ო. აღმოფხვრას (მაგალითად, იმუნიზაცია, სანიტარიული ნორმებისა და ჰიგიენური წესების დაცვა, სწორი კვება და სხვ.).

მეორეული პროფილაქტიკის ძირითადია რისკ-ფაქტორებისა და დაავადებების გამოვლენა შეუქცევადი ცვლილებებისა და დაზიანების განვითარებამდე (მაგალითად, მოსახლეობის პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარების გზით).

მესამეული პროფილაქტიკის მიზანია ჩამოყალიბებული დავადებების კონტროლი და მართვა დროებითი შრომისუუნარობისა 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 მიღე-

ბული შედეგების საფუძველზე სათანადო სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების გატარება.

თანამედროვე პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამების გატარებას საკმარისად ხანგრძლივი ისტორია აქვს. სამედიცინო გასინჯვები სხვადასხვა სახის ფუნქციური გადახრისა და აშკარად გამოხატული პათოლოგიური მდგომარეობის გამოვლენის მიზნით საკმარისად ფართოდ ტარდებოდა მეცხრამეტე საუკუნიდან, ჯერ მრეწველობაში დასაქმებულ პირთა პერიოდული გასინჯვების სახით, მოგვიანებით კი, სადაზღვევო სისტემის გაფართოებასთან ერთად პრაქტიკაში დაინერგა სადაზღვევო ხელშეკრულების გაფორმებამდე წინასწარი სამედიცინო გამოკვლევების სისტემა, რომელიც დღემდე მოქმედებს (თავისთავად, უფრო ორგანიზებული და ყოვლისმომცველი სახით).

1900 წელს ა.გულდმა შემოიღო მოსახლეობის პერიოდული გასინჯვის კონცეფცია, ხოლო 1923 წელს ამერიკის ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურმა მოსახლეობას მოუწოდა — სამედიცინო გამოკვლევები საკუთარი დაბადების დღეს ჩაეტარებინათ. ერთ-ერთი ყველაზე წარმატებული სკრინინგული პროგრამა, ფილტვის ტუბერკულოზის გამოსავლენად, მასობრივ ფლუოროგრაფიული გამოკვლევების სახით ამოქმედდა საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის მიზნით, 1943 წელს ა.პაპანიკოლაუმ შემოიღო საშვილოსნოს ყელიდან აღებული ნაცხის ტესტირება, რამაც კიდევ ერთხელ დადასტურა პრევენციის ამ მეთოდის მნიშვნელობა.

მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების კონცეფცია ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ფუძემდებლურ პრინციპად იქნა გამოცხადებული ჯერ კიდევ 1936 წელს, როდესაც, უკვე გატარებული ღონისძიებების შედეგად, საგრძნობლად შემცირდა ინფექციური დაავადებების (კერძოდ, ტუბერკულოზის, მალარიის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, სალმონელეზის) გავრცელება.

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 საკუთარ 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 დავყოთ:
  - ✓ გარკვეული პათოლოგიის გავრცელების დასადგენად (მაგალითად, გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების, ტუბერკულოზის, გლაუკომის, ჩიყვის და სხვ.);
  - ✓ არაკეთილსაიმედო ვითარების არსებობის შემთხვევაში (მაგალითად, ჩერნობილის ზონაში მცხოვრები მოსახლეობა).

მიზნობრივ სამედიცინო გასინჯვებს მიეკუთვნება ბავშვთა გეგმიური პროფილაქტიკური გასინჯვებიც, რომელთა მიზანია მხედველობის, მეტყველების დეფექტების, ბავშვის ზრდა-განვითარებასთან დაკავშირებული ფუნქციური და ორგანული გადახრების 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 რაოდე-

ნობრივ, 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 შემოწმება 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 ვალდებულნი 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, გამოკითხვასა 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 გამოუყენელი 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 მიიჩნევს, ვინაიდან არსებული პათოლოგია ჯერჯერობით მანიფესტირებული არ არის და ამდენად გამოხატულ ზეგავლენას არ ახდენს 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);
- **შემთხვევათა 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 მოცულ პირებს არავითარი სიმტკიცე 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 გაღრმავებულ 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 გასაგებია, თუ გავითვალისწინებთ, რაოდენ ინფორმაციულია პაციენტისაგან დაწვრილებითი ანამნეზური მონაცემების შეგროვება. მით უმეტეს, რომ პროვინების მიერ საკუთარ შეგრძნებაზე დამყარებული დაავადების სიმპტომატიკის ანალიზის საფუძველზე დასმული წინასწარი დიაგნოზი თითქმის 80% შემთხვევაში გაღრმავებული კლინიკური გამოკვლევის შედეგებით დასტურდება.

ანკეტური სკრინინგის ჩატარება მოითხოვს წინასწარ პროგრამულ დამუშავებას, რომელიც უნდა განხორციელდეს არა მარტო 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 სავარაუდო 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 ადეკვატური პასუხის გაცემას.

ცხრილი 69

სკრინინგის კრიტერიუმები

Worthwhile	ღირებული
Importance	მნიშვნელოვანი
Latent Phase	ლატენტური ფაზა
Suitable	მოსახერხებელი
Outcome improved	შედეგის გაუმჯობესება
Natural History	დაავადების ბუნება
Treatable	განკურნებადი
Endless	ხანგრძლივად მიმდინარე
Sufficient	საკმარისი რაოდენობა
Test results	ტესტის შედეგები

ანკეტური სკრინინგის ჩატარებისას აუცილებელია გამოსაკვლევი მოსახლეობის სოციალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლების (სქესი, ასაკი, განათლება, ეროვნება, რელიგია და სხვ.) გათვალისწინება, რის მიხედვითაც უნდა ხდებოდეს ანკეტის მოდიფიცირება მოსახლეობის სხვა ჯგუფის გამოკვლევის დაწყებამდე. სხვა შემთხვევაში მიღებული მონაცემების სისწორე არა მარტო საეჭვოს ხდის ჩატარებული კვლევის ორგანიზატორთა კომეტენციას,

არამედ უაზროდ აქცევს მის ჩატარებას, ვინაიდან ზრდის დაავადებათა პიპერდიაგნოსტიკის 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 კითდებოდა დასკვნები, რომელთა არარეალობა დილეტანტისთვისაც აშკარა იყო).

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 69). 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.

სკრინინგის ეფექტიანობა მეცნიერული მტკიცებებით (evidence) ფასდება. თუმცა, ზოგჯერ, თავად ამ მტკიცებათა გაანალიზებისას არ ითვალისწინებენ გარკვეულ ასპექტებს. მაგ. მყარი მეცნიერული დასაბუთების გარეშე დასკვნის გაკეთება, რომ სკრინინგის ესა თუ ის პროგრამა ზრდის სიცოცხლის ხანგრძლივობას, ნაადრევია. ვინაიდან ეს, უბრალოდ, იმ დროის გახანგრძლივებას შეიძლება ასახავდეს, როდესაც პაციენტმა იცის, რომ ავადაა. მეორეც, შეინიშნება სკრინინგული პროგრამებით დაავადების ნელა პროგრესირებადი ფორმების გამოვლინების ტენდენცია. ამ დროს უფრო ხანგრძლივია პრესიმპტომური ფაზა. მაგ. ნაკლებად სავარაუდოა, რომ სწრაფად პროგრესირებადი ავთვისებიანი სიმსივნე სკრინინგით გამოვლინდეს, ვინაიდან იგი ადრეულ ფაზაშივე გარკვეული სიმპტომებით მანიფესტირდება.

ამ და რიგი სხვა მიზეზების გამო, მეცნიერები თვლიან, რომ საუკეთესო და ყველაზე სარწმუნო მტკიცებები, რომლებსაც სკრინინგული პროგრამა უნდა ემყარებოდეს, საკონტროლო, რანდომიზებული კვლევის შედეგად მიიღება, რომლის მთავარი მიზანი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე ზემოქმედების შეფასება კი არა, სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ცვლილების შეფასებაა.

სკრინინგული ტესტის შერჩევა და მისი პრაქტიკაში დანერგვა მხოლოდ მის შესახებ არსებულ მტკიცებულებათა მკაცრი და კრიტიკული შეფასების შემდეგ უნდა მოხდეს. მაშინაც კი, როდესაც ასეთ შეფასებას ექსპერტები ატარებენ, რთულია მტკიცებისათვის მკაცრი სტანდარტების მისადაგება. ზოგიერთი ავტორი (Ian R. McWhinney) იმასაც თვლის, რომ ამ საქმეში ექსპერტების მონაწილეობა რამდენადმე გაუმართლებელიც კია. საქმეში ღრმად ჩახედული პიროვნება ისეთი ენთუზიაზმით ცდილობს მისი მართებულობის დამტკიცებას, რომ სადაო მომენტები, შეიძლება, აღარც კი გაითვალისწინოს.

იდეალურ ვარიანტში, სკრინინგულ ტესტს უნდა ჰქონდეს იმის უნარი, რომ მხოლოდ დაავადებული პირები გამოარჩიოს. ეს იმას ნიშნავს, რომ მისი მგრძნობელობა 100%-ს უნდა უტოლდებოდეს. ხოლო ყველა სხვა შემთხვევაში, ანუ იქ, სადაც დაავადება არ აღინიშნება, ტესტი უარყოფითი უნდა იყოს, ე.ი. სპეციფიკურობა 100%-ია.

რეალურად, ასეთი იდეალური ტესტი არ არსებობს. ამდენად, სკრინინგული ტესტის შერჩევისა და მასთან მუშაობისას ექიმმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს ტესტის მახასიათებლებს (მგრძნობელობა, სპეციფიკურობა, სავარაუდო ღირებულება).

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 რამე 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 ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე ჰქონდათ დადებითი ან უარყოფითი. თუ ცხრილის უჯრებს აღენიშნავთ a,b,c და d ასოებით, მაშინ მივიღებთ, რომ a უჯრაში განთავსებულია დაავადებულ პირთა რაოდენობა, რომელთა ტესტი ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე დადებითი იყო (ნამდვილი პოზიტიური). b უჯრაში მოცემულია იმ პირთა რაოდენობა, რომლებიც არ იყვნენ დაავადებულნი, მაგრამ ტესტი დადებითი აღმოჩნდათ (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 70

ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე ტესტირების შედეგები ინფექციური მონონუკლეოზის დიაგნოსტირების პროცესში

ტესტი ჰეტეროფილურ 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, ჰეტეროფილურ ანტისხეულებზე ჩატარებული ტესტის მგრძნობელობა მონონუკლეოზის დროს 83,9%-ის ტოლია.

ტესტი, რომელიც მაღალი მგრძნობელობით ხასიათდება, განსაკუთრებით ღირებულია ამა თუ იმ ჰიპოთეზის 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 რამდენიმე საათია ეპიგასტრიუმის არეში ყრუ ტკივილს უჩივის. ექიმი ატარებს მუცლის პალპაციას. მუცლის დაჭიმულობა, ლოკალური მტკივნეულობა და ტემპერატურის მომატება არ აღინიშნება. დამატებითი ვერბალური ექიმი ადგენს, რომ ბავშვს ღამით ხშირი შარდვა აქვს. ეყრდნობა რა ამ უკანასკნელ ინფორმაციას, ექიმი საშარდე სისტემის ინფექციის დიაგნოზს სვამს. იმავე საღამოს ბავშვის დედა ბინაზე იძახებს 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 ჰიპოთეზის, 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 მიოკარდიუმის 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), იმთ შორის, ვისაც ტესტი დადებითი ჰქონდა. დადებითი სავარაუდო ღირებულება შემდეგნაირად განისაზღვრება:

$$PPV = \frac{a}{(a+b)} \times 100 = \frac{26}{26+57} \times 100 = 31{,}3\%$$

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.

სკრინინგული პროგრამის დანერგვის შემდეგ აუცილებლად დგება ტესტიდან ტესტამდე დროის ინტერვალის განსაზღვრის საკითხი. მაგ. პაპანიკოლაუს მეთოდით საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის სამწლიანი ინტერვალის შენარჩუნებისას 90,8%-ით მცირდება ინვაზიური კიბოთი ავადობა. ხოლო ტესტის ყოველწლიურად ჩატარება ინვაზიური კიბოთი ავადობას კიდევ 2,7%-ით ამცირებს (Russel 1994). როგორც ვხედავთ, ტესტებს შორის ინტერვალის შემცირება შედეგს მცირედ, მაგრამ მაინც აუმჯობესებს. ზოგიერთმა შეიძლება ჩათვალოს, რომ არაფერია ხარჯები, რომელიც სკრინინგს ახლავს თან, რადგან, როგორც ჩანს, რაც უფრო ხშირად ჩატარდება ტესტი, მით მეტია დაავადების აღმოჩენის ალბათობა და მაშინ რატომაც არ უნდა შევამციროთ სამი წლიწადი წლამდე, ექვს ან სამ თვემდე? ამ შეკითხვაზე ცალსახა პასუხის გაცემა ძნელია. ერთი რამ კი ცხადია, ტესტირების სიხშირის მატებასთან ერთად, ქალისათვის იზრდება ცრუ-დადებითი პასუხის მიღების შანსი.

ეს არანაკლებ მტკივნეული პრობლემაა, ვიდრე ჭეშმარიტად-დადებითი პასუხი და ამის საფუძველზე შემდგარი მოვლენების დატვირთული ჯაჭვი, რომლის გამოსავალი კარგი იშვიათადაა. აშშ-ში ქალების უმრავლესობას საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგი ყოველწლიურად უტარდებათ. ამავე დროს, ქალების მეოთხედი აღნიშნავს, რომ მათ გასული სამი წლის მანძილზე ამ მხრივ არავითარი გამოკვლევა არ ჩაუტარებიათ. როგორც აღმოჩნდა, უფრო ხშირ სკრინინგშიც ისევ ის მოსახლეობა მონაწილეობს, ვინც ამას ისედაც სისტემატურად აკეთებს. თითოეული პრაქტიკოსი ექიმისათვის, სკრინინგის მაქსიმალური ეფექტიანობის უზრუნველსაყოფად, მნიშვნელოვანია მხოლოდ იმ ქალების სკრინინგი კი არა, ვინც რეგულარულად აკითხავს ექიმს, არამედ იმათი მომართვიანობის გაზრდა და შემოწმება, ვინც ამას თავს არიდებს.

ამ ასპექტების გათვალისწინება და მოწესრიგება ძალიან მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ავადობაზე უდიდეს ზეგავლენას ახდენს სწორედ იმ ქალების ტესტირება, რომლებიც თავს არიდებენ სკრინინგის ჩატარებას.

პრევენციის სტრატეგია, რომელიც სტატისტიკურ მონაცემებს ემყარება და ავტორიტარების რეკომენდაციების სახით პრაქტიკოს ექიმთან მოდის, ინდივიდუალურ დონეზე (ანუ კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებაში) უნდა განხორციელდეს. ამა თუ იმ მდგომარეობის პრევენციისათვის ჩატარებულ ღონისძიებათა ეფექტიანობა მყარი და დამაჯერებელი მეცნიერული მტკიცებებით უნდა დასტურდებოდეს. კანადის მიზნობრივი სამუშაო ჯგუფის მიერ მოწოდებულია სპეციალური გრადაციების სისტემა, რომელიც პრევენციული ღონისძიებების ეფექტიანობის დამადასტურებელ მტკიცებათა დამაჯერებლობის ხარისხის შეფასების საშუალებას იძლევა. იმისდა მიხედვით, თუ რამდენად სარწმუნოა, მეცნიერული მტკიცებები შემდეგ დონეებზეა განთავსებული.

25.6. კონსულტაციის თეორიის როლი და მნიშვნელობა პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის სისტემაში მომუშავე ექიმის პრაქტიკაში

კონსულტაცია ექიმსა და პაციენტს შორის მათი ურთიერთობის ერთ-ერთი, ყველაზე მნიშვნელოვანი ფორმაა, რომლის დროსაც ყველა სხვა ტიპის ურთიერთობას ეყრება საფუძველი.

საოჯახო მედიცინა ექიმ-პაციენტის ურთიერთკავშირის ჩამოყალიბებას განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს. კონსულტაციის წარმართვისა და პაციენტთან ურთიერთობის ჩვევების ათვისება ოჯახის ექიმისათვის ისევე აუცილებელია, როგორც იმის ცოდნა, თუ როგორ გამოიყენოს სტეტოსკოპი.

რისი მიღწევა უნდა სცადოს ექიმმა კონსულტაციის პროცესში? რას მოელის პაციენტი? როდის იქნება კონსულტაცია ეფექტური და როდის უშედეგო? ამ შეკითხვებზე პასუხის გაცემას თუ შეეცდებით, მაშინ კარგად უნდა შეეისწავლოთ და გავაანალიზოთ ის, თუ რა ხდება დახურულ კარს მიღმა კონსულტაციის რამოდენიმე დატვირთული წუთის მანძილზე, როდესაც ექიმი და პაციენტი ერთად არიან.

ოჯახის ექიმთან მოსვლისას პაციენტები ხშირად აყენებენ პრობლემებს, რომლებიც არც ერთი დაავადების ფარგლებში არ ეტევა და მათთვის არ არსებობს კონკრეტული დიაგნოზი. ზოგიერთს რამოდენიმე ასეთი პრობლემაც კი „მოაქვს" ერთ კონსულტაციაზე. ეს კიდევ უფრო ართულებს სიტუაციას, ვინაიდან, ყოველი, თუნდაც ერთადერთი წარმოდგენილი პრობლემაც კი არაერთგვაროვანი დიაგნოზის დასმას მოითხოვს.

ჯიმს სპენსის (J. Spence) განმარტებით (1960), ვიდრე ექიმი ახსნა-განმარტებას და რჩევას მისცემდეს პაციენტს, მან უნდა დასვას სამი სახის დიაგნოზი:

1. დაავადების დიაგნოზი;
2. შეაფასოს დაავადებისადმი პაციენტის შიში;
3. შეაფასოს პაციენტის გონებრივი უნარი — გაიგოს ექიმის ახსნა-განმარტება.

თუ ექიმი ყურადღებით უსმენს პაციენტს, იგი შეძლებს მიაგნოს და გამოავლინოს საგნების მისეული ხედვა, მისცეს მას თვითგამოხატვის საშუალება. ამით ექიმს პაციენტის პრობლემის ჭეშმარიტი შინაარსის გამოცნობის შესაძლებლობა ეძლევა, რაც, თავის მხრივ, მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს კონსულტაციის წარმატებულობას.

სამწუხაროდ, პაციენტები არცთუ იშვიათად უკმაყოფილონი რჩებიან კონსულტაციის შედეგებით. ცხადია, კონსულტაციაზე პაციენტმა შეიძლება გადაუჭრელი პრობლემები წამოაყენოს და ექიმმა ვერ შეძლოს მათი მოგვარება. ეს უკმაყოფილების ერთ-ერთი შესაძლო მიზეზია, მაგრამ სხვა, ძალზე მნიშვნელოვანი და მტკივნეული საკითხია ის, იყო თუ არა საერთოდ ამოცნობილი ის პრობლემა, რის გამოც ავადმყოფი კონსულტაციაზე მოვიდა.

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში თითოეული კონსულტაცია უწყვეტი ურთიერთობის ერთი ეპიზოდია. აუცილებელია გვახსოვდეს, რომ ერთი კონსულტაცია არ არის ისტორიის დასაწყისი ან დასასრული. თითოეული ახალი კონსულტაცია, გარკვეულწილად, მის წინამორბედს ემყარება. ბევრი კონსულტაცია ვერ ახერხებს გადაჭრას ყველა პრობლემა და მათ მოგვარებას მომდევნო შემთხვევისათვის იტოვებს. ერთი კონსულტაცია ზეგავლენას ახდენს მეორეზე. ის, რაც დღეს მოხდა, ზემოქმედებს იმაზე, რაც ხვალ უნდა მოხდეს. პაციენტის აზრები თავისი პრობლემის, ჯანმრთელობისა და ექიმის შესახებ კონსულტაციიდან კონსულტაციამდე შეიძლება შეიცვალოს.

თუკი დღეს ექიმი კმაყოფილი დარჩა კონსულტაციის შედეგით და ჩათვალა, რომ პაციენტთან ეფექტური კომუნიკაცია შედგა, ეს არ ნიშნავს, რომ ხვალინდელი ურთიერთობაც ასეთივე წარმატებული იქნება. ყოველ ახალ კონსულტაციაზე ექიმმა საფუძვლიანად უნდა გამოიკვლიოს პაციენტის განწყობა და იმოქმედოს ამის შესაფერისად.

კონსულტაცია უამრავი ფორმით შეიძლება ჩატარდეს. მაგ. ახალი ჩივილის შეფასება, ქრონიკული პაციენტის მიმდინარე მეთვალყურეობა, პრევენციული ღონისძიებები, პაციენტთან საუბარი, ანალიზის შედეგებისა და სპეციალისტის პასუხის შეტყობინება, გასინჯვა, მომართვა რაიმე ადმინისტრაციული მიზნის გამო და ა.შ. კონსულტაციაზე პაციენტი შეიძლება მარტო მოვიდეს ან თან ახლდეს მეუღლე, პარტნიორი, შვილი ან მეგობარი. ზოგიერთ შემთხვევაში, კონსულტაციამ, შესაძლოა, საოჯახო კონფერენციის სახე მიიღოს.

ზოგიერთი ავტორი კონსულტაციის კლასიფიცირებას პროცესუალური თვალსაზრისით ახდენს (Marinker, 1983, Miller 1992). მილერი აღწერს ოთხი ტიპის კონსულტაციას:

- რუტინული კონსულტაცია;
- დრამატული კონსულტაცია;
- ცერემონური კონსულტაცია (გარდაქმნის);
- ცერემონიური კონსულტაცია (შენარჩუნების).

რუტინული კონსულტაცია ოჯახის ექიმი ყოველდღიური საქმიანობის შემადგენელი ნაწილია, (პაციენტის გასინჯვა, დანიშნულების მიცემა დარწმუნების ან დამშვიდების საჭიროება) ეს პრობლემები ორმხრივი შეთანხმების საფუძველზე სწრაფად და მარტივად შეიძლება მოგვარდეს.

დრამა ისეთ კონსულტაციებს გულისხმობს, რომლებიც ტარდება გაურკვევლობის, კონფლიქტის, ემოციის, უთანხმოების, ოჯახური პრობლემების გამო ან მოიცავს ისეთი დიაგნოზის დასმას, რომელსაც მძიმე შედეგები შეიძლება მოჰყვეს. ექიმები ცდილობენ დროულად შეაფასონ ის, თუ რამდენად დრამატულია სიტუაცია. ხშირად ეს დრამა რუტინული კონსულტაციის პროცესში შეიძლება განვითარდეს. ასეთ შემთხვევაში, ექიმი ცდილობს „მოიგოს დრო". ეს რამოდენიმე ეტაპად ხორციელდება:

1. პაციენტი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ექიმს სჯერა მისი;
2. ექიმმა სათანადოდ უნდა შეაფასოს პაციენტის შიში;
3. ექიმმა აუცილებლად უნდა გასინჯოს პაციენტი;
4. ექიმმა უნდა დაიმედოს პაციენტი და მოიფიქროს, რისი გაკეთება შეიძლება მომდევნო ვიზიტამდე.

ასეთი ტიპის კონსულტაციებს მილერი „გარდამავალ ცერემონიებს" უწოდებს. „შემანარჩუნებელი ცერემონია" იმ კონსულტაციებს გულისხმობს, რომელიც რეგულარულად ტარდება. ეს შესაძლოა იყოს დრამა, რომელიც ამჟამად შეგუების ფაზაშია, ვიზიტები ქრონიკული დაავადებების მართვისას, ან პაციენტის პერიოდული გასინჯვისა და დამშვიდების საჭიროება. ამას აგრეთვე მიეკუთვნება ვიზიტები, რომლებსაც ექიმები საკმაოდ პრობლემურად თვლიან. მაგ. პაციენტები ქრონიკული სიმპტომებით, რომლებიც ძნელად ექვემდებარებიან მკურნალობას, ან პაციენტები, რომლებიც ყოველთვის უკმაყოფილონი რჩებიან. ავტორი ამ კონსულტაციებს მათი რიტუალური, სიმბოლური ხასიათის გამო ცერემონიებს უწოდებს. მსგავს რიტუალურ საუბრებს, გასინჯვას ან მკურნალობას, შესაძლოა, თითოეული ვიზიტის დროს ჰქონდეს ადგილი. მილერი მიუთითებს, რომ ასეთი ტიპის კონსულტაციებზე ექიმები შამანების მსგავსად მოქმედებენ.

კონსულტაციის ტიპს ექიმი, ჩვეულებრივ, მის ადრეულ ეტაპზეე განსაზღვრავს. ამისათვის მას რამოდენიმე შეკითხვაზე უხდება პასუხის გაცემა, კერძოდ —

რატომ მომართავს პაციენტი?

რა სურს?

როგორი იყო ექიმის ინტუიციური განწყობა წინა კონსულტაციაზე?

რა სახის კომუნიკაციას იყენებს პაციენტი?

თითოეულ კონსულტაციას საფუძვლად უდევს მოვლენათა მუდმივად ცვლადი მიმდინარეობა. ამდენად, კონსულტაციის, როგორც პროცესის განხილვა საკმაოდ რთულია. ზოგადი პრაქტიკის ინგლისური მოდელი კონსულტაციას განიხილავს ექვსი ძირითადი მიდგომის თვალსაზრისით, რისთვისაც ამოსავალი წერტილია ის დებულება, **რომ პაციენტის პრობლემა განხილული უნდა იყოს არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციალური განზომილებებით.** ესენია:

1. სამედიცინო მიდგომა, რომელიც ნებისმიერი მოვლენისათვის ამოსავალ წერტილად მიიჩნევს დაავადებასა და დიაგნოზს;
2. სოციოლოგიური მიდგომა;
3. ანთროპოლოგიური მიდგომა;
4. გარიგებითი ანალიზი;
5. ბალინტის თეორიაზე დამყარებული მიდგომა;
6. ფსიქოსოციალური მიდგომა.

ქვემოთ განმარტებულია თითოეული მათგანი.

სამედიცინო მიდგომა. ზოგად პრაქტიკაში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ე.წ. პაციენტზე ორიენტირებულ კლინიკურ მეთოდს, რომელიც ექიმს საშუალებას აძლევს გადაჭრას ორგვარი ამოცანა: ერთი გულისხმობს თავად პაციენტის, ხოლო მეორე მისი დაავადების გაგებას. სწორედ ეს არის ამოსავალი წერტილი იმ პროცესისათვის, რომელიც პაციენტისა და მისი დაავადების მართვას გულისხმობს.

საოჯახო მედიცინა ანვითარებს იმ მოსაზრებას, რომ სამედიცინო პრობლემა იზოლირებულად არ არსებობს და რომ იგი მჭიდრო კავშირშია სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან.

ბალინტი (E. Balint) (1957) მიუთითებს, რომ „ოჯახის ექიმებს მართებთ, გამოიჩინონ უნარი, დასვან უფრო ღრმა დიაგნოზი და განაკითარონ პაციენტის შეხედულებებისა და ქცევის უფრო სრულყოფილი, ამომწურავი გაგება", რაც პაციენტის პრობლემის ამოცნობის ანუ დიაგნოზის დასმის პროცესში სამივე ასპექტის გათვალისწინებას, ე.ი. პაციენტის პრობლემის „ჰოლისტიკურ" განხილვას გულისხმობს.

ოჯახის ექიმის მიერ პრობლემის გახსნა ნიშნავს გადაწყვეტილების მიღებას იმის თაობაზე, **თუ რამდენად ღრმა და ამომწურავ დიაგნოზს მოითხოვს თითოეული შემთხვევა.** მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, თუ რა არის პაციენტის კონსულტაციაზე მოსვლის ძირითადი მიზეზი, რას ფიქრობს იგი თავისი პრობლემის თაობაზე და როგორია მისი მოლოდინი.

ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში დასავლეთ ევროპის სამედიცინო სკოლებში დაინერგა პაციენტთან ურთიერთობის, მასთან გასაუბრების სწავლების მეთოდები, მაგრამ ჯერ კიდევ საჭიროა მათი სრულყოფა და სისტემატიზაცია.

ახალი კლინიკური მეთოდების შემუშავების საჭიროება ყველაზე მწვავედ საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში იგრძნობა. ოჯახის ექიმების მიერ კონსულტირებული პაციენტების 25-დან 50%-მდე შეუძლებელია სპეციფიკური, კონკრეტულ დაავადებასთან დაკავშირებული დიაგნოზის დასმა. მხოლოდ ექიმ-პაციენტს შორის კარგი ურთიერთკავშირის ჩამოყალიბება და პაციენტის გაგება იძლევა მისი პრობლემის გახსნის საშუალებას. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ორგანული პათოლოგიის დიაგნოზი ნათელია, მდგომარეობის წარმატებით მართვისათვის აუცილებელია დაავადების ბუნების, მისი შინაარსის ახსნა.

ავადმყოფობასა და დაავადებს შორის კონცეპტუალური განსხვავების გაგება დაგვეხმარება, კარგად ჩავწვდეთ დაავადების ბუნებას (აბრეგა, 1974).

ავადმყოფობა, ეს პაციენტის მიერ საკუთარ ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ დარღვევათა მისეულ აღქმას გულისხმობს. იგი მოიცავს პაციენტის შეგრძნებებს, უუნარობასა და დისკომფორტს, წინააღმდეგობასა და მხარდაჭერას, სიძლიერესა და სისუსტეს, დამოკიდებულებას

თავისი მდგომარეობისა და ექიმის მიმართ, ასევე ამ მდგომარეობის ზეგავლენას მის საქმიანობასა და ურთიერთობებზე.

დაავადება, ეს არის პათოლოგიური პროცესი, რომელსაც ექიმი ავადმყოფობის განმარტებისათვის იყენებს. **საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში ხშირად შეხვდებით ავადმყოფობას, რომელიც არ უკავშირდება რაიმე კონკრეტულ პათოლოგიურ პროცესს, ანუ ავადმყოფობა დაავადების გარეშე.**

დაავადება და ავადმყოფობა ცნობიერების ორ განსხვავებულ განზომილებას გულისხმობს. პირველი, ეს არის **თეორიული სფერო**, ხოლო მეორე, **გამოცდილებაზე დამყარებული წარმოდგენა**. მარტივი ენით რომ ავხსნათ, „ავადმყოფობა ეს არის ის, რაც თქვენ გაქვთ, ვიდრე ექიმთან მიხვიდოდეთ, ხოლო დაავადება ის, რაც თქვენ ექიმთან ვიზიტის შემდეგ გექნებათ." დაავადება და ავადმყოფობა აბსტრაქციის სხვადასხვა დონეებს მიეკუთვნება და მათ სხვადასხვაგვარი მნიშვნელობა აქვთ. ავადმყოფობა პაციენტის ცხოვრების სერიოზული მომენტია, ხოლო დაავადება თავისი მნიშვნელობით ამა თუ იმ პათოლოგიური პროცესის რეალურ მიმდინარეობას ასახავს. ნებისმიერი სერიოზული ავადმყოფობა მრავალმხრივად მოქმედებს პაციენტის ცხოვრებაზე.

დაავადება, ზოგჯერ, სინდრომების კლინიკური აღწერილობის დონეზე განისაზღვრება და კლასიფიცირდება. ზოგჯერ განმარტებაში ჩამოყალიბებულია სტრუქტურული და ფუნქციური პათოლოგიური ცვლილებები. თუმცა, ასეთი სახის განმარტება ყოველთვის არასრულყოფილად ითვლებოდა, ვინაიდან არ მოიცავდა მონაცემებს ეტიოლოგიური ფაქტორების შესახებ. ის შეხედულება, რომ ყოველი დაავადება გამოწვეულია რაღაც კონკრეტული გარეგანი მიზეზით, არ შეეფერება ყველა მდგომარეობას.

ეტიოლოგიური ფაქტორის განსაზღვრა, ისეთი საყოველთაოდ ცნობილი დაავადების დროსაც კი, როგორიცაა ტუბერკულოზი, არ ხსნის გამომწვევისადმი ინდივიდუალური მგრძნობელობის არსებობის მიზეზს, სხვადასხვა პაციენტებში დაავადების თავისებურ მიმდინარეობასა და უუნარობის გამოვლენის ხარისხის ვარიაბელობას.

ბევრი სხვა დაავადებისათვის არაერთი კონკრეტული, გარეგანი ეტიოლოგიური ფაქტორი შეიძლება დავასახელოთ. მაგ. გულის იშემიური დაავადებისათვის ესაა მაღალი არტერიული წნევა და ჰიპერლიპიდემია, სოციალური ფაქტორები და ცხოვრების სტილი, ინდივიდუალური თვისებები.

თუ პაციენტს სჯერა, რომ მისი ავადმყოფობა გამოწვეულია დაავადებით, რომელსაც, თავის მხრივ, რაღაც მიზეზი განაპირობებს, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ მან თავის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობა იკისროს. ასეთი პაციენტების უმრავლესობა თვლის, რომ ადამიანს არ შეუძლია ან თითქმის არ შეუძლია აკონტროლოს ორგანიზმზე დაავადების გამომწვევი გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედება. თუ ექიმი ეთანხმება ამ შეხედულებას, მაშინ მან საკუთარ თავზე უნდა აიღოს ეს პასუხისმგებლობა.

სოციოლოგიური მიდგომა: სოციოლოგიური მიდგომის თვალსაზრისით კონსულტაციის მოდელს სოციალური გარემო ქმნის, მაგრამ ამ შემთხვევაში მოქმედების არსის გასაგებად განიხილება ურთიერთობა არა ექიმსა და პაციენტს შორის, არამედ ექიმებსა და პაციენტებს შორის. სოციოლოგიური მიდგომა ეძებს სოციალურ ფაქტორებს, რომლებმაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ და განაპირობონ ექიმისა და პაციენტის ქცევა კონსულტაციის პროცესში. სოციალური ფაქტორები ზემოქმედებენ არა მხოლოდ უშუალოდ კონსულტაციის მიმდინარეობაზე, არამედ მის წინაპირობებსა და გამოსავალზე.

სხვადასხვა ჯგუფის პაციენტები, განსხვავებული სოციალური პირობებით, როგორიცაა სამუშაო ადგილი, ეკონომიკური სტატუსი, საცხოვრებელი ადგილი, განათლება სხვადასხვაგვარად ასახავენ თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, რაც საკმაოდ ფართო საზღვრებში ცვალებადობს. ამასთან, სოციალური ფაქტორები ზეგავლენას ახდენენ მრავალი დაავადების მიმდინარეობაზე. ისინი განსაზღვრავენ იმას, თუ როდის ეძიებს პაციენტი სამედიცინო დახმარებას. დაავადების განვითარებაზე, მიმდინარეობასა და გამოსავალზე ზეგავლენას ახდენენ შემდეგი სოციალური ფაქტორები.

1. დანაკარგი;
2. კონფლიქტი;
3. ცვლილება;
4. გარემოსთან შეგუების სირთულეები;
5. სტრესი;

6. განმარტოება (იზოლაცია);
7. უმარისობა (გაჭირვება).

ამ ფაქტორების გათვალისწინებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს პრობლემის იდენტიფიცირებისა და მისი მართვის შემდგომი გეგმის შემუშავებისათვის.

ანთროპოლოგიური მიდგომა: საზოგადოება სპეციფიკურ ზეგავლენას ახდენს, როგორც ავადმყოფებზე, ასევე მაო მკურნალებზე შეიძლება თუ არა ერომანთან შევადაროთ ტიპეტელი შამანები და ბრიტანელი ზოგადი პრაქტიკოს ექიმები? ვ. კლეიმანმა შეისწავლა რა არატრადიციული და „დასავლეთელი" მკურნალების მუშაობა, უჩვენა, რომ ექიმმაშები თავიანთი საქმიანობის შესრულებისას გადიან სამკურნალო რიტუალს, რომელიც მოიცავს:

1. პრობლემისათვის რაღაც სახელის დარქმევას;
2. გარკვეული სახის მანიპულაციის ან რაიმე თერაპიული რიტუალის შესრულებას;
3. პროცესის დასასრულს პრობლემა ფასდება როგორც „განკურნებული" ან „გაუმჯობესებული" (ცხადია, უკეთეს შემთხვევაში)

ეს თითქმის იგივეა, რაც ოჯახის ექიმის დიაგნოზი, მართვა და ხანგრძლივი მეთვალყურეობა.

კლეიმანმა ასევე უჩვენა, რომ არატრადიციული მკურნალები გამოყოფენ სამი სახის პრობლემებს. ესენია: მწვავე, ქრონიკული ანუ სიცოცხლისათვის არსაშიში და **აგზნების სომატური სიმპტომები.** ყველა ოჯახის ექიმს ჰყავს პაციენტები ასეთი პრობლემებით.

სახალხო მკურნალებსაც და პროფესიონალებსაც საზოგადოება ერთი და იმავე სახის უფლებამოსილებას ანიჭებს:

1. **სიბრძნით მინიჭებული უფლებამოსილება** — ეს გახლავთ უფლება, რომელიც ექიმს მისი ცოდნისა და გამოცდილების წყალობით ენიჭება და მის რჩევასა ან ნათქვამს სარწმუნოს ხდის. მას შეუძლია მოითხოვოს, რომ მოუსმინონ და დაუჯერონ;
2. **მორალური უფლებამოსილება,** რაც ექიმისაგან ჰიპოკრატისეულ „არ ავნოს" შესრულებას მოითხოვს;
3. **ქარიზმატული უფლებამოსილება** — ეს უფლებამოსილება მედიცინისა და რელიგიის ერთგვარი გაერთიანებიდან გამომდინარეობს და მისი აღწერა ყველაზე რთულია. მაღალი კულტურის საზოგადოებაშიც კი ქარიზმატული უფლებამოსილება ექიმს სიკვდილთან ბრძოლის შესაძლებლობას უკავშირებს და მის მიერ შესრულებულ ფუნქციებს გრანდიოზულს ხდის. ეს არის ერთ-ერთი მიზეზი ექიმის, როგორც მოძღვრის (სულიერი მამის), წარმოდგენისა, რაც მედიცინას მისტიკურ დატვირთვას ანიჭებს.

ექიმს თავად შეუძლია მიინიჭოს გარკვეული უფლებამოსილება და გაზარდოს პაციენტზე თავისი ზეგავლენის ძალა. მაგ. თეთრი ხალათი, დიდი, მდიდრული კაბინეტი, ზედმეტად ყურადღებიანი შტატი და ა.შ. ექიმის „ძლევამოსილებას" მნიშვნელოვნად ზრდის ინფორმაციის ბლოკირებას, ანუ „არაფერი ვუთხრათ პაციენტს მისი პრობლემისა და მკურნალობის გეგმის შესახებ".

ჰელმანმა (1981) ჩამოაყალიბა ის კითხვები, რაზეც ავადმყოფს ყველაზე ხშირად სურს მიიღოს პასუხი. ესენია:

- რა მოხდა?
- რატომ მოხდა?
- რატომ მე?
- რატომ ახლა?
- რა მოხდება, თუ არაფერს გავაკეთებ?
- რა უნდა გავაკეთო და ვის უნდა მივმართო შემდგომი დახმარებისათვის?

სწორედ ამ შეკითხვებზე პასუხის გაცემით განისაზღვრება ადამიანის ქცევა ავადმყოფობისას. სამედიცინო საჭიროებათა პაციენტისეული აღქმა მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს მის გადაწყვეტილებაზე — როდის ეძიოს სამედიცინო დახმარება. პაციენტის განათლება საუკეთესო გზაა, რომელიც მას საკუთარი ჯანმრთელობის საჭიროებების დროული და სწორი ინტერპრეტაციის საშუალებას აძლევს.

ბალინტის თეორია: ოჯახის ექიმის საქმიანობაზე დიდი ზეგავლენა მოახდინა ე. ბალინტის (E. Balint) მიერ 1957 წელს გამოქვეყნებულმა სახელმძღვანელომ —„ექიმი, მისი პაციენტი და დაავადება".

ბალინტის ფილოსოფია სამ მთავარ აზრს მოიცავს;

1. ფსიქოლოგიური პრობლემები ხშირად მანიფესტირდება ფიზიკურად და ფიზიკურ დაავადებას აქვს თავისი ფსიქოლოგიური შედეგები, რაც განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს;
2. ექიმს აქვს ინტუიცია და თავისი განწყობა პაციენტის მიმართ, რასაც გარკვეული როლი აკისრია კონსულტაციის პროცესში;
3. აუცილებელია სპეციალური სწავლება, რაც, რა თქმა უნდა, შემოფარგლულ, მაგრამ მნიშვნელოვან ზეგავლენას მოახდენს ექიმის ინდივიდუალურ თვისებებზე, რათა მან შეძლოს პაციენტის აზროვნების მიმდინარეობის აღქმა და სწორად გაგება.

ფსიქოსომატური დაავადების იდეა ახალი არ ყოფილა, მაგრამ ბალინტმა უდიდესი მნიშვნელობა მიანიჭა მას ზოგადი პრაქტიკისათვის. მან უჩვენა, რომ ექიმს ერთდროულად შეუძლია უმკურნალოს სხეულსაც და სულსაც. მნიშვნელოვანი მხოლოდ ის კი არ არის, რომ სომატური პათოლოგიის გამორიცხვის შემდეგ, ფსიქოლოგიური მოშლილობის დიაგნოზი დავსვათ, არამედ ის, რომ გამოვაელინოთ და შეეფასოთ ნებისმიერი შესაძლო ფსიქოლოგიური ფაქტორი, რომელიც დაკავშირებული იქნება არსებულ დაავადებასთან. ამას ისეთივე შესწავლა ესაჭიროება, როგორც იმას, თუ როგორ უნდა მოახდინოს ექიმმა თანამედროვე სამედიცინო-ტექნიკური საშუალებებით გამოკვლევების შედეგად მიღებული პასუხების ინტერპრეტაცია.

ფსიქო-სოციალური მიდგომა: ფსიქო-სოციალური მიდგომა საშუალებას გაძლევს ვირწმუნოთ, რომ შესაძლებელია კონსულტაციის პროცესში განვავითაროთ პაციენტის გაგება საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ და ზემოქმედება მოვახდინოთ მის ქცევაზე.

ამის უზრუნველსაყოფად ექიმმა უნდა:

1. გამოააშკარაოს არსებულ პრობლემასთან დაკავშირებით პაციენტის რწმენა, შეხედულება და წუხილი;
2. მარტივი და პაციენტისათვის გასაგები ენით განუმარტოს მას პრობლემის არსი და ბუნება;
3. პაციენტთან ერთად მიიღოს გადაწყვეტილება შემდგომი ქმედების თაობაზე;
4. დაეხმაროს პაციენტს, რათა მან თავის თავზე აიღოს საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა.

კონსულტაციის ჩატარების თავისებურებები.

პაციენტი კონსულტაციაზე თავისი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური პრობლემებით მოდის, ამასთან, მას აქვს თავისი აზრები, შეხედულება და გარკვეული მოლოდინი იმ სამედიცინო დახმარების თაობაზე, რაც კონსულტაციის პროცესში უნდა მიიღოს.

ექიმსაც აქვს ჩამოყალიბებული აზრი თავისი როლის შესახებ, რაც მხოლოდ პრობლემის განსაზღვრას, მართვასა და პაციენტზე ზრუნვას კი არ გულისხმობს, არამედ ასევე მოიცავს პასუხისმგებლობას დაავადების პროფილაქტიკისა და პაციენტის განათლების საქმეში.

ამოცანების დაგეგმვისას ასევე უნდა გავითვალისწინოთ კონსულტაციის სასურველი გამოსავალი. კონსულტაციის შედეგები შეიძლება იყოს დაუყოვნებელი, როგორიცაა პაციენტის მიერ მიღებული ინფორმაციის სწორი გაგება და მასზე გამოხმაურება, იმის განსაზღვრა, აქვს თუ არა პაციენტს პრობლემის მართვის პროცესში მონაწილეობის მიღების სურვილი და აცნობიერებს თუ არა ამის აუცილებლობას. შემდეგ შესაძლო ხდება შორეული შედეგების გამოვლენაც. მაგ. რამდენად ზუსტად ასრულებს პაციენტი მართვის ჩამოყალიბებულ გეგმას? ამის შორეული შედეგია მისი მდგომარეობის გაუმჯობესება და საკუთარი ჯანმრთელობის უკეთესი გაგება.

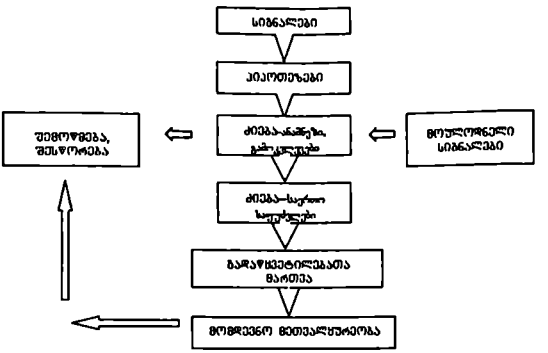
შვიდი ამოცანის ჩამოყალიბება არ ნიშნავს, რომ ექიმმა ყოველ კონსულტაციაზე შვიდივე უნდა შეასრულოს, არამედ მან უნდა აირჩიოს ის, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერება კონკრეტულ შემთხვევას. ეს ამოცანები ქვემოთ არის წარმოდგენილი.

1. **პაციენტის მომართვის მიზეზის განსაზღვრა, რაც შემდეგი ასპექტების გათვალისწინებას გულისხმობს:**
   - პრობლემის ბუნება და ანამნეზი;
   - ეტიოლოგია;
   - პაციენტის აზრები, შეხედულება და მოლოდინი;
   - პრობლემის შედეგები.
2. **სხვა პრობლემების გათვალისწინება, კერძოდ:**
   - ხანგრძლივი პრობლემა;
   - რისკ-ფაქტორები.
3. **პაციენტთან ერთად თითოეული პრობლემისათვის შესაფერისი სამოქმედო გეგმის შერჩევა;**

4. პაციენტთან პრობლემის გაზიარებული გაგება;
5. პაციენტის ჩართვა პრობლემის მართვის პროცესში;
6. რესურსებისა და დროის შესაფერისი გამოყენება;
7. პაციენტთან ურთიერთობის დამყარება და/ან შენარჩუნება.

ნახატი 86

დიაგნოზის დასმის მოდელი



ვიდრე ექიმი პაციენტს რაიმე შეკითხვას დაუსვამდეს, მან თავად უნდა გადაწყვიტოს, რა ინფორმაციის მიღება სურს, ანუ რა და როგორ უნდა იკითხოს. მაგ. თუკი ექიმს პაციენტი გულის არეში ტკივილით მიმართავს, პრობლემის ბუნების გარკვევის მიზნით ზოგიერთმა მას შესაძლოა ძალიან ღია შეკითხვა დაუსვას–„მიამბეთ თქვენი ტკივილის შესახებ“ ან კითხვას შედარებით სპეციფიკური ხასიათი მისცეს: „რა იწვევს ტკივილის დაწყებას ან გაძლიერებას? რა გიხსნით ტკივილს?“ ტკივილის ბუნების გარკვევისათვის ზოგიერთი ექიმი დახურულ შეკითხვას მიანიჭებს უპირატესობას, მაგ. არის თუ არა ტკივილი დაკავშირებული ფიზიკურ დატვირთვასთან?

შემდეგ საფეხურზე ექიმი, დამატებითი ინფორმაციის შეკრების გზით, პირველი ჰიპოთეზის შემოწმებასა და დადასტურებას ცდილობს. პაციენტის გასინჯვისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგად მიღებულმა მონაცემებმა შეიძლება დადასტურონ ან გამორიცხონ საწყისი ჰიპოთეზა.

პირველი ამოცანა პრობლემის ეტიოლოგიის განსაზღვრასაც ითვალისწინებს. ეტიოლოგიური ფაქტორის იდენტიფიკაცია მხოლოდ იმიტომ კი არ არის მნიშვნელოვანი, რომ ექიმს წარმოდგენილი პრობლემის გამოცნობის და მისი ბუნების ახსნის საშუალებას აძლევს, არამედ იმიტომაც, რომ ამ ფაქტორის დროული ელიმინაცია პაციენტს თავიდან აცილებს მომავალში მსგავსი პრობლემის განვითარებას.

პირველი ამოცანა პაციენტის აზრების, შეხედულებისა და მოლოდინის გამოვლენასაც გულისხმობს. პაციენტი კონსულტაციაზე მოდის უკვე ასე თუ ისე ჩამოყალიბებული აზრებით დაავადების ბუნების, მისი მიზეზების, მნიშვნელობისა და შესაძლო გამოსავლის შესახებ. საკუთარი ჯანმრთელობის აღქმა ის ფაქტორია, რომელიც განსაზღვრავს პაციენტის გადაწყვეტილებას, რომ მას სჭირდება კონსულტაცია და შემდგომ იმას, შეასრულებს თუ არა იგი ექიმის რჩევას.

ექიმმა უნდა იცოდეს, თუ რას ფიქრობს პაციენტი თავისი პრობლემის თაობაზე. ეს მას საშუალებას აძლევს, **პაციენტთან ერთად** ჩამოაყალიბოს პრობლემის მართვის სათანადო გეგმა, მისცეს მას საჭირო ინფორმაცია, ახსნა-განმარტება და განაკითაროს პაციენტის მიერ ჯანმრთელობის სწორი გაგება.

ამასთანავე, თუ ექიმს სურს, თანგრძნობა გაუწიოს პაციენტს, პირველ რიგში უნდა დაადგინოს, რა არის მისი წუხილის რეალური მიზეზი კონკრეტულ შემთხვევაში.

მესამე ელემენტი პაციენტის მიერ ჯანმრთელობის გაგებისა არის ის, თუ რას მოელის პაციენტი კონსულტაციისაგან. მოლოდინი სხვადასხვა ფაქტორის ზემოქმედებით ყალიბდება.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო სფეროსთან პაციენტის კონტაქტის გამოცდილებას სხვა, ადრეულ შემთხვევებში. ზოგჯერ პაციენტი მოელის რაღაცას და ეს არ კეთდება (მაგ. მისთვის არტ. წნევის გაზომვა, ან სპეციალისტის კონსულტაცია).

ეს გრძნობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს უკმოდინარობით, სიკვდილის, ცნობიერების დაკარგვის ან უუნარობისა და ცხოვრებისაგან გარიყვის შიშით. პაციენტის მოლოდინის, აზროვნების, გრძნობებისა და შიშის გაგება საკმაოდ რთულია. პაციენტისათვის ავადმყოფობის მნიშვნელობა მის საკუთარ, უნიკალურ სამყაროს ასახავს. ექიმს უნდა ჰქონდეს პაციენტის, როგორც უნიკალური ინდივიდის შეცნობის უნარი და სათანადო ჩვევები. ამის საშუალებას იძლევა პაციენტზე ორიენტირებული კლინიკური მეთოდი, რომელიც, ექიმზე ორიენტირებული მეთოდისაგან განსხვავებით, პაციენტს თვითგამოხატვის საშუალებას აძლევს, ხოლო ექიმს ეხმარება სათანადოდ შეაფასოს ის, რასაც ხედავს, ესმის და გრძნობს.

პაციენტზე ორიენტირებული კლინიკური მეთოდი ექიმს გარკვეულ მითითებებს აძლევს, კერძოდ, „გამოაელინოს პაციენტის მოლოდინი".

„ეძიეთ საერთო საფუძვლები" — ეს საშუალებას მოგცემთ მობილიზება გაუწიოთ განკურნებისათვის პაციენტის საკუთარ ძალებს. ყოველივე ამას ემატება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი—„აკონტროლეთ საკუთარი გრძნობები."

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

ზოგადი პრაქტიკა – *general practice* – პირველადი სამედიცინო დახმარების ფორმა, რომლის დროსაც, სპეციალიზებული დახმარებისგან განსხვავებით, პრაქტიკოსი ექიმი იღებს მუდმივ პასუხისმგებლობას პაციენტისათვის ზოგადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე. დახმარება ორიენტირებული უნდა იყოს პაციენტზე, მის პრობლემებსა და არა უბრალოდ კონკრეტული დაავადების მკურნალობაზე.

ინდივიდუალური ზოგადი (კერძო) პრაქტიკა – privat practice – ითვალისწინებს, რომ ექიმი მუშაობს სხვა ექიმებისაგან დამოუკიდებლად (თუმცა შეიძლება გამოიყენოს მედდისა ან სხვა დამხმარე მუშაკის დახმარება)

ჯგუფური პრაქტიკა – group practice – როცა ორი ან მეტი პრაქტიკოსი ექიმი მუშაობს ერთად ან მუშაობენ ჯანმრთელობის ცენტრის სახით.

ჯგუფური პრაქტიკის შემთხვევაში შესაძლებელია პრაქტიკოს ექიმთა პარტნიორობა.

დამოუკიდებელი პრაქტიკის მქონე ექიმთა გაერთიანებაზე დაფუძნებული საორგანიზაციო მოდელი – *independent practice association (IPA) model* –გაერთიანება, რომელიც უშუალოდ აფორმებს კონტრაქტს კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმებთან ან კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმთა ერთ ან მეტ გაერთიანებასთან. ასეთი სქემა უმეტეს შემთხვევაში ყალიბდება ერთ დარგში სპეციალიზებული პრაქტიკის ირგვლივ.

ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემა – *integrated health care system* – დაწესებულებათა ქსელი, რომელსაც გააჩნია სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის შესაძლებლობა მრავალი მიმართულებით.

მართვადი სამედიცინო დახმარება – *managed care* – სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა და სადაზღვევო ორგანიზაციათა ერთობლივი ძალისხმევა, მიმართული შესასრულებელი სამუშაოს ხარისხისა და ეფექტურობის ამაღლებაზე, მინიმალური დანახარჯებით. ეს მიიღწევა მომსახურების ღირებულების გადახდაში პაციენტის მონაწილეობის წილის გაზრდით, სტაციონარში ავადმყოფთა დაყოვნების სტანდარტების და მკურნალობის მსვლელობისა და შედეგების მკაცრი კონტროლით (ე.წ.გაიდლაინების მიხედვით), ამბულატორიულ პირობებში ინსტრუმენტული გამოკვლევებისა და ქირურგიული ჩარევების ნუსხის გაფართოებით და სხვ.

პროფილაქტიკური დახმარება – *preventive care* _ სამედიცინო დახმარების ყოვლისმომცველი სახე, რომელიც ანიჭებს პრიორიტეტს პროფილაქტიკას, დაავადებათა ადრეულ გამოვლენას და ადრეულ მკურნალობას. ჩვეულებრივ შეიცავს რუტინულ, ფიზიკალურ გასინჯვებს, იმუნიზაციას და კარგ მოვლას.

პროფილაქტიკური მედიცინა – *preventive medicine* – მოსალოდნელი დაავადებების, პროფილაქტიკის გამოვლენა და მათი ადრეულ მკურნალობაზე მიმართული ღონისძიებების ჩატარება.

სამედიცინო დახმარება – *health care* – პაციენტების გამოჯანმრთელებისა და მკურნალობისაკენ მიმართული საქმიანობა, რომელსაც, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, ახორციელებენ პროფესიონალი მუშაკები ჯანმრთელობის დაცვის განსაზღვრულ სისტემაში. სამედიცინო დახმარება მოიცავს სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ერთიანობას. „health care" აშშ-ში განსაზღვრავს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და გაჯანმრთელების მთელ საქმიანობას, რომელიც შეიძლება განახორციელოს არასამედიცინო მუშაკმაც.

სამედიცინო დახმარება – *medical care* – აშშ-ში ტერმინით „სამედიცინო დახმარება" განისაზღვრება ინდივიდუალურ დონეზე გაწეული საქმიანობა (ექიმის, ექთნის) მიმართული ავადმყოფობის ან ტრავმის მკურნალობისაკენ, დაავადების სიმპტომების ინტენსივობის შემცირების, ასევე ავადობისა და დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროფილაქტიკისაკენ.

სამედიცინო ჩარევა – health intervention – გულისხმობს ქირურგიულ ჩარევების, ფარმაკოთერაპიის, პროცედურების, რეაბილიტაციისა და კონსულტაციების ჩატარებას.

პაციენტის *მომსახურება* – *service* – სამედიცინო დახმარების გამწევი დაწესებულებებისა და პირების მიერ პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების საჭიროებათა უზრუნველყოფის მიზნით გაწეული საქმიანობა. მომსახურება – სამედიცინო დახმარების იდენტიფიცირებული ვარიანტია.

საქმიანობა – *activity* – деятельность – სამუშაო, რომელსაც ასრულებს პერსონალი დასახული მიზნის მისაღწევად, მაგალითად, ბინაზე მომსახურებისას, სპეციალისტებთან საკონსულტაციოდ გაგზავნისას. საქმიანობის ყოველი ასეთი სახე გულისხმობს გარკვეულ ამოცანათა შესრულებას. საქმიანობის სახეობათა ჯგუფი გარკვეული ფუნქციის განხორციელების საშუალებაა.

დაინტერესებული მხარეები – *stakeholders*ы – სხვადასხვა სამსახურები (მაგალითად, საფინანსო, იურიდიული ან სხვა) ან ცალკეული პირები, რომელთაც, თავისი ადმინისტრაციული, საზოგადოებრივი ან ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, შეუძლიათ ხელი შეუწყონ ჯანდაცვითი ღონისძიებების გატარებას.

მოთხოვნათა კონტროლი და რეგულირება – *demand management* – ღონისძიებები, რომლებიც აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნებისა და საჭიროების შემცირებისათვის, რაც შესაძლებელია პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებით, რისკ-ფაქტორების შემცირებით, ასევე იმ პროგრამების განხორციელებით, რომლებიც მიმართულია ჯანმრთელობის განმტკიცებისაკენ.

შემთხვევის მართვა – *case management* – პროცესი, როდესაც ყველა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ შემთხვევას მართავს ექიმი ან მედდა (ან განსაზღვრული ჯანდაცვის მუშაკი). შემთხვევის მართვის სისტემა მიმართულია მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფისკენ და მომსახურების სიხისტის, დანაწევრებისა და საშუალებათა არასრული ათვისების აცილებისაკენ, ის აგრეთვე ცდილობს, მომსახურების შესაფერისი ინტენსივობა პაციენტის საჭიროებებს შეუფარდოს.

ექიმი მეჭიშკრე (ჭიშკრის დამცველი) – *gate keeper* – 1. ექიმი, რომელიც აკონტროლებს პაციენტის ხელმისაწვდომობას სამედიცინო სპეციალისტებისადმი; 2. პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმი (ოჯახის ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმი), რომელიც პასუხს აგებს პაციენტისათვის გასაწევი სამედიცინო დახმარების ყველა ასპექტის კოორდინაციაზე („ჭიშკრის დამცველის" კომპეტენციაში შედის იმის განსაზღვრაც, თუ რაოდენ ესაჭიროება პაციენტს სპეციალისტის კონსულტაცია ან სტაციონარში მოთავსება).

პაციენტზე ორიენტირებული დახმარება – *patient-centered care* – სამედიცინო დახმარების მოდელი, რომელიც ორიენტირებულია პაციენტის მოთხოვნილების დაკმაყოფილებაზე.

რისკის მართვა – *risk management* – კლინიკური და ადმინისტრაციული ქმედებები, რომლებიც სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებას საშუალებას აძლევს შეაფასოს რისკი და გაატაროს ღონისძიებები მისი უარყოფითი ზემოქმედების შესამცირებლად.

სამართლიანობის უზრუნველყოფა (სამედიცინო დახმარებასთან მიმართებაში) – *equity in health services* – ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთი ფუძემდებელური პრინციპი – ჯანდაცვის რესურსების ისეთი განაწილება, რომელიც საშუალებას იძლევა ყველა მოქალაქისათვის (განურჩევლად ასაკის, სქესის, სოციალური კლასის, ეთნიკური ან რასობრივი კუთვნილებისა) უზრუნველყოფილ იყოს თანაბარი პირობები ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად.

დაავადების მართვა (წაყვანა) – *disease management* – დაავადების ბუნებრივ მიმდინარეობაზე დაფუძნებული მიდგომა. აქცენტი ძირითადად გამახვილებულია დაავადების პროფილაქტიკაზე, საჭიროების შემთხვევაში კი აქტიური სამედიცინო ჩარევის გამოყენებაზე.

კლინიკური ჩარევის მიმდინარეობა – *clinical pathway* – ალგორითმი, რომელიც განსაზღვრავს სამედიცინო პერსონალის ყოველ ნაბიჯს პაციენტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესში და პრაქტიკულად მოიცავს მკურნალობის ყველა ასპექტს. გადაწყვეტილება მიიღება კლინიკური ჩარევის მიმდინარეობის ალგორითმის შესაბამისად (მაგალითად, ალგორითმის ერთი განტოლება მიუთითებს, რა უნდა გაკეთდეს ანალიზის დადებითი, ხოლო მეორე – ანალიზის უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში).
ხშირად ასეთი ალგორითმები გამოისახება გადაწყვეტილებებისა და სპეციალური აღნიშვნის ხის სახით.

მკურნალობის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ალგორითმი – *critical pathway* – მკურნალობის ოქმი, რომელიც ეფუძნება კლინიცისტთა მიერ მიღწეულ კონსენსუსს. მოიცავს მხოლოდ იმ რამდენიმე სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან კომპონენტს ან პუნქტს, რომელიც არსებითად მოქმედებს პაციენტთა მკურნალობის შედეგებზე (მკურნალობის ჩატარების ან პირიქით, მისი არჩატარებისას, ან სამედიცინო ჩარევის დროის გათვალისწინებით).

კლინიკური საინფორმაციო სისტემა – *clinical information system* – საინფორმაციო სისტემა, სადაც ხდება ინფორმაციის შეგროვება, შენახვა, დამუშავება და გადაცემა.

მიმდინარე შეფასება – *concurrent review* – პაციენტის მკურნალობის დროს განხორციელებული შეფასება (უშუალოდ მკურნალი ექიმის, ან კონსულტანტის, ან ხელმძღვანელის მიერ), რაც ხელს უწყობს მკურნალობის ნეგატიური შედეგების ადრეულ გამოვლენას.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ოფისი – *physician office* – მუდმივი ადგილი, სადაც სამედიცინო საქმიანობას ეწევა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი როგორც დამოუკიდებლად, ასევე სხვა მედიცინის მუშაკების ჯგუფთან ერთად.

ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ქსელური ორგანიზაციის მოდელი – *network model* – ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაცია (HMO), რომელიც კონტრაქტს დებს დამოუკიდებელი პრაქტიკის მქონე ორ ან მეტ ჯგუფთან, რათა მიეცეს მათ სამედიცინო დახმარების გაწევის საშუალება. ქსელური მოდელი შეიძლება მოიცავდეს ზოგადი პრაქტიკის ცალკე სპეციალისტებს, ასევე ორგანიზებული პრაქტიკოსების ჯგუფს, რომელიც ერთად იმართება.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რამდენად ეფექტურია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის შემოღება საქართველოში?
- შესაძლებელია თუ არა საოჯახო პრაქტიკის ცენტრისა და პოლიკლინიკის თანაარსებობა?
- რა როლი ენიჭება პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურაში მომუშავე ექიმ-სპეციალისტს?
- როგორ უნდა გაიზარდოს მოსახლეობის მიმართვიანობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში?
- რამდენად მომგებიანია კერძო სამედიცინო ცენტრის გახსნა?
- რამდენად აქტუალურია კონსულტაციის თეორია სამედიცინო პრაქტიკისათვის?

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, სახელმძღვანელო სტუდენ-ტებისათვის. თბილისი, 2003
- ი.ქაროსანიძე, თ.გაბუნია, საოჯახო მედიცინა. თბილისი, 2001
- Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997
- Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000

- Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Balint, E., Courteny, M., Elder, A., Hull,S., and Julian, P. The Doctor, the Patien tand the Group, London and New York, 1993
- Balint, E.. and Norrel, J. Six Minutes for the Patient, London and New-York, Tavistock Publications,1973

თავი 26

სტაციონარული დახმარება

ოცდამეექვსე თავის შინაარსი

26.1. შესავალი
26.2. საავადმყოფოს ძირითადი ფუნქციები
26.3. საავადმყოფოს სტრუქტურა
26.4. საავადმყოფოს მუშაობის მაჩვენებლები
26.5 საქართველოს საავადმყოფოთა ქსელის მოქმედების თავისებურებები
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა სტაციონარული დაწესებულებების განვითარების მოკლე ისტორიას*
- *შეისწავლის* საავადმყოფოს მუშაობის მაჩვენებლებს
- *გაეცნობა სტაციონარული დახმარების სპეციალიზაციაზე მიმართულ საერთაშორისო გამოცდილებას,* საქართველოს საავადმყოფოთა ქსელის მოქმედების თავისებურებებს და შემდგომი განვითარების პერსპექტივებს

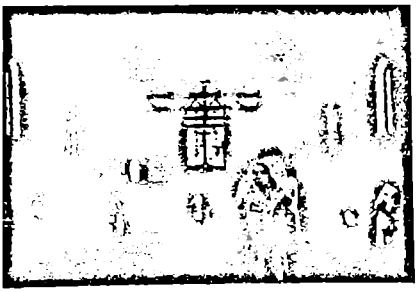
26.1. შესავალი

საავადმყოფო (სტაციონარი, ან სტაციონარული დაწესებულება, ჰოსპიტალი (ჩვენში ეს ტერმინი უფრო ხშირად იხმარება იმ შემთხვევაში, თუ საკითხი ეხება სამხედრო მოსამსახურეთათვის განკუთვნილ საავადმყოფოებს) — წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც პროფესიონალთა მიერ ხორციელდება პაციენტთა სადღეღამისო მომსახურება.

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 მეორე, ისე მესამე დონეს.

საავადმყოფოს, როგორც სამედიცინო დაწესებულებას, მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. პირველ ცნობებს საავადმყოფოს შესახებ ძველ ეგვიპტურ და ბერძნულ წყაროებში ვხვდებით. უკვე რომის იმპერიაში, ტაძრებთან ეწყობოდა სტაციონარები (ეს ტერმინი პირველად გამოყენებულია ძველ საბერძნეთში), რომლებიც წარმოადგენდნენ არა მარტო თავშესაფარს, არამედ იქ ავადმყოფებსაც მკურნალობდნენ. პომპეის გათხრებისას

აღმოჩენილია ე.წ. ქირურგთა სახლი, სადაც განლაგებული იყო რამდენიმე საოპერაციო, აბაზანა, აფთიაქი და სხვა სამედიცინო დანიშნულების სათავსოები. ახლო აღმოსავლეთში უკვე IV საუკუნიდან იერუსალიმისაკენ მიმავალი ქრისტიანებისათვის ეწყობოდა თავშესაფრები – ჰოსპიტლები (Hospitalis – ლათ. სტუმართმოყვარე, Hospes – სტუმარი, მდგმური). სადაც, საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტებს სამედიცინო დახმარებასაც უწევდნენ. შუა საუკუნეებში საავადმყოფოთა ქსელი სწრაფად ვითარდებოდა არა მარტო ევროპაში, არამედ აზიის ქვეყნებშიც, რასაც ინფექციურ ავადმყოფთა იზოლაციის აუცილებლობა განაპირობებდა. ზედმიწევნით სწრაფად ვითარდებოდა სამონასტრო მედიცინა, მათ შორის საქართველოშიც.



ბეანის (საფრანგეთი) ულის სახლის (Hotel Dieu) სტაციონარის (დაარსებულია 1443 წელს) საერთო ხედი (რეკონსტრუქცია)

მხოლოდ XVII საუკუნიდან ჯერ ევროპაში, მოგვიანებით კი აზიაში, ამერიკის კონტინენტზე და აფრიკაში დაიწყო მხოლოდ საავადმყოფოებისათვის განკუთვნილი ცალკე შენობების აგება. XIX საუკუნიდან კი სწრაფი ტემპებით ხორციელდება სტაციონარული დაწესებულებების სპეციალიზაცია, რაც პირველ ეტაპზე განპირობებული იყო შიდაპსიტალური ინფექციის დაძლევის მცდელობით, მოგვიანებით კი პაციენტთა სხვადასხვა ჯგუფისათვის საჭირო სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მეთოდების გამოყენების სპეციფიკით (მაგალითად, კარდიოქირურგიული, ოფტალმოლოგიური, ნეიროქირურგიული, პედიატრიული და სხვ. პროფილის სტაციონარული დაწესებულებები).

26.2. საავადმყოფოს ძირითადი ფუნქციები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, საავადმყოფოს გააჩნია აღდგენითი, პროფილაქტიკური, სასწავლო და სამეცნიერო-კვლევითი ფუნქციები.

საავადმყოფოს აღდგენით ფუნქციებს მიეკუთვნება:

- დიაგნოსტიკა (როგორც სტაციონარში მყოფი, ისე ამბულატორიული ავადმყოფების);
- მკურნალობა (როგორც რადიკალური, ისე პალიატიური);
- რეაბილიტაცია;
- გადაუდებელი დახმარება.

საავადმყოფოს პროფილაქტიკურ ფუნქციებს მიეკუთვნება:

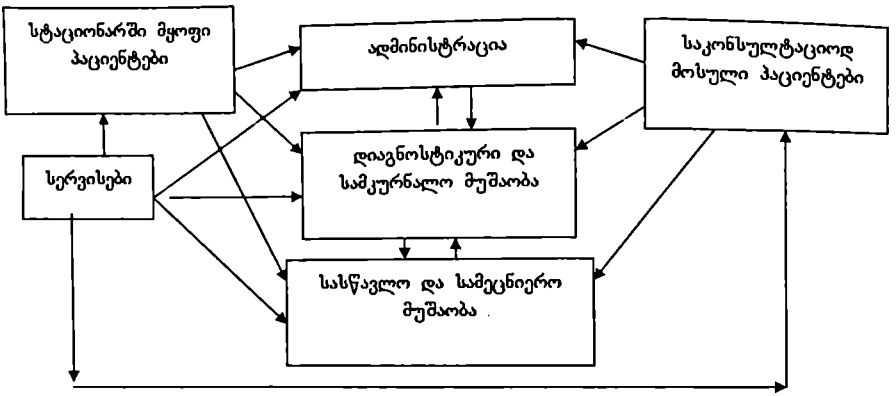
- ავადმყოფთა სანიტარიული განათლება;
- ორსულების, მელოგინეებისა და ახალშობილების ფიზიოლოგიური კონტროლი;
- ბავშვთა და მოზარდთა სწორი ფიზიკური განვითარების სამედიცინო კონტროლი;
- ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, საავადმყოფოსშიდა ინფექციებთან ბრძოლა;
- ქრონიკული დაავადებების პროფილაქტიკა;
- დინვალიდების პროფილაქტიკა.

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.

ნახატი 87

საავადმყოფოს ძირითადი ფუნქციური კავშირები

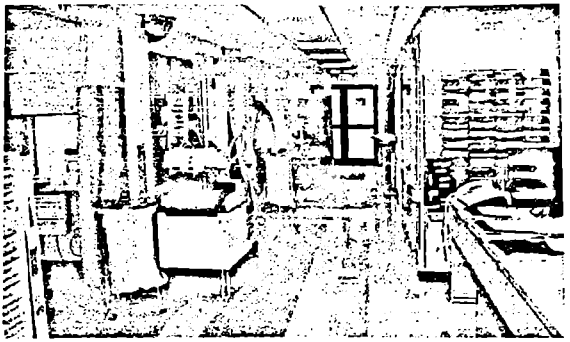


საავადმყოფო ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი რგოლია, რომელშიც მოსახლეობას სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებას უწევენ. საავადმყოფოში მკურნალობენ შედარებით მძიმე ავადმყოფებს, რომელთათვისაც, სხვადასხვა მიზეზის გამო, ამბულატორიული დახმარება საკმარისი არ არის. სტაციონარულ ავადმყოფთა ხვედრითი წილი საერთო 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, სწავლებასა 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.

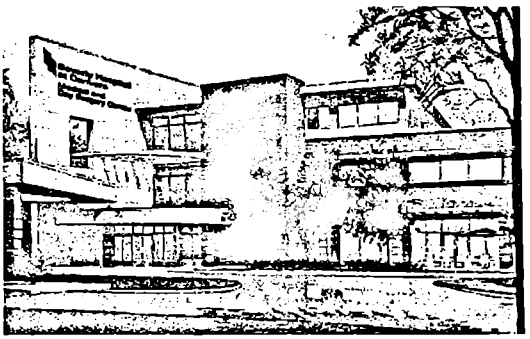
პროფილის მიხედვით საავადმყოფოები შეიძლება იყოს **ზოგადი (სომატური)** ან **სპეციალიზებული**, რომლებიც, ძირითადად, უზრუნველყოფენ მოსახლეობის (მაგალითად, სამშობიარო სახლი, ბავშვთა სტაციონარი და სხვ.) ან დაავადებათა გარკვეული ჯგუფის (მაგალითად, ფსიქიატრიული, ინფექციური, კარდიოლოგიური, ონკოლოგიური და სხვ.) მკურნალობას. თანამედროვე საავადმყოფოები, როგორც ზოგადი, ისე სპეციალიზებული, ძირითადად, მრავალპროფილურია, რომლებიც ახორციელებენ პაციენტთა, როგორც ქირურგიულ, ისე თერაპიულ მკურნალობას.



კლინიკური განყოფილების ექთნის სამუშაო ადგილის საერთო ხედი

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 საჭირო გამოკვლევები, სამკურნალო ან სარეაბილიტაციო პროცედურები, ხოლო დღის ბოლოს იგი ბრუნდება სახლში. უკანასკნელ წლებში, განსაკუთრებით აშშ-ში, კანადაში, ავსტრალიაში მკვეთრად გაფართოვდა ე.წ. დღის ქირურგიის (Day surgery) ცენტრები, სადაც (განსაკუთრებით ლაპარასკოპიული ქირურგიის ფართო დანერგვის შემდგომ) კონვეიერული სისტემის გამოყენებით ხორციელდება სათანადო სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები. არსებული სისტემის პოპულარობა აიხსნება მთელი რიგი მიზეზებით, მათ შორის ჩატარებული ოპერაციის სიიაფით. ამ ცენტრებში მუშაობით დაინტერესებულია სამედიცინო პერსონალიც, რომლის შრომის ანაზღაურება, უმეტესწილად, ჰონორარული სისტემის გამოყენებით ხდება.



დენვერის (აშშ) დღის ქირურგიის ცენტრი

დასავლეთში ფართოდაა გავრცელებული **ჰოსპისები (Hospises)**, — ცალკე საავადმყოფოები, ან სპეციალური განყოფილებები მომაკვდავი (უმეტესად, კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტებისათვის) ავადმყოფებისათვის, ტკივილის მენეჯმენტის ცენტრები (Pain center) –

რომლებიც მოწოდებული არიან ყველა სახის (მათ შორის ქირურგიული) დახმარება გაუწიონ პაციენტებს (მათ შორის ართრიტებით, ართროზებით, ონკოლოგიური დაავადებებით და სხვ.), **საქმნო სახლები (Nursing Homes)** — ხანდაზმული პირებისა და ქრონიკული ავადმყოფებისათვის. ამ ტიპის დაწესებულებების შტატი, ძირითადად, ექთნებით, ფსიქოლოგებით, რეაბილიტოლოგებითა და სოციალური მუშაკებით არის დაკომპლექტებული. ამ დაწესებულებების მუშაობა არ შემოიფარგლება პაციენტის ჯანმრთელობასთან ან ასაკთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრით. უდიდესი ყურადღება ეთმობა პაციენტის ფსიქო-სოციალური პრობლემების გადაჭრას. სპეციალურად მოწვეული ექიმი ატარებს საჭირო კონსულტაციებს ადგილზე, რთული გამოკვლევების ან ინტენსიური მკურნალობის საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფები გადაჰყავთ საავადმყოფოში.

კლიველენდის (აშშ) ცენტრალური საავადმყოფოს სტანდარტული ერთადგილიანი პალატის საერთო ხედი

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.

ჩვეულებრივად, სტაციონარული დახმარება იყოფა სამ დონედ, რაც განპირობებულია საორგანიზაციო, სამედიცინო, ეკონომიკური და სხვ. მიზეზებით. ეს გასაგებიცაა, თუ გავითვალისწინებთ, რომ, მაგალითად მწვავე აპენდიციტის მკურნალობა მოითხოვს დაახლოებით 80-ჯერ ნაკლებ მატერიალურ სახსრებს და ადამიანურ რესურსებს, ვიდრე თირკმლის გადანერგვა.

პირველი დონის სტაციონარული დაწესებულებები (სხვადასხვა ქვეყანაში იხმარება ტერმინები საუბნო საავადმყოფო, ადგილობრივი (local hospital), სათემო (county, district hospital) ჰოსპიტალი, უზრუნველყოფენ პირველად და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, იმ პაციენტების ჰოსპიტალიზაციას, რომელნიც მოითხოვენ მუდმივ სამედიცინო დაკვირვებას, მაგრამ არ ექვემდებარებიან მეორე დონის სტაციონარში მოთავსებას (ძირითადად, თერაპიული, ნეეროლოგიური, გერიატრიული პროფილის პაციენტები, ავადმყოფები, რომელთაც ესაჭიროებათ სარეაბილიტაციო ან პალიატიური მკურნალობა). უფრო ხშირად, პირველი დონის სტაციონარული, დაწესებულებების საწოლთა ფონდი არ არის პროფილირებული, მათ აფინანსებს მუნიციპალიტეტი, რაც, თავისთავად, არ გამორიცხავს დაფინანსების სხვა წყაროების (სადაზღვევო, საქველმოქმედო და სხვ) მოზიდვასაც.

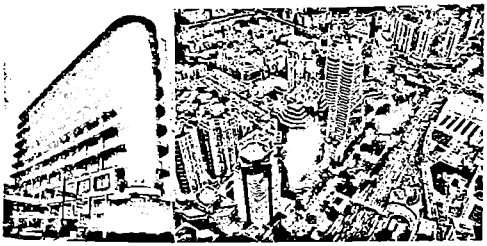
ლოკალური ჰოსპიტალი (პიტი, ინდოეთი, ავსტრალია, საფრანგეთი)

მეორე დონის სტაციონარული დაწესებულებები (სხვადასხვა ქვეყანაში იხმარება ტერმინები სარაიონო, რეგიონული (regional hospital), ცენტრალური და სხვ.) უზრუნველყოფენ პირველად და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას და გააჩნიათ დიაგნოსტიკური სამსახური, პროფილური კლინიკური, საკონსულტაციო და სარეაბილიტაციო განყოფილებები. სტაციონარული დახმარების ამ დონეზე შესაძლოა მის სტრუქტურაში სპეციალიზებული დიაგნოსტიკური და კლინიკური განყოფილებების ფუნქციონირებაც (მაგალითად, ახალშობილთა პათოლოგიის, ტრავმატოლოგიის, ონკოლოგიის და სხვ.). უფრო ხშირად, მეორე დონის სტაციონარული დაწესებულებების საწოლთა ფონდი პროფილირებულია შემდეგნაირად: შინაგანი მედიცინის (კარდიოლოგიური, ენდოკრინოლოგიური), ქირურგიული, გერიატრიული, პედიატრიული, სამეანო და სხვ.

რეგიონული ჰოსპიტალი (კანადა, ეთიოპია, ირლანდია)

მესამე დონის სტაციონარული დახმარება (სხვადასხვა ქვეყანაში იხმარება ტერმინები ცენტრალური, მთავარი (general hospital), საუნივერსიტეტო კლინიკა და სხვ.) გულისხმობს მაღალტექნოლოგიური სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფას (მაგალითად, ტრანსპლანტოლოგია, კარდიოქირურგია, ნეიროქირურგია და სხვ.). სტაციონარების ამ ჯგუფში შედის სპეციალიზებული სამეცნიერო და სასწავლო პროფილის კლინიკები და საუნივერსიტეტო

კლინიკები, რომლებიც ტრადიციულად წარმოადგენენ ქვეყნის უმსხვილეს სამედიცინო დაწესებულებებს.



ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის საავადმყოფო (მონტერეი, მექსიკა) საუნივერსიტეტო კლინიკა და ბიბლიოთეკა (შენდზენი, ჩინეთი)

კავშირები სხვადასხვა დონის სტაციონარულ დაწესებულებათა შორის ხორციელდება ე.წ. **რეფერალური სისტემის** (referral – ინგ. – მიმართულება) მეშვეობით. მართალია, ეს ტერმინი უფრო ხშირად იხმარება პაციენტის გადაყვანისას უფრო მაღალსპეციალიზებულ საავადმყოფო დაწესებულებაში. თუმცა, არაიშვიათია საპირისპირო პროცესიც (მაგალითად, პაციენტის გადაყვანა ოპერაციის ან გამოკვლევის შემდგომ საექთნო სახლში, ლოკალურ საავადმყოფოში, ჰოსპისში და სხვ.).

სტაციონარული მომსახურების ფასის მკვეთრმა ზრდამ (მაგალითად, გერმანიაში უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში მან თითქმის 300%-ით მოიმატა) შეცვალა სამედიცინო მომსახურების, როგორც დამფინანსებლების, ისე მიმწოდებლების დამოკიდებულება ამ საკითხისადმი. ზოგიერთ ქვეყანაში, ფინანსური სიძნელეების 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** (Wayting List) შემოღებით. პაციენტს წინასწარ ენიშნება ჰოსპიტალიზაციის დრო, არა მარტო 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 სიძნელეების გამო, პაციენტები ჰოსპიტალიზაციას შეიძლება თვეობით ელოდებოდნენ. ამასთან, რაიმე შეღავათების გაკეთება ჰოსპიტალიზაციის დაჩქარების მიზნით მკაცრად ისჯება. მაგრამ, პაციენტს მაინც აქვს შესაძლებლობა, ურიგოდ მოხვდეს 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–კომუტანტების** 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-კომუტანტები უფრო იაფად და ხარისხიანად უზრუნველყოფენ არა მარტო საავადმყოფოს მედიკამენტებით მომარაგებას, კვებისა და მოვლის ორგანიზაციას, არამედ აპარატურისა და მოწყობილობების ექსპლუატაციას, ტრანსპორტის, კავშირგაბმულობის მუშაობას და სხვა.

26.3. 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 ფიზკულტურის, სისხლის გადასხმისა და სხვ.) განყოფილებები ან კაბინეტები;
- დიაგნოსტიკური განყოფილებები ან კაბინეტები;
- სამეურნეო განყოფილება.

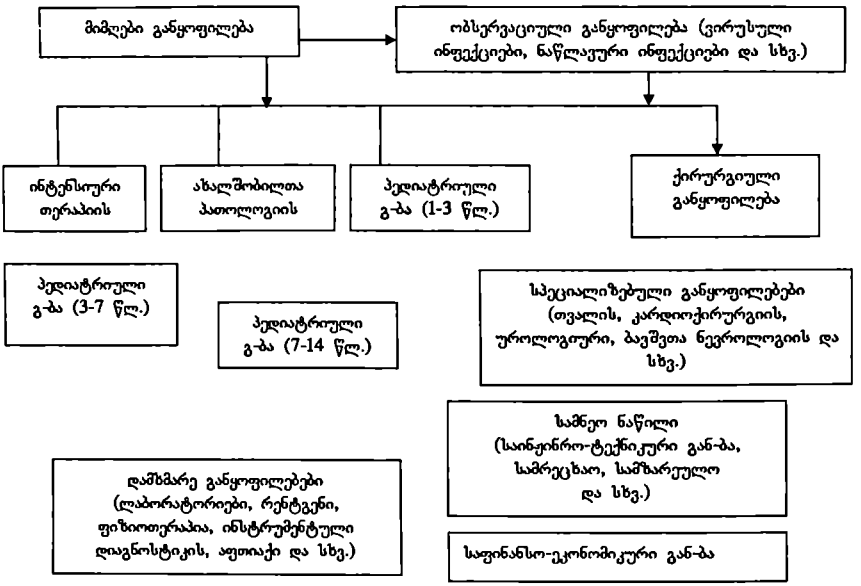
საავადმყოფოს მართავს დირექტორთა საბჭო, აღმასრულებელი დირექტორის ხელმძღვანელობით. საბჭოს წევრებსა და აღმასრულებელ დირექტორს თანამდებობაზე ნიშნავს და ანთავისუფლებს სამეთვალყურეო საბჭო. დირექტორთა საბჭოს შემადგენლობაში, აღმასრულებელი დირექტორის გარდა, შედიან სამედიცინო, ფინანსური, ტექნიკური და საზოგადოებასთან 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 საექთნო საქმის კურირება.

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 ღენაკლულთა განყოფილება (სადაც სათანადო ჩვენებით თავსდებიან სამშობიარო სახლიდან შემდგომი მკურნალობისათვის გადაყვანილი ახალშობილები).

შიდაჰოსპიტალური 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.

ბავშვთა საავადმყოფოს ძირითადი განყოფილებების სქემა



სამშობიარო სახლი დამოუკიდებელი დაწესებულებაა, 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 შესასვლელებით და დამოუკიდებელი კავშირით სათანადო განყოფილებებთან (ნახატი 61).

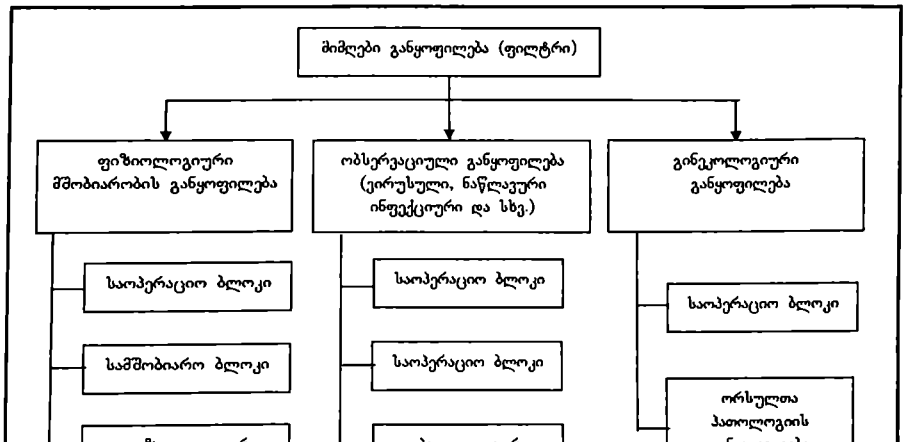
სამშობიარო სახლის ძირითადი ფუნქციებია:

- ორსულთა გაღრმავებული სამედიცინო გამოკვლევა. ექსტრაგენიტალურ დაავადებათა მკურნალობა;
- გონორეისა და სტაფილოკოკური ინფექციების პროფილაქტიკა;
- ფიზიოლოგიური მშობიარობის მიღება;
- პათოლოგიური მშობიარობის მიღება;
- მიკროპედიატრის კონსულტაცია;
- ახალშობილთა შორის „რისკის“ ჯგუფების გამოყოფა;
- ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა;
- ორსულთა ჰოსპიტალიზაცია ექსტრაგენიტალური დაავადებებისა და სამეანო პათოლოგიის არსებობის შემთხვევაში;
- ორსულთა ჰოსპიტალიზაცია მშობიარობამდე 2-3 კვირით ადრე ექსტრაგენიტალური დაავადებებისა და სამეანო პათოლოგიის შემთხვევაში;

- ექსტრაგენიტალური დაავადებებისა და სამეანო-პათოლოგიის მქონე ორსულთაგან მშობიარობის მიღება ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის, თერაპევტისა და მიკროპედიატრის მოხაწილეობით;
- ნაყოფის ანტენატალური და პერინატალური დაცვის ღონისძიებათა გატარება.

ნახატი 89

სამშობიარო სახლის სტრუქტურა



26.4. საავადმყოფოს მუშაობის მაჩვენებლები

თანამედროვე საავადმყოფო ზედმიწევნით რთულად სამართავი ორგანიზაციაა, რომელიც, ერთი მხრივ, წარმოადგენს რა სოციალურ ინსტიტუტს, მოწოდებულია, მაქსიმალურად დააკმაყოფილოს ავადმყოფთა მოთხოვნილებები, ხოლო, მეორე მხრივ, წარმოადგენს რა ეკონომიკური საქმიანობის სუბიექტს, ზრუნავს მაღალი რენტაბელობის მიღწევაზე. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ასამაღლებლად საჭიროა კვალიფიციური პერსონალი, თანამედროვე აღჭურვილობა და სამკურნალწამლო 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.

საავადმყოფოს სიმძლავრის განმსაზღვრელია მასში გაშლილ **საწოლთა რიცხვი**, რომელიც წარმოდგენას 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 საავადმყოფოს შემოსავალი და პირიქით. ამიტომ სტაციონარის მუშაობის ერთ-ერთი ძირითადი მაჩვენებელია **საწოლის წლური დატვირთვა**, რომელიც გვიჩვენებს, თუ წლის

განმავლობაში, საშუალოდ, რამდენი დღე დაიკავა თითოეული საწოლი პაციენტმა და გამოითვლება შემდეგნაირად:

ყველა ავადმყოფის მიერ წლის განმავლობაში საავადმყოფოში გატარებულ დღეთა ჯამი

საავადმყოფო საწოლთა რიცხვი

იდეალურ პირობებში საავადმყოფო 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 საავადმყოფოს 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 საავადმყოფოში ყველა ავადმყოფის მიერ გატარებული დღეების ჯამი

წლის განმავლობაში საავადმყოფოში მოთავსებულ ავადმყოფთა საერთო რიცხვი

იმავე მეთოდით შეიძლება გამოითვალოს ავადმყოფთა საშუალო დაყოვნების მაჩვენებელი, როგორც სტაციონარის თითოეული განყოფილებისათვის (მაგალითად, ქირურგიული, თერაპიული, ფსიქიატრიული და სხვ.), ისე ცალკეული ნოზოლოგიის მკურნალობისათვის (მაგალითად, აპენდიქტომია, 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 დატვირთვას თუ გავყოფთ მასზე ავადმყოფის დაყოვნების საშუალო დროზე, მივიღებთ **საწოლთა ბრუნვის** მაჩვენებელს (ე.ი. ჰოსპიტალიზაციის ყველა შემთხვევის რაოდენობა / სტაციონარული საწოლების რაოდენობა)

საწოლთა ბრუნვის მაჩვენებელი 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 საწოლდღის ღირებულებას გამოითვლიან.

საწოლდღე 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-კორონალური შუნტირების ოპერაციას სჭირდება ხელოვნური სისხლის მიმოქცევა, მაშინ, როდესაც იმავე განყოფილებაში ელექტროკარდიოსტიმულატორის იმპლანტაციისათვის ეს ძვირადღირებული მანიპულაცია საჭირო არ არის). აქედან გამომდინარე, მიმართავენ საწოლდღის საშუალო ღირებულების გამოთვლას, როგორც ცალკეული განყოფილებების, ისე მთლიანად სტაციონარისათვის.

სტაციონარში ჩატარებული ოპერაციების მაჩვენებელი გამოითვლება 100000 სულ მოსახლეზე (ჩატარებული ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობა / მოსახლეობის რაოდენობა ·100000). თავისთავად, არანაკლებ მნიშვნელოვანია იმის დადგენაც, თუ რამდენად აქტიურად მუშაობს ქირურგიული განყოფილების პერსონალი. ამისათვის გამოითვლება ე.წ. ქირურგიული აქტიურობის მაჩვენებელი (ქირურგიულ საწოლზე გატარებული პაციენტების რიცხვი, რომელთაც ჩაუტარდათ ოპერაცია / ქირურგიულ საწოლზე გატარებული ყველა პაციენტის რიცხვი · 100).

ლეტალობის მაჩვენებელი (სიკვდილის შემთხვევები სტაციონარში / ჰოსპიტალიზაციის ყველა შემთხვევის რაოდენობა ·100) გამოითვლება როგორც მთლიანად სტაციონარისათვის, ასევე ცალკეული განყოფილებების მიხედვით.

26.5 საქართველოს საავადმყოფოთა ქსელის მოქმედების თავისებურებები

2006 წლის მონაცემებით, საქართველოში ფუნქციონირებდა 262 სტაციონარი (მათ შორის 236 საავადმყოფო, 9 სხვადასხვა პროფილის დისპანსერი და 17 სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, სადაც გაშლილი იყო 16455 საწოლი) (ცხრილი 71).

ცხრილი 71

საქართველოს რეგიონებში სტაციონარების ქსელის სტრუქტურა

რეგიონი	საავადმყოფოთა რიცხვი	საწოლთა ფონდი
თბილისი	103	5746
აჭარა	20	1076
კახეთი	22	643
იმერეთი	40	2264
სამეგრელო	26	895
შიდა ქართლი	11	571
ქვემო ქართლი	25	839
გურია	7	273
სამცხე-ჯავახეთი	12	552
მცხეთა-მთიანეთი	5	128
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	4	215
სხვა უწყებები	1	176
საქართველო	276	13378

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 დაწესებულებიდან პირობითად

მხოლოდ მცირე ნაწილი შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებს, საწოლის საშულო წლიური დატვირთვა, დაყოვნება და ბრუნვა კი ზედმიწევნით დაბალია (ცხრილი 72).

ცხრილი 72

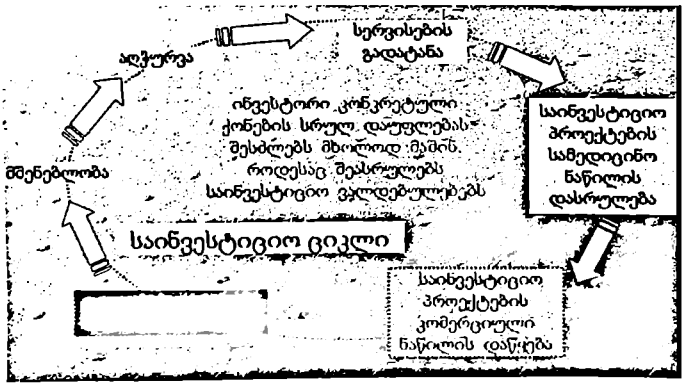
საქართველოს სტაციონარებში განთავსებული საწოლთა ფონდი პროფილის მიხედვით და მისი გამოყენების მაჩვენებლები (2010 წლის მონაცემებით)

საწოლთა პროფილი	საწოლთა რაოდენობა	დატვირთვა საწოლზე (დღეებში)	დაყოვნება	ბრუნვა
თერაპიული	1875	124.1	4.6	28.0
პედიატრიული	1317	202.4	6.0	34.6
ქირურგიული	3254	104.5	4.4	23.7
ონკოლოგიური და რადიოლოგიური	500	198.1	12.9	15.3
ინფექციური	782	105.1	5.2	20.2
ტუბერკულოზის	536	264.7	51.5	5.2
სამეანო-გინეკოლოგიური	2539	139.8	4.0	34.8
ევროლოგიური	289	164.9	7.0	23.9
ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური	1361	339.1	84.0	4.0
ოთოლარინგოლოგიური	223	51.9	1.3	\40.5
ოფთალმოლოგიური	133	78.5	2.6	30.1

მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში ქვეყანაში გატარდა მთელი რიგი ღონისძიება, მიმართული საწოლთა ფონდის მოქმედების ეფექტურობის გაზრდაზე, სიტუაცია გამოხატულად არ იცვლება. როგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემები გვაუწყებს, ზოგიერთი პროფილის საწოლების დატვირთვა (მაგალითად – ქირურგიულის, თერაპიულის, ოთოლარინგოლოგიური და სხვ) ზედმიწევნით დაბალია. მიუხედავად ამისა, სახელმწიფო იძულებულია გაიღოს სახსრები ისეთი საავადმყოფოების შენახვაზე, სადაც საწოლს წლის განმავლობაში მხოლოდ 3-4 თვის მანძილზე იკავებს პაციენტი.

ნახატი 90

საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის ინვესტირების ახალი მოდელი



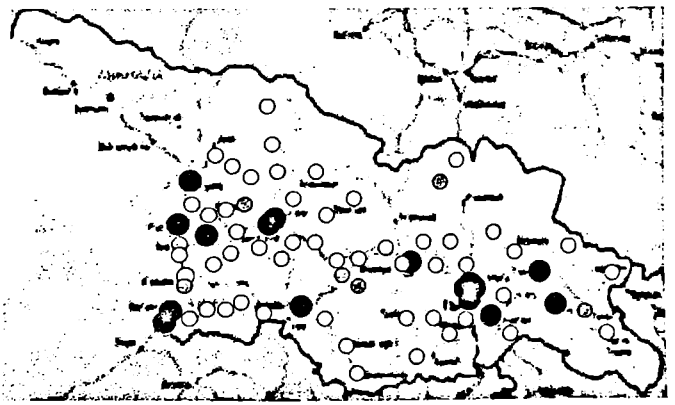
ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების 2007- 2009 წწ. გენერალური გეგმა, რომლის განხორციელება დაიწყო 2007 წელს. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის მიზანია, მოკლე დროში მოხერხდეს დაწესებულებათა არსებული ქსელისა და კადრების მუშაობის მკვეთრი გაუმჯობესება. ამ მიზნის განხორციელების ძირითადი გზებია – არსებული ქსელის ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განახლება; სტაციონარული მომსახურების კერძო მიმწოდებლების განვითარება; ხარისხიანი ჰოსპიტალური მომსახურებისადმი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; ჰოსპიტალურ სექტორში ინვესტიციების ფართო მოზიდვა, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს სამედიცინო მომსახურების ფასების სტაბილურობა და სხვ.

გენერალური გეგმის მიხედვით, ჰოსპიტალური სექტორის სიმძლავრე თითქმის ორჯერ შემცირდება (სტაციონარების რიცხვი არსებული 262-დან შემცირდება 100-მდე, საწოლთა ფონდი კი – 16455-დან 7020-მდე). ამასთან, ძირითადი აქცენტი გადატანილ იქნება არა მსხვილი, მრავალპროფილური საავადმყოფოების, არამედ თანამედროვედ აღჭურვილი რეგიონული საავადმყოფოების ორგანიზებაზე. დაგეგმილია, რომ საწოლთა ფონდის დიდი ნაწილი (7200 საწოლი) განლაგებული იქნება 56 სტაციონარში, რომელთა სიმძლავრე, სავარაუდოდ, შეადგენს 50 და მეტ საწოლს, დანარჩენი 780 საწოლი განლაგდება 44 ლოკალურ ჰოსპიტალში, სადაც საწოლთა რიცხვი, საშუალოდ, შეადგენს 15-25-ს.

არსებული გეგმის განხორციელების შედეგად გაუმჯობესდება ჰოსპიტალური მომსახურების ხარისხი, მისი ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, ვინაიდან საავადმყოფოთა განლაგების ახალი სქემის მიხედვით პაციენტთა 90% მომსახურებას მიიღებს 30 წუთის ინტერვალში.

ნახატი 91

საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში საავადმყოფოთა განლაგების ახალი სქემა



დაგეგმილია, რომ ჯანდაცვის სისტემის რესტრუქტურიზაციის განხორციელების შედეგად, მომდევნო 3 წლის განმავლობაში ჰოსპიტალურ სექტორში ინვესტიციების სახით ჩაიდება 344 მლნ. ლარი და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, შეიქმნება სრულიად განახლებული სამედიცინო ინფრასტრუქტურა, რომელიც შეძლებს, მედიცინის თანამედროვე მიღწევების გამოყენებით უზრუნველყოს ქვეყნის მოსახლეობა კვალიფიციური სტაციონარული დახმარებით.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

საავადმყოფო – *hospital* – ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ახორციელებს სტაციონარულ დახმარებას.

დისპანსერი – *dispensary* – სტაციონარის ჩარჩოებში მოქმედი ან დამოუკიდებელი სპეციალიზებული ამბულატორიული სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, რომლის მიზანია ცალკეული დაავადებების (მაგალითად, ტუბერკულოზის) ან დაავადებათა ჯგუფის (მაგალითად, ვენერიული, ფსიქიატრიული, გულ-სისხლძარღვთა და სხვ.) შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებების გატარება.

დღის სტაციონარი – *day care hospital* – სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ერთ-ერთი სახე, სადაც დღის განმავლობაში ემსახურებიან პაციენტებს, რომლებიც საღამოს სახლში ბრუნდებიან.

დღის სტაციონარი არ ემსახურება ამბულატორიულ ავადმყოფებს, რომელთაც ხანგრძლივი და ინტენსიური მკურნალობა ესაჭიროებათ და არც იმათ, ვისაც არადამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო პირობები აქვთ.

სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი – *network of health care institutions* – ურთიერთდაკავშირებულ ერთგვაროვან დაწესებულებათა ერთობლიობა, რომელიც დახმარებას უწევს ან უზრუნველყოფს მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის ან ინდივიდთა ინტეგრირებულ დახმარებას ჯანდაცვის სფეროში.

ასეთი ქსელი ხასიათდება ცენტრალიზებული სტრუქტურების არსებობით.

დამხმარე სამსახურები – *ancillary services* – უფრო ხშირად სტაციონარის სამსახურები, რომელთა მონაწილეობით ხორციელდება სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესი (მაგალითად, სადიაგნოსტიკო კაბინეტები, აფთიაქი, ლაბორატორიები, ფიზიოთერაპიული სამსახური და სხვ.).

საავადმყოფოს საწოლი – *hospital bed* – სამედიცინო პერსონალით და საჭირო აღჭურვილობითა და ტექნოლოგიებით უზრუნველყოფილი ადგილი, სადაც პაციენტებს სამედიცინო დახმარებას უწევენ ჰოსპიტალიზაციის მომენტიდან სტაციონარიდან გაწერის დღემდე.

საწოლის დაკავება (დატვირთვა) – *occupancy* – თავისუფალი საწოლების გამოყენების მაჩვენებელი.

საწოლის საშუალო დაკავების (დატვირთვის) მაჩვენებელი – *average bed occupancy rate* _ პაციენტთა მიერ წლის განმავლობაში საწოლის დაკავების დღეების საშუალო რაოდენობა.

საწოლის ბრუნვა – *bed turnover* – ერთ საწოლზე ნამკურნალევ ავადმყოფთა საშუალო რაოდენობა დროის გარკვეულ მონაკვეთში (ჩვეულებრივ, ერთი წლის განმავლობაში).

მოსახლეობის (პაციენტთა გარკვეული ჯგუფის) სტაციონარული საწოლებით უზრუნველყოფა – *bed/population ratio* – ყველა სახის (ან გარკვეული პროფილის) სტაციონარულ საწოლთა რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე.

სტაციონარში პაციენტის ყოფნის (დაყოვნების) ხანგრძლივობა – *length of stay (LOS)* – იმ დღეთა რაოდენობა, რომლის განმავლობაშიც პაციენტი იმყოფება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში.

სტაციონარში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა – *average length of stay (ALOS)* – იმ დღეთა საშუალო რაოდენობა, რომელსაც პაციენტი ატარებს სტაციონარულ პირობებში.

მიღება – *encounter* – прием – სამედიცინო დახმარების გაწევის მიზნით პაციენტის ვიზიტი ექიმთან ანუ კონტაქტი პაციენტსა და მედიცინის მუშაკს შორის. მიღება ხდება მხოლოდ სამედიცინო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ანდა სპეციალურად ამ მიზნისათვის გამოყოფილ ადგილებში.

კონსულტაცია – *consultation* – ორი ან მეტი სპეციალისტის თათბირი, ინფორმაციის გაცვლის გზით გადაწყვეტილებისა და საჭირო რჩევის მიღების ან ექსპერტის აზრის გაგების მიზნით.

ექიმის მიერ ავადმყოფისათვის გაწეული კონსულტაცია. ამ ტერმინს უპირატესად იყენებენ ზოგადი პროფილის პრაქტიკის სფეროში, სადაც ექიმსა და ავადმყოფს შორის ნებისმიერ კონტაქტს აღნიშნავს (ექიმის კაბინეტი, სტაციონარი, ბინა, სატელეფონო კონსულტაცია, ინტერნეტით გაწეული კონსულტაცია და სხვ. ყველა ამ სახის კონსულტაცია ანაზღაურებადია).

ჰოსპიტალიზაცია – *hospital admission* – სტაციონარული დახმარების დასაწყისი. ეს ტერმინი გამოიყენება პაციენტის დღის სტაციონარში მიღების შემთხვევაშიც.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია – hospital *readmission* – გაწერიდან გარკვეული დროის შემდეგ პაციენტის განმეორებითი მოხვედრა სტაციონარში იმავე დაავადების გამო. ითვლება, რომ განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია დაკავშირებულია სტაციონარში მკურნალობის დაბალ ხარისხთან ან პაციენტის ნაადრევ გაწერასთან.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი – *readmission rate* – სტაციონარში იმავე დიაგნოზით განმეორებით მოხვედრილ ავადმყოფთა რაოდენობა. წარმოადგენს დაწესებულების მუშაობის ხარისხის ერთ-ერთ მაჩვენებელს.

პაციენტი – *patient* – ადამიანი, რომელმაც სამედიცინო დახმარებისთვის მიმართა ამბულატორიას ანდა ჰოსპიტალიზებულია სტაციონარში პროფილაქტიკის, დიაგნოზის დადგენის, მკურნალობის, რეაბილიტაციის ან მოვლის მიზნით.

დღის სტაციონარის პაციენტი – *patient in a day hospital* – სტაციონარული ავადმყოფი, რომლის მდგომარეობიდან გამომდინარე, საჭირო არ არის მისი სტაციონარში ღამე დარჩენა.

სტაციონარული პაციენტი – *inpatient* – მოზრდილი ან ბავშვი, რომელიც იკავებს საავადმყოფოს საწოლს და სტაციონარში შედის გამოკვლევის, დიაგნოზის დადგენის, მოვლისა ან მკურნალობის მიზნით. ამ შემთხვევაში ცნება „სტაციონარი“ გულისხმობს სასწრაფო დახმარების საავადმყოფოს, საავადმყოფოს ხანმოკლე დაყოვნებისათვის და სტაციონარს – ხანგრძლივი დაყოვნებისათვის.

სტაციონარიდან გაწერა – *discharge from a hospital* – საავადმყოფოსა ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის ყოფნის ოფიციალური შეწყვეტა. მოიცავს გაწერილ და გადაყვანილ ავადმყოფებს, აგრეთვე გარდაცვლილებს.

გადაუდებელი დახმარება – *emergency call service* – სამედიცინო (ოპერატიული) დახმარება, რომელიც ტარდება სასიცოცხლო ჩვენების მიხედვით.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება – *emergency care* – ოპერატიული გასვლითი სამედიცინო დახმარება (პირველადი ან სპეციალიზებული) პაციენტისათვის სასიცოცხლო ჩვენების მიხედვით დახმარების გასაწევად.

სპეციალიზებული დახმარება – *specialized care* – მეორეული კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება, რომელიც ტარდება ვიწრო სპეციალიზაციის დონეზე.

ეტაპობრივი დახმარება – *step care* – მედიკამენტებისა და პროცედურების დანიშვნა წინასწარ განსაზღვრული თანმიმდევრობით.

ხანგრძლივი დახმარება – *long-term care (LTC)* – მომსახურება ჯანდაცვისა და ინდივიდუალური მოვლის სფეროში, უტარდება ქრონიკულ დაავადებათა და ფსიქიკური გადახრების მქონე პირებს, ხანდაზმულებს, ინვალიდებს შესაბამისი დაწესებულების ფარგლებში ან მუდმივ საცხოვრებელ ადგილებზე.

ამ სახის მომსახურეობა უტარდება პაციენტებს, რომლებსაც არ აღენიშნებათ დაავადების გამწვავება, მაგრამ ესაჭიროებათ ხანგრძლივი აღდგენითი, შემანარჩუნებელი (ფიზიკური თვალსაზრისით) და რეაბილიტაციური დახმარება. ზოგჯერ ცნება „ხანგრძლივი დახმარება“ გამოიყენება უფრო ვიწრო გაგებით, ისეთ დაწესებულებებთან მიმართებაში, როგორიცაა მოხუცებულთა სახლი, „საეთნო სახლი“, ინტერნატი ფსიქიკური გადახრის მქონე ან გონებრივად ჩამორჩენილ პირთათვის.

ასეთი სახის ამბულატორიული ან სტაციონარული მომსახურება, ისევე როგორც ბინაზე დახმარება, ხანგრძლივი დახმარების დაწესებულებების ალტერნატივად ითვლება.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რამდენად ეფექტურად ასრულებს თავის ძირითად ფუნქციებს საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი?
- უნდა იყოს თუ არა საავადმყოფო მომგებიანი?
- საავადმყოფო და სამედიცინო სერვისების დამფინანსებელი. რამდენად მჭიდრო უნდა იყოს ეს კავშირი?
- რამდენად გამართლებულია ჩვენში ჰოსპისების შშენებლობა?
- გაამართლებს თუ არა ჩვენს პირობებში დღის ქირურგიის ცენტრების ჩამოყალიბება?
- როგორ შეაფასებდით ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმას?

დამატებითი ლიტერატურა

- Roderick E. McGrew, *Encyclopedia of Medical History* , London, Macmillan Pub.1985
- Pain Centers.net. WEB:www.paincenters.net
- Turkish Contributions to Scientific Work in Islam Sayili, Aydin, Foundation For Science, Technology and Civilisation, Septermber 2004
- J. Rakich, B. Beaufort Health Cases in Health Services Management . Professiions Press ,1995
- G.Pozgar Legal Aspects of Health Administration, 8th Edition Jones and Bartlett Publishers, 2005
- D. M. Berwick, M. Bisognano Health care services New York, McGraw-Hill/Professional, 2001
- D. M Berwick, M. Bisognano, J M Juran; Net Library, Inc.Quality in health care services New York : McGraw-Hill, 1999
- N.Barber Quality assessment for healthcare : a Baldrige-based handbook, New York, NY : Quality Resources, 1996
- Improving health care quality : a guide for patients and families. by United States. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, 2004
- R Baynham, B Jane Krilyk, E J Manganelli; P. Tugwell Problem based clinical audit handbook Hamilton, Ont. Chedoke-McMaster Hospitals, 2006
- COPE handbook: a process for improving quality in health services New York, NY : Engender Health, 2003

თავი 27

მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დამყარებული მედიცინა

ოცდამეშვიდე თავის შინაარსი

27.1. შესავალი
27.2. სამეცნიერო ნაშრომის კრიტიკული შეფასების (ანალიზის) მეთოდი.
27.3. მეტა-ანალიზის მეთოდი
27.4. მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინა
27.5. კოკრენის ბიბლიოთეკის ბაზით სარგებლობის თავისებურებები საექიმო პრაქტიკაში
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა სამედიცინო ლიტერატურის კრიტიკული შეფასების თანამედროვე მეთოდოლოგიას
- გაეცნობა მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინის თეორიულ საფუძვლებს
- კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე დამოუკიდებლად გამოიყენებს მონაცემთა ელექტრონულ საინფორმაციო ბაზებს

27.1. შესავალი

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ბიოსამედიცინო კვლევების რიცხვმა კრიტიკულ ზღვარს მიაღწია. მხოლოდ სამედიცინო დარგში მსოფლიოს სხვადასხვა პერიოდულ გამოცემაში (რომელთა რიცხვი 20000-ს აღემატება) ყოველწლიურად ქვეყნდება ორ მილიონზე მეტი სამეცნიერო პუბლიკაცია (რასაც ემატება მრავალრიცხოვანი კონფერენციების, სიმპოზიუმების, კონგრესების მასალები, მონოგრაფიები, სახელმძღვანელოები და სხვ.).

სამეცნიერო პუბლიკაციების ზრდის ესოდენ სწრაფი ტენდენცია შემდეგი ფაქტორებითაა განპირობებული:

- საინფორმაციო პროცესების გლობალიზაცია;
- სამედიცინო და ბიოლოგიური კვლევების მზარდი დაფინანსებით როგორც სახელმწიფოს, ასევე ბიზნესის მხრიდან (ეს გასაგებია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ მოგების თვალსაზრისით სამედიცინო და ფარმაცევტულ ბიზნესს მესამე ადგილი უკავია ნარკოტიკებისა და იარაღის გასაღების შემდგომ);
- სამკურნალწამლო პრეპარატების სპექტრის სწრაფი გაფართოება (ყოველწლიურად ფარმაცევტიული ბაზარი საშუალოდ შეივსება 6000 ახალი პრეპარატით);
- სამედიცინო სერვისების დაფინანსებაზე განკუთვნილი ხარჯების პროგრესული ზრდა.

თავისთავად, ტრადიციული მეთოდებით (რეფერატების, რეცენზიების, სამეცნიერო სტატიების მიმოხილვების და სხვ. სახით) ესოდენ მოზღვავებული ინფორმაციის დამუშავება, მისი მეცნიერული სიახლისა და პრაქტიკული ღირებულების ობიექტური შეფასება შეუძლებელია. ამით აიხსნება, რომ სამედიცინო ინფორმაციის დამუშავების ახალი ტექნოლოგიები ზედმიწევნით სწრაფად ვითარდება, მომხმარებელთა რიცხვი კი პროგრესულად იზრდება.

პირველ რიგში ეს შეეხება მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დამყარებული მედიცინის (Evidence based medicine), როგორც მეცნიერებისა და პრაქტიკის ახალი მიმართულების, განვითარების ტენდენციებს.

სამედიცინო სამყაროს დიდი ნაწილის გადასვლა მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დამყარებული მედიცინის პრინციპებზე ძირითადად განპირობებულია:

- პრაქტიკოსი ექიმებისათვის, ჯანდაცვის ადმინისტრატორებისათვის და ჯანდაცვის სისტემისა და ცალკეული სამედიცინო სერვისების დამფინანსებლებისათვის მიწოდებული მრავალფეროვანი (და ზოგჯერ ურთიერთგამომრიცხავი) ინფორმაციის კრიტიკული და მიუკერძოებელი შეფასების აუცილებლობით;
- გადაწყვეტილების მიღების პროცესში სისტემური მიდგომის პრინციპის გამოყენების აუცილებლობით (როგორც პრაქტიკოსი ექიმების, ასევე ჯანდაცვის ადმინისტრატორებისა და ფინანსისტების მიერ).

მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დაფუძნებული მედიცინის კონცეფცია დამყარებულია მრავალი მეთოდის გამოყენებაზე, რომელთა შორის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია **მეტა-ანალიზი** (Meta-analyzis) და სამეცნიერო ნაშრომის **კრიტიკული შეფასება** (განხილვა) (Critical appraisal) (თუმცა, ხშირად, ორივე მათგანი დამოუკიდებლადაც გამოიყენება).

სანდო ინფორმაციის მოპოვება პრობლემურია არა მხოლოდ იმიტომ, რომ სამეცნიერო პუბლიკაციების რიცხვი განუწყვეტლივ იზრდება, ან რომ ყველას არ გააჩნია შესაძლებლობა, რათა ისარგებლოს Internet-ით. დადგენილია, რომ გამოქვეყნებული კვლევების მხოლოდ მცირე ნაწილი პასუხობს სათანადო მოთხოვნებს. მაგალითად, ACR journal club-ის ცნობით, 1993 წლით დათარიღებული 6 მილიონი პუბლიკაციის ექსპერტიზის შედეგად დადგინდა, რომ მხოლოდ 350 აკმაყოფილებდა საერთაშორისოდ მიღებულ კრიტერიუმებს (მეცნიერული სიახლე, რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევის ჩატარების აუცილებლობა, დამაჯერებლობა, პრაქტიკული გამოყენების შესაძლებლობა და სხვ.). მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დაფუძნებული მედიცინისა და მეტა-ანალიზის მეთოდოლოგიის განვითარებამ ხელი შეუწყო ამ პრობლემის გადაწყვეტასაც. კვლევითი ცენტრის გეგმით არ არის გათვალისწინებული ზემოჩამოთვლილი სტანდარტების დაცვა, მათ უბრალოდ შეუწყდება დაფინანსება.

იგივე შეეხება სამეცნიერო კვლევების გამოქვეყნებასაც – მკვეთრად შემცირებულია იმ გამოცემათა რიცხვი, სადაც ქვეყნდება ნაკლებად სანდო მეთოდებით განხორციელებული კვლევის შედეგები.

გამოქვეყნებული კვლევების სამეცნიერო და პრაქტიკული ღირებულების ამსახველ კიდევ ერთ შესაძლებლობას წარმოადგენს ე.წ. **ციტირების ინდექსის** (Science Citation Index - SCI) გამოყენება. ციტირების ინდექსი ასახავს, თუ რამდენ პუბლიკაციაში იყო ციტირებული ცალკეული მეცნიერის კვლევის შედეგები (ეს. გარკვეულწილად გვაუწყებს, აღიარებენ თუ არა სხვა მეცნიერები ციტირებული ნაშრომის შედეგებს) და ითვლება შეფასების ერთ-ერთ ყველაზე ობიექტურ მაჩვენებელად. 1975 წლიდან, ციტირების ინდექსთან ერთად, დამკვიდრდა ე.წ. **იმპაქტ-ფაქტორის** გათვლის

სისტემაც. იმპაქტ-ფაქტორის გამოთვლით დგინდება, თუ რამდენად ხშირად ციტირებულია ნაშრომები, განთავსებული ამა თუ იმ პერიოდულ სამეცნიერო გამოცემაში (ამ მაჩვენებლის მეშვეობით, თავისთავად ხდება თვით სამეცნიერო წყაროს რეიტინგული შეფასებაც). თავისთავად, მაღალი იმპაქტ-ფაქტორის მქონე ჟურნალები და გამომცემლობები, რეიტინგის შენარჩუნების მიზნით, ცდილობენ გამოაქვეყნონ მხოლოდ განსაკუთრებით აქტუალური, საერთაშორისო სტანდარტების დაცვით შესრულებული ნაშრომების შედეგები. ამ მიზნით ნაშრომების რეცენზირების დროს ფართოდ გამოიყენება მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დაფუძნებული მედიცინისა და მეტა-ანალიზის მეთოდოლოგია. თავის მხრივ, ცენტრები, რომელნიც ახორციელებენ მტკიცებულებებზე დამყარებული მონაცემების გავრცელებას (MEDLIN, PUBMed, Cochran Colaboration, ACR journal club და სხვ.), მონაცემებს პირველ რიგში, მაღალი იმპაქტ-ფაქტორის მქონე გამოცემებიდან არჩევენ.

27.2. სამეცნიერო ნაშრომის კრიტიკული შეფასების (განხილვის) მეთოდი

კონკრეტული პრობლემის შესწავლის პროცესში შესაძლებელია უამრავი მასალის მოძიება. თავისთავად განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია უახლესი ინფორმაციის ძიება, რაც უფრო ხშირად პერიოდული სამედიცინო გამოცემების მეშვეობით მიიღწევა, ვინაიდან ნებისმიერ სახელმძღვანელოში ან მონოგრაფიაში მოთავსებული მასალა მათი გამოცემის მომენტისათვის შესაძლოა უკვე იყოს მოძველებული.

მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიების გამოყენებამ უახლესი მონაცემებით სარგებლობის შესაძლებლობა მოგვცა, წინა პლანზე წამოიწია სხვა პრობლემა – რამდენად სანდოა სიახლე, რომელსაც გვთავაზობს იდეის ავტორი, რამდენად ეფექტური იქნება მისი გამოყენება. ამ კუთხით განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს სამეცნიერო ნაშრომის კრიტიკული შეფასების (განხილვის) მეთოდის გამოყენება, რომელიც იოლად ასათვისებელი და იმავდროულად ზედმიწევნით ინფორმატიულია. ისევე, როგორც მეტა-ანალიზი სამეცნიერო ნაშრომის კრიტიკული შეფასების (განხილვის) მეთოდი შეიძლება იყოს გამოყენებული როგორც დამოუკიდებლად, ასევე მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დამყარებული მედიცინის მეთოდოლოგიის ფარგლებში.

ნაშრომის კრიტიკული შეფასება შესაძლებლობას იძლევა განისაზღვროს მისი ხარისხი და ამასთან, კრიტიკულად შეფასდეს ის ინფორმაცია, რომელიც გაიაზრება პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოსაყენებლად.

სამეცნიერო ნაშრომის (მაგალითად სტატიის) კრიტიკული შეფასება ხორციელდება რამდენიმე ეტაპად (იხ.სქემა).

თანამედროვე ელექტრონულ საინფორმაციო ბაზებში მუშაობა მოითხოვს შეკითხვის სწორ დასმას (სულ ერთია, შეეხება ეს სამეცნიერო ნაშრომის კრიტიკული შეფასებისათვის ან მეტა-ანალიზისათვის პირველადი მასალის შერჩევას, თუ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის ძიებას კონკრეტული პაციენტის მკურნალობის შესახებ).

ამ კუთხით, ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია ე.წ. **კლინიკური შეკითხვის** (Clinical question) სწორი ფორმულირება. ასეთი შეკითხვები ორ ძირითად პირობას უნდა აკმაყოფილებდეს:

- შეკითხვა უნდა შეეხებოდეს კონკრეტულ კლინიკურ შემთხვევას;
- შეკითხვა უნდა იყოს მოკლე და ისე ფორმატიზირებული, რომ გასაგები გახდეს კომპიუტერისათვის.

განირჩევა კლინიკური შეკითხვების შემდეგი სტრუქტურა: პაციენტი-ჩარევა-შედეგი – ამ ჩარჩოში უნდა ხდებოდეს შეკითხვის ფორმულირება.

კლინიკური შეკითხვის ტიპის მიხედვით (დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, პროფილაქტიკა) ყურადღების ფოკუსირება უნდა მოხდეს ერთ, ძირითად პრობლემაზე (მაგალითად, დაავადების გამოვლინება, ეთიოლოგია, დიაგნოსტიკური ტესტი (როგორ უნდა განვახორციელოთ იგი, შევფასოთ მისი სისწორე, შევფასოდ მისი როლი დიაგნოზის დადგენაში და სხვ.,).

მკურნალობა (როგორ შევარჩიოთ სამედიცინო ჩარევა, რომელიც უფრო მისაღებია გვერდითი მოვლენების, გართულებების, სხვა რისკების თავიდან აცილების თვალსაზრისით),

პროფილაქტიკური ღონისძიებები (როგორ შევფასოდ რისკ-ფაქტორების მნიშვნელობა კონკრეტულ შემთხვევაში, გამოვლენილი რისკებიდან რომელია უმთავრესი, რა სახის ღონისძიებებია ჩასატარებელი პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე და რა შედეგს მოგვიტანს).

სტატიის ნაწილი	სკრინინგული შეკითხვა
აბსტრაქტი	მოიცავს თუ არა კვლევის ძირითად ასპექტებს და რამდენად ასახავს მის შინაარსს: მიზანი; ამოცანები; დიზაინი; მნიშვნელოვანი შედეგები; დასკვნები
შესავალი	ნათლადაა თუ არა ჩამოყალიბებული კვლევის მიზნები და ამოცანები; რას შეეხება კვლევა; რამდენად ზუსტადაა განსაზღვრული ამოცანები; არის თუ არა დაცული ეთიკური პრინციპები (მაგალითად არის თუ არა მიღებული პაციენტთა თანხმობა გამოკვლევის ჩატარებაზე, რამდენად გამართლებულია საკონტროლო ჯგუფში ახალი, ზედმიწევნით სასარგებლო მეთოდის გამოყენების ნაადრევი შეწყვეტა, ექსპერიმენტის დროს ხომ არ გამოიყენებოდა მეთოდები, რომლებმაც მიაყენებს ზიანი კვლევის ობიექტს და ა.შ.)
კვლევის მეთოდები (დიზაინი)	რამდენად შეესატყვისება კვლევის ავტორის მიერ გამოყენებული მეთოდები დასმულ მიზნებსა და ამოცანებს; შემთხვევის აღწერა; შემთხვევა კონტროლის კვლევა; კოპორტული კვლევა; კონტროლირებადი კვლევა
საკვლევი მასალის მოცულობა	რამდენად რეპრეზენტატიულია კვლევისათვის შერჩეული სტატისტიკური ერთობლიობა; როგორ შეირჩა საკვლევი მასალა; რამდენად რეპრეზენტატიულია საბოლოო ამონარჩევი; შერჩევის პროცესში დაშვებული შეცდომები; საკმარისია თუ არა კვლევის მასალები, რათა დამუშავდეს შემოთავაზებული სტატისტიკური მეთოდებით
მიღებული მონაცემები	სარწმუნოობა; პირდაპირი საზომები არაპირდაპირთან შედარებით; მონაცემთა რეპროდუქციულობა (რამდენად შესაძლებელია კვლევის გამეორების შემთხვევაში ანალოგიური შედეგების მიღწევა) ინტერ- და ინტრა- დამკვირვებლის ვარიაბელობა; ფაქტები ძირითადი მონაცემების განმეორებადობის შესახებ; ჩატარდა თუ არა „ბრმა“ კვლევა; კვლევის ხარისხის საზომები
მონაცემთა სისრულე	რამდენად სრულად იყო ჩართული კვლევაში ყველა სუბიექტი; დაწუნებული ან გამოტოვებული მონაცემების მოცულობა; რამდენად სრულად იყო განხილული შემთხვევები, რომელნიც წინააღმდეგობაში მოდიოდა უკვე მიღებულ შედეგებთან
კვლევის ხელისშემშლელი ფაქტორები	გაუთვალისწინებელი მკურნალობა, რომელიც დასჭირდა კვლევაში ჩართულ სუბიექტებს; კვლევის მსვლელობის „დაბინძურება“; ცვლილებები, განპირობებული დროის ფაქტორით; გადახრის კორექციისათვის გამოყენებული სტატისტიკური მეთოდები
დასკვნები	რამდენად ობიექტურადაა გაანალიზებული მიღებული მასალა; რამდენად სარწმუნოა დადგენილი კორელაციური კავშირები; რამდენად პასუხობს მიღებული დასკვნები კვლევის მიზნებსა და ამოცანებს

პასუხი კლინიკურ შეკითხვაზე, ჩვეულებრივად, გაიცემა ე.წ. **PICO**-ს სქემით (P (პაციენტი, პრობლემა), I (intervention – ინგლ. – სამედიცინო ჩარევა), C (comparison intervention – ingl. - შესადარებელი ინტერვენცია (ჩარევა), O (outcome – ინგლ. – გამოსავალი).

მაგალითად, ჩარჩო-შეკითხვა შესაძლოა გამოიყურებოდეს შემდეგნაირად: რა მკურნალობა დაუნიშნოთ ბინაზე მყოფ ბავშვს, რომელსაც აქვს ტონზილიტი?

პაციენტი, პრობლემა	სამედიცინო ჩარევა	შესადარებელი ინტერვენცია	გამოსავალი

შემდგომ ეტაპზე საკითხი შესაძლოა დაკონკრეტდეს შემდეგნაირად: რომელი ანტიბიოტიკი დაუნიშნოთ ბინაზე 5 წლის ბავშვს მორეციდივე ტონზილიტით? და ა.შ.

სამეცნიერო ნაშრომის კრიტიკული შეფასების პროცესის დასრულების შემდგომ რეცენზენტი წერს სათანადო დასკვნას, რომელშიდაც აუცილებლად უნდა აისახოს განხილული მასალის დამაჯერებლობა. შედეგების სარწმუნოობა დამოკიდებულია კვლევის ტიპზე, მის სარწმუნოობაზე (internal and external validity – ინგლ. – შიდა და გარე ვარგისიანობა).

მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინა შესაძლებლობას იძლევა ჩამოყალიბდეს მტკიცებულებათა სანდოობის სკალა (ტერმინი **სანდო კვლევა** გულისხმობს, რომ მასში მინიმუმამდეა დაყვანილი სისტემატიური და შემთხვევითი შეცდომები.

ტერმინი **სისტემატიური შეცდომა** (bias – ინგლ. – გადახრა, მიკერძოებულობა) – გულისხმობს შეცდომას, დაშვებულს საკვლევი მასალის არასწორი შერჩევის ან არასწორი გაზომვის ეტაპზე, რის გამო მცდარი შედეგი სისტემატიურად მეორდება მიღებულ მონაცემებში

ტერმინი **შემთხვევითი შეცდომა** – გულისხმობს გადახრას (შეცდომას), განპირობებულს მხოლოდ გარკვეული პირობების დაუცველობის შემთხვევაში

იმავე მიზანს ემსახურება სისტემა, რომელიც სამკურნალო ღონისძიებების ეფექტიანობის დამადასტურებელ მტკიცებათა დამაჯერებლობის ხარისხის შეფასების საშუალებას იძლევა (ეს სისტემა უნიფიცირებულია და აგრეთვე იხმარება მეტა-ანალიზით ან სხვა მეთოდებით შეფასებული მასალის დახასიათებისათვის).

იმისდა მიხედვით, თუ რამდენად სარწმუნოა მეცნიერული მტკიცებულები, მათი სანდოობის შესაფასებლად მოქმედებს სპეციალური სარეიტინგო სისტემა, რომელიც იყოფა 3-7 ჯგუფად (გაარჩია, თუ რა კონკრეტული მიზნებისთვის გამოიყენება სისტემა).

- მტკიცებულებათა პირველ ჯგუფს მიეკუთვნება მხოლოდ მაღალ დონეზე განხორციელებული რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევები, სისტემატური მიმოხილვები და მეტა-ანალიზის შედეგად მიღებული მონაცემები;
- მტკიცებულებათა მეორე ჯგუფს მიეკუთვნება კვლევები, განხორციელებული კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის მეთოდის გამოყენებით;
- მტკიცებულებათა მესამე ჯგუფს მიეკუთვნება არაკონტროლირებადი კვლევები და ექსპერტთა შეთანხმებით გაკეთებული დასკვნები.

ზოგ შემთხვევაში მტკიცებულებათა რეიტინგული სისტემა გამოიყურება შემდეგნაირად:

I. მტკიცება, მიღებული სულ მცირე ერთი, სათანადოდ ორგანიზებული, რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევის საფუძველზე;

II.1. მტკიცება, მიღებული კარგად ორგანიზებული კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ანალიზური კვლევის შედეგად. სასურველია, კვლევაში მონაწილეობდეს ერთზე მეტი საკვლევი ჯგუფი;

II.2. მტკიცება, მიღებული საკონტროლო და საკვლევი ჯგუფის შედეგების შედარებით.

Y. მტკიცებები, დამყარებული მხოლოდ ექსპერტთა დასკვნებზე ან კლინიკური შემთხვევის აღწერილობით კვლევის მასალაზე.

27.3 მეტა–ანალიზის მეთოდი

განსახილველი სამეცნიერო პუბლიკაციების ხარისხობრივი (მაგალითად, მონაცემთა სისრულე. აშკარა შეცდომების არარსებობა კვლევის ორგანიზაციის პროცესში და სხვ.) და რაოდენობრივი (მაგალითად, გამოყენებული სტატისტიკური კვლევის მეთოდების სისრულე) მახასიათებლების ერთიანი განხილვისა და სტატისტიკური დამუშავების შესაძლებლობას იძლევა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, **მეტა–ანალიზი წარმოადგენს მეთოდს, რომლის მეშვეობით შესაძლებელია მრავალი, სხვადასხვა მეთოდით შესრულებული სამეცნიერო კვლევების გაერთიანება, და მიღებული ერთობის (როგორც ცალკე აღებული კვლევის) შემდგომი დამუშავება და ჯამური სტატისტიკური მაჩვენებლების გათვლის საფუძველზე თვალსაჩინოდ წარმოდგენა.**

მეტა-ანალიზის თანამედროვე მეთოდიკა საბოლოოდ ჩამოყალიბდა გასული საუკუნის 80-იან წლებში და დღესდღეობით მიეკუთვნება სამეცნიერო კვლევების შედეგების სისტემური ინტეგრაციის ზედმიწევნით დინამიურად განვითარებად სამეცნიერო-პრაქტიკულ მიმართულებას.

სამეცნიერო პუბლიკაციების შედეგების ანალიზის, და რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, მათი სინთეზის აღწერილობითი მეთოდების ძირითადი ნაკლოვანებაა ის, რომ ათწლეულების მანძილზე, მიუხედავად მრავალი მცდელობისა, ვერ შემუშავდა ერთიანი, მეცნიერულად დასაბუთებული მეთოდიკა, რომელიც გამორიცხავდა ნაკლებად სანდო მონაცემების დამკვიდრებას. აშკარაა, რომ ახალი მეცნიერული იდეის განხორციელება მოითხოვს გადამწყვეტს, თეორიულ დასაბუთებას, მისი პრაქტიკული ღირებულების შეფასებას და სხვ. ახალი იდეის დამკვიდრება, თავის მხრივ, მოითხოვს სათანადო ცვლილებათა გატარებას (შეეხება ეს პაციენტის მკურნალობის ტრადიციულ სქემაში ახალი პრეპარატის ჩართვას, თუ საორგანიზაციო ცვლილების განხორციელებას, მაგალითად, როგორც ჩვენში უბნის ექიმის ნაცვლად ოჯახის ექიმის თანამდებობის შემოღებას). თავისთავად ცვლილებების გატარების პროცესში ძალზე მნიშვნელოვანია დროის ფაქტორის გათვალისწინება. შესაძლოა, სიახლის დაგვიანებულმა დანერგვამ მოკლე დროში ნაკლებად აქტუალური გახადოს დასმული მიზნის მიღწევა ან მიაყენოს იდეის ავტორს, ზოგჯერ კი მთლიანად საზოგადოებას სერიოზული სოციალური და მატერიალური ზარალი (უზომოა ის სოციალური და ეკონომიკური ზარალი, რომელიც მიაყენა კაცობრიობას პენიცილინის სამრეწველო წარმოების ათწლანმა დაგვიანებამ).

ამ კუთხით, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მედიცინის, ბიოლოგიის, ფარმაკოქიმიის და სხვა დარგებში განხორციელებული კვლევების შედეგების მეცნიერული სიახლის, სარწმუნოობის, მოსალოდნელი ეფექტურობის ობიექტური შეფასება. ამ საკითხის გადაწყვეტა გადაიქცა არა მარტო სამედიცინო დარგის წარმომადგენელთა, არამედ პოლიტიკოსთა და ბიზნესმენთა საზრუნავად. საკმარისია ითქვას, რომ თვისობრივად ახალი ფარმაცევტული პრეპარატის სინთეზის, ექსპერიმენტული და კლინიკური შესწავლის და დანერგვის საშუალო დრო 7-10 წელს, ხარჯები კი 50-დან 100 მილიონ დოლარს შეადგენს. თავისთავად, ამ სიტუაციაში იზრდება არა მარტო მკვლევარის, არამედ ექსპერტის პასუხისმგებლობა, რადგანაც მათი შეცდომებით მიყენებული ზარალი ფარმაცევტული ბიზნესის გლობალიზაციასთან დაკავშირებით უზომოდ იზრდება.

თანამედროვე სამყაროში სერიოზულ სოციალურ და ეკონომიკურ მნიშვნელობას იძენს თითქოსდა წმინდა სამეცნიერო მოღვაწეობის შედეგი, როგორიცაა მტკიცებები, მიღებული მეტა-ანალიზის საფუძველზე. მაგალითად, მწვანეთა მოძრაობის მიერ უკვე კარგა ხანია ზორციელდება ფართომასშტაბიანი აქცია გენ-მოდიფიცირებული პროდუქტების გამოყენების წინააღმდეგ. ამ კუთხით ჩატარებული მრავალრიცხოვანი კვლევები ზოგჯერ საპირისპირო შედეგებს იძლეოდა. მხოლოდ ბოლო წლებში მტკიცებითი მედიცინის და მეტა-ანალიზის საფუძველზე დადასტურდა, რომ რიგი პროდუქტის გამოყენება აშკარად აკნებს ახალშობილთა ჯანმრთელობას. 2004 წელს მწვანეთა მოძრაობამ ფართოდ გაავრცელა არა მარტო ეს ინფორმაცია, არამედ, გამოაქვეყნა ბავშვთა კვების მწარმოებელი იმ ფირმების სია, რომლებიც ფარულად გამოიყენებდნენ გენ-მოდიფიცირებულ პროდუქტებს (ძირითადად, ბრინჯს და სიმინდს). და, როგორც შედეგი: უკვე მომდევნო წელს, ზარალმა, რომელიც განიცადა ისეთმა

ტრანსნაციონალურმა კომპანიებმა, როგორიცაა Nestle, Unilever, Danon, Similac და სხვ., მილიარდობით დოლარს მიაღწია

მიუხედავად იმისა, რომ ამ კომპანიების მიერ გამოშვებული პროდუქციის ხარისხი და უსაფრთხოება მომდევნო წლებში მკვეთრად გაიზარდა (მაგალითისათვის მოვიყვანთ ჩვენს ქვეყანაში კარგად ცნობილ ბავშვთა კვების პროდუქტს Human-ს), მომხმარებელი მაინც თავს არიდებს მათ შეძენას.

ამ თვალსაზრისით მეტა-ანალიზის გამოყენება ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია როგორც სამედიცინო, ასევე პოლიტიკური, იურიდიული და ეკონომიკური თვალსაზრისით.

ფართოდ გავრცელებული წარმოდგენების სისწორის დასაბუთებული უარყოფის კლასიკური მაგალითია ნობელის პრემიის ლაურეატის ლაინუს პოლინგის მიერ შემოთავაზებული იდეის გადამოწმება იმის შესახებ, რომ ასკორბინის მჟავის (ვიტამინი „C") დიდი დოზით მიღება ხელს უწყობს მწვავე რესპირატორული დაავადებების პროფილაქტიკას. სხვადასხვა წლებში ჩატარებულმა მრავალრიცხოვანმა კვლევებმა დაადასტურა ეს მოსაზრება, რომელიც ფართოდ გავრცელდა არა მარტო საექიმო საზოგადოებაში, არამედ მოსახლეობაშიდაც. მოგვიანებით, როდესაც აღწერილობითი მიმოხილვების ნაცვლად ფეხი აიდგა სისტემატიური ანალიზის მეთოდებმა (განხორციელებულმა რაოდენობრივი ან მეტა-ანალიზის მეთოდების გამოყენებით), დადგინდა, რომ იდეა მცდარია. იგივე შეეხება ლიდოკაინის გამოყენების აუცილებლობას გულის მწვავე იშემიური დაავადების გართულებათა პროფილაქტიკის მიზნით. ეს მოსაზრებაც იქნა უარყოფილი მეტა-ანალიზის მეთოდის გამოყენების საფუძველზე. თუმცა, მცდარ იდეებს მაინც აღიარებს საექიმო საზოგადოების განსაკუთრებით ის ნაწილი, რომელიც ნაკლებად იყენებს თანამედროვე ინფორმაციულ ტექნოლოგიებს თავის ყოველდღიურ საქმიანობაში.

მეტა-ანალიზის მეთოდოლოგიის დანერგვა სერიოზულ გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემების მენეჯმენტზედაც.

მაგალითად, უკანასკნელ წლებში დასავლეთის ბევრ ქვეყანაში ხარისხობრივი ცვლილება განიცადა თავის ტვინის სისხლძარღვთა მწვავე ნაკლოვანების მქონე პაციენტთა მკურნალობის ორგანიზაციამ.

მეტა-ანალიზის მეთოდის გამოყენებით შეჯამდა ათზე მეტი რანდომიზირებული კვლევა ინსულტის სპეციალიზებული განყოფილებების მოქმედების შესახებ. დადგინდა, რომ ამ განყოფილებებში მოხვედრილი პაციენტების დაინვალიდების და ნაადრევი სიკვდილის ალბათობა ორჯერ შემცირდა სხვა ტიპის სტაციონარებთან შედარებით. ეს დასკვნა საფუძვლად დაედო რიგი საორგანიზაციო გადაწყვეტილების მიღებას. კერძოდ, აშშ-სა და კანადაში მოკლე დროში გაიხსნა ე.წ. ინსულტის ცენტრები.

მეტა-ანალიზის გამოყენების არე ზედმიწევნით ფართოა.

1. პირველ რიგში ეს შეეხება სამედიცინო პრაქტიკას, ვინაიდან Internet-ის მეშვეობით ექიმს შეუძლია მიიღოს მაქსიმალურად ობიექტური, ამომწურავი ინფორმაცია მისთვის საინტერესო საკითხის ირგვლივ (მათ შორის განზოგადებული მონაცემები კონკრეტული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ან პროფილაქტიკური ღონისძიების ეფექტურობაზე).

2. მეტა-ანალიზი ხელს უწყობს მეცნიერს, არა მარტო დასაბუთოს დაგეგმილი თემის აქტუალურობა, მისი მოცულობა, არამედ შემდგომში შეაფასოს როგორც ჩატარებული კვლევის შედეგების მოსალოდნელი ეფექტურობა, გვერდითი მოვლენები (თუ საქმე შეეხება ახალი პრეპარატის ან მკურნალობის მეთოდის შემუშავებას). მეტა-ანალიზის გამოყენების საფუძველზე მკვლევას შეუძლია თავი დააღწიოს იმ შეცდომებს, რომლებიც დაუშვეს მისმა კოლეგებმა ანალოგიური სამუშაოს შესრულების პროცესში.

3. მეტა-ანალიზის გამოყენება ზედმიწევნით მნიმშნელოვან როლს თამაშობს სწორი მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღების კუთხითაც. ეს შეეხება როგორც გარკვეულ საორგანიზაციო (მაგალითად, როგორც აშშ-ში, სადაც სწრაფად იზრდება ინსულტის სპეციალიზებული განყოფილებების რიცხვი), საკანონმდებლო (მაგალითად, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში სიგარეტის მოწევის აკრძალვა), საფინანსო (მაგალითად ახალი ფარმაცევტული პრეპარატის დანერგვაზე საჭირო ინვესტიციების გამოყოფა) და სხვ. საკითხებს.

არსებობს მეტა-ანალიზის რამდენიმე სახე. ესენია:

კუმულატიური მეტა–ანალიზი – საინფორმაციო ბაზაში ახალი მონაცემების ჩართვის შემთხვევაში ე.წ. კუმულატიური (დაგროვილი) მრუდის აგების შესაძლებლობას იძლევა;

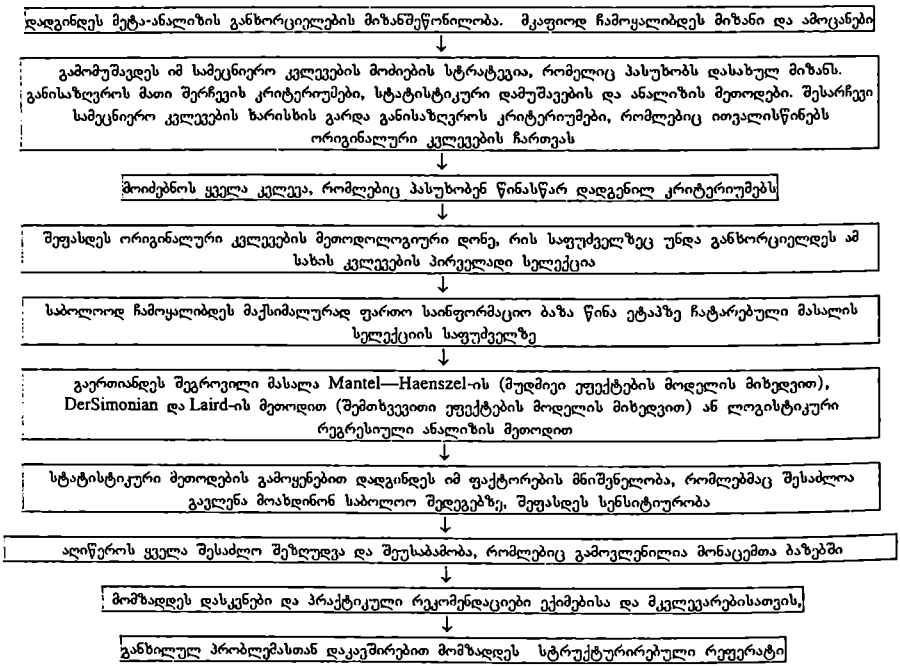
პროსპექტიული მეტა–ანალიზი – დაგეგმილი კვლევების მოსალოდნელი შედეგების მეტა-ანალიზი (თავისთავად ეს მეთოდი გამოიყენება სამედიცინო მეცნიერების იმ დარგებში, სადაც

სამეცნიერო ცენტრებსა ან ცალკეულ მეცნიერთა შორის მოქმედებს ინფორმაციის მიმოცვლის სისტემა);

პროსპექტულ–რეტროსპექტიული მეთოდი გულისხმობს ახალი და წინა წლებში გამოქვეყნებული კვლევების ერთიან განხილვას;

ინდივიდუალური მონაცემების მეტა–ანალიზი – ხორციელდება ცალკეულ პაციენტზე ჩატარებული კვლევების შესწავლის საფუძველზე (მაგალითად, იშვიათი დაავადებების ან მდგომარეობების აღწერის პროცესში)

მეტა-ანალიზის განხორციელების ალგორითმი



სამეცნიერო პუბლიკაციების შერჩევის პროცესი, ძირითადად, შეიცავს ოთხ ეტაპს, ესენია:

- მონაცემთა ბაზის შექმნა, რომელიც ემყარება ინფორმაციას, აკუმულირებულს MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index, Cochrane Collaboration და სხვ. ელექტრონულ ბიბლიოთეკებში. ძიება არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ „გასაღები" სიტყვის (Kee word) მეშვეობით მიღებული ინფორმაციით (მაგალითად – რევმატიზმი). საჭიროა შეკითხვის დეტალიზება (მაგალითად, რევმატიზმი ბავშვთა ასაკში, შემდგომ – 12 წლის გოგონებში, შემდგომ – სიმსუქნით და ა.შ.);
- მისაწვდომი მონაცემების ძიება ინფორმაციის ქაღალდის მატარებლებზე (მონოგრაფიები, სამეცნიერო შრომათა კრებულები და სხვ.);
- უშუალო კონტაქტები ექსპერტებთან, რომლებიც მუშაობენ აღნიშნულ დარგში;
- თუ საკითხი შეეხება სამკურნალო საშუალების თვისებების ანალიზს, საჭიროა დამყარდეს უშუალო კონტაქტი მწარმოებელ ფირმასთან პრეპარატის ექსპერიმენტული და კლინიკური გამოკვლევის შედეგების გასაცნობად.

მტკიცებულებათა ძიება: სამეცნიერო ლიტერატურის სისტემატიური შესწავლისას ყველაზე მნიშვნელოვანია სასარგებლო სტატიების ამორჩევა (მოძიება). ეს განსაკუთრებით ძნელია, თუ ლიტერატურის ისეთ მოცულობასთან გვაქვს საქმე, როცა შეუძლებელია მათი სათაურების წაკითხვაც კი. ასეთ დროს აუცილებელია ლიტერატურის მოცულობა შემცირდეს ისე, რომ მნიშვნელოვანი და საინტერესო ნაშრომი არ დაიკარგოს. ეს საპასუხისმგებლო ამოცანაა და დიდ დროსა და ძალისხმევას მოითხოვს.

სასარგებლო სტატიის მოძიების პირველი ეტაპი მათი დახარისხებისთვის სათანადო კრიტერიუმების შემუშავებაა. ეს პროცესი ხორციელდება სტანდარტული ტექნოლოგიით (იხ.სახელმძღვანელოს 24-ე თავი სკრინინგული გამოკვლევის განხორციელების შესახებ), რაც რამოდენიმე სასარგებლო სტატიის ამორჩევას გახდის შესაძლებელს. ეს კრიტერიუმები საკმარისად მგრძნობიარე უნდა იყოს იმისათვის, რომ შეეძლოთ საჭირო სტატიების ამორჩევა და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, არ გამოგვრჩეს საჭირო კვლევის შედეგები.

თავდაპირველად სტატიის მოძიების პროცესში დასაშვებია ნაკლები ყურადღების გამახვილება სპეციფიკურობაზე და დაინტერესებულ პირს მოუწევს რაღაც დრო (ცრუ-დადებითი) სტატიების გარჩევაზე დახარჯოს და საბოლოოდ გამოაელინოს ის მასალა, რომელიც შერჩევის კრიტერიუმებს პასუხობს.

ხშირად სკრინინგისათვის შექმნილი ალგორითმი მოითხოვს იმ საკვანძო სიტყვების დამატებას, რომლებიც უნდა მოვიძიოთ სტატიის სათაურში ან შინაარსში (აბსტრაქტი).

ძიების მეორე ეტაპზე შეირჩევა კრიტერიუმები, რომლების გარკვეული ჟურნალის მოძიების საშუალებას მოგვცემს

ძიების მესამე ეტაპი გულისხმობს სპეციფიკური კრიტერიუმების საფუძველზე იმ პუბლიკაციების მოძიებას, რომლებიც უშუალოდ ეხება შესასწავლ საკითხს.

პუბლიკაციის შერჩევისათვის იყენებენ შემდეგ კრიტერიუმებს:

- აღნიშნულია თუ არა სტატიის სათაურში კონკრეტული კლინიკური პრობლემა, რომელიც ძიების საგანს წარმოადგენს
- სტატია ორიგინალურია, თუ მასში განიხილება უკვე არსებული ინფორმაციის გადამოწმების შედეგები
- შესრულებულია თუ არა კვლევა შედარებით საიმედო (სარწმუნო) მეთოდებით.

სტატიების დიდი ნაწილი, რომლებიც საძიებო თემას არ ეხება, სრული სათაურის წაკითხვის შემდეგვე გამოირიცხება, მაგრამ ზოგჯერ, მხოლოდ სათაურში წარმოდგენილი ინფორმაცია არ არის საკმარისი.

ამ შემთხვევაში სასარგებლოა რეზიუმეს (აბსტრაქტის) გაცნობა. მის საფუძველზე შეიძლება დადგინდეს, გამოყვეს თუ არა ავტორებმა (მაგალითად, მკურნალობის მეთოდის შესწავლის პროცესში საკონტროლო ჯგუფი, ჰქონდა თუ არა ადგილი პაციენტების სხვადასხვა ჯგუფებში შემთხვევით განაწილებას, მოხდა თუ არა საწყის ეტაპზე კვლევის მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა, საკმარისია თუ არა კვლევის შედეგების ანალიზისათვის გამოყენებული სტატისტიკური მეთოდები და ა.შ.).

სათაურების ან რეზიუმეს (აბსტრაქტების) მიხედვით შერჩევის შემდეგ ხდება სტატიების ტექსტის გაცნობა. ამ ეტაპზედაც აუცილებელია სკრინინგის (ე.ი.გაცხრილვის) განხორციელება. უკვე გადარჩეული მასალიდან ნაკლებად საინტერესო, ძირითადი პრობლემისაგან შორს მდგარი, ნაკლებად საიმედო მეთოდებით განხორციელებული ან სხვა მიზეზით სტატიების ამოღება ხდება შემდეგი თანმიმდევრობით:

პირველ რიგში, საინფორმაციო ბაზიდან გამოირიცხება ნაშრომები, რომლებიც არ აკმაყოფილებენ შემდეგ მოთხოვნებს:

- ნაშრომში არ არის წარმოდგენილი ორიგინალური მონაცემები;
- ნაშრომი არ არის დაწერილი ინგლისურ ენაზე (ან არ გააჩნია სათანადო ინგლისური რეზიუმე);
- გამოკვლეულია 10 პაციენტზე ნაკლები;

- დასკვნები იმდენად ზოგადი ან ბუნდოვანია, რომ საბოლოო დასკვნის გამოტანა ჩვენთვის საინტერესო საკითხთან დაკავშირებით შეუძლებელია.

მეორე რიგში, საინფორმაციო ბაზიდან გამოირიცხება ნაშრომები, რომლებიც არ აკმაყოფილებენ შემდეგ მოთხოვნებს:

- არ არის ჩატარებული რანდომიზირებული, კონტროლირებადი კვლევა;
- დასკვნებში არ არის მოხსენიებული ყველა მნიშვნელოვანი შედეგი ჩვენთვის საინტერესო საკითხთან დაკავშირებით;
- დასკვნებში აქცენტი ძირითადად გაკეთებულია საკითხებზე, რომლებიც ჩვენთვის საინტერესო საკითხის ფარგლებს გარეთაა მოქცეული;
- შედეგები შეფასებულია არაადეკვატურად;
- შესაძლოა ნაშრომი ამოღებული იყოს სხვა მიზეზების გამოც.

საჭირო სტატიის ძიების **მეორე მიდგომა** ითვალისწინებს ამ პროცესში კლინიკური მედიცინისა და კლინიკურ კვლევათა მეთოდოლოგიის სფეროში მომუშავე ექსპერტების მიერ მოწოდებული მასალის გაცნობას სხვადასხვა პერიოდული გამოცემის მეშვეობით (მაგალითად – ACR journal club).

საჭირო სტატიის ძიების კიდევ ერთი, დღესდღეობით ერთ-ერთი ყველაზე მიღებული გზაა **კოკრენის ბიბლიოთეკის** მონაცემთა ბაზასთან მუშაობაა.

ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია, ორიგინალური კვლევების ექსპერტიზის დროს (რაც, გასაგები მიზეზებით, განსაკუთრებით საჭიროა) გამომუშავდეს მათი საინფორმაციო ბაზაში ჩართვის ერთიანი კრიტერიუმები.

სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს შერჩეული ინფორმაციის წყაროების ერთგვაროვნების დაცვა (მაგალითად, საოპერაციო ჩარევის მეთოდი, პაციენტთა ასაკობრივ-სქესობრივი, სოციალური, ეთნიკური სტრუქტურა, მკურნალობის შედეგები და ა.შ. იდენტური უნდა იყოს).

არ დაიშვება სხვადასხვა კვლევის მეთოდებით მიღებული მონაცემების მექანიკური გაერთიანება (მაგალითად, პოპულაციური და კლინიკურ-ექსპერიმენტული კვლევების გაერთიანება).

მეტა-ანალიზის განხორციელების პროცესში, ძირითადად, გამოიყენება ისეთი სტატისტიკური მეთოდები, როგორიცაა რეგრესიული ანალიზი და Mantel-Haenszel-ის მეთოდი.

ამჟამად, მონაცემთა სტატისტიკური დამუშავება, ძირითადად, ხორციელდება კომპიუტერული პროგრამების EpiInfo (მეექვსე ვერსია) და Review Manager (Cochrane Collaboration) მეშვეობით, რაც საშუალებას გვაძლევს ავტომატურ რეჟიმში გამოვითვალოთ საჭირო მაჩვენებლები.

მეტა-ანალიზით მიღებული შედეგები, ძირითადად, გამოხატულია როგორც შეფარდებითი სიდიდეების (მაგალითად, შედარებითი რისკის მაჩვენებელი, შედარებითი რისკის შემცირების მაჩვენებელი), ასევე აბსოლუტური მონაცემებით (აბსოლუტური რისკის შემცირების მაჩვენებელი (მაგალითად, პრეპარატის დოზა, მისი მიღების თავისებურებები, მკურნალობის ზუსტი ვადები, რომელთა დაცვის შემთხვევაში პაციენტს აღენიშნება მდგომარეობის გაუმჯობესება), ე.წ. მკურნალობისათვის პაციენტთა საჭირო რაოდენობის მაჩვენებელი, რომლითაც განისაზღვრება პაციენტთა ის მინიმალური რაოდენობა, რომელთა შორის მინიმალურია პრეპარატის მიღებასთან დაკავშირებული რისკი).

საბოლოო ჯამში, მეტა-ანალიზის შედეგები მომხმარებელს შეუძლია მიიღოს როგორც ზემოჩამოთვლილი მაჩვენებლების მითითებით, ასევე გრაფიკებისა და შანსების შეფარდების (odds ratio) სახით, რაც კონკრეტულ შემთხვევაში მიღებული ეფექტის ჯამურ მაჩვენებელს ასახავს.

როგორც ნებისმიერ სხვა მეთოდს, მეტა-ანალიზსაც გააჩნია თავისი უპირატესობანი და ნაკლოვანებები. გასათვალისწინებელია, რომ მეტა-ანალიზი იძლევა ისეთ შესაძლებლობებს, რომლებიც არ გააჩნია თითქმის არც ერთ სხვა მეთოდს. ესენია:

- ზუსტი და სანდო მონაცემების მოპოვების შესაძლებლობა;
- შესაძლო შეცდომების თავიდან აცილების შესაძლებლობა;
- შეფასებათა სიზუსტე;
- გამჭვირვალობა.

ამასთან, მეთოდის გამოყენებას გააჩნია გარკვეული სირთულეები, ესენია:

- ორიგინალური კვლევების შეგროვებასთან დაკავშირებული პრობლემები (საინფორმაციო ბაზაში ძირითადად სჭდება 10-15 ენაზე გამოქვეყნებული კვლევები (ინგლისური, ფრანგული, გერმანული, ესპანური, ჩინური, იაპონური, რუსული და სხვ.), მაშინ, როდესაც სამეცნიერო პუბლიკაციები სხვადასხვა ქვეყანაში გამოიცემა თითქმის 200 ენაზე).

ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ინფორმაციის გამოტოვების საშიშროება.

- მიღებული ინფორმაციის არაერთგვაროვნება;
- მეთოდის მგრძნობელობის არაადეკვატური შეფასების საშიშროება;
- შესადარებელი ჯგუფების არაადეკვატური შეფასების შესაძლებლობა.

27.4 მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინა

ბიოსამედიცინო კვლევათა წარმოებაში მეტა-ანალიზისა და კომპიუტერული ტექნოლოგიების ფართო გამოყენებამ ხელი შეუწყო მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინის ტექნოლოგიების დანერგვას. მტკიცებულებებზე დამყარებული (დაფუძნებული, დამადასტურებელი) მედიცინა გულისხმობს სამედიცინო პრაქტიკას (ან სამედიცინო ჩარევას), რომელიც ეფუძნება ზუსტ სამეცნიერო შედეგებს და მათი გათვალისწინებით უარყოფს ან ადასტურებს ზოგიერთ, თითქოსდა აქსიომად ქცეულ მოსაზრებას.

მედიცინის, ბიოლოგიის, ფარმაკოლოგიის, სამედიცინო ტექნოლოგიების სწრაფმა განვითარებამ ძირეულად შეცვალა დაავადებათა პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესი. ამასთან, სამედიცინო საზოგადოებაში გამყარდა ის აზრი, რომ მკურნალობა მოიტანს ეფექტს მაშინ, თუ გაგვაჩნია თეორიულად დასაბუთებული წარმოდგენა დაავადების წარმოშობის და მისი განვითარების შესახებ. აშკარაა, რომ ადამიანის ორგანიზმის ურთიერთობა გარე სამყაროსთან იმდენად მრავალფეროვანია, რომ შეუძლებელია გავითვალისწინოთ ყველა გარემოება, ის რეაქცია, რომელიც მოყვება ამა თუ იმ სამედიცინო ჩარევას.

ამიტომაც ხშირია შემთხვევები, როდესაც თეორიულად კარგად დასაბუთებული დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის მეთოდი პრაქტიკაში გამოუყენებელია. აქედან გამომდინარე, თანამედროვე სამედიცინო საქმიანობის ძირითად პრინციპად მიიჩნევა ახალი მეთოდის ეფექტურობის მრავალმხრივი შესწავლა, კლინიკური გამოცდა, რომელსაც თან უნდა სდევდეს მიღებული შედეგების დამოუკიდებელი ექსპერტიზა. მხოლოდ ამ პროცედურების გაევლის შემდეგ არის შესაძლებელი სიახლისათვის პრაქტიკაში დანერგვაზე რეკომენდაციის მიცემა (მაგალითად, ახალ ფარმაკოლოგიურ პრეპარატში შემავალი მოქმედი ნივთიერების სინთეზიდან მისი წამლის სახით მომხმარებლამდე მისვლას (ყველა სახის გამოცდისა და ექსპერტიზის გათვალისწინებით) 6-10 წელი ესაჭიროება).

თვით ტერმინი — მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინა — იმ მუდმივად საკამათო საკითხის ამსახველია, რომელიც ოდითგანვე მოსდევს სამედიცინო საქმიანობას. მედიცინა მეცნიერებაა თუ ხელოვნება.

საექიმო საქმიანობის ამგვარად წარმართვას გააჩნია როგორც დადებითი, ასევე სუსტი მხარეები. ერთი მხრივ, ექიმის საქმიანობა წარიმართება წინასწარ დადგენილი სტანდარტების მიხედვით, რაც თავისთავად ამცირებს დიაგნოსტიკასა და მკურნალობის პროცესში დაშვებულ შეცდომათა რიცხვს, მაგრამ იმავდროულად ზღუდავს ექიმის მცდელობას, საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე, შეცვალოს ტაქტიკა. სხვა სიტყვებით რომ ეთქვათ, სამედიცინო საქმიანობის ამერიკული მოდელი მოგვაგონებს

მაღალმწარმოებლურ კონვეიერს, რომელიც არ არის გათვლილი არასტანდარტული სამუშაო ოპერაციების განხორციელებაზე.

სამედიცინო საქმიანობის ევროპული მოდელი ბოლო დრომდე ექიმს საკუთარი ცოდნის, გამოცდილების, ხელოვნის ნიჭის თვითგამოვლენის უფრო ფართო შესაძლებლობას აძლევდა. რა თქმა უნდა, ასეთი მოდელი ნაკლებად არის დაზღვეული შეცდომებისაგან და დაბალმწარმოებლურია.

მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინის პრინციპების ფართო დანერგვას თან მოჰყვა ამ ორი მოდელის დაახლოება. რამდენად გამართლებულია ეს პროცესი?

მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინის განვითარების მოკლე ისტორიის მიუხედავად, აღიარებულია ის დადებითი ძვრები, რომელიც აღინიშნება შემდეგ ასპექტებში:

სამედიცინო და ეთიკური ასპექტები:

- ექიმი ფლობს რეალურ ინფორმაციას პაციენტის კონკრეტული პრობლემის გადაწყვეტის საუკეთესო, პრაქტიკით დადასტურებული მეთოდის შესახებ და გეგმავს მხოლოდ იმ ჩარევას, რომელიც ყველაზე მისაღებია.
- პაციენტი, რომელსაც მიეცა ფართო შესაძლებლობა, დამოუკიდებლად გაეცნოს თავისი დაავადებების მკურნალობის დეტალებს, ახალ პირობებში უფრო დიდი პასუხისმგებლობით ასრულებს ექიმის დანიშნულებებს.

ეკონომიკური ასპექტი:

პროტოკოლების გამოყენების მეშვეობით დამფინანსებელს შეუძლია უფრო დასაბუთებულად შეადაროს სამედიცინო სერვისების მომწოდებელთა მიერ შემოთავაზებული ფასები, განსაზღვროს, თუ რა ეღირება კონკრეტული შემთხვევის დაფინანსება და რის გამო მოხდა სახსრების გადახარჯვა ან, პირიქით, გამართლებულია თუ არა პაციენტის დაავადების პროგნოზის გათვალისწინებით სახსრების ეკონომია.

იურიდიული ასპექტი:

პაციენტს, ექიმს, სახელმწიფოს, სადაზღვეო კომპანიებს, იურისტებს გააჩნიათ ერთიანი სტანდარტული მიდგომა (და, საბოლოო ჯამში, კონკრეტული შემთხვევის პროტოკოლის მოძიების შემთხვევაში ერთიანი დოკუმენტი), რომლის მიხედვითაც შესაძლოა გამოტანილ იქნას საბოლოო, ფაქტებზე დაფუძნებული დასკვნა ამა თუ იმ საკითხის შესახებ.

სამედიცინო პერსონალის ცოდნისა და კვალიფიკაციისა ამაღლებისა და შეფასების თვალსაზრისით: მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინის პრინციპების დამკვიდრებამ ზოგიერთ ქვეყანაში (განსაკუთრებით კანადაში, ავსტრალიაში, აშშ-ში) გამოხატულად შეცვალა სასწავლო პროცესი. სტუდენტს მიეწოდება თეორიულ მასალასთან ერთად სისტემატური მიმოხილვების ნუსხა, რომლის გაცნობის შემდეგ ხორციელდება საკითხის დეტალური განხილვა ჯერ ვირტუალურ სივრცეში, შემდეგ კი პაციენტის თანდასწრებით. მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინის პრინციპების დამკვიდრებამ შესაძლებელი გახადა სხვადასხვა სამედიცინო სკოლის მიერ განხორციელებული დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი სწავლების უნიფიკაცია. სათანადოდ იცვლება სასწავლო მასალების და მათ შორის სახელმძღვანელოების დიზაინიც.

მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დამყარებული მედიცინა იმდენად ფართოდ გამოიყენება ექიმის ყოველდღიურ საქმიანობაში, რომ მას ხუმრობით სამზარეულოს წიგნი შეარქვეს. ეს გასაგებიცაა, რომ ინფორმაციის მოძიების ეს ტექნოლოგია ხელს უწყობს პრაქტიკოს ექიმს ისეთი საკითხების გადაჭრაში, როგორიცაა:

- დააკონკრეტოს მის წინაშე მდგარი მიზნები და ამოცანები;
- მიიღოს უახლესი და ამომწურავი ინფორმაცია დაავადების ეტიოლოგიის, გავრცელების, კლინიკური სურათის, პროგნოზის, მკურნალობის და სხვ. საკითხების ირგვლივ;
- განსაზღვროს ჩასატარებელი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური პროცედურების ალგორითმი;
- მიიღოს უახლესი და ამომწურავი ინფორმაცია პაციენტის კონკრეტული დაავადების და მდგომარეობის გათვალისწინებით სამკურნალო ღონისძიებების განხორციელების

ოპტიმალური სქემა (კონკრეტული პრეპარატების ჩამონათვალით, აღწერით, მათი დანიშვნისა და მოხსნის კრიტერიუმების მითითებით და სხვ.);

- მიიღოს უახლესი და ამომწურავი ინფორმაცია პაციენტის კონკრეტული დაავადების და მდგომარეობის გათვალისწინებით მოსალოდნელი გართულებების, ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობის, შემდგომი დაკვირვების შესახებ.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დამყარებული მედიცინის როლი და მნიშვნელობა ჯანდაცვის სისტემაში და ფარმაციის სფეროში სტანდარტიზაციის სისტემის აქტიური დანერგვა შემდეგი მიმართულებით:

- სამკურნალწამლო პრეპარატების დანიშვნა და გამოყენება;
- სამედიცინო ტექნიკის და ტექნოლოგიების გამოყენება;
- სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წარმართვა ე.წ. პროტოკოლების მიხედვით (სადაც დეტალებშია გაწერილი ცალკეული დაავადებისა და მდგომარეობის მიხედვით პროფილაქტიკური, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური, სარეაბილიტაციო ღონისძიებების განხორციელების სქემა – ეს შეეხება როგორც პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, ასევე სტაციონარში მომუშავე პერსონალს);
- სადაზღვევო სისტემის და ჯანდაცვის სისტემის ადმინისტრატორების მუშაობის დაგეგმვა და წარმართვა პროტოკოლების მიხედვით;
- სხვადასხვა საინფორმაციო საშუალებათა მიერ მოწოდებული მონაცემების სანდოობის განსაზღვრა, მათი შესატყვისობა არსებულ სტანდარტებთან.

27.5. კოკრენის ბიბლიოთეკის ბაზით სარგებლობის თავისებურებები საექიმო პრაქტიკაში

კოკრენის თანამშრომლობა (Cochrane Collaboration) წარმოადგენს მკვლევართა არაფორმალურ, არამომგებიან გაერთიანებას, რომლის მიზანია – მოიძიოს და განაზოგადოს სამედიცინო ჩარევების **რანდომიზებული** (ე.ი. ერთგვაროვანი მოვლენების კვლევა, როდესაც შემთხვევითი ამორჩევის შედეგად გამოიყოფა საკვლევი ჯგუფი), **კონტროლირებადი კლინიკური კვლევების შედეგები.**

ამ ასოციაციის სახელწოდება მჭიდროდაა დაკავშირებული გამოჩენილი ინგლისელი ეპიდემიოლოგის არჩი კოკრენის (Archie Cochran) სახელთან, რომელმაც პირველმა შეეცადა კომპლექსურად შეეფასებინა სამედიცინო ჩარევების ეფექტურობა ახალი საინფორმაციო, ეპიდემიოლოგიური და სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით.

დღესდღეობით კოკრენის თანამშრომლობა აერთიანებს მრავალი ქვეყნის მეცნიერს. თავისთავად, ესოდენ დიდ გაერთიანებას, როგორიცაა Cochrane Collaboration გააჩნია დასაყრდენი ცენტრები. პირველი ასეთი ცენტრი ჩამოყალიბდა ოქსფორდში (დიდი ბრიტანეთი) 1992 წელს, მოგვიანებით სხვადასხვა ქვეყანაში გაიხსნა 15 ანალოგიური ცენტრი. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ ამ დროის მანძილზე საბოლოოდ ჩამოყალიბდა მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე მსხვილი ელექტრონული, ე.წ. კოკრენის ბიბლიოთეკა (Cochrane library), რომელიც ყოველწლიურად ფართოვდება.

კოკრენის ბიბლიოთეკა წარმოადგენს ნებისმიერი სპეციალობის ექიმის მეგზურს, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელი ხდება მსოფლიოს ყველაზე მაღალი სტანდარტის გათვალისწინებით დავადგინოთ რა, როდის, როგორ და რითი უნდა ვუმკურნალოთ, რა უნდა დაინერგოს და რა არის უკვე განხორციელებული.

რითი განსხვავდება კოკრენის ბიბლიოთეკა სხვა ანალოგიური მონაცემთა ელექტრონული ბაზებისაგან:

- კოკრენის ბიბლიოთეკით შესაძლოა რეგულარული სარგებლობა გარკვეული თანხის გადახდის შემთხვევაში (მდიდარი ქვეყნები) ან უფასოდ (როგორც საქართველო);

- თუ ინფორმაციის მომხმარებელს არა აქვს Internet-ით სარგებლობის შესაძლებლობა, კოკრენის ბიბლიოთეკის ძირითადი ბაზა (იგი ჩაწერილია ლაზერულ დისკებზედაც) შესაძლოა ჩაიტვირთოს მომხმარებლის პერსონალურ კომპიუტერზე;
- საჭირო ინფორმაციის მოძიების პროცესი ზედმიწევნით გამარტივებულია;
- ყოველკვარტალურად ხდება ბიბლიოთეკაში განთავსებული მასალის განახლება და შესწორებების შეტანა.

უმთავრესი განსხვავება სხვა საინფორმაციო ბაზებისაგან მდგომარეობს იმაში, რომ:

- კოკრენის ბიბლიოთეკაში განთავსებულია მხოლოდ რანდომიზებული ან კონტროლირებადი კვლევის მასალები;
- მონაცემები დაჯგუფებულია ცალკეული თემების მიხედვით;
- ინფორმაცია წარმოდგენილია მეტა-ანალიზის ან სისტემატიური მიმოხილვების სახით, თუ საქმე შეეხება კლინიკური რეკომენდაციებს.

კოკრენის ბიბლიოთეკა წარმოდგენილია ოთხი უმსხვილესი მონაცემთა ბაზით. ესენია:

- სისტემატიურ მიმოხილვათა (ტერმინი **სისტემატიური მიმოხილვა** გულისხმობს სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების, სისტემატიზაციისა და განზოგადების ყველაზე თანამედროვე ტექნოლოგიას) ელექტრონული ბაზა, რომელიც შეიცავს უკვე დასრულებულ სისტემატიურ მიმოხილვებს და ე.წ. პროტოკოლებს;
- კოკრენის კონტროლირებადი კვლევების რეგისტრი, სადაც განთავსებულია მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყნიდან მოძიებული კონტროლირებადი სამეცნიერო კვლევების ელექტრონული ბაზა;
- სამედიცინო ჩარევების ეფექტურობის შესწავლის საფუძველზე გაკეთებული სტრუქტურირებული რეფერატები, რომლებიც დამატებით გადამოწმდა ჟურნალების «American College of Physicians' Journal Club» и «Evidence-Based Medicine» თანამშრომელთა მიერ;
- სისტემატიური მიმოხილვების და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, სამედიცინო კვლევების განხორციელების მეთოდოლოგიის ამსახველი საინფორმაციო ბაზა;
- სამედიცინო ჩარევათა ეკონომიკური ეფექტურობის შეფასების შედეგების ელექტრონული ბაზა.

სასარგებლო ინფორმაციის (მათ შორის კონკრეტული პაციენტის დიაგნოსტიკასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხების გარკვევა) ხდება შემდგომი თანმიმდევრობით. კომპიუტერში ელექტრონული მისამართის შეყვანის შემდეგ (**www.cochrane.org** ან პირდაპირ **www.thecochranelibrary.com**) ინფორმაციის მოძიების პირველ ეტაპზე ვირჩევთ ენას, რომლითაც შემდგომში ვისარგებლებთ (ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ყველაზე დიდი მოცულობის მასალა განთავსებულია ინგლისურენოვან საინფორმაციო ბაზაში).

კოკრენის თანამშრომლობის ბრაუზერი (WEB გვერდის თავფურცელი)

The Cochrane Collaboration

The reliable source of evidence in health care

Latest: Issue 1, 2008 of The Cochrane Library is now online! <more ...>

Cochrane for ...

- **First-time visitors**
- **Practitioners**
- **Researchers & authors**
- **Cochrane entity staff**

Home

Cochrane reviews

***Browse free summariesAbout Cochrane ReviewsExampleGlobal ImpactMost visited*The Cochrane Library**

***Full textPress releasesUser training*News**

***NewsroomNew reviewsNewslettersOpportunitiesDiscussion lists*Events**

***CalendarsColloquiaWorkshops*Training resources**

The Cochrane Library Click for full text reviews & more

The Cochrane Library

Independent, reliable

The Collaboration is a global network of dedicated volunteers, backed by a small staff. We rely on grants and donations, and don't take conflicted funding. You can help too. Work with us or help financially or be a consumer representative in the Consumer Network (ccnet) Browse by topic:

–Select topic (Review Group)–

ამის შემდეგ ვირჩევთ ბიბლიოთეკის განყოფილებას, რომელშიდაც ვაპირებთ მუშაობას, რუბრიკატორის მიხედვით თემას, ცალკეულ საკითხს და ა.შ. ამის გარდა შესაძლოა დაისვას კონკრეტული შეკითხვა.

პასუხი გაიცემა იმ ფორმით, რომელიც მივუთითეთ (აბსტრაქტი, სისტემატიური მიმოხილვა, პროტოკოლი და სხვ.) საინფორმაციო წყაროთა რიცხვის მითითებით (საინფორმაციო წყაროების სრული ჩამონათვალი თან ახლავს როგორც მიმოხილვის, ასევე პროტოკოლის სრულ ტექსტს).

კოკრენის ბიბლიოთეკის მომხმარებელს ხშირად არ ესაჭიროება შეკითხვების დეტალიზება, ვინაიდან ამას თვითონ პროგრამა აკეთებს (ამის გარდა მითითებულია, თუ რამდენი კვლევის საფუძველზე არის გაკეთებული სისტემატიური მიმოხილვა ან მეტა-ანალიზი სათანადო წყაროების და დასკვნების მითითებით).

მიუხედავად ამისა, საჭირო ინფორმაციის ძიების პროცესში ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია ე.წ. **კლინიკური შეკითხვის** (Clinical question) სწორი ფორმულირება.

კოკრენის ბიბლიოთეკის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს მომხმარებლისათვის არა მარტო სისტემატიური მიმოხილვების ცალკეული მდგომარეობებისა და დაავადებების მართვის ე.წ. **პროტოკოლების** მიწოდება (ბერძნ. protokollon – წიგნის (მანუსკრიპტის) პირველი გვერდი).

ყველა შემთხვევაში გამოიყენება ტერმინები და აბრევიატურები, რომლებიც მოყვანილია ქვეთავში — ტერმინები და განმარტებები.

ტერმინი პროტოკოლი გულისხმობს სტანდარტს, ოფიციალურ დოკუმენტს, რომელშიდაც ფიქსირებულია გარკვეული ფაქტები ან ქმედებები.

ჩვენში გაცილებით ხშირად იხმარება ტერმინი **ჟურნალობის სტანდარტი**, მეთოდური მითითება, **გაიდლაინი** (guideline ინგლ. – მეგზური), რომლებიც იმავე, ანუ კლინიკური შემთხვევის მართვის სტანდარტის მნიშვნელობით გამოიყენება. ამ კუთხით, ტერმინ პროტოკოლს გარკვეული უპირატესობა გააჩნია — დასავლეთში იგი გულისხმობს დოკუმენტს, რომელიც შეიცავს ინსტრუქციებს იმის შესახებ, თუ კონკრეტულ კლინიკურ შემთხვევაში რა, როგორ, როდის და რითი უნდა განახორციელოს სამედიცინო მუშაკმა.

ამასთან, პროტოკოლის ხმარების შემთხვევაში იგულისხმება (გაიდლაინისაგან ან მეთოდური რეკომენდაციებისაგან განსხვავებით), რომ მასში მოცემული დებულებები ექვემდებარება შესრულებას.

პროტოკოლი (გაიდლაინი (Clinical Practice Guideline) შემდეგი ნაწილებისაგან შედგება:

- მიზანი და ამოცანები;
- საკვანძო საკითხები;
- მდგომარეობის შეფასება;

- მკურნალობა;
- დანართები (მაგალითად, რომელიმე მედიკამენტის ან მკურნალობის სხვა მეთოდების მოსალოდნელი გართულებების შესახებ);
- გამოყენებული ლიტერატურა.

ყოველ საკვანძო საკითხთან დაკავშირებით (მაგალითად, მშობიარობის დროს ნარკოზის გამოყენების შესახებ) მითითებულია მოსალოდნელი გართულებების პროგნოზული მაჩვენებლები (სპეციალური, საერთაშორისოდ აღიარებული ნომენკლატურის მიხედვით).

პროტოკოლის (გაიდლაინის) მეშვეობით ინფორმაციის მომხმარებელი იღებს ჩამოყალიბებულ რეკომენდაციებს შემდეგი ხუთი ჯგუფის მიხედვით: (იმისდამიხედვით, რას შეეხება პროტოკოლი (მაგალითად, მოყვანილ კლასიფიკაციაში საქმე შეეხება პრევენციას):

A. არსებობს **საკმაოდ დამაჯერებელი** მეცნიერული მტკიცებები იმის თაობაზე, რომ კონკრეტული მდგომარეობის პრევენციისათვის ეფექტურია პერიოდული სამედიცინო შემოწმება;

B. არსებობს **დამაჯერებელი** მეცნიერული მტკიცებები იმის თაობაზე, რომ კონკრეტული მდგომარეობის პრევენციისათვის ეფექტურია პერიოდული სამედიცინო შემოწმება;

C. მეცნიერული მტკიცებები იმის თაობაზე, თუ რამდენად ეფექტურია მდგომარეობის პრევენციისათვის პერიოდული სამედიცინო შემოწმება, **არასაკმარისი და ნაკლებად სარწმუნოა.** რეკომენდაციები ამ კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით არ შეიძლება გაკეთდეს;

D. არსებობს საკმარისი მეცნიერული საფუძველი იმისათვის, რომ კონკრეტული მდგომარეობა **არ უნდა შევიდეს** პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პაკეტში;

E. არსებობს საკმარისად სარწმუნო მეცნიერული მტკიცებები იმისათვის, რომ კონკრეტული მდგომარეობის პრევენციისათვის **არ უნდა იქნას გამოყენებული** პერიოდული სამედიცინო შემოწმების პაკეტი.

C კლასის რეკომენდაციები იმ მდგომარეობებს ეხება, რომელთა პრევენციისათვის პერიოდული სამედიცინო შემოწმების ეფექტიანობა საკმარისი მეცნიერული მტკიცებებით არ დასტურდება. რაც, შესაძლოა, მონაცემთა სიმწირით იყოს განპირობებული.

საქმიო საქმიანობის სირთულე მდგომარეობს იმაში, რომ შეუძლებელია ერთი უნივერსალური, სტანდარტული მიდგომით გადაწყვეტა ნებისმიერი პრობლემა. თავისი ბუნებით, ყოველი პაციენტი უნიკალურია, ხშირად შეუძლებელია მკვეთრი საზღვრის გატარება „ნორმასა" და „პათოლოგიას" შორის, არ არსებობს ერთი სწორი პასუხი იმაზედაც, თუ რა შემთხვევაში აქვს ექიმს უფლება, გადაუხვიოს სტანდარტული სამკურნალო პროცედურების გატარებას. ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგებია, რომ მტკიცებებზე დამყარებული მედიცინის მეთოდოლოგია, მიუხედავად მისი დიდი მნიშვნელობისა, ხშირად არ იძლევა პასუხს ამ შეკითხვებზე. უფრო მეტიც, 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. მეცნიერული კვლევის შედეგად მიღებული მტკიცებები ყოველთვის უნივერსალური არ არის. ამდენად, ექიმის მიერ გადაწყვეტილების მიღება კვლავ ინდივიდუალურ მოსაზრებებსა და გამოცდილებებს უნდა ეყარებოდეს.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

Absolute Benefit Increase (ABI) – დადებითი რისკის აბსოლუტური მატება – ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფში მიღებული დადებითი შედეგების განსხვავება.

Absolute Risk Increase (ARI) – უარყოფითი რისკის აბსოლუტური მატება – განსხვავება ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფში მიღებული უარყოფითი შედეგებისა (აგრეთვე გამოიყენება რისკ-ფაქტორების მნიშვნელობის დასადგენად).

Absolute Risk Reduction (ARR) – უარყოფითი რისკის აბსოლუტური მატება – ექსპერიმენტულ და საკონტროლო ჯგუფში მიღებული უარყოფითი შედეგების სიხშირეთა განსხვავება.

Best evidence – საუკეთესოდ დასაბუთებული მტკიცებულება.

Blind Study – „ბრმა" კვლევა – როდესაც კვლევის ერთმა ან რამდენიმე მხარემ არ იცის, როგორ არის განაწილებული საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფები.
მარტივ „ბრმა კვლევის" შემთხვევაში (Single Blind) – ეს განაწილება უცნობია საკვლევი პაციენტებისათვის;
ორმაგ „ბრმა" კვლევის შემთხვევაში (Double Blind) – უცნობია მკვლევარებისა და პაციენტებისათვის; სამმაგი „ბრმა" კვლევის შემთხვევაში (Triple Blind) – უცნობია მკვლევარებისათვის, პაციენტებისათვის და იმ პირებისათვის, რომელნიც კონტაქტში იმყოფებიან სამივე ჯგუფთან;
სრული „ბრმა" კვლევის შემთხვევაში – დახურულია როგორც მონაცემთა ბაზა, ასევე პაციენტთა და მკვლევართა ვინაობა. კვლევა და მისი შედეგების ანალიზი ხორციელდება გარედან მოწვეულ მეცნიერთა ჯგუფის მიერ.

Comparator (Drug) – შესადარებელი პრეპარატი – პლაცებო ან შესადარებელი პრეპარატი, რომლის თვისებები ცნობილია წინასწარ.

Comparative Study – შედარებითი კვლევა – როდესაც ახალი პრეპარატის თვისებებს ადარებენ პლაცებოსთან, კარგად ცნობილ პრეპარატთან ან იმ შემთხვევებთან, როდესაც პაციენტს საერთოდ არ უტარდება მკურნალობა.

Compliance – (ing. – თანხმობა, შეთანხმება) – ცდაში მონაწილე პაციენტის მიერ საკვლევი პრეპარატის მიღების ინსტრუქციის დაცვა.

Confidence Interval – (CI) – დამაჯერებლობის (სარწმუნოობის) ინტერვალი, გამოხატული პროცენტებით.
ყველაზე ხშირად კვლევა იგეგმება ისე, რომ სარწმუნოობის საზღვრები უდრიდეს ან აღემატებოდეს 95% (ე.ი. ამ ფარგლებში მყოფი მონაცემები 95% დამაჯერებლობით ასახავენ მოვლენას იმ პოპულაციაში, რომლიდანაც შერჩეულ იქნა საკვლევი ჯგუფი).
თავისთავად, თუ CI 95%-ს აღემატება, ეს გვაუწყებს, რომ მონაცემები უფრო სარწმუნოა (მაგ. 98% ან მეტით).

Control Group – საკონტროლო ჯგუფი.

Control Event Rate (CER) - არასასურველი შედეგების სიხშირე საკონტროლო ჯგუფში.

Controlled Study – კონტროლირებადი კვლევები გამოიყენება ორი მნიშვნელობით:

- როგორც შედარებითი კვლევის ამსახველი ტერმინი (ე.ი.კვლევა, სადაც ძირითად საკვლევ ჯგუფს ადარებენ საკონტროლოს);
- როგორც ნებისმიერი კვლევა, შესრულებული სტანდარტის (პროტოკოლის) მიხედვით.

Cost-Benefit – სარგებლიანობა, სარგებლიანობის ღირებულება – ასახავს მკურნალობის ეკონომიკურ ეფექტურობას

Cost-Effectiveness – სარგებლიანობის ეფექტურობა, რომლის მეშვეობითაც შესაძლოა შეფასდეს მკურნალობის როგორც ეკონომიკური, ასევე სოციალური ეფექტურობა

Cost-Utility – ხარჯის სარგებლიანობა, მჭიდროდა დაკავშირებული ტერმინებთან **Cost-Benefit** და **Cost-Effectiveness** რომლის მეშვეობით ხდება ჩატარებული მკურნალობის შედეგად მიღწეული პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შეფასება.

Cost-Minimization – ფასის შემცირება (მინიმიზება) ასახავს ერთნაირად მოქმედი პრეპარატების შეძენაზე გაწეული ხარჯების შედარების შედეგებს.

Cost-of-Illness – დაავადების ღირებულება – პირდაპირი ხარჯები გაწეული ცალკეული დაავადების მკურნალობაზე.

Crossover Study – ჯვარედინი კვლევა – გამოიყენება კვლევებში, სადაც შეისწავლება ხანგრძლივად, სტაბილურად მიმდინარე დაავადებები. მეთოდი ითვალისწინებს საკვლევი პრეპარატის სპეციალური სქემით გამოყენებას (როდესაც პაციენტს რიგრიგობით ენიშნება შესადარებელი პრეპარატები).

Crude Agreement – წინასწარი შეთანხმება – ასახავს ექსპერტთა აზრის დამთხვევის დონეს (მაგალითად, თუ კვლევის შედეგების ექსპერტიზა განხორციელებულია 3 პირის მიერ CA უდრის: (A+D+C)/N.

Design (of a Study) – კვლევის დიზაინი (მეთოდოლოგია).

Experimental Event Rate (EER) – ექსპერიმენტულ ჯგუფში დაფიქსირებული უარყოფითი შედეგების სიხშირე გამოითვლება ფორმულით: RRR = (EER – CER)/CER.

Historical Control – ისტორიული კონტროლის მეთოდი – ითვალისწინებს იმ პაციენტთა ჯგუფების კვლევის შედეგების შედარებას, რომლებსაც სხვადასხვა დროს კვლევა უტარდებოდათ სხვადასხვა პრეპარატის გამოყენებით.

Longterm Trial – ხანგრძლივი კლინიკური კვლევის მეთოდი (გამოიყენება პრეპარატის დანიშვნის შორეული შედეგების შესაფასებლად).

Meta-Analysis – მეთოდი, რომელიც საშუალებას იძლევა, გარკვეული ნიშნების მიხედვით ერთ მონაცემთა ბაზაში გაერთიანდეს, დამუშავდეს და შეფასდეს როგორც ცალკე კვლევა – გარკვეული

პრობლემის ირგვლივ მოძიებული სხვადასხვა ავტორის მიერ (განსხვავებული მეთოდებით, მასალით და მიღებული მონაცემებით) შესრულებული კვლევები.

Odds Ratio (OR) – შედეგის მიღწევის შანსების შეფარდება – გამოიყენება სისტემატიური მიმოხილვების შედგენის, მეტა-ანალიზის განხორციელების, კონკრეტული კლინიკური კვლევების ჩატარების პროცესში.

თუ, მაგალითად, კვლევაში ჩართულია 100 პაციენტი (გარკვეული შედეგი მიღებულია მხოლოდ a = 20 შემთხვევაში, b = 80 – ში კი მოსალოდნელი ძვრები არ დაფიქსირებულა) *შედეგის მიღწევის შანსი* განისაზღვრება ფორმულით: a/b = 20/80 = 0,25.

თუ იგივე გათვლას გავაკეთებთ საკონტროლო ჯგუფისათვის, სადაც პაციენტების საერთო ჯამი აგრეთვე ასია - (c + d) = 100 (სადაც c = 40 და d = 60), *შედეგის მიღწევის შანსი შედგენს* c/d = 40/60 ≅ 0,67.

აქედან გამომდინარე, *შედეგის მიღწევის შანსების შეფარდება* (OR) გამოითვლება შემდეგი ფორმულით: (a/b)/(c/d) = 0,25/0,67 = 0,37.

Open Study – ღია კვლევა, როდესაც კვლევის მსვლელობა ცნობილია ყველა მხარისათვის.

Pharmacoepidemiology – ფარმაკოეპიდემიოლოგია – ახალი სამეცნიერო-პრაქტიკული მიმართულება რომელიც გამოიყენებს თანამედროვე ეპიდემიოლოგიურ მეთოდებს.

Placebo – (ლათ. – არააქტიური) – პრეპარატი, რომელიც შეიცავს არააქტიურ ფარმაკოლოგიურ კომპონენტებს, რომელიც ფორმით, ფერით, გემოთი და ა.შ. არ განსხვავდება კვლევაში გამოყენებული აქტიური პრეპარატისაგან.

Placebo-Controlled Trial – პლაცებოს გამოყენებით კონტროლირებადი კვლევა.

Protocol – დოკუმენტი, რომელიც შეიცავს კვლევის მიზნის დასაბუთების, მეთოდოლოგიის, საკვლევი მასალის შერჩევის, სტატისტიკური ანალიზის განხორციელების სტანდარტებს.

Relative Risk Reduction – (RRR) – რისკის შემცირების მაჩვენებელი (მასთან ერთად მიუთითებენ დამაჯერებლობის ინტერვალს).

Sensitivity – (ტესტის) მგრძნობელობა – საკვლევი ჯგუფის ის ნაწილი, სადაც ჩატარებული ტესტის მეშვეობით დადგინდა გადახრა, რომლის აღმოჩენისათვის განკუთვნილია გამოყენებული ტესტი.

Specificity – (ტესტის) სპეციფიურობა – საკვლევი ჯგუფის ის ნაწილი, სადაც ჩატარებული ტესტის მეშვეობით არ დადგინდა გადახრა, რომლის აღმოჩენისათვის განკუთვნილია გამოყენებული ტესტი.

ექსპერტი – *expert* – სპეციალისტი, რომლის მაღალი კვალიფიკაცია დოკუმენტურადაა დადასტურებული და აღიარებულია კოლეგების მიერ.

უწყებრივი ექსპერტიზა – *internal expertise* – ერთ უწყებაში ჩატარებული ექსპერტიზა.

გარე ექსპერტიზა – *external expertise* – იმ ორგანიზაციათა მიერ ჩატარებული ექსპერტიზა, რომლებიც არ შედიან სისტემაში.

დამოუკიდებელი ექსპერტიზა – *independed expertise* – დაინტერესებული მხარეებისაგან დამოუკიდებლად ჩატარებული ექსპერტიზა.

საექსპერტო დასკვნა – *expert opinion* – მაღალკვალიფიციური სპეციალისტის ან სპეციალისტთა ჯგუფის მიერ ჩატარებული მოქმედებისა და შედეგების შესაბამისობის შეფასება რეკომენდაციების, ნორმებისა და ნორმატივების მიხედვით.

გრანტი – *grant* – სუბსიდია, დოტაცია სამეცნიერო-კვლევითი, სამკურნალო და სხვა სახის საქმიანობის განსახორციელებლად საწარმოზე, ორგანიზაციასა და ფიზიკურ პირზე უანგაროდ გაცემული სუბსიდიები.

პატენტი – *patent* – პატენტის მფლობელის კანონით განსაზღვრული უფლება – აწარმოოს, გაყიდოს, გამოიყენოს ან გააკონტროლოს მის მიერ დაპატენტებული გამოგონება. პატენტი გაიცემა სახელმწიფო ორგანოების მიერ განსაზღვრული ვადით, დამპატენტებლის მონოპოლიური უფლებით პატენტის მოქმედების პერიოდში.

კონცეფცია – *concept* – შეხედულებათა სისტემა, რომლის საშუალებითაც ხორციელდება მოვლენისა თუ პროცესის გაგება, მის შინაარსში ჩაწდომა.

დამატებითი ლიტერატურა

- ოქსფორდის კოკრენის ცენტრის WEB: www.cebm.net/focus_quest.asp
- ტორონტოს უნივერსიტეტის WEB: www.cebm.utoronto.ca/practise/
- Medline WEB: www.doktor.ru/medinfo/medline.htm
- კოკრენის ბიბლიოთეკის WEB: www.thecochranelibrary.com
- Chalmers I., and Altman D.G. Systematic reviews. London: BMJ Publishing Group; 1995.
- Last J.M. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press; 1988
- Asplund K. Randomized clinical trials of hemodilution in acute ischemic stroke. Acta Neurol Scand Suppl 1989
- Sackett DL, Straus S, Richardson SR, Rosenberg W, Haynes RB :**Evidence-Based Medicine:** *London, Churchill Livingstone2 Edition* 2000.
- Guyatt G, Rennie D, eds : **Users'** Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. *Chicago: AMA Press.* 2002
- Jadad AR, Haynes RB :The Cochrane Collaboration – advances and challenges in improving evidence-based decision making. *Med Decision Making* 1998

თავი 28

ხარისხის კონტროლი ჯანდაცვის მენეჯმენტში

ოცდამერვე თავის შინაარსი

28.1. შესავალი
28.2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მახასიათებლები
28.3. ხარისხის კონტროლის ტიპები და ხარისხის
 განხორციელების ძირითადი ეტაპები
28.4. აუდიტი
28.5. ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა* სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ძირითად მახასიათებლებს
- *გაეცნობა* ხარისხის კონტროლის ტიპებს და ხარისხის განხორციელების ძირითად ეტაპებს
- *გაეცნობა* აუდიტის განხორციელების ძირითად ეტაპებს
- *კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე დამოუკიდებლად დაგეგმავს* ხარისხის კონტროლის *სისტემის მოქმედების ძირითად მიმართულებებს*

28.1 შესავალი

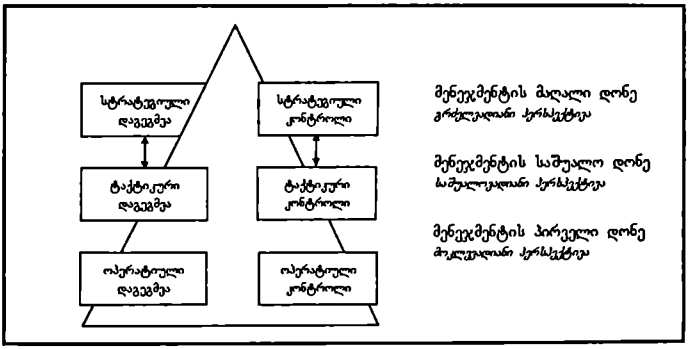
მართვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია ფუნქციაა **კონტროლი**, რომელიც საქმიანობის ფართო სპექტრს მოიცავს. თანამედროვე გაგებით კონტროლი წარმოადგენს საორგანიზაციო მოქმედების რეგულირების პროცესს, რომელსაც მიმდინარე საქმიანობა ორგანიზაციულ მიზნებთან და სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოჰყავს.

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 92).

ნახატი 92

სტრატეგიული დაგეგმვისა და კონტროლის დონეები



თუ მართვის სხვა ფუნქციების (ორგანიზება, კადრების შერჩევა, კოორდინირება და სხვ.) არსი მდგომარეობს დაგეგმილი სამუშაოების 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 განირჩევა 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 დაეუბრუნდებით ზემომოყვანილ მაგალითს, ის გულისხმობს დონორთა სიის 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 დონის შემოწმებასთან. სისხლისა და მისი პრეპარატების ხარისხის, მათი შენახვის, მომხმარებლისადმი დროული მიწოდების კონტროლი.

კოხტროლის 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).

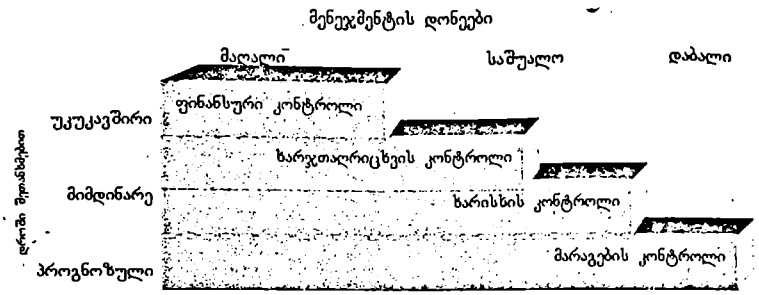
კონტროლის ძირითადი სისტემები, რომლებსაც იყენებენ ორგანიზაციებში, შემდეგია: ფინანსური კონტროლი, ხარჯთაღრიცხვის კონტროლი, ხარისხის კონტროლი, მარაგის კონტროლი და სხვ. აღნიშნული სისტემები განსხვავდება ერთმანეთისაგან კორპორაციულ დონეებზე გამოყენების მიხედვით, დაწყებული მმართველობითი იერარქიის ზედა დონიდან განხორციელებული ფინანსური კონტროლით და დამთავრებული მარაგის კონტროლით დაბალ (ოპერატიულ) დონეზე. კონტროლის სისტემები განსხვავდებიან დროის მიხედვითაც: ფინანსური კონტროლი ძირითადად წარმოადგენს უკუკავშირით კონტროლს, ხარჯთაღრიცხვისა და ხარისხის კონტროლი უფრო მიმდინარე ხასიათს ატარებს, ხოლო მარაგის კონტროლი უფრო ხშირად პროგნოზურ ხასიათს ატარებს.

ფინანსური კონტროლი ძირითადად შეიცავს: ფინანსური დოკუმენტაციის ანალიზს (მოგება-ზარალის, ფულადი სახსრების ბრუნვის, ბალანსის მონაცემებს და სხვ.), კოეფიციენტურ ანალიზს (ლიკვიდურობის კოეფიციენტის გამოთვლა და ა.შ.) და შედარებით ფინანსურ ანალიზს (მენეჯმენტის ფინანსური პროდუქტიულობა, ორგანიზაციის მუშაობის შედეგების, ისტორიულ, ფინანსურ და ინდუსტრიულ-დარგობრივ სტანდარტებთან შედარება).

სერვისის ხარისხს და შესაბამისად მასზე კონტროლს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზაციული წარმატებებისათვის. ე.წ. „ნულოვანი ეფექტის" მისაღწევად კორპორაციები მიმართავენ დამატებითი მეთოდებისა და რესურსების გამოყენებას. ასეთ სტრუქტურულ ერთეულებს ჯამური ხარისხის მენეჯმენტს (მართვას) უწოდებენ. მათი საქმიანობა მიმართულია პროდუქციის ან სერვისის მისაღებ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანაზე, კონტროლი უნდა დაწესდეს როგორც მთლიანად, ოპერატიული მენეჯმენტის ყველა საფეხურებზე, ასევე მთელ პროცესზე.

ნახატი 99

კონტროლის მთავარი სისტემები მენეჯერული დონეების მიხედვით და დროში შეთანხმებით



მატერიალური ფასეულობების (მარაგების) კონტროლი, მათი სახეების მიხედვით ითვალისწინებს როგორც ღირებულების განსაზღვრის კონტროლს (შესყიდვის, შეკეთის, შენახვის, დაზღვევის და ა.შ.), ასევე მომარაგების მეთოდების კონტროლს (მაგალითად, მიწოდების რიტმულობა).

28.2. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მახასიათებლები

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი წარმოადგენს ჯანდაცვის მენეჯმენტის ერთ-ერთ ძირითად მიზანს, რომლის განხორციელება მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. ტერმინი **სამედიცინო მომსახურების ხარისხი** განისაზღვრება არა მარტო 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 სიკეთილიანობის, 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 დონე 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 დონისათვის, სადაც ხარისხის შეფასების ნორმები და სტანდარტები მუშავდება. სტანდარტების შემუშავებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს რისკის ფაქტორებიც. მაგალითად, გადაწყვეტილების მიღება საკისრო კვეთის შესახებ მოითხოვს ექიმისაგან ოპერაციის ჩატარებასთან დაკავშირებული შესაძლებელი რისკის განსაზღვრას, დროული გადაწყვეტილების მიღებას და არაიშვიათად ბოლო მომენტში ტაქტიკის მთლიანად შეცვლას (მაგალითად, ნაყოფის დალუპვის შემთხვევაში).

პიროვნებათშორისი 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 ღონისძიებების 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 გულისმობს 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 მედპერსონალი. მაგალითად, თუ პაციენტს აკმაყოფილებს პერსონალის მოპყრობა, იგი უკეთ ასრულებს ექიმის დანიშნულებას. ამგვარად, დაკმაყოფილების დონე უშუალოდ მოქმედებს გაწეული მომსახურების ეფექტურობაზე. ამასთან, ხაზგასასმელია, რომ პაციენტები ვერ გამოდგებიან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ობიექტურ შემფასებლებად, ვინაიდან მათ ბოლომდე არა აქვთ გაარკვეული, 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 მოვალეობების უკეთესად შესრულებას.

26.3. 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 სტადნარტებთან და მიზნებთან) და **მრავალმხრივი კონტროლი**, რომელიც გულისხმობს სამივე ტიპის კონტროლის ერთდროულად განხორცილებას.

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 გამიც 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 გაიაფება შესაძლებელია, თუ ვისარგებლებთ **რალენის** მოსაზრებებით იმის შესახებ, რომ საორგანიზაციო პროცესის განხორციელებისას მასზე მოქმედი ფაქტორების მხოლოდ მცირე ნაწილი ახდენს გადამწყვეტ გავლენას საბოლოო შედეგზე („მიზეზთა მინიმუმის პრინციპი").

მოვიყვანთ რამდენიმე მაგალითს: სტაციონარში ქირურგთა მხოლოდ მცირე ნაწილი ახორციელებს რთულ ოპერაციებს და პასუხისმგებელია დაშვებული შეცდომების მაღალ პროცენტზე, რაც სერიოზულ სიძნელეებს უქმნის განყოფილებას იმ თვალსაზრისით, რომ წესით თანაბრად უნდა იყოს დაკავებული ყველა ექიმი. ამან კი შესაძლოა განყოფილების მუშაობის დეზორგანიზაცია გამოიწვიოს, ოპერაციების დროს დაშვებულ შეცდომათა რიცხვი კიდევ უფრო გაზარდოს. მოვიყვანთ მეორე, ერთი შეხედვით განსხვავებულ მაგალითს: გინეკოლოგიურ განყოფილებაში აბორტები და არართული ოპერაციები, რომელთაც ახორციელებს პერსონალის დიდი ნაწილი, განყოფილების ძირითად შემოსავალს წარმოადგენს. მიუხედავად წარმოდგენილი სიტუაციების განსხვავებისა შესაძლოა გაკეთდეს საერთო დასკვნა: მომსახურების სახეობების და პერსონალის მხოლოდ ნაწილი განსაზღვრავს თანამშრომელთა კეთილდღეობას.

აქედან გამომდინარე, აუცილებლად გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ეფექტურია ისეთი კონტროლი, რომელიც ხორციელდება უშუალოდ პერსონალის ძალისხმევის, 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 დაუდეგრობაზე 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.

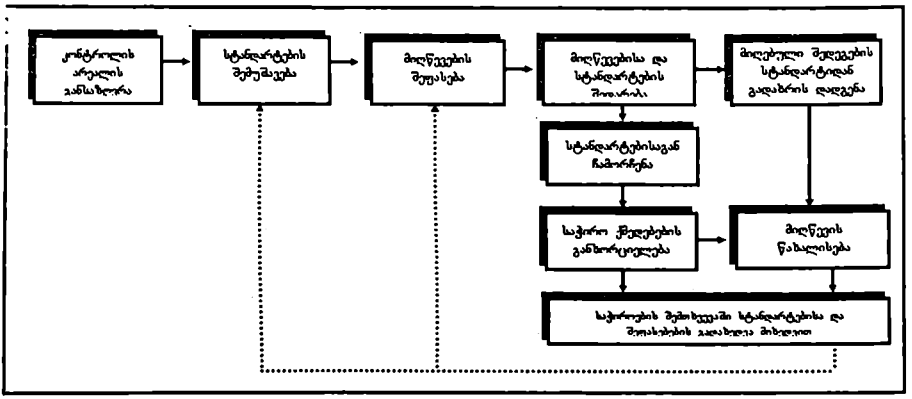
შედეგების სტანდარტებთან შედარების შემდეგ მენეჯერი იღებს სათანადო გადაწყვეტილებებს.

უშუალოდ კონტროლის პროცესი ხორციელდება შემდეგი საფეხურების მიხედვით:

- საკონტროლო არეალის განსაზღვრა;
- სტანდარტების დადგენა;
- მიღწევების შეფასება;
- მიღწევებისა და სტანდარტების შედარება;
- მიღებული შედეგების სტანდარტიდან გადახრის დადგენა.

ნახატი 94

კონტროლის პროცესის საფეხურები



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.

28.4. აუდიტი

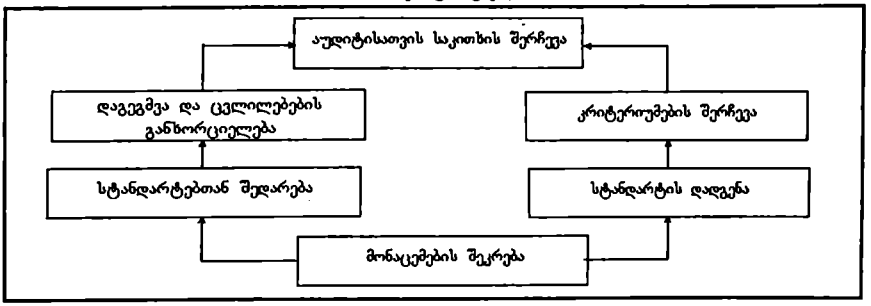
აუდიტი წარმოადგენს კვალიფიციური სპეციალისტების (**აუდიტორების**) მიერ ორგანიზაციის ფინანსური მდგომარეობის დადგენას (მაგალითად, საბუღალტრო ანგარიშის რევიზიას) და დადგენილი სტანდარტებით სარგებლობის შემოწმებას. **სამედიცინო აუდიტი** არის ხარისხის კონტროლის ერთ-ერთ თანამედროვე მეთოდი, რომელმაც უნდა ასახოს 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, გამოძალვის ფაქტი და სხვ.), რომელიც მოითხოვს უფრო ღრმა აუდიტის ჩატარებას.

ნახატი 35

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.

28.5. ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები

ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესი გულისხმობს აღმოჩენილი ნაკლოვანებების ანალიზსა და მუშაობის შემდგომი გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ ღონისძიებებს, რომელთა დახმარებით შესაძლებელია ხარისხის ამსახველი ინდიკატორების განმეორებითი გაზომვა მოსალოდნელი გაუმჯობესების ფაქტის დასადგენად.

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.

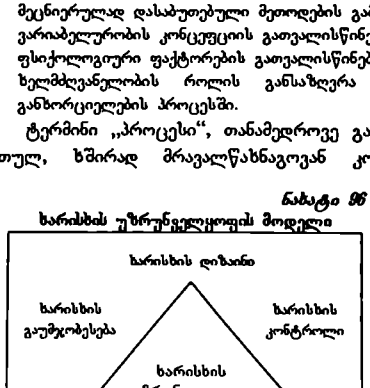
მიუხედავად იმისა, რომ ხარისხის გაუმჯობესება ხორციელდება სხვადასხვა გზით. არსებობს ძირითადი პრინციპები, რომლებიც მნიშვნელოვანწილად განაპირობებენ სასურველი შედეგის მიღწევას, ესენია.

- საკითხისადმი სისტემური მიდგომა;
- გუნდური მუშაობა;
- მომხმარებლის მოთხოვნილებებზე ყურადღების კონცენტრირება;
- მეცნიერულად დასაბუთებული მეთოდების გამოყენება;
- ვარიაბელურობის 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 96). გასაგებია, რომ მომხმარებლისათვის საჭირო მომსახურების გაწევა განსაზღვრული პროცესების ერთობლიობას წარმოადგენს. აქედან გამომდინარე, თვით მომხმარებელი ის პირია, რომელიც პროცესის შუალედური ან საბოლოო შედეგებით სარგებლობს.

ნახატი 96

ხარისხის უზრუნველყოფის მოდელი



ხარისხის გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი წინაპირობაა სამედიცინო პროცესის **ვარიაბელურობის** გათვალისწინება, რომელიც გავლენას ახდენს ნებისმიერი სტანდარტულად მიმდინარე პროცესის განვითარებაზე. ის შეიძლება განპირობებული იყოს ფაქტორთა კომპლექსით, რომელიც მოქმედებს ყოველ მოცემულ მომენტში და რომელიც მუდმივად იცვლება (მაგალითად, ისეთი სტანდარტული პროცედურების შესრულებისას, როგორიცაა ანამნეზის შეკრება). ვარიაბელურობის ფაქტორის გაუთვალისწინებლობის შემთხვევაში მართვის ტრადიციული მეთოდების გამოყენება ნაკლებეფექტურია.

არსებობს ვარიაბელურობის ორი ტიპი:

თავისუფალი ვარიაბელურობა, რომელიც წარმოიქმნება სისტემის შიგნით არსებული რთული ურთიერთქმედებების შედეგად და პროცესის დაწყებისას ხშირად ამოუცნობია. როგორც წესი, ის არ განიცდის პროცესში მონაწილეთა ზეგავლენას და ვლინდება ვარიაბელურობის 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 ვარიაბელურობა წარმოიქმნება სისტემაზე გარედან მოქმედი სპეციფიკური ფაქტორების არსებობისას. თვით პროცესი, რომელსაც გააჩნია ვარიაბელურობის 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

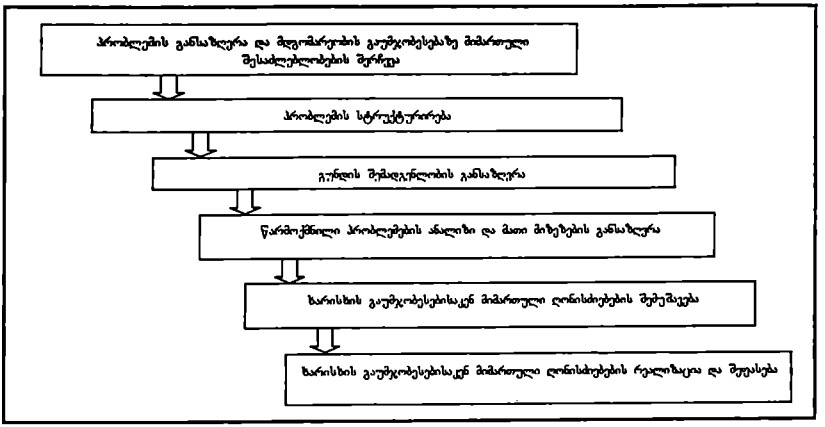
შეტანა. ამასთან, უნდა გვახსოვდეს, რომ ცვლილებების გატარებას, შესაძლოა, მოსალოდნელი გაუმჯობესება არ მოჰყვეს.

ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი მოითხოვს არა მარტო სისტემის ცალკეული ელემენტის შეცვლას, არამედ ელემენტების ურთიერთქმედების პროცესში ცვლილების შეტანას. ცვლილებები უნდა გატარდეს სათანადო კოოპერაციისა და კოორდინაციის საფუძველზე, ურთიერთქმედებისა და ურთიერთდამოკიდებულების გათვალისწინებით.

ხარისხის გაუმჯობესების ეტაპები მოცემულია ნახატ 97-ზე.

ნახატი 97

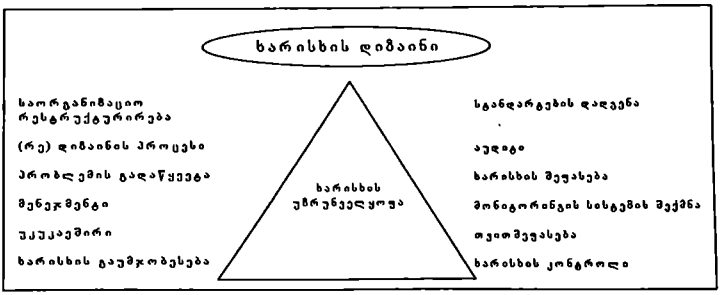
ხარისხის გაუმჯობესების ეტაპები



ამგვარად, ხარისხის გაუმჯობესება მხოლოდ სისტემური ხასიათის მიზანდასახული ცვლილებების შედეგად მიიღწევა (ნახატი 98).

ნახატი 98

ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული ხელმძღვანელობის ხასიათები



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 მით უმეტეს 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 **ვ.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 გახადა წუნის მკვეთრად შემცირება და ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების ხარჯების გაიაფება.

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 ვამოვყოთ ის მიმართულება, სადაც მოსალოდნელია ყველაზე მეტი პრობლემის წარმოქმნა. პარეტოს დიაგრამის შედგენა ხორციელდება რამდენიმე ეტაპად:

- განსახილველი 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 მივუთითთთ, 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.).

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

ხარისხი – *quality* – რაიმეს ნიშან-თვისება, რაც მას უპირატესობას ანიჭებს სხვასთან შედარებით.
პროდუქციის ან მომსახურების ნიშან-თვისებათა ერთობლიობა, რომელიც დაკმაყოფილებს დადგენილ ან სავარაუდო მოთხოვნებს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი – *quality of medical care* – პაციენტისათვის (მოსახლეობისათვის) სამედიცინო დახმარების გაწევა თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების შესაბამისად, რაც უზრუნველყოფს სათანადო შედეგს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხის მახასიათებლებია:

ადეკვატურობა – appropriateness

მიღწევადობა – availability

უწყვეტობა – continuity

ქმედითობა – efficacy

შედეგიანობა – effetiveness

ეფექტურობა – efficiency

უსაფრთხოება – safety

დროულობა – timeliness

დაკმაყოფილება (მოლოდინის გამართლების უნარი) – satisfaction ожидания

პროცესისა და შედეგის სტაბილურობა – stability результата

მუდმივი გაუმჯობესებისა და დახვეწის უნარი – improvement совершенствования и улучшения

ქმედითობა, ზემოქმედების ძალა – *efficacy* – სამედიცინო ჩარევის ხარისხი, რომელიც აუმჯობესებს მკაცრად კონტროლირებადი ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობას, მაგალითად, რონდომიზებული, კონტროლირებადი კლინიკური გამოკვლევების ჩარჩოებში.

შედეგიანობა – *effetiveness* – სამედიცინო ჩარევის ხარისხი, რომელიც აუმჯობესებს ჯანმრთელობის მდგომარეობას ჩვეულებრივ პირობებში. გარემოებანი, რომელიც განსაზღვრავს განსხვავებას ჩვეულებრივ დახმარებასა და კონტროლირებად კლინიკურ კვლევებს შორის.

მემკვიდრეობითობა, უწყვეტობა – *continuity* – განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებას და ასახავს პაციენტისადმი გაწეული სამედიცინო დახმარების კოორდინაციის ხარისხს.

მიღწევადობა – *availability* – ვლინდება საჭირო მომსახურებისა და სამედიცინო დახმარების შესაძლებლობით.

ადეკვატურობა – *adecuasy* – დასახული მიზნების მისაღწევად გამოყენებული ღონისძიებების, რესურსების, ტექნოლოგიების სრული შესაბამისობა როგორც რაოდენობრივი, ასევე ხარისხობრივი თვალსაზრისით.

ხარისხის შეფასება – *quality assesment* – გაწეული სამედიცინო დახმარების შესაბამისობა მოცემული პერიოდის სტანდარტებთან, ცალკეული პაციენტისა და მთელი მოსახლეობის მოლოდინსა და მოთხოვნებთან.

ხარისხის უზრუნველყოფა – *quality assurance* – საქმიანობისა და პროგრამის სახეები, რომელთა მიზანია არსებული და მოსალოდნელი მოთხოვნების დაკმაყოფილება შეზღუდული რესურსების ეფექტურად გამოყენებით.

ხარისხის მონიტორინგი (კონტროლი) – *quality control* – პროგნოზირებული ხარისხის შესაფასებლად გამოყენებული მეთოდები.

ხარისხის გაუმჯობესება – *quality improvement* – სამედიცინო დახმარების ისეთი დონის მიღწევა, რომელიც აღემატება არსებულს.

ხარისხის ინდიკატორები – *quality indicators* – *გაზომვადი* მაჩვენებლები, რომლებიც გამოიყენება სამედიცინო დახმარების ხარისხის შესაფასებლად.

ხარისხის მართვა – *quality assurence and management* – მართვის ფუნქციის ნაწილი, რომელიც განსაზღვრავს ხარისხის პოლიტიკას.

ხარისხის დაგეგმვა – *quality planing* – ღონისძიებათა სისტემის შემუშავება, რომელიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის მიღწევისაკენ.

ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესება – *continuous quality impuorement* – მმართველობითი საქმიანობა, რომელიც მიმართულია სამედიცინო დახმარების დონის მუდმივი შესწავლისა და გაუმჯობესებისაკენ, პაციენტთა და სხვა მომხმარებელთა მოთხოვნათა დაკმაყოფილებისაკენ.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ძირითადი მახასიათებლების გამოყენების შესაძლებლობები თანამედროვე პირობებში
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ტიპები
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განხორციელების ძირითადი ეტაპები
- სამედიცინო დაწესებულების აუდიტი
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები

დამატებითი ლიტერატურა

- D. M. Berwick, M. Bisognano Health care services New York, McGraw-Hill/Professional, 2001
- D. M Berwick, M. Bisognano, J M Juran; Net Library, Inc.Quality in health care services New York : McGraw-Hill, 1999
- N.Barber Quality assessment for healthcare : a Baldrige-based handbook, New York, NY : Quality Resources, 1996
- Improving health care quality : a guide for patients and families. by United States. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2000
- R Baynham, B Jane Krilyk, E J Manganelli; P. Tugwell Problem based clinical audit handbook Hamilton, Ont. Chedoke-McMaster Hospitals, 1984
- COPE handbook : a process for improving quality in health services New York, NY : Engender Health, 2003
- Robert Kane Understanding Health Care Outcomes Research, 2006
- Alan Zuckerman, Healthcare Strategic Planning: Approaches for the 21st Century, 2005
- Jonathan Rakich, Managing Health Services Organizations, S. (4th ed.), 2000
- Beaufort B. Longest, Managing health services organizations and systems, (4th ed.), 2000
- S. Crystal, Managing the Medical Practice, Reeves,. (2nd ed.), 2002

კარი IV
ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაფინანსება

თავი 29. ჯანდაცვის ეკონომიკის საფუძვლები
თავი 30. ბაზრის სპეციფიკა ჯანდაცვის სისტემაში
თავი 31. ფასი და ფასწარმოქმნა ჯანდაცვის სისტემაში
თავი 32. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები
თავი 33. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდები

თავი 29

ჯანდაცვის ეკონომიკის საფუძვლები

ოცდამეცხრე თავის შინაარსი

29.1. შესავალი
29.2 ჯანდაცვის ეფექტიანობა
29.3. გლობალიზაციის პროცესი
29.4. პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის სფეროში
29.5. საზოგადოების როლი ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენის საქმეში
29.6. სამედიცინო მომსახურების აუცილებელი ბაზისური პაკეტი
29.7. პრივატიზების თავისებურებები ჯანდაცვაში
29.8. საკუთრების მფლობელობის სახეები
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა ჯანდაცვის ეკონომიკის განვითარების მოკლე ისტორიას
- გაეცნობა პრიორიტეტების განსაზღვრის და მათი ეფექტიანობის შეფასების ძირითად მეთოდებს ჯანდაცვის სფეროში
- გაეცნობა პრივატიზების თავისებურებებს ჯანდაცვის სფეროში
- შეფასებს სამედიცინო სერვისების ბაზისური პაკეტის შერჩევის თავისებურებებს კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე

29.1. 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 გათანასწორება. 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.

ტერმინი „ეკონომიკა" (ბერძნ. Oikos – სახლი, საოჯახო მეურნეობა, nomos – წესი, კანონი) შემოიტანა ბერძენმა პოეტმა ჰესიოდემ (VI საუკუნე ჩვენს წელთაღრიცხვამდე), რომელმაც თავის პოემაში „მიწათმოქმედების შესახებ" საოჯახო მეურნეობის წესების ნაცვლად იხმარა სიტყვა ეკონომიკა.

ონორე დე ბალზაკის აზრით, „სიცოცხლე წარმოადგენს სურვილებისა და შესაძლებლობების კონფლიქტს; სურვილები გვწვავს, შესაძლებლობები გვასამარებს". მოთხოვნილებებისა (სურვილები) და შესაძლებლობების (რესურსები) კონფლიქტი ადამიანს აიძულებს მრავალ მოთხოვნილებათა შორის აირჩიოს ყველაზე მნიშვნელოვანი. ანალოგიური სიტუაცია აღინიშნება ჯანდაცვის სფეროშიც, სადაც შეზღუდული რესურსების პირობებში საჭიროა მაქსიმალური შედეგიანობის მიღწევა.

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. ზოგადად თუ ვიმსჯელებთ, ჯანდაცვის ეკონომიკა შეიწავლის როგორც სამედიცინო სერვისების წარმოებასა და განაწილებას, ასევე დასახული მიზნის მისაღწევად საჭირო ეკონომიკური ეფექტურობის მიღწევის გზებს.

ჯანდაცვის ეკონომიკის ძირითადი ამოცანაა, შეისწავლოს, თუ რა აწარმოოს, როგორ აწარმოოს და ვისთვის აწარმოოს, რა ურთიერთობებია მომხმარებლებსა და მიმწოდებლებს შორის, როგორ განსაზღვრავენ ისინი საქონლის ღირებულებასა და რაოდენობას.

მოთხოვნილებებსა და რესურსებს შორის ურთიერთდამოკიდებულება და თანაფარდობა, რომელიც არჩევანს განაპირობებს, განსაკუთრებით აქტუალურია ჯანდაცვის სფეროში. მთელ მსოფლიოში მიმდინარეობს ისეთი ოპტიმალური გზების ძიება, რომლითაც შესაძლებელი იქნება შეზღუდული რესურსების პირობებში სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილება.

ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ეკონომიკურ დასაბუთებას მოითხოვს. ჯანდაცვის სისტემის სპეციფიკურობა ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს საჭიროებს. ამასთან ერთად, ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ეკონომიკური კანონზომიერებები გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის ეკონომიკის შესწავლის საგანია ისეთი პრობლემები, როგორიცაა:

1. **ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების ეკონომიკური შეფასება** (სხვაგვარად რომ ვთქვათ, იმის დადგენა, თუ როგორია ჯანმრთელობის ფასი, მათ შორის მკურნალობის მიკროეკონომიკური შეფასება);
2. **სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის და მიწოდების შესწავლა და შეფასება;**
3. **ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვის, დაფინანსებისა და კონტროლის მექანიზმების დახვეწა;**
4. **საბაზრო წონასწორობის მიმართული ღონისძიებების დაგეგმვა და განხორციელება.**

29.2 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.

ალკომაროვის მიერ 1995 წელს ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ XX საუკუნეში მსოფლიო მასშტაბით ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები ყოველწლიურად, საშუალოდ, 10%-ით იზრდება. შედეგად, 1900-1910 წწ. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლები გაუმჯობესდა 12%-ით, 1930-1940 წწ. – 8%-ით, 1970-1980 წწ. – 4%-ით, ხოლო 1980-1990 წწ. 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 ეხმარება. ბევრ ქვეყანაში ამ მიმართულებით დახარჯული სახსრების რაოდენობა უკვე კრიტიკულ ზღვარს მიუახლოვდა, მაშინ, როდესაც პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისა და ეკოლოგიური სიტუაციის გაჯანსაღებაზე მიმართული თანხები გაცილებით მცირეა. იმავდროულად, 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 თანამედროვე აპარატურით, თუ სჯობს იმავე 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 საკარაუდო 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 არა მარტო 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 შთამბეჭდავ 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. აშკარაა, 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 შესაძლებელი 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 წყვეტს პრობლემას, მაგრამ, საბოლოო ჯამში, სარგებელი მაინც მოაქვს.

ჯანდაცვის ეფექტიანობა 3 ასპექტით განიხილება:

(1) **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 ჯამრთელების 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 თვალსაჩინო 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 შესაძლებლია 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.

ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების ეფექტიანობის შეფასების პროცესში ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია სისტემის საერთო ანალიზი. იგი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების დროს სტრუქტურული ცვლილებების განხორციელებისას. სისტემის საერთო ანალიზი გულისხმობს შემდეგი საკითხების განხილვას:

- ჯანდაცვის არსებულ სისტემაში რამდენად ეფექტურადაა განაწილებული სამედიცინო დახმარების ყველაზე უფრო აუცილებელი სახეები (განაწილების ეფექტურობა)?
- როგორაა უზრუნველყოფილი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის (თანასწორობის) პრინციპი მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფში?
- რამდენად აღვილია სამედიცინო დახმარების ხარჯებზე კონტროლი (ხარჯების შეკავება)?

აღნიშნული კრიტერიუმებით ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემის შეფასებისას, შესაძლებელია დაფინანსების სხვადასხვა სახის, სამედიცინო დახმარების მიწოდებისა და მოთხოვნის უარყოფითი და დადებითი მხარეების გამოვლენა.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისას სხვა ქვეყნის მოდელის გადმოღება განსაკუთრებით სიფრთხილეს მოითხოვს, რადგან ისტორიულად ჩამოყალიბებული ფაქტორები დიდ გავლენას ახდენენ საზოგადოებრივ აზრზე. რეორიენტაციის პროცესი აუცილებლად საჭიროებს ქვეყნის სოციალური, კულტურული, ფინანსური და ორგანიზაციული მოწყობის ფაქტორების გათვალისწინებას.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ჯანდაცვის ისეთი სისტემის ჩამოყალიბებას, რომელიც სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების ეკონომიკური ეფექტურობის ზრდას განაპირობებს.

ჯანდაცვის ეკონომიკა აწარმოებს სამედიცინო საქმიანობის ანალიზს და გადაწყვეტილებებს ღებულობს გარკვეული კრიტერიუმებით განსაზღვრული პრიორიტეტების მიხედვით. პრიორიტეტების შერჩევისას გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი მთავარი ფაქტორები:

- **პოლიტიკური ფაქტორები**, რომლებიც დაკავშირებულია სხვადასხვა ჯგუფების ინტერესებთან (მაგ., ექიმები), მოსახლეობის ეკონომიკურ საქმიანობასთან, დასაქმების საკითხთან, იდეოლოგიურ ფაქტორებთან...
- **კულტურული და რელიგიური ფაქტორები** (საზოგადოებისათვის რამდენად მისაღებია მკურნალობის გარკვეული ფორმები, საკუთარ ჯანმრთელობასთან დამოკიდებულება, ცხოვრების ჯანსაღი წესის გათვითცნობიერება...);
- **ორგანიზაციული ფაქტორები**, რომლებიც გულისხმობს ბიუროკრატიული სისტემის დონეს, ჯანდაცვის სისტემის მართვის უნარს, აუცილებელი ინფორმაციის შეგროვების ორგანიზაციას.

29.3. გლობალიზაციის პროცესი

ახალ ათასწლეულში დაიწყო კაცობრიობის განვითარების ახალი ინფორმაციული ეპოქა. უსაზღვრო შესაძლებლობები, რომლებიც თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით უზრუნველყოფენ წარმოების განვითარებას, სამეცნიერო-ტექნიკური და სხვა საჭირო ინფორმაციის სწრაფ გავრცელებას, მობილურობას — ყველაფერი ეს აახლოებს ქვეყნებს ერთმანეთთან და ხელს უწყობს მსოფლიოს ეკონომიკური სისტემების ინტეგრაციას — **გლობალიზაციას.**

გლობალიზაცია, რომელიც გავლენას ახდენს როგორც ქვეყნების, ასევე ცალკეული ადამიანების ბედ-იღბალზე, განაპირობებს ზოგიერთთა გამდიდრებას და მეორეთა გაღატაკებას. არ ტოვებს რა არავის გულგრილს, გლობალიზაცია იწვევს უდიდეს პროტესტს საზოგადოებაში, მაგრამ ამავე დროს მას ჰყავს უძლიერესი მფარველებიც.

ერთ-ერთ მთავარ კითხვაზე — ბუნებრივია თუ არა გლობალიზაცია, საზოგადოებაში არსებობს განსხვავებული მოსაზრებები. მაგალითად, ეჰოკინსის აზრით, „გლობალიზაცია ბუნებრივი პროცესია. მისი შეჩერება შეუძლებელია, ისევე, როგორც შეუძლებელი იყო ინდუსტრიალიზაციის შეჩერება". ამის საპირისპიროდ ანტიგლობალისტები თვლიან, რომ გლობალური ეკონომიკური ინტეგრაცია არის თავისებური ხაფანგი და არავითარ შემთხვევაში არ წარმოადგენს ბუნებრივ პროცესს.

გლობალური ინტეგრაცია მჭიდროდ არის დაკავშირებული „ეკონომიკური გადარჩენის" დოქტრინასთან, რომლის გამარტივებული თეზისია: „ბაზარი კარგია, ხოლო სახელმწიფოს ჩარევა — ცუდი". წამყვანმა ამერიკელმა ეკონომისტმა, ნობელის პრემიის ლაურეატმა მარტინ ფრიდმენმა ფაქტიურად შეიმუშავა საერთაშორისო ეკონომიკური ორგანიზაციებისა და მათი გავლენის ქვეშ მყოფი მსოფლიო ბანკის, საერთაშორისო სავალუტო ფონდისა და საერთაშორისო სავაჭრო ორგანიზაციების სტრატეგია. მთავრობებისათვის, რომლებიც ამ სტრატეგიას იზიარებენ სახელმწიფო კონტროლის ნაცვლად, სახელმძღვანელო პოლიტიკურ პრინციპად იქცა სახელმწიფო საწარმოების პრივატიზაცია, ვაჭრობის ლიბერალიზაცია, კაპიტალის თავისუფალი მოძრაობა და ა .შ.

გლობალიზაციის პროცესების კვლევის შედეგები (რომლებმაც მოიცვა 62 ქვეყანა შეფასებული ე.წ. გლობალური ინტეგრაციის ინდიკატორით) გვაუწყებს, რომ:

- ბოლო წლებში მკვეთრად გაიზარდა საერთაშორისო მგზავრთა (მ.შ. ტურისტთა) რიცხვი. ამჟამად ეს რიცხვი უდრის საშუალოდ 3 მლნ. ადამიანს დღეში, მაშინ, როდესაც ჯერ კიდევ 1980 წელს იგი უდრიდა 1 მლნს;
- გაეროს ვაჭრობისა და განვითარების კონფერენციის მონაცემების მიხედვით პირდაპირ უცხოურ ინვესტიციათა რიცხვი 1999 წელს გაიზარდა 27%-ით და მიაღწია 865 მლრდ. აშშ დოლარს, ხოლო სასაზღვრო მოკლე და გრძელვადიანი ინვესტიციების ნაკადი 1995 წლიდან 1999 წლამდე გაორმაგდა;
- საერთაშორისო სატელეფონო საუბრების რიცხვმა (მათი მკვეთრი გაიაფების გამო) და 2000 წელს წუთში მიაღწია 100 მლრდს;
- On-line ინტერნეტით სარგებლობს 250 მლნ. ადამიანი;
- ფინანსურ ბაზარზე ინოვაციური საინფორმაციო ტექნოლოგიების გამოყენებით მსოფლიოში დღეში გადაიგზავნება 1,5 ტრილიონი აშშ დოლარი.

ექსპერტთა აზრით, გლობალიზაციის პროცესის დაჩქარება განპირობებულია შემდეგი ძირითადი მიზეზებით:

- **ტექნიკური პროგრესი**, რომელმაც გამოიწვია ტრანსპორტისა და კომუნიკაციების განვითარება; ტელეკომუნიკაციების ინოვაციური ტექნოლოგიების დანერგვამ განაპირობა ელექტრონული ფოსტის, ინტერნეტის შექმნა, რომელმაც რევოლუციური გავლენა მოახდინა მთელი მსოფლიოს მოსახლეობის ცხოვრებაზე. 2000 აშშ დოლარად ღირებული თანამედროვე პერსონალური კომპიუტერი ბევრად უფრო მძლავრია, ვიდრე 10 მლნ. დოლარის ღირებულების კომპიუტერი 20 წლის წინათ. ამასთან, მნიშვნელოვნად შემცირდა ინფორმაციის გამოყენების, შენახვისა და დამუშავების ხარჯები.
- **ვაჭრობისა და ურთიერთობის სხვა ეკონომიკური ფორმების ლიბერალიზაცია**, რომელმაც შეცვალა პროტექციონიზმის პოლიტიკა და მსოფლიო ვაჭრობა უფრო თავისუფალი გახადა.
- **მრავალრიცხოვანი საერთაშორისო სახელმწიფოთაშორისო და არასამთავრობო ორგანიზაციების შექმნა**, რომელთა უმეტესობის მოქმედება მოწოდებულია უზრუნველყოს მსოფლიო თანამეგობრობის ჩარჩოებში.
- **სახელმწიფოთა ეროვნული და ეთიკური ქცევის ნორმების შემუშავება** და განხორციელება. მათი მოვალეობაა, განსაზღვრონ სახელმწიფოთა შორის თანამშრომლობისა და კონფლიქტების მოგვარების პრინციპები და ხელი შეუწყონ მათ განხორციელებას.
- **გლობალური კოოპერაცია და თანამშრომლობა**, რამაც შესაძლებელი გახადა მსოფლიოში სოციალური და ეკოლოგიური სტაბილურობის შენარჩუნება.
- **საერთაშორისო ფინანსური ბაზრების დაცვის მექანიზმები** — ყველა წამყვანი ინდუსტრიული ქვეყნის ცენტრალურმა ბანკებმა შეიმუშავეს გლობალურ ფინანსურ სამყაროში საქმიანობის გარკვეული სტანდარტები. 1992 წლიდან ყველა მსხვილი საფინანსო ორგანიზაცია ვალდებულია, უზრუნველყოს ფინანსური რეზერვების არსებობა, რომლებიც შეადგენენ მათ მიერ გაცემული კრედიტების 8%-ს. წინაადმდეგ შემთხვევაში, ისინი კარგავენ ლიცენზიებს. ამ სარეზერვო თანხებმა შეამცირეს საფინანსო კრიზისების განმეორების ალბათობა, რომლებმაც არაერთი მსხვილი ბანკი დააყენეს გაკოტრების წინაშე.

მსოფლიოს განვითარებაზე გლობალიზაციის პროცესების დადებითი გავლენის მაგალითებად ექსპერტები მიიჩნევენ:

- საერთაშორისო კანონმდებლობის შექმნას;
- ინოვაციური ტექნოლოგიების სწრაფ გავრცელებას და სამეცნიერო თანამშრომლობის გაღრმავებასა და გაფართოებას;
- საერთაშორისო ფინანსური სივრცის შექმნას;
- სამრეწველო პროდუქციის სტანდარტიზაციასა და სერტიფიკაციას;
- პროდუქციის აღრიცხვის დოკუმენტაციის უნიფიკაციას;
- სიღარიბის დაძლევაზე მიმართული პროგრამების გაფართოებას განვითარებად ქვეყნებში;
- სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდას გლობალური მასშტაბით;
- განათლების სფეროს განვითარებას;
- საერთაშორისო კონკურენციის გამწვავებით ფონზე წარმოების არნახულ ზრდას (1980-2001 წწ. ჯამური ეროვნული პროდუქტი (ჯეპ) მსოფლიოში გაიზარდა 3,8-დან 29,2 ტრილიონ დოლარამდე).

გასაგებია, რომ გლობალიზაციას მხოლოდ დადებითი შედეგები არ მოაქვს. სხვადასხვა უმნიშვნელოვანესი პრობლემის გადაწყვეტას თან სდევს მრავალი საშიშროება და, პირველ რიგში, საერთაშორისოდ აღიარებულ ფასეულობათა დანერგვის სანაცვლოდ ნაციონალური ტრადიციების, საკუთარი გამოცდილების უარყოფა. გლობალიზაციის პირობებში სახელმწიფო გადაწყვეტილებათა მიღებაზე ძლიერ გავლენას ახდენენ საერთაშორისო ორგანიზაციები. ამ მიზეზით სახელმწიფოები გამუდმებით ეძებენ დასაშვებ ბალანსს მზარდ ურთიერთდამოკიდებულებასა და ეროვნული ინტერესების დაცვის აუცილებლობას შორის. თუმცა, ამ ამოცანის გადაწყვეტა სულ უფრო რთულდება, ვინაიდან გლობალიზაციის პროცესით განპირობებული საერთაშორისო ვალდებულებები უზღუდავს სახელმწიფოს, დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს ქვეყნის შიგნით წამოჭრილი პრობლემები.

გაეროს გენერალური მდივნის აზრით, გლობალიზაციის შედეგად „ცალკეულ სახელმწიფოებს მოვლენებზე ზეგავლენის სულ უფრო ნაკლები შესაძლებლობები რჩებათ, მაშინ, როდესაც გლობალიზაციის მომხრეთა არაკონტროლირებადი ძალები, მაგალითად ფინანსთა სამყაროში, იძენენ სულ უფრო მზარდ გავლენას".

29.4. პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის სფეროში

სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნა წლიდან წლამდე განუწყვეტლივ იზრდება, რაც განპირობებულია მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარებისადმი პაციენტთა გაზრდილი მოთხოვნილებით, ახალი და ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებით, მოსახლეობის დაბერების პროცესით. შესაბამისად, სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნა აღემატება ჯანდაცვაზე გამოყოფილ ფინანსურ რესურსებს.

სამედიცინო მომსახურების უნივერსალური სისტემის დეკლარირება დიდ სირთულეს წარმოადგენს. შესაბამისად, არც ერთი ქვეყნის სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემას არ აქვს აღებული ყველა სახის სამედიცინო დახმარებაზე უნივერსალური მოცვის ვალდებულება.

რადგანაც სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა აღემატება მიწოდებას, სახელმწიფო ახდენს მისი მოცულობის ლიმიტირებას, იგი იძულებულია, არჩევანი გააკეთოს სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სახეს შორის. ამ პროცესს ჯანდაცვის სფეროში **პრიორიტეტების განსაზღვრა** ეწოდება.

პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების უმნიშვნელოვანეს საკითხს წარმოადგენს. იგი გულისხმობს რესურსების ეფექტური განაწილების მიზნით სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეებს შორის პრიორიტეტების დადგენას. პრიორიტეტების

განსაზღვრა მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს რესურსების ეფექტურად განაწილებას და, შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვისა და სხვა სოციალური მიზნების მაქსიმალურად მიღწევას.

ჩვეულებრივ ბაზარზე, მომხმარებელს, რომელსაც გააჩნია ფინანსური შესაძლებლობა, შეუძლია იყიდოს ესა თუ ის საქონელი შეუზღუდავად, მაგრამ ჯანდაცვის სფეროში სამედიცინო მომსახურება ლიმიტირებულია. სამედიცინო დახმარების მიწოდება შეზღუდულია ისეთ შემთხვევაშიც კი, როცა ფინანსური რესურსები არალიმიტირებულია (მაგალითად, გადანერგვისათვის საჭირო დონორის ორგანოები).

ამ მიზეზით, ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტების დადგენაში მონაწილეობენ არა მარტო ეკონომისტები, არამედ პოლიტიკოსები, ფილოსოფოსები და ეპიდემიოლოგები.

ეპიდემიოლოგიური ასპექტი. სიკვდილობისა და დაავადებიანობის მაჩვენებლების ანალიზის საშუალებით, ეპიდემიოლოგიური მონაცემები საშუალებას იძლევა განისაზღვროს სიკვდილობის, შრომისუუნარობისა და დაავადებების ძირითადი მიზეზები.

ეკონომიკური ასპექტი. ეკონომისტები ხარჯების თვალსაზრისით ახდენენ სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეების ეფექტურობის შედარებას.

მსოფლიოში ყველაზე უფრო გავრცელებული დაავადებების მოსალოდნელი ცვლილებები პრიორიტეტული რიგის მიხედვით 1990–2020 წწ.

ადგილი	1990 წელს.	ადგილი	2020 წლისათვის
1	რესპიტარული დაავადებები	1	გულის იშემიური დაავადება
2	დიარეა	2	დეპრესია
3	პერინატალური მიზეზით გამოწვეული დაავადებები	3	საგზაო-სატრანსპორტო ტრავმები
4	დეპრესია	4	თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა
5	გულის იშემიური დაავადება	5	ფილტვის ქრონიკული დაავადებები
6	თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა	6	რესპირაციული დაავადებები
7	ტუბერკულოზი	7	დიარეა
8	წითელა	8	შიდსი
9	საგზაო-სატრანსპორტო ტრავმები	9	პერინატალური მიზეზით გამოწვეული დაავადებები
10	მალარია	10	ტუბერკულოზი
11	ფილტვის ქრონიკული დაავადებები	11	წითელა

პოლიტიკური ასპექტი. პოლიტიკოსები ხშირად კრიტიკულად არიან განწყობილი ეპიდემიოლოგებისა და ეკონომისტების მიერ გაკეთებული დასკვნების მიმართ. მათი აზრით, ეპიდემიოლოგიურმა და ეკონომიკურმა ანალიზმა არ უნდა გამოიწვიოს პრიორიტეტების, ანუ ბაზისური პაკეტის შემცირება. მათი აზრით, ეპიდემიოლოგიური და ეკონომიკური ანალიზი წარმოადგენს პრიორიტეტების შერჩევის მხოლოდ ტექნიკურ მხარეს, რომელიც გადაწყვეტილების მიღების ერთ შემადგენელ და არა უმთავრეს ნაწილს წარმოადგენს. ისინი თვლიან, რომ ტექნიკურმა პროცედურებმა, მათი არასაკმარისი დასაბუთების გამო, შესაძლებელია წარმოშვას შეცდომები. ამიტომ პრიორიტეტების დადგენაში სასურველია ღია დისკუსიების გამართვის უზრუნველყოფა.

პოლიტიკოსები პრიორიტეტების დადგენის პროცესში უფრო მეტად ითვალისწინებენ მორალურ და ეთიკურ ფაქტორებს, რითაც ისინი, უფრო ხშირად, საკითხის ფილოსოფიური ასპექტით გადაწყვეტისკენ იხრებიან.

ფილოსოფიური ასპექტი. პოლიტიკოსების მსგავსად ფილოსოფოსებიც კრიტიკულად არიან განწყობილნი ეკონომისტების მიმართ. მათი აზრითაც, პრიორიტეტების შერჩევა, უპირველეს ყოვლისა, დაფუძნებული უნდა იყოს მორალურ პრინციპებზე და რაც ყველაზე მთავარია,

დემოკრატიულ საზოგადოებაში ყოველ პიროვნებას თავისი განსაკუთრებული უფლებები და ფასეულობანი გააჩნია, ხოლო პრიორიტეტების შერჩევით და შესაბამისად სამედიცინო დახმარების გარკვეული სახეების შეზღუდვით ირღვევა პიროვნების უფლებები. არსებობს სამართლიანობის სხვადასხვა კონცეფცია, კერძოდ, საკითხისადმი **უტილიტარული მიდგომა** და **მოთხოვნილების დაკმაყოფილებაზე დაფუძნებული** მიდგომა.

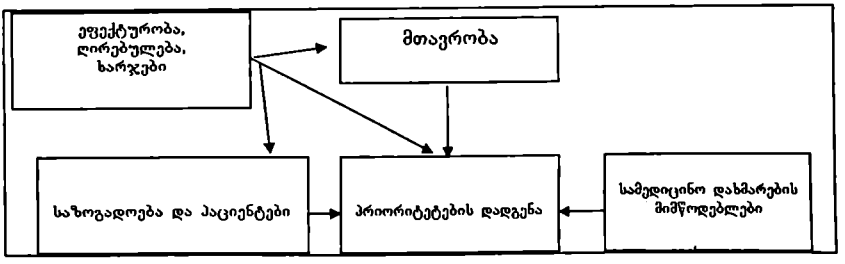
მკვლევართა აზრით, ჯანდაცვის სისტემაში პრიორიტეტების განსაზღვრას რამდენიმე დონე გააჩნია. **მაკროდონეზე** პრიორიტეტების განსაზღვრა, სხვა რესურსებზე მოთხოვნასთან შედარებით, ჯანდაცვის სფეროსთანაა დაკავშირებული. შემდგომ დონეზე პრიორიტეტების დადგენა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სბიუჯეტო თანხების სხვადასხვა რეგიონსა და სამედიცინო დახმარების სახეებს შორის განაწილებასთანაა დაკავშირებული. შემდგომ დონეზე კი პრიორიტეტების დადგენა მკურნალობის კონკრეტულ სახეებს შორის რესურსების განაწილებაზეა დამოკიდებული (მაგალითად, გულის გადანერგვასა და გულზე ღია ოპერაციის ჩატარებას შორის პრიორიტეტის დადგენა). გარდა ამისა, პრიორიტეტების დადგენა დაკავშირებულია პაციენტების მკურნალობის რიგითობაზე, თუ შეუძლებელია მკურნალობის კურსის სასწრაფო ორგანიზაცია. დასასრულ, აუცილებელია დადგინდეს პრიორიტეტები ინდივიდუალურად, ცალკეულ პაციენტებს შორის, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობა მოითხოვს ძვირადღირებულ, ან უახლესი ტექნოლოგიური პროცედურების ჩატარებას და საჭიროა ასეთი მკურნალობის მიზანშეწონილობისა და მისი ხანგრძლივობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება.

თუმცა მიკროდონეზე გადაწყვეტილებების მიღება დამოკიდებულია მაკროდონეზე მიღებულ გადაწყვეტილებებზე, პრიორიტეტების დადგენა ხშირად მიმდინარეობს სხვადასხვა დონის გათვალისწინების გარეშე. მაკროდონეზე პოლიტიკოსების პასუხისმგებლობა და მიკროდონეზე სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობა ერთმანეთის პარალელურ სიბრტყეშია განლაგებული. ამასთან, პრიორიტეტების განსაზღვრის შუალედურ დონეზე არსებობენ პოლიტიკური, სამედიცინო და მმართველობითი სტრუქტურების წარმომადგენლები, რომლებიც, განსაკუთრებით შეზღუდული რესურსების პირობებში ხშირად მოქმედებენ როგორც კონკურენტები და არა პარტნიორები.

ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემაში მათი როლი მნიშვნელოვნად განსხვავდება. იქ, სადაც ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვა, პრიორიტეტების შერჩევაში დიდი როლი ენიჭება სახელმწიფო ორგანოებს. ისეთ სისტემაში, რომელსაც საფუძვლად უდევს კონკურენცია, პრიორიტეტების შერჩევაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება პაციენტებსა და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს (ნახატი 99).

ნახატი 99

პრიორიტეტების დადგენაზე მოქმედი ფაქტორები



სახელმწიფოს, პაციენტებისა და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების დამოკიდებულება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიმართ განსხვავებულია, რის გამოც მათი ინტერესები და მიზნებიც განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან.

პაციენტები, როგორც სამედიცინო დახმარების მომხმარებლები, უფრო მეტად დაინტერესებული არიან სამედიცინო დახმარების მიღების პროცესით (ფასი, ხარისხი, ხელმისაწვდომობა); სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები (სამედიცინო დაწესებულება, სამედიცინო პერსონალი) დაინტერესებული საქმიანობის გაფართოებით, სახელმწიფო ორგანოები

(ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის რეგიონული და რაიონული ორგანიზაციები) კი სამედიცინო დახმარების ცალკეული სახის საჭიროებით და მოსალოდნელი შედეგით, რესურსების თანაბარი განაწილებით.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო, პრიორიტეტების განსაზღვრა სხვადასხვა დონისა და სხვადასხვა გზის გამოყენებით ხორციელდება. პრიორიტეტების დადგენის სუბიექტური ხასიათის გამო, არ არსებობს მისი განსაზღვრის მხოლოდ ერთადერთი და სრულყოფილი საშუალება. იგი უმთავრესად სხვადასხვა შეხედულების ერთმანეთთან შეჯერებისა და გაწონასწორების გზით მიიღწევა.

29.5. საზოგადოების როლი ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენის საქმეში

პრიორიტეტების დადგენაში გარკვეული როლი ეკისრება საზოგადოებას, თუმცა იგი კრიტიკულადაა განწყობილი საერთოდ საკითხის ასეთი დასმისადმი. მათი აზრით, სამედიცინო დახმარება განსაკუთრებულ კატეგორიას წარმოადგენს და მისი ლიმიტირება, ხარჯების შეზღუდვის მიზნით, არ არის გამართლებული.

ბაზისური პაკეტის ფორმირებაში საზოგადოების მონაწილეობის სხვადასხვა ფორმა და მიდგომა არსებობს. თუმცა მნიშვნელოვანია, ამა თუ იმ ქვეყანაში თუ როგორ არის საკითხი დასმული: საჭიროა თუ არა საზოგადოების აზრის გამოყენება პრიორიტეტების დადგენაში, თუ საზოგადოებას შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღებისას მხოლოდ ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. იგი დამოკიდებულია საზოგადოების ადგილსა და როლზე ქვეყნის ცხოვრებაში. დიდ ბრიტანეთის მაგალითი მეტყველებს, რომ მოსახლეობის უმრავლესობას არ სურს პრიორიტეტების დადგენაში მონაწილეობის მიღება, მათი აზრით, იგი ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა გადაწყვიტონ.

ჯანდაცვის ზოგიერთი ქვეყანა პრიორიტეტების დადგენაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება საზოგადოების ნების გამომხატველი წარმომადგენლობით ორგანოებს, საზოგადოებრივ ორგანიზაციებს, რომლებიც მონაწილეობენ ისეთი საკითხების გადაჭრაში, როგორიცაა: სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეს შორის პრიორიტეტების დადგენა; შეზღუდული ბიუჯეტის შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების სახეებს შორის პრიორიტეტის დადგენა; სამედიცინო დახმარების გარკვეულ სახეზე პრიორიტეტის დადგენა.

მაგალითად, შვეიცარიაში პრიორიტეტების დადგენის საპარლამენტო კომისია თავის მუშაობაში ხელმძღვანელობს საზოგადოებრივი აზრის და ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტების კვლევის შედეგებით.

დიდ ბრიტანეთში გამოიყენება საზოგადოების შეკრებები, კითხვარების დაგზავნა, კონსულტაციები სამედიცინო პერსონალთან და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან, კონფერენციები, სამედიცინო ბაზრის კვლევა და სხვ.

აშშ-ში (ორეგონის შტატი) გამოიყენებოდა ისეთი მეთოდები, როგორიცაა საზოგადოების შეკრებები, მოსახლეობის გამოკითხვა ტელეფონით, საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან კონსულტაციები.

ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტების დადგენისათვის აუცილებელია საზოგადოების ღირებულებების და ჯანდაცვის პრინციპებისა და პოლიტიკის გათვალისწინება. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული და სამართლებრივი მხარე წარმოადგენს იმ ჩარჩოს, რომლის საზღვრებშიც ხორციელდება ეს მუშაობა. ჯანდაცვის მიმდინარე პრიორიტეტებზე ძლიერ გავლენას ახდენს მთელი რიგი ფაქტორები, მათ შორის შეზღუდული ბიუჯეტი, მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე, პოლიტიკური ზეწოლის ფაქტორი. პრიორიტეტების დადგენაში უმთავრეს კრიტერიუმს წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის პოტენციალი, რომელიც საშუალებას იძლევა არსებითად შემცირდეს დაავადებიანობა, ხელი შეუწყოს ხარჯების შეკავებას, ეფექტურობას და დააკმაყოფილოს მოსახლეობის მოთხოვნები. აღსანიშნავია, რომ ყველა ტექნიკური კრიტერიუმი შეიძლება არ განხორციელდეს მოკლევადიან პერსპექტივაში. პრიორიტეტები უნდა პასუხობდეს განხორციელებადობის სამ მთავარ მოთხოვნას:

- პრიორიტეტები რეალურად განხორციელებადი უნდა იყოს ჯანდაცვის არსებულ სისტემაში;
- პრიორიტეტები უნდა მოიცავდეს საზოგადოების ყველა ფენას პროგნოზირებადი რესურსების საზღვრებში;
- პრიორიტეტები უნდა ასახავდეს საზოგადოების აქტუალურ ამოცანებსა და მიზნებს, პოლიტიკურ კონსენსუსს.

29.6. სამედიცინო მომსახურების აუცილებელი ბაზისური პაკეტი

სამედიცინო დახმარების ბაზისური პაკეტის შესახებ იდეა განავითარა მსოფლიო ბანკმა 1993 წლის მოხსენებაში. მკვლევართა აზრით, მინიმალური ბაზისური პაკეტი უნდა შეიცავდეს სამედიცინო მომსახურების შემდეგ სახეებს:

- იმუნიზაცია;
- ფთიზიატრიული დაავადებების კონტროლი;
- შიდსის პროფილაქტიკა;
- სქესობრივად გადამდები დაავადებების კონტროლი;
- სამეანო დახმარება;
- ბავშვთა ასაკის ისეთი დაავადებების მკურნალობა, როგორიცაა: დიარეა, მწვავე რესპირაციული დაავადებები, წითურა, მალარია.

მკვლევართა აზრით, ბაზისურ პაკეტში სამედიცინო დახმარების ისეთი სახეების ჩართვა, როგორიცაა: კარდიოქირურგია, ავთვისებიან სიმსივნეთა მკურნალობის გარკვეული სახეები, შიდსის მკურნალობისათვის საჭირო ძვირადღირებული მედიკამენტები, მხოლოდ მაღალი დაფინანსების შემთხვევაშია მიზანშეწონილი.

ყველა ქვეყანას, საკუთარი შესაძლებლობების და რესურსების გათვალისწინებით, პრიორიტეტების დადგენის თავისებური მეთოდები აქვს. ქვემოთ მოყვანილია პრიორიტეტების დადგენისათვის შესაძლო ვარიანტები:

ლოკალური (ადგილობრივ დონეზე) ხასიათის ინფორმაციის მოპოვება. დაავადებათა გავრცელებისა და მათზე საჭირო დანახარჯების შესახებ ინფორმაცია მიზანშეწონილია შეგროვდეს და გაანალიზებულ იქნას ადგილობრივ დონეზე. ეს ხელს უწყობს, თითოეული რეგიონისათვის განსხვავებული ბაზისური პაკეტის შედგენას, რომელიც ითვალისწინებს ადგილობრივ სპეციფიკას (ჯანმრთელობის ინდიკატორები, ჯანდაცვის ქსელი, კადრები, ინფრასტრუქტურა და სხვ.).

რესურსების დეფიციტი. ისეთ ქვეყნებში, სადაც ფინანსური რესურსების მკვეთრი დეფიციტია, ბაზისური პაკეტის დადგენისათვის ითვალისწინებენ დაფინანსების დამატებით წყაროებს (მაგ. თანაგადახდა). რესურსების დეფიციტისას ბაზისური პაკეტი, პირველ რიგში, მიზანშეწონილია განსაზღვროს მოსახლეობის უმწეო კატეგორიაზე, რომელთათვის, დაბალი შემოსავლების გამო, სამედიცინო დახმარება ნაკლებ ხელმისაწვდომია.

ჯანდაცვის სისტემის პერსპექტიული ხედვა. ბაზისური პაკეტის არსებობა თავისთავად გულისხმობს სამედიცინო დახმარების ცალკეულ სახეებზე ყურადღების კონცენტრირებას, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის მთლიანობაში ხედვის შესაძლებლობას. ამ მიმართებით მკვლევარები გამოყოფენ იდეალისტურ და რეალისტურ ხედვას. თუ პირველი მოსაზრების მიმდევარნი თვლიან, რომ ჯანდაცვის სისტემა არ უნდა იყოს სამედიცინო დახმარების მხოლოდ გარკვეულ სახეებზე კონცენტრირებული და შესაბამისად ფრაგმენტული. იგი უნდა წარმოადგენდეს მთლიანსა და ერთიანს. რეალისტები ითვალისწინებენ რა არსებულ ეკონომიკურ მდგომარეობას, თვლიან, რომ დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემა კონცენტრირებული უნდა იყოს სამედიცინო დახმარების აუცილებელ სახეებზე.

პროგრამების გაერთიანება რისკ-ფაქტორების მიხედვით. 80-იან წლებში ბაზისური პაკეტის დადგენისას ძირითადი ყურადღება ექცეოდა ბავშვთა სიკვდილიანობის გამომწვევ ზოგიერთი დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლას, იმუნიზაციის პროგრამას. 90-იან წლებში დაიწყეს პროგრამების ინტეგრაცია. ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მიზნით განხორციელდა სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახის რისკ-ფაქტორების მიხედვით გაერთიანება. ასე მაგალითად, ბევრ ქვეყანაში შემოღებულ იქნა „ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვის პროგრამა", რომელიც ითვალისწინებდა 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა დიარეული დაავადებებისა და მწვავე რესპირაციული ინფექციების მკურნალობას. „დედათა და ბავშვთა პროგრამა" აერთიანებდა სამეანო დახმარებას, ბავშვთა სტაციონარულ მომსახურებას. იგივე აღინიშნებოდა საქართველოშიც, შემოღებულ იქნა „უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა."

დაავადებათა გავრცელების სამომავლო ხედვა. ბაზისური პაკეტის დადგენისას მნიშვნელოვანია დაავადებათა გავრცელების არა მარტო მიმდინარე, არამედ სამომავლო პრობლემების გათვალისწინება. ასე მაგალითად, უახლოეს ორ ათწლეულში განვითარებულ ქვეყნებში თამბაქოს მოხმარება გახდება ნაადრევი სიკვდილობის უმთავრესი მიზეზი. აქედან გამომდინარე, თანამედროვე ეტაპზე პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება მომავალში ხარჯების ზრდის შეკავების ყველაზე ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს. იგივე შეიძლება ითქვას შიდსის წინააღმდეგ საპროფილქტიკო ღონისძიებების ჩატარების აუცილებლობაზე.

მოცდის სიები. მომსახურების ხელმისაწვდომობის რეგულირების მიზნით, იმ პაციენტებისათვის, რომელთა სიცოცხლეს საფრთხე არ ემუქრება, მოცდის სიების გამოყენება;

თანაგადახდის პრინციპი. დაბალი პრიორიტეტის მომსახურების შემთხვევაში ხარჯებში თანამონაწილეობის (თანაგადახდის პრინციპი) მექანიზმების დანერგვა, შესაძლებლობის ფარგლებში დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის გამოკლებით;

სამედიცინო დახმარების რეკომენდებული ჩამონათვალი. მომსახურების შეზღუდვა სამედიცინო დახმარების რეკომენდებული ჩამონათვალის საშუალებით (მაგალითად, რეკომენდებული ფარმაცევტული საშუალებების ჩამონათვალი), სახელმწიფო დაფინანსების ქვეშ მყოფი სამედიცინო მომსახურების ჩამონათვალის დადგენა.

ეფექტურობა. სამედიცინო დახმარების იმ სახეებზე რესურსების კონცენტრაცია, რომლებმაც დაამტკიცეს თავიანი ეფექტურობა;

კვლევების შედეგების გამოყენება. შეფასების მეთოდებისა და ტექნოლოგიების რეგულირების დანერგვა. პრიორიტეტების დანერგვისათვის საორიენტაციო გადაწყვეტილებების მისაღებად კვლევების შედეგების გამოყენება;

საზოგადოების მონაწილეობა. პრიორიტეტების დასადგენად საზოგადოების ფართო ფენების მონაწილეობისათვის ორგანიზაციული ღონისძიებებისა და კრიტერიუმების შემუშავება;

კერძო სექტორის გათვალისწინება. სამედიცინო მომსახურების ცალკეული სახეების კერძო სექტორისათვის გადაცემა.

29.7. 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 მოთხოვნილების დაკმაყოფილებაზე მიმართულ ღონისძიებებს, კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების გარანტირებული დონის 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 უმნიშვნელოვანესი 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 არსებობას, 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 რეაბილიტაციასა და გამონთავისუფლებული პერსონალისათვის საკომპენსაციო 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 (მოხუცები, 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 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 შეიცვალონ.

ჯანდაცვითი ობიექტების პრივატიზების პროცესში გასათვალისწინებელია მათში დასაქმებული პერსონალის ინტერესებიც. ამ მიზნით ხშირად მიმართავენ შრომითი კოლექტივისათვის ობიექტის პირდაპირი შესყიდვის უფლების მიცემის პრაქტიკას.

29.8. საკუთრების მფლობელობის სახეები

ახალი ორგანიზაციის შემქნისას 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 საკუთრების ყველაზე უფრო ძველი, მარტივი და საკმაოდ გავრცელებული ფორმაა. ბევრი უმსხვილესი კორპორაცია თავისი 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 ფირმებთან 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 სამუშაო 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 **ჯენერიკების** (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 ფარმაკოლოგიური პრეპარატის ორიგინალი მსხვილი ფარმაკოლოგიური ფირმის ხანგრძლივი მუშაობის შედეგია და ამიტომ მისი საბაზრო ღირებულებაც მაღალია, ფირმა-კომუტანტის მიერ წარმოებული გენერიკის ფასი გაცილებით დაბალია, ვინაიდან მწარმოებელს მის შექმნაზე ინვესტიცია არ განუხორციელებია (ცხრილი 73).

ცხრილი 73

ზოგიერთი ორიგინალური სამკურნალო პრეპარატისა და მისი გენერიკის შედარებითი საბაზრო ღირებულება (აშშ დოლარი)

ორიგინალი	ფასი	გენერიკი	ფასი	%
ადალატი	72.9	ნიფედიპინი	34.2	53.1
ვალიუმი	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, „ნიფედიპინის" 15-მა კომუტანტმა-მწარმოებელმა გამოშვებული გენერიკის ხარჯზე რამდენიმე თვეში მოახერხა კონცერნ „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.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

მიზნობრივი პროგრამა – *objective program* – მიზნების ხის შესაბამისად შემუშავებული მიზანმიმართული ქმედებების ერთობლიობა (კრიტერიუმები, მოქმედებები, შემსრულებლები, შესრულების ეტაპები). შეიძლება მოიცავდეს ცალკეულ ქვეპროგრამებსა და პროექტებს.

პოლიტიკის შემუშავება – *policy divelopment* – პოლიტიკისა და სტრატეგიის ფორმირების, განვითარებისა და კორექტირების პროცესი.

დეცენტრალიზაცია – *decentralization* – ცენტრალური ხელისუფლების მიერ ძალაუფლების გადაცემა ან ერთგვაროვანი ადმინისტრაციული ფუნქციების განაწილება მენეჯმენტის უფრო დაბალ დონეებზე.

ჯანმრთელობის პრიორიტეტები – *health priorities* – მეცნიერულად დასაბუთებულ პრობლემათა სფერო, რომელთაც საზოგადოება მიჰყავს საგრძნობ დანაკარგებამდე.

კაპიტაცია – *capitation* – სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურების მეთოდი, რომელიც ითვალისწინებს ყოველი პაციენტისათვის განსაზღვრული თანხის ფარგლებში ფიქსირებული ყოველწლიური (ან ყოველკვარტალური, ყოველთვიური) ბიუჯეტის გამოყოფას გარკვეული რაოდენობის მოსახლეობის მომსახურებისათვის (მომსახურის რაოდენობრივი ან ხარისხობრივი მონაცემების სამედიცინო დახმარების მომწოდებლებს ამ მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში არ უნაზღაურდებათ მომსახურების ღირებულება, რომელიც აჭარბებს წინასწარ დადგენილ თანხას).

კაპიტაციის მეთოდის გამოყენება არ გამორიცხავს ერთ სულ მოსახლეზე განსაზღვრული თანხის (და სათანადოდ საერთო ბიუჯეტის) კორექტირებას პაციენტთა ასაკობრივი ჯგუფების, სქესის, სამედიცინო საჭიროებების გათვალისწინებით.

მომხმარებლის სუვერენიტეტი – *consumer soverenty* – პიროვნების უფლება განსაზღვრულ ფასად დამოუკიდებლად შეიძინოს საჭირო საქონელი ან მომსახურება.

ბენეფიციარი (გარკვეული მომსახურებით მოსარგებლე) – *beneficiare (*beneficio – ლათ. – სიკეთის მოტანა) – ინდივიდი, რომელიც იყენებს ან შეუძლია გამოიყენოს სადაზღვევო სარგებელი, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სადაზღვევო სარგებელსაც, სადაზღვევო კონტრაქტის საფუძველზე.

მთლიანი შიდა პროდუქტი – *gross domestic product(*GDP) – დროის გარკვეულ მონაკვეთში (როგორც წესი, ერთი წლის განმავლობაში) ქვეყანაში წარმოებული საქონლისა და გაწეული მომსახურების ჯამური ფულადი ღირებულება.

კომპენსაცია – *indemnity* – სამედიცინო დაზღვევის გადასახადებები, რომელთა უზრუნველყოფა ხდება გაწეული ხარჯების ანაზღაურების ფორმით. სადაზღვევო კონტრაქტი ჩვეულებრივ განსაზღვრავს იმ მაქსიმალურ თანხებს, რომელთა გადახდაც შესაძლებელია გაწეული მომსახურებისათვის.

პარეტოს ოპტიმალური თანაფარდობა – *Pareto-optimal* – რესურსების ისეთი განაწილება, რომლის დროსაც შეუძლებელია ვინმეს კეთილდღეობის ამაღლება ისე, რომ სხვა არ დაზარალდეს.

მთლიანი შიგა პროდუქტი – *gross domestic product (GDP)* – სახალხო მეურნეობის განვითარების ტემპისა და დონის განმაზოგადებელი მაჩვენებელი. ასახავს საზოგადოების მიერ დროის გარკვეულ მონაკვეთში (მაგალითად, ერთი წლის განმავლობაში) მატერიალური წარმოების ყველა დარგში შექმნილი დოვლათის ოდენობას.

მთლიანი ეროვნული პროდუქტი – *gross national product (GNP)* – შიგა პროდუქტი, შეესებული სავარეო ვაჭრობითა და საერთაშორისო საქმიანობით მიღებული დამატებითი შემოსავლებით.

რეფორმა – *reform* (გარდაქმნა, შეცვლა) – დინამიკური, მიზანმიმართული პროცესი, რომელსაც მოსდევს სისტემური სტრუქტურული ცვლილები.

არასამთავრობო ორგანიზაცია – *non-governmental organization* – неправительственная организация – დამოუკიდებელი არასახელმწიფოებრივი ან საერთაშორისო ორგანიზაცია, რომელსაც აქვს იურიდიული პირის სტატუსი. ასეთი ორგანიზაციები შეიძლება იყოს როგორც კომერციული, ასევე არაკომერციული (არამომგებიანი, არასარფიანი).

დაბანდება – *input* – სისტემის მიზანმიმართული ფუნქციონირებისათვის და სასურველი მიზნის მისაღწევად საჭირო რესურსების საერთო მოცულობა (კადრები, ფინანსები, მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები, ინფორმაციული ტექნოლოგიები და სხვ.).

მოდელი – *model* – თეორიული სტრუქტურა, რომელიც ასახავს ურთიერთობებს სხვადასხვა სტრუქტურულ ელემენტებს ან პროცესებს შორის. ზოგადად ეს საკვლევი ობიექტის (პროცესის, მოვლენის, სისტემის) პირობით სახეს წარმოადგენს. არჩევენ სტატიკურ, დინამიკურ, მარტივ, რთულ, მათემატიკურ, კონცეპტუალურ, ლოგიკურ, გრაფიკულ, ფიზიკურ, პროგნოზულ და სხვ. მოდელებს. მოდელის სიზუსტე განისაზღვრება მისი რეალურთან მიახლოების ხარისხით.

მოდელირება – *modeling* – მოდელის შექმნის, რეალიზაციის, კვლევის პროცესი, ეფუძნება ემპირიულ დასაბუთებებს ან თეორიულ შრომებს, რომელსაც აქვს განსხვავებული დროითი ინტერვალი (მოკლე, საშუალო, გრძელვადიანი).

ერგონომიკა – *ergonomics* – მეცნიერების დარგი, რომლის მიზანია შექმნას ოპტიმალური სისტემა „ადამიანი – მანქანა" – ბიოლოგიის, ფიზიოლოგიისა და ტექნიკურ მეცნიერებათა თანამედროვე მიღწევების დახმარებით, გამონახოს შრომისა და ყოფაცხოვრების ყველაზე კომფორტული პირობები (როგორც მეცნიერება ჩამოყალიბდა 1940-იანი წლების დამდეგს ინგლისში).

კრიტერიუმი – *criterion* – (ბერძ. – მსჯელობის, გადაწყვეტის საშუალება) – ნიშან-თვისება ან წესი, რის საფუძველზეც ხდება შეფასება, განსაზღვრა ან კლასიფიკაცია; ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია განხილულ იქნეს, როგორც მიზნის მიღწევის ან ხარისხის შეფასების სტანდარტი.

მაჩვენებელი – *rate* – რაოდენობრივად გამოსახული განსაზღვრული თვისება, ერთობლიობის ან მისი ნაწილის ხარისხი. განასხვავებენ *აბსოლუტურ* (შესასწავლი მოვლენის, ობიექტის, პროცესის მოცულობის, სიდიდის სახით) და *ფარდობით* (ფარდობითი რიცხვების სახით, რომელიც ასახავს განსაზღვრული რაოდენობის მნიშვნელობას სხვა რაოდენობასთან შედარებით) მაჩვენებლებს. მაჩვენებელი შეიძლება იყოს: *ექსტენსიური* (გამოსახული წილობრივი სახით), *ინტენსიური* (ერთობლიობაზე, მაგალითად, მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით), *თვალსაჩინოებითი* (დინამიკის შესაფასებლად, როცა რომელიმე წლის მაჩვენებელი მიჩნეულია ერთეულად ან 100%-ად და შემდეგ გამოითვლება სხვა წლიდან);

მაჩვენებლების მიხედვით შეიძლება წარმოდგენა ვიქონიოთ რაიმე მოვლენის ან პროცესის ვითარება-მდგომარეობაზე.

ინდექსი – *index* – შეფარდებითი ციფრობრივი მაჩვენებელი, რომელიც პროცენტობით ასახავს რაიმე ეკონომიკური მოვლენის თანმიმდევრულ ცვალებადობას (მოცემული მოვლენის დონეს მისსავე დონესთან წარსულში ან საფუძვლად მიღებული ანალოგიური მოვლენის დონესთან).

პლურალისტური სისტემა – *pluralistic system* – სისტემა, რომელიც ეფუძნება ყველა დაინტერესებული მხარის შეხედულებების გათვალისწინებას. გულისხმობს ყველა შეხედულების თანასწორუფლებიანობასა და მეცნიერულად დასაბუთებულ არჩევანს აზრთა სხვადასხვაობის დროს.

მზაობა გადახდისათვის – *willingness to pay* – სუბიექტური კრიტერიუმი, რომელიც შესაძლებლობას გვაძლევს შევაფასოთ, თუ რამდენად ფასეულად მიაჩნია პიროვნებას (საზოგადოებას) ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემის გადაჭრა.

ფიქსირებული დანახარჯი – *fixed costs* – ხარჯი, რომელიც დადგენილია წინასწარ და არ იცვლება გარკვეული დროის (ჩვეულებრივ, ერთი წლის) განმავლობაში (მაგალითად, ოფისის არენდის გადასახადი).

კაპიტალური დანახარჯები – *capital expenditures* – გასავალი, რომელიც საჭიროა წარმოების (მაგალითად, შენობის, ტექნიკის, აღჭურვილობის, სატრანსპორტო საშუალებების) მოქმედების დასაფინანსებლად.

პრივატიზაცია – *privatization* – სახელმწიფო საკუთრების განსახელმწიფოებრიობა წარმოების საშუალებად (ქონად, მიწად, ბუნებრივ რესურსებად). პროვატიზაცია ხორციელდება სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ობიექტების გაყიდვით ან კოლექტივებისა ან კერძო პირისათვის უსასყიდლოდ გადაცემით კორპორაციების, აქციონერთა ან კერძო მესაკუთრეების წარმოშობის გზით.

ინვესტიციების ეფექტურობა – *allocative efficiency* – ინვესტიციებისა და რესურსების განაწილების ისეთი სტრუქტურა, როდესაც მიიღწევა მაქსიმალური შესაბამისობა მიღებულ შედეგებსა და საზოგადოების მოთხოვნათა დაკმაყოფილებას შორის.

დანახარჯთა ეფექტურობა – *cost-effectiveness efficiency* – დახარჯული რესურსებისა და მიღებული შედეგების ოპტიმალური თანაფარდობა.

სარგებლიანობა (გამოყენება) – *utility* – ეკონომიკურ ანალიზში – ჯანმრთელობასა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობაში უკეთესი შედეგის ანუ სარგებლიანობის მაჩვენებელი. შეიძლება გამოიხატოს რაოდენობრივი თანაფარდობით. ჩვეულებრივ სარგებლიანობის მნიშვნელობა იზომება სკალზე 0-დან (კარგი ჯანმრთელობა) 1-მდე (სიკვდილი), მაქსიმალური და მინიმალური დონეები მიჩნეულია ათვლის წერტილებად (საწყისი მდგომარეობა და შედეგები).

დანახარჯთა სარგებლიანობის ანალიზი – *cost-utility analysis* – ალტერნატიულ გადაწყვეტილებათა შედარებითი შეფასების მეთოდი. დაფუძნებულია ფულად დანახარჯთა და მოსახლეობისათვის გაწეული დახმარების შედეგების ანალიზზე

დანახარჯის მინიმიზაციის ანალიზი – *cost-minimization analysis* – ერთი და იმავე დაავადების სხვადასხვა გზით მკურნალობისათვის საჭირო ხარჯების შედარებითი ანალიზის საფუძველზე ყველაზე ნაკლებღირებულის შერჩევა (იგულისხმება, რომ მკურნალობის ყველა არსებული გზა იდენტურ შედეგს იძლევა და მხოლოდ დანახარჯების მოცულობით განსხვავდება).

მასშტაბის ეფექტი - *economies of scale* – პროდუქციის ან სერვისის თვითღირებულების კლების ეფექტი წარმოების მოცულობის ზრდასთან დაკავშირებით

დანაკარგი გამოუყენებელ ხარჯთა გამო – *opportunity cost* – კეთილდღეობის მოცულობა, რომელიც არ იყო მიღებული იმის გამო, რომ რესურსები არ იქნა გამოყენებული ყველაზე შედეგიანი ალტერნატივისთვის.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- რამდენად ინფორმატიულია ჯანდაცვის ეფექტიანობის ამსახველი ძირითადი კრიტერიუმები?
- გლობალიზაციის პროცესის გავლენა ჯანდაცვის სისტემაზე
- როგორ უნდა განისაზღვროს პრიორიტეტები ღარიბი და მდიდარი ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში?
- როგორია საზოგადოების როლი ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენის საქმეში?
- პრივატიზების თავისებურებები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში

დამატებითი ლიტერატურა

- გ. მენქიუ, ეკონომიკის პრინციპები. თბილისი, „დიოგენე“, 2005
- თ. ვერულავა, ჯანდაცვის ეკონომიკა, თბილისი, 2003
- თ. იაშვილი და თანაავტ. როგორ შეუდგინოთ ბიზნეს-გეგმა, თბილისი, 2001
- პ. ლიმონჯავა, ეკონომიკური განვითარების პრობლემები, თბილისი, 2002
- Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997
- Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001
- С. Виттер; Т. Энсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка
- Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000
- Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004

ბიზნეს–გეგმა

(სამაგალითო სტრუქტურა სამედიცინო დაწესებულებებისათვის)

I. სატიტულო ფურცელი
   ა) ორგანიზაციის სახელი და მისამართი
   ბ) დამფუძნებელთა სახელები და მისამართები
   გ) შემოთავაზებული პროექტის არსი
   დ) პროექტის ღირებულება
   ე) მითითება საიდუმლოების შესახებ

II. შესავალი ნაწილი: შემოთავაზებული პროექტის ძირითადი დებულებები (3-4 გვერდი)

III. დარგში საქმიანობის მდგომარეობის ანალიზი
   ა) მიმდინარე მდგომარეობა და მისი განვითარების ტენდენციები
   ბ) პოტენციური კონკურენტები
   გ) პოტენციური მომხმარებლები

IV. შემოთავაზებული პროექტის არსი
   ა) პროდუქცია
   ბ) მომსახურება
   გ) ტერიტორია ოფისისათვის და მისი მოწყობა
   დ) ადმინისტრაციული და საწარმოო პერსონალი
   ე) ცნობები თვით მეწარმისა და მისი პარტნიორების შესახებ

V. საწარმოო გეგმა

ა) საწარმოო პროცესის აღწერა; სავარაუდოდ რომელი ოპერაციები უნდა დაევალოს სხვა ორგანიზაციებს
   ბ) საწარმოო ტერიტორია (შენობები)
   გ) მოწყობილობა, მანქანა-დანადგარები
   დ) ნედლეულის მომწოდებლები

VI. მარკეტინგის გეგმა
   ა) ფასები
   ბ) გასაღების არხები
   გ) რეკლამა
   დ) ახალი პროდუქციის პროგნოზი
   ე) მიზნობრივი მაჩვენებლები

VII. ორგანიზაციული გეგმა
   ა) საკუთრების ფორმები
   ბ) პარტნიორებისა და ძირითადი მეპაიეების შესახებ
   გ) პარტნიორთა (მეპაიეთა) პასუხისმგებლობის დონე
   დ) მონაცემები ხელმძღვანელობის წევრთა შესახებ
   ე) ორგანიზაციური სტრუქტურა, ვალდებულების განაწილება

VIII. რისკის შეფასება
   ა) რაში მდგომარეობს საწარმოს სუსტი მხარე
   ბ) ახალი ტექნოლოგიების გამოჩენის ალბათობა
   გ) ალტერნატიული სტრატეგია

IX. ფინანსური გეგმა
   ა) შემოსავალთა და დანახარჯთა გეგმა
   ბ) ფულადი შემოსავლებისა და გადასახადების გეგმა
   გ) საბალანსო გეგმა
   დ) თვითანაზღაურების წერტილი
   ე) ფულადი რესურსები და მათი გამოყენება

X. დამატებები
   ა) წერილები
   ბ) კონტრაქტები, ლიცენზიების და ა.შ. ასლები
   გ) დოკუმენტების ასლები, საიდანაც აღებულია საწყისი მონაცემები
   დ) მომწოდებელთა პრეისკურანტი

I. სატიტულო ფურცელი

სატიტულო ფურცელზე უნდა აღინიშნოს:

ორგანიზაციის სრული სახელწოდება და მისამართი;

მეწარმის სახელი, გვარი და სახლის ტელეფონის ნომერი; შეთავაზებული პროექტის არსი – 2-3 ფრაზა;

პროექტის მთლიანი ღირებულება;

მითითება (აღნიშვნა) იმის შესახებ, რომ დოკუმენტში აღნიშნული მონაცემები არ ექვემდებარება გამჟღავნებას.

II. შესავალი ნაწილი

შესავალი უნდა იყოს მოკლე, არა უმეტეს 3-4 გვერდისა; საჭიროა ზუსტად იქნეს აღნიშნული შეთავაზებული პროექტის ძირითადი დებულებები. უფრო ერცლად, შემდეგი: რა საქმიანობით იქნება დაკავებული მომავალი საწარმო, რამდენი ფული იქნება მასში ჩასადები, როგორი იქნება საკარაუდო მოთხოვნა გამოსაშვებ პროდუქციაზე და რატომ თვლის მეწარმე, რომ მოცემული საწარმო წარმატებას მიაღწევს.

III. დარგში საქმიანობის მდგომარეობის ანალიზი

1. როგორი იყო დარგში გაყიდვის დინამიკა ბოლო 5 წლის განმავლობაში?
2. როგორია მოსალოდნელი ნაზარდის ტემპები დარგების მიხედვით?
3. რამდენი ახალი ორგანიზაცია შეიქმნა მოცემულ დარგში ბოლო სამი წლის განმავლობაში?
4. ახალი პროდუქციის რომელი სახეები შეიქმნა დარგში ბოლო დროის განმავლობაში?
5. პოტენციური კონკურენტები: ვინ არიან ისინი?
6. რის ხარჯზე შეიძლება წინ წაწევა?
7. როგორ მიუდით საქმეები კონკურენტებს: მათი გაყიდვები იზრდება, მცირდება, თუ რჩება იმავე დონეზე?
8. რაში მდგომარეობს თქვენი კონკურენტების ძალა და სისუსტე?
9. პოტენციური მომხმარებლები: ვინ არიან ისინი?
10. განსხვავდება თუ არა თქვენი მომხმარებლების წრე კონკურენტების მომხმარებელთა წრისაგან?

IV. შემოთავაზებული პროექტის არსი

პასუხი უნდა გაეცეს შემდეგ კითხვებს:

1. საკარაუდოდ რომელი საქონელი ან მომსახურება უნდა იქნეს წარმოებული?
2. მოიტანეთ მოცემული საქონლის ან მომსახურების დაწვრილებითი აღწერა პატენტის და საავტორო ნიშნის შესახებ ინფორმაციის (თუ ასეთი არსებობს) ჩათვლით:
3. სად იქნება განლაგებული ორგანიზაცია?
4. საჭიროებს თუ არა შენობა შეკეთებას? დაახლოებით რა თანხა შეიძლება დაჯდეს?
5. ეს თქვენი საკუთარი ტერიტორიაა (შენობა) თუ არენდითაა აღებული?
6. არის თუ არა ეს შენობა და მისი ადგილმდებარეობა მოსახერხებელი?
7. რა სპეციალობის მუშაკი გჭირდებათ?
8. როგორი მოწყობილობაა საჭირო ოფისისათვის?
9. შეიძლება თუ არა ამ მოწყობილობის საიდანმე ესესება, თუ საჭიროა მისი შესყიდვა?
10. გაქვთ თუ არა საწრმოო საქმიანობაში გამოცდილება?
11. გაქვთ თუ არა ხელმძღვანელ თანამდებობაზე მუშაობის გამოცდილება?
12. მოყვეით ცოტა რამ თქვენს შესახებ: თქვენი ასაკი, განათლება, ინტერესები და გატაცება?
13. რატომ გადაწყვიტეთ გახდეთ მეწარმე?
14. რის საფუძველზე ხართ დარწმუნებული თქვენს წარმატებაში?
15. რა სტადიაზეა ახალი პროდუქტის ათვისება?

V. საწარმოო გეგმა

ძირითადი პუნქტები, რომლებიც უნდა გაიშალოს ბიზნეს-გეგმის მოცემულ განყოფილებაში, შემდეგია:

1. მთლიანად აღიწეროს საწარმოო პროცესი. ჩამოითვალოს ის ოპერაციები, რომლებიც უნდა დაევალოს სხვა ორგანიზაციებს.
2. აღინიშნოს მოიჯარეთა სახელები (ორგანიზაციის დასახელება) და მათი მისამართები.
3. ახსენით, რატომ აირჩიეთ სწორედ ეს მეიჯარეები?

4. რა თანხის გადახდას აპირებთ სხვა ორგანიზაციებისათვის? დაამატეთ კონტრაქტები, თუ ასეთები არსებობს.
5. შეადგინეთ ნაკადური წარმოების გრაფიკული სქემა. საწარმოო ნაკადების სქემა (სასურველია გრაფიკული სახით).
6. რომელი საწარმო მოწყობილობები უნდა იქნეს შეძენილი (არენდირებული) პირველ რიგში?
7. რომელი ნედლეული (მასალები) იქნება საჭირო?
8. ვინ იქნება ამ ნედლეულის მომწოდებელი და რა ფასებში?
9. როგორი იქნება წარმოებული პროდუქციის თვითღირებულება?
10. როგორი მოწყობილობა იქნება საჭირო მომავალში?

სავაჭრო და მომსახურების ორგანიზაციებისათვის
1. ვისგან აპირებთ საქონლის შესყიდვას?
2. როგორ ვარაუდობთ (გეგმავთ) საწარმოო მარაგების მართვის სისტემის ორგანიზებას?
3. არის თუ არა შესაბამისი ტერიტორია მაღაზიებისა და საწყობებისათვის?

VI. მარკეტინგის გეგმა

შიდა და გარე ფაქტორების ანალიზი

მარკეტინგული გეგმის შედგენისას ყურადღება უნდა მიექცეს იმ ტენდენციებს, რომლებიც ყალიბდება:

ეკონომიკაში: მშპ-ის დინამიკა, უმუშევრობის დონე რეგიონების მიხედვით, შემოსავალთა დინამიკა და დონე.

დემოგრაფიასა და კულტურაში: დემოგრაფიული ტენდენციები, არაშრომისუნარიანი მოსახლეობის დინამიკა, ცვლილება ქცევებში (მაგ.: მოდა ტანსაცმელზე, ნივთებზე, სამკაულებზე, ან პირიქით, იმპორტულ საქონელზე; ჯანმრთელი ცხოვრების წესზე; რაციონალურ კვებაზე და სხვა).

ტექნოლოგიის განვითარებაში: ამ დარგში ცვლილებები ნაკლებად ექვემდებარება პროგნოზირებას. მაგრამ გარკვეული მონაცემები და წარმოდგენა გვექნება, თუ მივაქცევთ ყურადღებას, რომელ დარგებში აბანდებენ პირველ რიგში თავიანთ თანხებს სახელმწიფო და მსხვილი კორპორაციები. ის მარკეტინგული გეგმა, რომელიც ეფუძნება ცვლილებებს ტექნოლოგიაში, ხშირად საჭიროა, რომ თითქმის ყოველთვიურად იყოს გათვლილი და წინასწარ იქნეს გათვალისწინებული რეაქცია ახალი ტექნოლოგიის გამოჩენასთან დაკავშირებით.

მოხმარების დინამიკაში: ყოველ ნაწარმს ან მომსახურებას გააჩნია ცხოვრებისეული ციკლი. ამ ციკლის განმავლობაში მოთხოვნა პროდუქციაზე შეიძლება გაიზარდოს, შემცირდეს ან დარჩეს უცვლელი. მარკეტინგული გეგმა უნდა ითვალისწინებდეს ამ ციკლურობას და კონკურენტთა რეაქციას შესაძლებელ ცვლილებებზე. საჭირო იქნება გასაღების, ფასების და რეკლამის პოლიტიკის გადახედვა.

კანონმდებლობაში: მეწარმეს გათვალისწინებული უნდა ჰქონდეს, თუ როგორ მოიქცევა იგი იმ შემთხვევაში, თუ მიღებული იქნება ესა თუ ის კანონი, რომელიც შეეხება მის საქონელს თუ მომსახურებას, გასაღების არხებს, ფასების ან რეკლამის პოლიტიკას.

კონკურენტულ ბრძოლაში: მეწარმეთა დიდი ნაწილისათვის პოტენციური საშიშროება მოსალოდნელია მსხვილი კორპორაციების მხრიდან. ეს საშიშროება უნდა გავითვალისწინოთ, უნდა შემუშავდეს საპასუხო სტრატეგია და ყველაფერი აისახოს მარკეტინგის გეგმაში.

ნედლეულისა და მასალების მოწოდებაში: იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ სიძნელეები, თუ შეწყდა მოწოდების „ერთადერთი წყარო", უნდა გავითვალისწინოთ მოწოდების ალტერნატიული წყაროები.

ზემოჩამოთვლილი ფაქტორები განეკუთვნება გარე ფაქტორებს, რომლებიც არ ექვემდებარება მეწარმის ნებას. განვიხილოთ შიდა ფაქტორები. ესენია:

ფინანსური რესურსები: საწარმოს საჭიროება ფინანსურ რესურსებში ზუსტად უნდა იქნეს აღნიშნული ფინანსურ გეგმაში.

კადრები: აუცილებელია სწორად განაწილდეს მოვალეობანი კადრებს შორის და ამის შესახებ დაწერილებითი ინფორმაცია აისახოს მარკეტინგულ გეგმაში.

მომწოდებლები: მომწოდებლების ამორჩევა, როგორც წესი, ხდება ფასების, მოწოდების პირობების და საქონლის ხარისხის საფუძველზე.

მ ი ზ ნ ე ბ ი დ ა ა მ ო ც ა ნ ე ბ ი: აუცილებელია მიზნებისა და ამოცანების მკაფიო დასახვა, რომელთა მიხედვით უნდა შემუშავდეს მოკლევადიანი და გრძელვადიანი სტრატეგიები. ისინი ზუსტად განსაზღვრავენ მარკეტინგული გეგმის მიმართულებას.

მარკეტინგული გეგმის შედგენისას დიდი ყურადღება ექცევა შემდეგ ძირითად მომენტებს: პროგნოზირებას და ინფორმაციის შეგროვებას. პროგნოზირება ძალიან რთული მომენტია: კონკურენტების ქცევა, ახალი ტექნოლოგიები, მოთხოვნის ცვლილება, თავის კვალს სტოვებენ ისედაც მუდმივად ცვალებად ბაზარში. ამიტომ დასახული მიზნების წარმატებით რეალიზაციისათვის საჭიროა გეგმაში გათვალისწინონ შესაძლებელი გაურკვევლობის მდგომარეობა და დროულად შეიტანონ მასში საჭირო ცვლილებები.

საკითხები, რომელთა გარშემოც უნდა მოხდეს ინფორმაციის შეგროვება, შემდეგია:

1. მომხმარებლების შესახებ: ვინ არის მოცემული პროდუქციის სამიზნო მომხმარებელი, როგორია გაყიდვის საშუალო მოცულობა, პერიოდულობა და რომელ მაღაზიებში ურჩევნიათ სიარული მომხმარებლებს?
2. როგორ იქმნება ნაწარმის რეკლამა, როგორი მიდგომები არსებობს, რომლებია მათგან ყველაზე წარმატებიანი?
3. როგორია მსგავს პროდუქციაზე ფასების ცვლილების ტენდენცია, რასთან არის დაკავშირებული ეს ტენდენცია?
4. როგორია მომხმარებლის დამოკიდებულება კონკურენტების პროდუქციისადმი?
5. გასაღების რომელი არხებით იღებს მომხმარებელი მოცემულ პროდუქციას. როგორ ფუნქციონირებენ ეს არხები?
6. კონკურენტების შესახებ: ვინ არიან ისინი, სად მდებარობენ (ტერიტორიულად) და რაში მდგომარეობს მათი ძლიერი და სუსტი მხარეები?
7. რომელ მარკეტინგულ ილეთებს იყენებენ კონკურენტები. რომლებია მათგან ყველაზე ეფექტიანი?
8. რა მიზნებს ისახავს ორგანიზაცია მომავალი წლისათვის, მომავალი 5 წლისათვის?
9. რაში გამოიხატება ორგანიზაციის (ნაწარმის) ძლიერი და სუსტი მხარეები?
10. როგორია ორგანიზაციის საწარმოო შესაძლებლობები?

მოთხოვნები მარკეტინგული გეგმისადმი

ეს გეგმა უნდა ითვალისწინებდეს სტრატეგიას, რომელსაც მიეყავართ დასახული მიზნებისა და ამოცანების რეალიზაციისაკენ.

მას საფუძვლად უნდა ედოს რეალური ფაქტები და ვარაუდები.

მასში ასახული უნდა იყოს ყველა რესურსის რაციონალური გამოყენება; კერძოდ, მასში დაწერილებით უნდა ჩამოწეროს ყველა ფინანსური, მატერიალური და შრომითი რესურსების გამოყენება, რომელიც გაჩნია საწარმოს, ვალდებულებებისა და პასუხისმგებლობის განაწილების ჩათვლით.

იგი უნდა აღწერდეს ორგანიზაციულ სტრუქტურას, რომელიც უზრუნველყოფს დასახული მიზნების განხორციელებას.

გეგმა უნდა იყოს მოქნილი, რადგან ფაქტობრივად მასზეა დამოკიდებული მისი რეალიზაცია. რეკომენდებულია გათვალისწინონ რეაქცია ამა თუ იმ მოვლენაზე.

იგი უნდა იძლეოდეს რაოდენობრივ ორიენტირებას, რადგან მთ მიხედვით უნდა განხორციელდეს გეგმის შესრულების კონტროლი. სამიზნო მიზნის გარდა უნდა ჩამოყალიბდეს შუალედური მიზნებიც. თუ გარკვეული ვადებისათვის დასახულ შედეგებზე გასვლა არ მოხდა, უნდა შეიცვალოს სტრატეგია და საკონტროლო ციფრები.

მარკეტინგული გეგმის შედგენისას დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგი ფაქტორების ანალიზს:

მიმდინარე სიტუაციის ანალიზი	ისტორიული ექსკურსი
- ბაზრის სეგმენტაცია	- შესაძლებლობები, რისკი,
- სუსტი და ძლიერი მხარეები	- სუსტი და ძლიერი მხარეები
- მიზნებისა და ამოცანების ამორჩევა	
- მარკეტინგის სტრატეგიისა და მისი უზრუნველყოფის ამორჩევა	
- ვალდებულებების განაწილება	
- მარკეტინგული გეგმის ფინანსური უზრუნველყოფა	
- მარკეტინგული გეგმის რეალიზაციაზე კონტროლი	

VII. ორგანიზაციული გეგმა

ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბებისათვის საჭიროა პასუხი გავცეთ შემდეგ კითხვებს:

1. როგორია შესაქმნელი საწარმოს საკუთრების ფორმა?
2. თუ ლაპარაკია ამხანაგობაზე, იმსჯელეთ პარტნიორების და სადამფუძნებლო ხელშეკრულების პირობების შესახებ.
3. თუ ლაპარაკია სააქციო საზოგადოებაზე, დაახასიათეთ ძირითადი მეპაიეები და აღნიშნეთ, ძირითადი კაპიტალის რა წილს ფლობენ ისინი.
4. რა ტიპის და რამდენი აქცია იქნა გამოშვებული (ხმის უფლებით და ხმის უფლების გარეშე)? რამდენის გამოშვებას აპირებთ დამატებით?
5. ჩამოთვალეთ დირექტორთა საბჭოს წევრები (სახელი, გვარი, მისამართი, მოკლე ბიოგრაფიული ცნობები).
6. ვისა აქვს უფლება, მოაწეროს ხელი ფინანსურ დოკუმენტებს?
7. ვინ შედის საწარმოს ხელმძღვანელობაში (მიუთითეთ სახელი, გვარი, მისამართი, მოკლე ბიოგრაფიული ცნობები)?
8. როგორაა განაწილებული მოვალეობები მმართველთა საბჭოს წევრებს შორის?
9. როგორი ხელფასის დანიშვნაა გათვალისწინებული ხელმძღვანელობისათვის? არის თუ არა გათვალისწინებული პრემიები, დანამატები?

VIII. რისკის შეფასება

თავის სამეურნეო საქმიანობაში საწარმო ხშირად ხვდება სიძნელეებს, რომლებიც შეიძლება გამომდინარეობდნენ კონკურენტებიდან, მარკეტინგის დარგში დაშვებული საკუთარი შეცდომებიდან, საწარმოო პოლიტიკიდან, კადრების შერჩევიდან და სხვა. საშიშროება შეიძლება მოგვეელინოს ტექნიკური პროგრესიდანაც, რომელმაც შეიძლება მოაძველოს ნებისმიერი სიახლე.

იმ შემთხვევაშიც კი, თუ არც ერთი ზემოჩამოთვლილი საშიშროება არ ემუქრება საწარმოს, სასურველია თავიდანვე შემუშავდეს მოქმედების სტრატეგია იმ შემთხვევაშიც, თუ უეცრად წარმოიქმნება ესა თუ ის სირთულე. ალტერნატიული პროგრამებისა და სტრატეგიების არსებობა პოტენციურ ინვესტორს დაუჯერებს იმაში, რომ მეწარმემ იცის მოსალოდნელი სირთულეების შესახებ და მზად არის მათთვის.

IX. ფინანსური გეგმა

ფინანსური გეგმა უნდა იძლეოდეს სრულ სურათს, თუ საიდან უნდა მიიღოს ორგანიზაციამ თანხები, რაზე დახარჯავს ისინი, როგორი იქნება შეფარდება არსებულ თანხებსა და მათზე მოთხოვნას შორის, როგორი იქნება ორგანიზაციის ფინანსური მდგომარეობა წლის ბოლოსათვის. როგორც წესი, ფინანსური გეგმა დგება ერთი წლით, თვეებზე დაყოფით. ამიტომ იგი ემსახურება ფინანსურ კონტროლს და საშუალებას იძლევა თავიდან აიცილონ ისეთი პრობლემა, როგორიცაა ფულის უკმარისობა.

შემოსავლებისა და დანახარჯების გეგმა

შემოსავალთა და გასავალთა გეგმის შედგენისთვის პირველ რიგში საჭიროა გაყიდვების დაყოფა თვეების მიხედვით. მონაცემები ამის შესახებ შეიძლება მოიპოვონ ბაზრის სპეციალური შესწავლიდან, პროგნოზირებიდან და გამოცდილებიდან. მას აქვს შემდეგი სახე:

	იანვარი	თებერვალი	მარტი	აპრილი	მაისი	ივნისი	ივლისი	აგვისტო	სექტემბერი	ოქტომბერი	ნოემბერი	დეკემბერი
შემოსავლები გაყიდვებიდან												
რეალიზებული პროდუქციის												
თვითღირებულება												
მოლიანი მოგება												
ექსპლუატაციური დანახარჯები												
სულ:												
მათ შორის:												
საეჭვო დანახარჯები												
რეკლამა												

ხელფასი												
კანც.მოწყობილობები												
ტერიტორიის არენდა												
კომუნალური მომსახურება												
დაზღვევა												
გადასახადები												
%												
ამორტიზაცია												
სხვა დანახარჯები												
მოგება გადასახადების გადახდამდე												
მოგება გადასახადების გადახდის შემდეგ												

აუცილებელია, აგრეთვე, შეადგინონ შემოსავლებისა და დანახარჯების გეგმა მინიმუმ სამი წლისათვის. მას ანალოგიური სახე აქვს, როგორც ზემოაღნიშნულ წლიურს. განსხვავება მხოლოდ იმაშია, რომ თვეების მონაცემების ნაცვლად იწერება წლების მონაცემები.

ფულადი შემოსავლებისა და გადახდების გეგმა

შემოსავლები გაყიდვებიდან	იანვარი	თებერვალი	მარტი	აპრილი	მაისი	ივნისი	ივლისი	აგვისტო	სექტემბერი	ოქტომბერი	ნოემბერი	დეკემბერი
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
გადასახადები სულ მათ შორის: მოწყობილობები ნედლეული და მასალები სავაჭრო ხარჯები რეკლამა ხელფასი კანც.მოწყობილობა ტერიტორიის არენდა კომუნალური მომსახურება დაზღვევა გადასახადები ვალების გადახდა და % ფულადი თანხების ნამატი ნარჩენი საგეგმო წლის დასაწყისისათვის ნარჩენი საგეგმო წლის ბოლოსათვის												

საბალანსო გეგმა

საბალანსო გეგმა შედგება ნაწილებისაგან: აქტივი – ეს არის ყველაფერი, რაც ქმნის საწარმოს ქონებას, რაც შედის მის საკუთრებაში და გააჩნია ღირებულება.

პასივი – არის საწარმოს ფულადი ვალდებულებები კრედიტორებისადმი.

საკუთარი კაპიტალი – არის სხვაობა აქტივის საერთო ღირებულებასა და პასივის საერთო ღირებულებას შორის, ანუ საწარმოს ქონების ღირებულება, მისი ყველა ვალდებულებების გამოკლებით.

ა ქ ტ ი ვ ე ბ ი

ლიკვიდური აქტივები სულ
მათ შორის:
ფულადი სახსრები

არალიკვიდური აქტივები სულ:
მათ შორის
მოწყობილობა

ანგარიშები მიღებისათვის
მზა პროდუქციის მარაგები
ნედლეულის და მასალების მარაგები

ამორტიზაცია

პასივები და საწარმოს საკუთარი კაპიტალი

მოკლევადიანი ვალდებულებები სულ
მათ შორის:
ანგარიშები გადახდისათვის
მიმდინარე ვალდებულებები
გრძელვადიანი სესხები და ვალდებულებები
სულ პასივები:
საკუთარი კაპიტალი სულ
მათ შორის:
მფლობელთა თანხები
გაუნაწილებელი მოგება
სულ პასივები და საკუთარი კაპიტალი:

სახსრების წყაროების და განაწილების გეგმა

ასეთი ანგარიშის მიზანია მოგვცეს ნათელი სურათი იმისა, თუ რისგან შედგება საწარმოს ფულადი სახსრები, როგორი სახით იხარჯება ისინი აქტივების ზრდაზე ან დავალიანების დაფარვაზე.

სახსრების წყაროებისა და გამოყენების გეგმა წლის ბოლოსათვის

სახსრები სხვადასხვა წყაროებიდან სულ:
მათ შორის:
სესხი უძრავი ქონების ქვეშ
სასწრაფო სესხი
საკუთარი თანხები
სუფთა მოგება
ამორტიზაცია და ა.შ.

სულ გამოყენებულია თანხები:
მათ შორის
მოწყობილობის ყიდვაზე
სესხის დაფარვა და ა.შ.
საბრუნავი კაპიტალის სუფთა ნამატი

X. დამატებები

ბიზნეს-გეგმის დამატებად შეიძლება დაერთოს ნებისმიერი დოკუმენტები, რომლებიც არ წარმოადგენენ ტექსტის ძირითად ნაწილს, მაგრამ, რომლებზეც ბიზნეს-გეგმა არის მითითებული.

დოკუმენტებს, რომლებიც შეიძლება აქ მოიტანოთ, წარმოადგენენ კლიენტების, სავაჭრო ორგანიზაციების და მოიჯარეთა წერილები. აქ ასევე შეიძლება დაემატოს სატრანსპორტო დოკუმენტთა ასლები, საიდანაც ამოიღეს ინფორმაცია ბიზნეს-გეგმის შედგენისას, დადებული ხელშეკრულებების ასლები, მომწოდებელთა და კონკურენტთა პრეისკურანტები.

თავი 30

ბაზრის სპეციფიკა ჯანდაცვის სისტემაში

ოცდამეათე თავის შინაარსი

30.1. შესავალი
30.2. ბაზრის ადგილი და როლი
30.3. მარკეტინგის კონცეფციის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპები
30.4 მარკეტინგის ძირითადი ცნებები
30.5. საქონელი მარკეტინგის სისტემაში
30.6. სამედიცინო ბაზრის ძირითადი მახასიათებლები
30.7. ბაზრის სეგმენტაცია და საქონლის პოზიციონირება
30.8. სამედიცინო ბაზრის დაგეგმვა და რეგულირება
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა მარკეტინგული თეორიის განვითარების მოკლე ისტორიას
- გაეცნობა სამედიცინო ბაზრის ძირითად მახასიათებლებს
- შეაფასებს სამედიცინო ბაზრის დაგეგმვისა და რეგულირების თავისებურებებს კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე

30.1. 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 იქნება მწარმოებელთა და მომხმარებელთა მოქმედების დამოუკიდებლობა ანუ მათი თავისუფალი ურთიერთქმედება ბაზარზე.

ბაზარი მხოლოდ მწარმოებელთა რეალური კონკურენციის პირობებში იქმნება, რომელიც აიძულებს მათ, გაუუჯობესონ 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 ორგანიზაცია, 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.

30.2. 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 **ჯ.შორტცის** თქმით, „ამ პირობებში საზოგადოება იყოფა ორად. ერთნი ბაზარში ხედავენ საკუთარი პრობლემების წარმოშობის მიზეზს, ხოლო მეორენი კი მას უკავშირებენ ამ პრობლემების გადაწყვეტის შესაძლებლობას". როგორც ნებისმიერი მეტაფორა, ესეც პირობითია, მაგრამ ცხადია, რომ ეკონომიკურ მეცნიერებაში ძნელად თუ მოიპოვება ბაზრის ადგილისა და როლის განსაზღვრაზე უფრო აქტუალური პრობლემა. ეს საკმაოდ კანონზომიერია, ვინაიდან ხანგრძლივი დროის მანძილზე ბაზარი, მით უმეტეს 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 შელწევის 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 ჯაჭვიდან 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 განცალკევებულ 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.

30.3. 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 დაიწყეს მარკეტინგის მოკლე კურსის სწავლება, რომელშიაც აღწერილი იყო სამრეწველო ორგანიზაციის 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 ბიზნესმენთა 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 **თალეჯიტის** 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 ორგანიზაციებში 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 ორგანიზაციის მიერ წარმოებული საქონლის რეალიზაციასა და გასაღებასთან დაკავშირებული ემპირიული მონაცემების ანალიზსა და განზოგადებაზე, მოგვიანებით, 30-40-იან წლებში ჩნდება მარკეტინგის გამანაწილებითი, ინსტიტუციონალური და ფუნქციური კონცეფციები, რომლებიც განსხვავდებიან მარკეტინგის საგნის განსაზღვრით.

მარკეტინგის გამანაწილებით კონცეფციას აგიკვებენ საქონელმოძრაობის მექანიზმის ანალიზთან. იგი შეისწავლის შემდეგ საკითხებს:

- სამრეწველო საწარმოების გასაღების სამსახურის ორგანიზაციასა და საქმიანობას;
- საბითუმო და საცალო ვაჭრობის ორგანიზაციების საქმიანობას;
- საქონლის ტრანსპორტირებასა და რეალიზაციასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ოპერაციის (რეკლამა, შუამავლობა და ა.შ.) შემსრულებელ ორგანიზაციათა საქმიანობას.

ამ კონცეფციის ყურადღების ცენტრში იდგა სასაქონლო მიმოქცევის საკითხები, საქონლის რეალიზაციის მექანიზმი ეროვნული ეკონომიკის ფარგლებში და საქონელმოძრაობის არსებული სისტემების ეფექტიანობა. მოგვიანებით, 70-იან წლებში, ეს იდეები აისახა „მაკრომარკეტინგის" კონცეფციაში.

მარკეტინგის ინსტიტუციური 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 ფუნქციური კონცეფციის თანახმად ის წარმოადგენს სამრეწველო საწარმოს კომპლექსურ ფუნქციას, რომლის მიზანია ბაზრის შესწავლა, რეკლამა და გასაღების სტიმულირება, საეაჭრო ოპერაციების დაგეგმვა, საეაჭრო 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 ბაზისურ 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 მეთოდიკასა 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 ითვისეს 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 ორგანიზაცია განიხილება როგორც ეროვნული ან მსოფლიო ეკონომიკის ფარგლებში მოქმედი ღია სისტემა. მარკეტინგი წარმოადგენს მართვის კორპორაციული სისტემის ელემენტს, რომელიც ორგანიზაციას აკავშირებს გარე სამყაროსთან.

ორგანიზაციის საქმიანობის საერთო შედეგიანობა ბევრადაა დამოკიდებული მარკეტინგის ეფექტიანობაზე, მის უნარზე, უზრუნველყოს ორგანიზაციის 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.

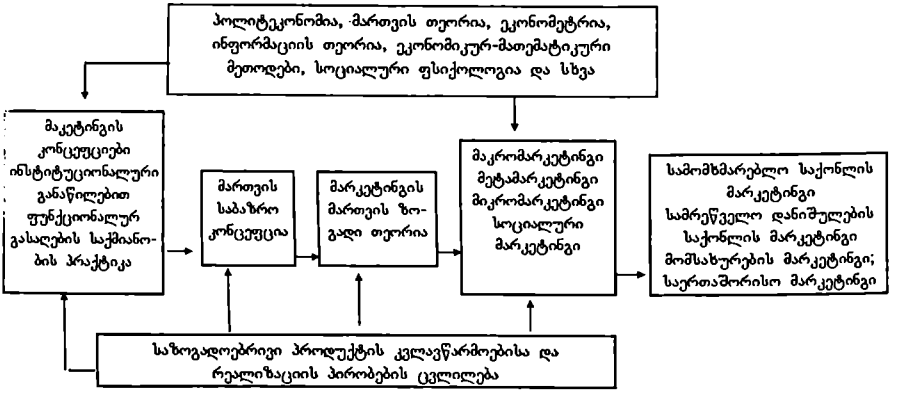
დასახული ამოცანებიდან გამომდინარე, არჩევენ მარკეტინგის სხვადასხვა სახეს, რომელთა გამოყენება ბევრად არის დამოკიდებული მოთხოვნის მდგომარეობაზე.

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 მწეველთა რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდა, თამბაქოს მწარმოებელმა ორგანიზაციებმა დაკარგული პოზიციის აღსადგენად დაიწყეს კუპრის ნაკლები შემცველობის სიგარეტის წარმოება, რომლის გასაღება შემდეგი შინაარსის რეკლამით მიმდინარეობდა: „ძველებური ნელსურნელება კუპრის მინიმალური შემცველობით".

კრეატიული მარკეტინგი გამოიყენება რაიმე საქონელზე მოთხოვნის შესაქმნელად მისი არარსებობს შემთხვევაში. მაგალითად, ყოველწლიურად მსოფლიო ფარმაცევტულ ბაზარზე 5000-მდე ახალი დასახელების პრეპარატი გამოდის. მათი უმეტესობა არსებული მედიკამენტების გაუმჯობესებულ ანალოგებს, ხოლო შედარებით მცირე ნაწილი ახალ სამკურნალო საშუალებებს წარმოადგენენ. ამ უკანასკნელთა გასაღება გაცილებით ძნელია, ვინაიდან მოითხოვს, როგორც სამედიცინო პერსონალისა და ფარმაცევტების, ისე პაციენტების დარწმუნებას წამლის ეფექტიანობაში.

ნახატი 100

მაკეტინგის თეორიისა და პრაქტიკის ევოლუცია



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 მეუთითებდა ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია. გაითვალისწინა რა მომხმარებლის მოტივაცია, ორგანიზაცია Miller-მა ბაზარზე გამოუშვა ახალი მარკის ლუდი Light-ი, რომელიც ორჯერ უფრო ნაკლებკალორიული იყო, ვიდრე მისი წინამორბედი. აღნიშნულმა ღონისძიებამ ორგანიზაციას რეალიზაციის მნიშვნელოვანი ზრდის საშუალება მისცა.

სინქრომარკეტინგი გამოიყენება საქონელზე მერყევი მოთხოვნის შემთხვევაში. მაგალითად, ჰიპოტენზიური პრეპარატების გამოყენება პაციენტთა სეზონური მეტეოლაბილურობის გათვალისწინებით საკმარისად დიდ ფარგლებში მერყეობს. ამიტომ ფარმაცევტული კომპანიების ამოცანაა, სტიმულირების

დამზმარე 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 ორგანიზაცია. მაგრამ ამ სიტუაციაში მწარმოებელი არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ ზედაპირული მარკეტინგით და უნდა იზრუნოს საქონლის მოდერნიზაციაზე, რადგან კონკურენტულ გარემოში ყურადღების მოდუნებამ 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.

30.4 მარკეტინგის ძირითადი ცნებები

მარკეტინგის, როგორც მეცნიერების, არსის გაგებისათვის აუცილებელია ისეთი ცნებების განმარტება, როგორიცაა: საჭიროება, მოთხოვნილება, მოთხოვნა, საქონლის 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 ორგანიზაციის მიერ გამოშვებული წამლის შეძენას. ზოგჯერ ფარმაცევტული ორგანიზაციისაგან ჰონორარის მიღებით დაინტერესებული ექიმი ავადმყოფს უნიშნავს პრეპარატს, რომლის ანალოგი შესაძლოა ისეთივე ეფექტური, მაგრამ გაცილებით იაფი იყოს. აშკარაა, 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 წარმოჩინდა. 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, მოთხოვნამ 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 მოთხოვნილების შეცვლის აუცილებლობაში.

ნამდვილი მოთხოვნილების შემთხვევაში პაციენტი კარგადაა გათვითცნობიერებული წამოჭრილი პრობლემებისა და მათი გადაწყვეტის რეალური გზების შესახებ.

არსებობს შემთხვევები, როდესაც ვერც ტექნიკურად განსაზღვრული და ვერც თვითგანსაზ-ღვრული მოთხოვნილების ნამდვილ მოთხოვნილებად ჩამოყალიბება ვერ ხერხდება, რის გამოც პაციენტს უჩნდება დაუკმაყოფილებლობის, უიმედობის გრძნობა, რომელიც ხელს უშლის მის გამოჯანმრთელებას. მაგალითად, ხანდაზმული ადამიანები ხშირად თვლიან, რომ მათი ჯანმრთელობა შეიძლება გაუმჯობესებულიყო, 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 მოთხოვნილების 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 კაპიტალდაბანდებებს, არამედ საზოგადოების ყოველი წევრის პირად მონაწილეობას. მაგალითად, თამბაქოს წევის წინააღმდეგ განხორციელებული ფართომასშტაბიანი ღონისძიებები, ხანდაზმული პირებისათვის დამატებითი შეღავათების უზრუნველყოფა და სხვა, რაც დაკავშირებულია, თუნდაც, სადაზღვევო შენატანის ზრდასთან და ამიტომაც საკმაოდ არაპოპულარულია.

მოთხოვნილებათა 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 მოთხოვნილებას გულისხმობს. მოთხოვნილება მაშინ იქცევა მოთხოვნად, თუ მყიდველს აქვს რაიმე საქონლის ან მომსახურების შეძენის შესაძლებლობა. მაგალითად, პიროვნებას ესაჭიროება პროთეზირების ჩატარება (საჭიროება), კრძოდ, ქედა კიდურის პროთეზი (მოთხოვნილება), მას შესთავაზეს რამდენიმე პროთეზის ნიმუში, რომელთაგან საკუთარი გადამხდელუნარიანობის გათვალისწინებით ერთ-ერთი (მოთხოვნა) ნიმუში შეიძინა. აქედან გამომდინარე, მარკეტერებისათვის უფრო მნიშვნელოვანია საქონელზე არსებული მოთხოვნის, ვიდრე მოთხოვნილების, დადგენა.

საქონელი არის ყველაფერი ის, რაც გამოტანილია ბაზარზე რეალიზაციისა და მოხმარებისათვის, რაც აკმაყოფილებს ადამიანის მოთხოვნილებას. ის შეიძლება იყოს როგორც სხვადასხვა ნივთი, ისე მომსახურება.

როგორ ირჩევს მომხმარებელი იმ საქონელს ან მომსახურებას, რითაც დააკმაყოფილებს კონკრეტულ საჭიროებას? ამ კითხვის დასაზუსტებლად ისევ დავუბრუნდეთ ჩვენს მაგალითს. პაციენტისათვის შეთავაზებული ნაწარმიდან ადგილობრივი წარმოების პროთეზი უფრო გამძლეა და იაფი, მაგრამ მძიმე და ნაკლებად ფუნქციური. იმპორტული საქონელი კი, პირიქით, ადვილად შესაცუებელი, მსუბუქი, მაგრამ ძვირადღირებული და ადვილად ზიანდება. პაციენტის საჭიროებას მეტნაკლებად აკმაყოფილებს ორივე ნაწარმი, მათი **სარგებლიანობა** უდავოა, მაგრამ არც ერთი საბოლოოდ არ აკმაყოფილებს

პაციენტის მოთხოვნილებას. 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** წარმოდგენილია 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 ორგანიზაციას არ შეუძლია მოიცვას მთელი ბაზარი და დაკმაყოფილოს მყიდველთა ყველა საჭიროება. ისეთ ძლიერ ორგანიზაციასაც კი, როგორიც 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 მოვლენებსა და პროცესებს და შედგება ეკონომიკური, სამეცნიერო-ტექნიკური, პოლიტიკური და კულტურული გარემოსაგან. აღნიშნული ფაქტორების ზემოქმედების მეშვეობით ხერხდება შედწევა 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 ქონებაც მემკვიდრეობით აქვთ მიღებული. მათი ინტერესების სფეროა ძვირფასეულობა, ანტიკვარული ნაწარმი, დასვენება, მოგზაურობა;
2. ქვედა – უმაღლესი (დახლოებით 2%-მდე) – ბიზნესმენები, რომლებიც დიდ შემოსავალს იღებენ თავიანთი განსაკუთრებული შესაძლებლობების მეშვეობით. ინტერესების სფერო – ძვირფასი სახლები, იახტები, საცურაო აუზები, ავტომობილები;
3. ზედა – საშუალო (დახლოებით 12%) – თავისუფალი პროფესიის პირები, მმართველები, ბიზნესმენები. ინტერესების სფერო – კარგი სახლები, ავეჯი, ტანსაცმელი, საყოფაცხოვრებო ხელსაწყოები;
4. ქვედა – საშუალო (დახლოებით 30%) – მოსამსახურეები, წვრილი მეწარმეები, „მუშა-არისტოკრატია“, ინჟინერ-ტექნიკური პერსონალი. ინტერესების სფერო – „გაკეთე – თვითონ“, სამეურნეო დანიშნულების საქონელი, მკაცრი სტილის ტანსაცმელი;
5. ზედა – დაბალი (დახლოებით 35%) – მაღალი და საშუალო კვალიფიკაციის მუშები. ინტერესების სფერო – სპორტული ტანსაცმელი, ლუდი, საოჯახო მეურნეობის საქონელი;
6. ქვედა – დაბალი (დახლოებით 20%) – არაკვალიფიციური მუშები და სახელმწიფოს კმაყოფაზე მყოფი პირები. ინტერესების სფერო – კვების პროდუქტები, სპორტული ტანსაცმელი.

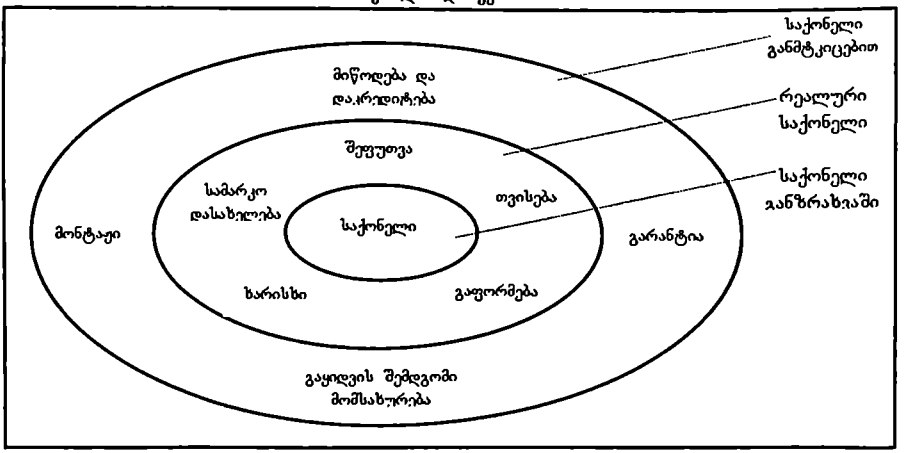
30.5. საქონელი მარკეტინგის სისტემაში

საქონელი არის ყველაფერი ის, რასაც შეუძლია დაკმაყოფილოს ადამიანის მოთხოვნილება და რაც გამოტანილია ბაზარზე შესწავლისა 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 101).

ნახატი 101

საქონლის დონეები



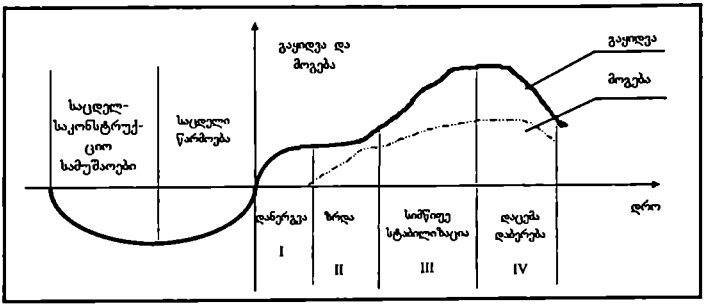
ნებისმიერი სახის საქონელი იყოფა სამ ჯგუფად:

- **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.);
- **მოშსახურება** — ცალკე გაყიდვის ობიექტია (მაგალითად, სამედიცინო მოშსახურება, სარემონტო სამუშაოები და სხვ).

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 102).

ნახატი 102

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, საეაჭრო საწარმოს ტიპის ან ფასების დიაპაზონის მიხედვით.

ცალკეული მწარმოებელი ან მოვაჭრე ორგანიზაცია 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, „შევროლე", „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 „საორგანიზაციო დასახელება", არადა, მათ შორის არსებობს განსხვავება.

საფირმო დასახელება არის რეგისტრირებული იურიდიული პირის (ფირმის, ორგანიზაციის) ოფიციალური სახელწოდება და გამოიყენება ორგანიზაციის 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 გარსის შემუშავება და წარმოება.

საფირმო სტილი წარმოადგენს დიზაინის გეგმაზომიერ პოლიტიკას, რომელიც ეხება ორგანიზაციის საქმიანობის 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 ბოლიტიკა არის რთული და მრავალმხრივი საქმიანობის სფერო, რომელიც მოითხოვს სასაქონლო ნომენკლატურის, ასორტიმენტის, სამარკო დასახელების, შეფუთვისა და მომსახურების კონკრეტული თავისებურებების შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებას.

წამყვანი ორგანიზაციების 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 აჰყავს 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.

30.6. 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 გადაუხდიათ.

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 არა მარტო კონკრეტული პირებისათვის, არამედ მთლიანად საზოგადოებისათვის, რამდენადაც იზღუდება ამ დაავადების გავრცელების საშიშროება.

ჯანდაცვის სფეროში რესურსების დაგეგმვა მხოლოდ გადახდისუნარიანი მოთხოვნილების ან წარმოების მოტივების გათვალისწინებით ვერ უზრუნველყოფს საზოგადოებრივი მოთხოვნილების 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 აფინანსებს 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 დასასაბუთება. გულის უკმარისობის ან კუჭის წყლულის მკურნალობა არ წარმოადგენს საზოგადოებრივ სიკეთეს, რადგანაც მომსახურების ამ სახეს მოიხმარს კონკრეტული ავადმყოფი და ამიტომ ის **კერძო 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 პროგიცირებული მოთხოვნა**. ბევრ შემთხვევაში პაციენტს არ ძალუძს საჭირო მომსახურების რაციონალური შერჩევა უკვე ოავისი 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 მოთხოვნილებისას. შედეგად ექიმს ექმნება შინაგანი კონფლიქტი სამედიცინო და ეკონომიკურ ინტერესებს შორის, ვინაიდან მას შეუძლია, დამატებითი მოგების მიღების მიზნით, გააფართოოს დახმარების მოცულობა, ამორჩიოს მომსახურების ის სახეობა, რომელიც უფრო ძვირადღირებული და, 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 მიმართული 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, სპოლოო ვარიანტში, 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 მოცულება 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 მიკუთვნება, ამბულატორიული მიმართვების რიცხვი წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე 11,5-ია, მაშინ, როდესაც დიდ ბრიტანეთში, სადაც ექიმის შრომის ანაზღაურება სულადობრივი პრინციპით ხდება, 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 მოთხოვნილების 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 გათვალისწინონ, 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 დაზღვევით (რომელიც, გასაგები მიზეზების გამო, ნაკლებ ხარჯებს მოითხოვს) და ქრონიკული ავადმყოფობის თავიდან აცილებით. 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 ნაკარნახევია 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 ღარიბის, ჯანმრთელი — ავადმყოფის, ახალგაზრდა — მოხუცის ნაცვლად. აშკარაა, 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 იღვიძებს სერიოზული ცდუნება — მაქსიმალური მოცულობით მიიღოს სამედიცინო მომსახურება (მაგალითად, კიდევ ერთხელ ეწვიოს სპეციალისტს, დაჯინებით მოითხოვოს საავადმყოფოში დაწვენა ან 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. **მარგელი 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 კვალიფიკაციით და მომსახურების მრავალფეროვნებით. მათი არაერთგვაროვნება საკმარისად ავიწროებს პოტენციური კონკურენციის სფეროს.

მეორე ფაქტორი — გულისხმობს შრომითი და მატერიალური რესურსების ნაკლის 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 დია გულზე ქირურგიული ოპერაციების 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 (ხოლო 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, ახალგახსნილი საკონსულტაციო და დიაგნოსტიკური ცენტრები, პოლიკლინიკები გადამხდელუნარიანი პაციენტის ამკარა 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 არა მარტო ორგანიზაციული ასპექტები, არამედ საბაზრო შედეგებიც. გამსხვილებისა და სპეციალიზაციის შედეგების შეფასებისას საჭიროა სამედიცინო ბაზარზე მონოპოლიზმის გათვალისწინება, რაც ზღუდავს არა მარტო პაციენტთა, არამედ ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოებისა და სადაზღვევო კომპანიების არჩევანს, რომლებიც იძულებულნი არიან დათანხმდნენ მონოპოლისტის ხშირად დაუსაბუთებელ პირობებს.

30.7. ბაზრის სეგმენტაცია და საქონლის პოზიციონირება

მარკეტინგი შეიძლება იყოს მასობრივი, სასაქონლო-დიფერენცირებული და მიზნობრივი.

მასობრივი მარკეტინგი გულისხმობს ყველა მყიდველისათვის საქონლის მასობრივ წარმოებას განაწილებასა და სტიმულირებას. მაგალითად, თავის დროზე „კოკა-კოლამ" დაამზადა მხოლოდ ერთი სახის საქონელი ბაზრისათვის იმ იმედით, რომ იგი ყველა მყიდველს დააკმაყოფილებდა. ასეთ პირობებში შესაძლებელია წარმოების ხარჯებისა და ფასების შემცირება, ასევე მაქსიმალურად ფართო პოტენციური ბაზრის ფორმირება.

სასაქონლო დიფერენცირებული მარკეტინგის შემთხვევაში ორგანიზაცია ამზადებს სხვადასხვა თვისების, ხარისხის, გაფორმების, დაფასოების მქონე ორი ან მეტი სახის საქონელს. მაგალითად, დღეისათვის ფირმა „კოკა-კოლა" აწარმოებს განსხვავებული ტევადობის უალკოჰოლო სასმელებს. ეს საქონელი მომხმარებელთა მრავალფეროვნების შექმნის მიზნისკენაა მიმართული.

მიზნობრივი მარკეტინგის დროს ორგანიზაცია ახდენს ბაზრის სეგმენტების ურთიერთგამიჯვნას, არჩევს მათ შორის ერთს ან რამდენიმეს და თითოეული მათგანისათვის საქონელსა და მარკეტინგულ პროგრამას აწარმოებს. მაგალითად, ფირმა „კოკა-კოლამ" სპეციალურად შექმნა დიეტური სასმელი „ტაბი" დიაბეტიკებისათვის.

დღეისათვის ფირმები სულ უფრო ფართოდ იყენებენ მიზნობრივ მარკეტინგს, რომელიც მათ საშუალებას აძლევს, სრულად გამოავლინონ მარკეტინგული შესაძლებლობები. ყოველი მიზნობრივი ბაზრის უზრუნველყოფისათვის ფირმას შეუძლია შესაბამისი საქონლის დამზადების ფასების, განაწილების არხებისა და სარეკლამო ღონისძიებების რეგულირება.

მიზნობრივი მარკეტინგი მოითხოვს სამი ძირითადი ღონისძიების გატარებას:

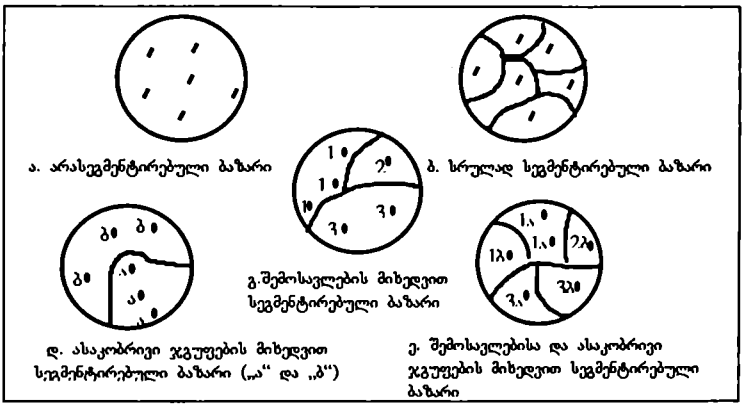
ბაზრის სეგმენტაციას, ანუ ბაზრის დაყოფას მომხმარებელთა ჯგუფების მიხედვით. ორგანიზაცია განსაზღვრავს ბაზრის სეგმენტაციის საშუალებებს და ადგენს მოცემული სეგმენტის პროფილს;

ბაზრის მიზნობრივი სეგმენტის არჩევას, ანუ ბაზრის ერთი ან რამდენიმე სეგმენტის შერჩევას და შეფასებას;

ბაზარზე საქონლის პოზიციონირებას, ანუ ბაზარზე საქონლის კონკურენტუნარიანობის უზრუნველყოფას და მარკეტინგის დეტალური კომპლექსის დამუშავებას.

ნახატი 103

მიზნობრივი მარკეტინგის ძირითადი ეტაპები

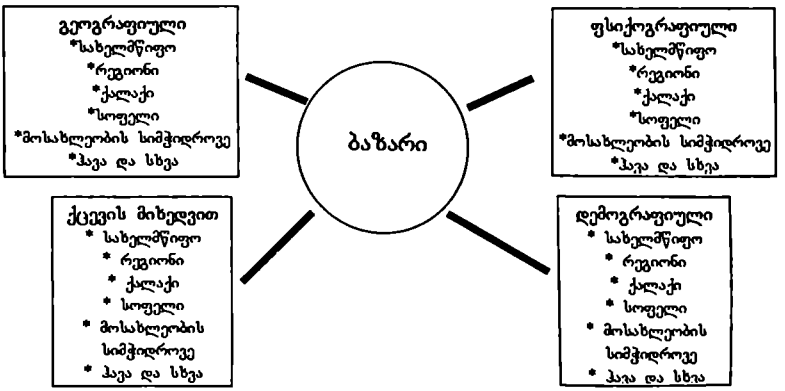


ბაზარი შედგება მყიდველებისაგან, რომლებიც ერთმანეთისაგან განირჩევიან სხვადასხვა პარამეტრით. განსხვავებული შეიძლება იყოს მათი მოთხოვნა, რესურსი, გეოგრაფიული მდებარეობა, მყიდველობითი ქცევა, ჩვევები და სხვა. ყოველი მათგანი შეიძლება გამოყენებული იქნეს ბაზრის სეგმენტაციის საფუძვლად.

ბაზრის სეგმენტაციის ერთიანი მოდელი არ არსებობს. ძირითადად მიღებულია, რომ ბაზრის სეგმენტაცია ჩატარდეს გეოგრაფიული, დემოგრაფიული, ფსიქოგრაფიული და ქცევის მაჩვენებლების მიხედვით.

ნახატი 104

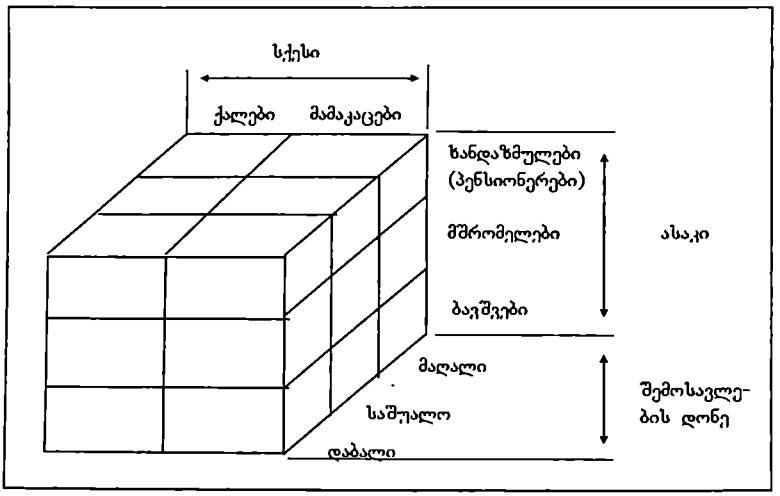
ბაზრის სეგმენტაციის ძირითადები



საქონლის მოხმარების ინტენსივობის მიხედვით ბაზარი შეიძლება დაიყოს პასიურ, ზომიერ, აქტიურ მომხმარებლებად. მყიდველთა ნაკადი შეიძლება დავაჯგუფოთ საქონლის მარკის ერთგულების ნიშნითაც. მაგალითად, მომხმარებელი ერთგულებას იჩენდეს „მარლბოროსადმი", „მერსედესისადმი" და ა.შ. ორგანიზაციამ უნდა განსაზღვროს ერთგული მყიდველი იმისათვის, რომ უკეთ ემსახუროს მას.

ნახატი 105

ბაზრის სეგმენტაცია რამდენიმე ნიშნის მიხედვით



ბაზრის ათვისებისათვის ორგანიზაციამ შეიძლება გამოიყენოს სამი სტრატეგია: არადიფერენცირებული მარკეტინგი, დიფერენცირებული მარკეტინგი და კონცენტრირებული მარკეტინგი.

არადიფერენცირებული მარკეტინგის არსი მდგომარეობს ბაზრის ყველა სეგმენტის ერთიანი მარკეტინგული პროგრამის დამუშავებაში. ამ შემთხვევაში აწარმოებენ ისეთ საქონელს, რომელსაც შეუძლია ყველა სბაზრო სეგმენტის მაქსიმალური დაკმაყოფილება. ამის მაგალითია ფირმა "კოკა-კოლას" სტრატეგია, ერთნაირი გემოსა და ერთი სახის სასმელის შეთავაზება ყველა მყიდველისათვის. არადიფერენცირებული მარკეტინგი ეკონომიურია. ერთეულ პროდუქტზე გაანგარიშებით წარმოებისა და ტრანსპორტირების ხარჯები შედარებით მცირეა. არადიფერენცირებული მარკეტინგის გამოყენების შემთხვევაში ორგანიზაცია საქონელს ძირითადად ქმნის ბაზრის მსხვილი სეგმენტისათვის: როდესაც ასეთ სტრატეგიას სხვა ორგანიზაციაც მიმართავს, მაშინ მათ შორის კონკურენცია მძლავრდება, ხოლო ვიწრო სეგმენტებს მოთხოვნები ნაკლებად კმაყოფილდება.

დიფერენცირებული მარკეტინგი არადიფერენცირებული მარკეტინგის ალტერნატიული ვარიანტია. ორგანიზაცია ერთდროულად მუშაობს ბაზრის ყველა ან რამდენიმე სეგმენტისათვის, იმ განსხვავებით, რომ ყოველი მათგანისათვის მარკეტინგის სპეციალურ პროგრამებს ამუშავებს, სადაც მათ სპეციფიკურ თავისებურებებს მაქსიმალურად ითვალისწინებს. ამგვარი მიდგომა წარმოებას და გასაღების ხარჯებს აღიდებს, მაგრამ დამატებითი ხარჯები გაყიდვებისა და გაზრდით იფარება.

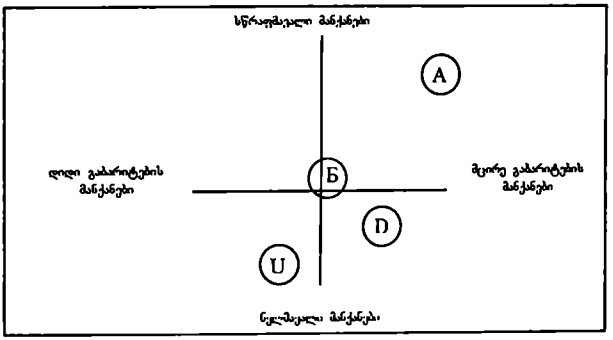
კონცენტრირებული მარკეტინგის სტრატეგიის შემთხვევაში ორგანიზაცია მთელ თავის ყურადღებას ბაზრის ერთ (ზოგჯერ რამდენიმე) სეგმენტს უთმობს. მოცემულ სტრატეგიას ორგანიზაცია იყენებს მაშინ, როცა მისი რესურსები შეზღუდულია, ამასთან, საწარმოო — განათლებითი პოლიტიკის ერთგვაროვნების გამო, ამგვარი ტიპის ხარჯები შედარებით მცირეა, ხოლო ეფექტიანობა სეგმენტის სწორი არჩევის და კარგად დამუშავებული მარკეტინგული პროგრამის შემთხვევაში საკმაოდ

მალალია. კონცენტრირებული მარკეტინგის გამოყენების დროს ორგანიზაცია გამოავლენს ისეთ სამაზრო სეგმენტს, რომლის მოთხოვნები არასაკმარისადაა დაკმაყოფილებული. ამის ნათელი მაგალითია იაპონური კომპანიების საქმიანობა. „ერძოდ, იაპონელმა მწარმოებლებმა დიდი მოგება მიიღეს იმით, რომ შეძლეს ისეთი სამაზრო სეგმენტის შერჩევა, რომლებიც ვერ შეამჩნიეს ან მიატოვეს უცხოურმა კონკურენტებმა. მაგალითად, როცა ჩრდილოეთ ამერიკულმა ფირმებმა მიატოვეს შავ-თეთრი ტელევიზორების წარმოება, იაპონელებმა დაამუშავეს მცირეგაბარიტიანი შავ-თეთრი ტელევიზორები სამზარეულოს, აგარაკისა და სათამაშო ოთახებისათვის.

საქონლის პოზიციონირება. მიზნობრივი სეგმენტის არჩევის შემდეგ ორგანიზაციამ უნდა გაარკვიოს კონკურენტების პოზიცია და შეიმუშაოს საქონლის პოზიციონირების საკუთარი სტრატეგია.

ნახატი 106

ოთხი კონკურენტის საქონლის პოზიციონირების სქემა



დავუშვათ, ფირმამ შეიტყო, რომ მიზნობრივი სეგმენტის მყიდველებს პირველ რიგში აინტერესებთ თოვლში მავალი მანქანების ორი პარამეტრი: ზომა და სიჩქარე. პოტენციური მყიდველებისა და ლიდერების გამოკითხვით შეიძლება დადგინდეს, თუ როგორ აღიქვამენ ისინი კონკურენტების მანქანების პარამეტრებს. გამოკითხვის შედეგები წარმოდგენილია საქონლის პოზიციონირების სქემაზე (იხ.სქემა 42).

A კონკურენტის მანქანებს ისინი თვლიან მცირე გაბარიტისა და სწრაფმავლებად, Б კონკურენტებისას — საშუალო ზომის და საშუალო სიჩქარისად, D კონკურენტებისას — საშუალო ზომის და დაბალი სიჩქარისად, ხოლო U კონკურენტებისას — დიდი გაბარიტების ნელმავლებად.

კონკურენტების მიერ დაკავებული პოზიციების გათვალისწინებით, რომელ ადგილზე უნდა განაცხადოს პრეტენზია ფირმამ? მას ორი შესაძლებელი გზა აქვს.

პირველი — განახორციელოს ერთ-ერთი კონკურენტის ანალოგიური მანქანის წარმოება და დაიწყოს ბაზრის წილისათვის ბრძოლა. ორგანიზაციის ხელმძღვანელობა ამ გზის არჩევისათვის უნდა მიიჩნევდეს, რომ:

1. მას შეუძლია შექმნას კონკურენტების მანქანაზე უკეთესი მანქანა;
2. ბაზრის ტევადობა ორივე კონკურენტისათვის საკმარისია და
3. ორგანიზაცია ფლობს უფრო მეტ რესურსს, ვიდრე მისი კონკურენტები.

მეორე — შეიმუშაოს ისეთი მანქანა, რომელიც ჯერ არ არის ბაზარზე. მაგალითად, დიდი გაბარიტების სწრაფმავალი მოდელი. ამ შემთხვევაში ორგანიზაცია მოიპოვებს იმ მყიდველებს, რომლებსაც ამგვარი ტიპის მანქანის შეძენა სურთ. მაგრამ, სანამ გადაწყვეტილებას მიიღებს, ორგანიზაციის ხელმძღვანელობამ უნდა გაარკვიოს:

1. აქვს თუ არა ახალი მოდელის გამოშვების ტექნიკური შესაძლებლობა;

2. დაგეგმილი ფასის პირობებში ეკონომიურია თუ არა მისი წარმოება;
3. პოტენციურ მყიდველთა რაოდენობა. თუ ამ კითხვებზე დადებითი პასუხია მოსალოდნელი, მაშინ ორგანიზაციამ შეიძლება დაიწყოს ახალი მოდელის მანქანის წარმოება.

დავუშვათ, რომ ხელმძღვანელობის აზრით პოტენციური მოგება იქნება მაღალი, ხოლო რისკი მცირე, თუ ორგანიზაცია დაიწყებს მცირე გაბარიტების სწრაფმავალი მანქანების წარმოებას და კონკურენციას გაუწევს A – მწარმოებელს, ამ შემთხვევაში ორგანიზაციამ აუცილებლად უნდა შეისწავლოს A – კონკურენტის მანქანა და მოძებნოს პოტენციურ მყიდველთა თვალში თავისი წინადადებების განხორციელების შესაძლებლობა. ორგანიზაცია – კონკურენტმა კი პოზიციონერების უზრუნველყოფა შეიძლება საქონლის თვისებების, გაფორმების, ხარისხის, ფასის და სხვა მახასიათებლების მეშვეობით შეძლოს.

საქონლის პოზიციონირების სტრატეგიის გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ ორგანიზაციამ უნდა დაიწყოს მარკეტინგული კომპლექსის დამუშავება. თუ მიღებულია გადაწყვეტილება უკეთესი ღირსებისა და ხარისხის მანქანის წარმოების შესახებ, ორგანიზაციამ უნდა შეიმუშაოს შესაბამისი სამომხმარებლო თვისებებისა და ხარისხის საქონელი, შეარჩიოს საცალო სავაჭრო ქსელი, შექმნას რეკლამა და სხვა.

30.8. 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 მიზნეს-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 ხარჯეფექტიანი 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 მოცულობასთან. ასეთ დანახარჯებს განეკუთვნება – მედიკამენტებზე, მასალებზე, რეაქტივებზე, სამედიცინო პერსონალის დამატებით ანაზღაურებაზე, კვებაზე დახარჯული სახსრები.

ხარჯების დაყოფა მუდმივ და ცვალებად დანახარჯებად ყოველთვის ადვილი განსახორციელებელი როდია. მაგალითად, მედდის 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 მომსახურების 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 გაჩნიათ 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 მით უმეტეს 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 მოდელების 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 მყიდველს. 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, საბოლო 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 ღიად 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, სახელმწიფო 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 მიეღიათ.

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, დებს 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 არა მარტო 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 გამორიცხოს 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.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

ანალიზი ეკონომიკური – *Economic analysis* – ეკონომიკური მოვლენებისა და პროცესების კვლევის მეთოდი. ეკონომიკური ანალიზის მიზანია ეკონომიკური და სოციალური პროცესების, ტენდენციებისა და კანონზომიერების შესწავლა სამეურნეო საქმიანობის ყველა დონეზე.
მისი საშუალებით ხორციელდება პროგნოზირება, დაგეგმვა, ეკონომიკური ობიექტების მართვა და იმ პროცესების შესწავლა, რომელიც ამაღლებს სამეურნეო საქმიანობის ეფექტიანობის დონეს.

ანალიზი მაკროეკონომიკური – *macroeconomic analysis* (იხ. ანალიზი ეკონომიკური) – მოიცავს ქვეყნის ან მსოფლიო ეკონომიკის ცალკეულ დარგებს ან სოციალურ სფეროს.

ანალიზი მიკროეკონომიკური – *microeconomic analysis* (იხ. *ანალიზი ეკონომიკური*) – ცალკეული ობიექტების ან პროცესების საფინანსო-სამეურნეო საქმიანობის (მათ შორის წარმოების მოცულობას, ხარჯებსა და მომგებიანობას) ანალიზი.

ანალიზი პერსპექტიული – *perspective analysis* – მომავალი ეკონომიკური საქმიანობის ანალიზი.

ანალიზი რეტროსპექტიული – *retrospective analysis* – ეკონომიკაში ჩამოყალიბებული ტენდენციების ანალიზი.

ანალიზი სამეურნეო საქმიანობის – *operating analysis (analysis of economical activity)* – სამეურნეო საქმიანობის ეფექტურობის ასამაღლებლად გამოყენებული სამეურნეო რესურსების, საწარმო საქმიანობის შედეგებისა და წარმოების ორგანიზაციული საკითხების შესწავლა და შეფასება. სამეურნეო საქმიანობის ანალიზის პროცესში ხდება წარმოების ეფექტურობაზე მოქმედი ყველა ეკონომიკური და სოციალური ფაქტორის ახსნა და შესწავლა.

კაპიტალური დაბანდება – *capital investment* – ინვესტიციების დაბანდება ისეთ ძირითად საშუალებებში, როგორიცაა მიწა, შენობა, ნაგებობა, პატენტი, ფასიანი ქაღალდები და სხვ.

დებიტორული დავალიანება – *bills receivable* – რეალური ბუღალტრული ანგარიში, რომელიც შეიძლება არ დაიხუროს საანგარიშგებო პერიოდის ბოლოს. ანგარიშის არსებობა განპირობებულია დარიცხვის მეთოდის პრინციპით, რომლის ძალითაც განხორციელებული სამეურნეო ოპერაციების შედეგების აღიარება ხდება მისი განხორციელებისთანავე და არა ფულადი საშუალებების ან მისი ეკვივალენტების მიღების შემდეგ. მათი ჩაწერა საბუღალტრო წიგნებსა და საფინანსო ანგარიშებში ასახავ განეკუთვნება იმ პერიოდს, რომლებსაც ისინი მიეკუთვნება.

დისტრიბუტორი – *istributor* – ორგანიზაცია ან ცალკეული მეწარმე, რომელიც ახორციელებს განსაზღვრული სახის საქონლის საბითუმო შესყიდვას შემდგომი გაყიდვის მიზნით.

მარეგულირებელი დოკუმენტი – *sourse document* – ორგანიზაციის შიგნით ან მის გარეთ შედგენილი დოკუმენტი, რომელიც ასახავს შესრულებული სამეურნეო ოპერაციების შინაარსს ამ ოპერაციების შესაბამისი ფულადი თანხის ჩვენებით.

მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება – *fee-for service* – გადახდის მეთოდი, როდესაც გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულების ანაზღაურება ხდება მომსახურების ყოველი ელემენტის განფასების საფუძველზე.

როგორც წესი, ამ მეთოდის შემოღება იწვევს სამედიცინო დახმარების ღირებულების გაზრდას.

ანგარიშის წარდგენა დარჩენილ თანხაზე – *balance billing* – პაციენტისათვის ანგარიშის წარდგენა თანხის იმ ნაწილის გადახდის მოთხოვნით, რომელიც არ ანაზღაურდება მზღვეველის მიერ.

თანაგადახდა – *co-payment* – სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდის ფორმა, რომლის დროსაც პაციენტმა საკუთარი სახსრებით უნდა დაფაროს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დადგენილი ნაწილი.

ფონდების თავმოყრა – *fundholding* – მეთოდი, რომელიც ითვალისწინებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე განსაზღვრულ ყველა ფინანსური საშუალების (სადაზღვევო, სბიუჯეტო, ადგილობრივი და სხვ.) თავმოყრას ერთიან ფონდში.

ტექნოლოგიური ეფექტურობა – *technical efficiency* – არსებული რესურსების გამოყენების შეფასების ტექნოლოგია, რომელიც მიმართულია დამატებითი რეზერვების გამოყენებაზე საუკეთესო შედეგების მიღების მიზნით.

ხარჯების ანალიზი – *cost analysis* – რესურსების გასაღლისა და მიღებული მოგების შეფასება ფულად ერთეულებში.

საბალანსო ანგარიშგება – *balance billing* – მომწოდებლის მიერ პაციენტისათვის ანგარიშის წარდგენის პრაქტიკა.

ბალანსის აღრიცხვის ფურცელი, ბალანსი – *balance sheet* – დოკუმენტი, რომელიც ასახავს ორგანიზაციის აქტივებისა და ვალდებულებების მოცულობასა და სტრუქტურას.

საბიუჯეტო ბალანსი – *balance sheet budget* – მოსალოდნელი ან არსებული ფინანსური სტატუსი ფისკალური წლის ბოლოს.

ანგარიშგება – *accounting* – მაჩვენებელთა სისტემა, რომელიც ახასიათებს საანგარიშგებო პერიოდში განხორციელებულ სამეურნეო ოპერაციებს და მოვლენებს. დგება მიმდინარე ოპერატიული ინფორმაციის საფუძველზე და განაზოგადებს სამეურნეო აღრიცხვის სამივე სახეს – ბუღალტრულს, სტატისტიკურს და ოპერატიულს. მასში ასახული ინფორმაცია უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს: უნდა იყოს დროული, ობიექტური, ზუსტი და უტყუარი, რამდენადაც ანგარიშგებაში ასახული ინფორმაციის ყოველგვარ გაყალბებას თან სდევს მიღებული ეკონომიკური შედეგების არასწორი შეფასება;

ანგარიშგებაში ასახული მონაცემები უნდა იყოს ნათელი და მისაწვდომი.

ანგარიში – *ccounding* – წერილობითი შეტყობინება ცალკეული სახის სამეურნეო საქმიანობის შესახებ;

მომხმარებლის სახელზე სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის მიერ მომზადებული დოკუმენტი, რომელიც ასაბუთებს მიწოდებული საქონლის ან მომსახურების ღირებულებას;

საბუღალტრო აღრიცხვაში ანგარიში ყველა ბუღალტრული ჩანაწერია, რომელთა საშუალებითაც ხორციელდება კონტროლი ფულადი საშუალებების მოძრაობაზე.

აქციზი – *excise* – არაპირდაპირი გადასახადი, უპირატესად მასობრივი მოხმარების საქონელსა ან გაწეულ მომსახურებაზე. აქციზი აისახება საქონლის ფასში ან გაწეული მომსახურების ტარიფში.

ბალანსი – *Balance* – ურთიერთდაკავშირებულ მაჩვენებელთა სისტემა, რომელიც ახასიათებს გარკვეული სახის ეკონომიკურ მოვლენას მისი ცალკეული მხარეების შეწონასწორების გზით; შემოსავალ-გასავლის შეფარდებითი ჯამი.

ბალანსი ბუღალტრული – *Accounding balance sheet* – ბუღალტრული აღრიცხვის დოკუმენტი, რომელიც განაზოგადებს და ახასიათებს სამეურნეო საშუალებებსა და მათი ფორმირების წყაროებს ფულად გამოსახულებაში კონკრეტული თარიღისათვის.

ბალანსში აუცილებლად უნდა აისახოს შემდეგი მუხლების შესაბამისი თანხები: ძირითადი საშუალებები; არამატერიალური აქტივები; ფინანსური აქტივები; ინვესტიციები; სასაქონლო-მატერიალური ფასეულობები; სავაჭრო და სხვა მოთხოვნები; ფულადი სახსრები და მათი ეკვივალენტები; სავაჭრო და სხვა ვალდებულებები; საგადასახადო ვალდებულებები და აქტივები; ანარიცხები; გრძელვადიანი პროცენტული ვალდებულებები; უმცირესობის წილი; გამოშვებული საკუთარი კაპიტალი და რეზერვები. სამეურნეო საშუალებების, აღებული ვალდებულებებისა და კაპიტალის (პასივების) თანაფარდობა გამოიხატება შემდეგი ტოლობით: საშუალებები = ვალდებულება + კაპიტალი.

ბალანსი ბრუტო – *gross (brutto) balance* – ბალანსის აქტივის მთლიანი ღირებულება.

ბალანსი ნეტო (სუფთა) – *net balance, netto* – ბალანსის აქტივის ღირებულება ვალდებულების ღირებულების გამოკლებით.

ბენეფიციარი – *beneficiare* – პირი, რომლისთვისაცაა განკუთვნილი ფულადი გადასახდელი; ფულის მიმღები.

ბიზნესი – *business* – სამეწარმეო საქმიანობა;

ეკონომიკური საქმიანობა, რომელიც ხორციელდება საკუთარი ან ნასესხები საშუალებებით გარკვეული რისკისა და პასუხისმგებლობის საფუძველზე.

საქმიანობა, რომლის მთავარი მიზანია მოგების მიღება და საკუთარი საქმის გაფართოება.

ბიზნეს-გეგმა – *business plan* – გარკვეული სახის ეკონომიკური საქმიანობის განსახორციელებლად და მის დასაფინანსებლად შედგენილი შიგასაწარმოო დოკუმენტი, რომელიც მოიცავს განსახორციელებული საქმიანობის ძირითად ასპექტებს, წარმოშობილი პრობლემის ანალიზს, ამ პრობლემების გადაჭრისათვის საჭირო მეთოდებს, მაჩვენებლებს და – ინდიკატორებს, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელია საქმის რეალური მდგომარეობის მიმდინარე შესწავლა.

ბიზნეს-გეგმის სტრუქტურა მოიცავს დასკვნას, სადაც დასაბუთებულია მოცემული პროექტის უპირატესობა და მისი რეალიზაციით მისაღები საფინანსო შედეგი, კონფიდენციალურ მემორანდუმს, წარმოების ან დარგის დახასიათებას.

ბიზნეს-გეგმის ძირითადი ნაწილი შედგება შემდეგი განყოფილებებისაგან: საქონლის (მომსახურების) აღწერა, რისთვისაც შეიქმნა ეს პროექტი, იმ ფაქტორების ჩვენებით, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მისი კონკურენტუნარიანობა; განისაზღვრება ბაზარი, სადაც უნდა განხორციელდეს პროდუქციის რეალიზაცია, წარმოების მოცულობა და შესაძლო ფასები; ინფორმაცია შესაძლო კონკურენტებზე, მათ მიერ წარმოებული საქონლის ხარისხისა და ფასების შესწავლით, მარკეტინგის ძირითადი ელემენტები (საქონლის გავრცელების სქემა, ფასწარმოქმნა, გაყიდვის სტიმულირებისთვის საჭირო მეთოდები და ა.შ.); საქონლის (მომსახურების) წარმოების გეგმა საწარმოო კავშირების, პროდუქციის ხარისხზე კონტროლისა და წარმოების შესაძლო დანახარჯების გათვალისწინებით; მთელი და მომუშავე პერსონალის ორგანიზაცია; იურიდიული გეგმა, რომელიც განსაზღვრავს პროექტის ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმას; რისკის შეფასება და პროგნოზირება; საფინანსო გეგმა, რომელიც განაზოგადებს პროექტის ყველა მონაცემის სიდიდეს ღირებულებით გამოსახულებაში; დაფინანსების სტრატეგია, მოიცავს ინფორმაციას ფულადი საშუალების მიღების შესახებ, დასაბრუნებული საშუალებების უკან მიღების მოსალოდნელ დროს, ინვესტორების მიერ დივიდენდების მიღებას.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- ბაზრის ადგილი და როლი ჯანდაცვის სისტემაში
- მარკეტინგის ძირითადი კონცეფციები და საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო სერვისების მიწოდების პრობლემა
- სოციალური მარკეტინგის კონცეფცია და პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელება საქართველოში
- სამედიცინო ბაზრის ძირითადი მახასიათებლები
- ბაზრის სეგმენტაცის როლი
- სამედიცინო ბაზრის დაგეგმვა და რეგულირება რეგიონის მასშტაბით

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა, ო.ჯასაძე, დ.ვესტი, ჯანდაცვის მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის. თბილისი, 2002
- რ.ჯავახიშვილი, ნ.ოქრუაშვილი. მარკეტინგის საფუძვლები, თბილისი, 2005
- ფ.კოტლერი, მარკეტინგის საფუძვლები, თბილისი. 2007
- Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997
- Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001

თავი 31

ფასი და ფასწარმოქმნა ჯანდაცვის სისტემაში

ოცდამეთერთმეტე თავის შინაარსი

31.1. შესავალი
31.2 ფასების კლასიფიკაცია
31.3 ფასის გათვლის საერთო სქემა
31.4. საქონლის (მომსახურების) ფასი და ფასწარმოქმნის პოლიტიკა
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- *გაეცნობა ფასების რეგულირების თავისებურებებს*
- *გაეცნობა ფასწარმოქმნის პოლიტიკის ძირითად მიმართულებებს*
- *გაეცნობა ფასის გათვლის მეთოდიკას*
- *გამოითვლის სამედიცინო სერვისების ფასს დამოუკიდებლად კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე*

31.1 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 დონეს.

ფასის გაელენა ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ეკონომიკურ პროცესებზე მისი სხვადასხვაგვარი ფუნქციის მეშვეობით ელინდება, 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;
- საღრიცხვო – 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 დონე მწარმოებელს ცხოვრების ეკონომიურად წარმოების სტიმულს აძლევს;
- გადამანაწილებელი – ფასების ცვალებადობა სხვადასხვა სახის საქონელზე ან მომსახურებაზე ხელს უწყობს შემოსავლების გადანაწილებას ეკონომიკის სექტორებსა და დარგის შიგნით მომხმარებელთა ჯგუფებს შორის.

31.2 ფასების კლასიფიკაცია

სამომხმარებლო მოთხოვნა მწარმოებელთა შორის ფასების კონკურენციას უწყობს ხელს. აქედან გამომდინარეობს გადახდისუნარიან მოთხოვნაზე მარკეტინგული გამოკვლევების ჩატარებაში სამედიცინო ორგანიზაციების დაინტერესება. აშკარაა, 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 მოსალოდნელ სარგებლიანობას უფარდებს მწარმოებლის მიერ შეთავაზებულ ფასს, ხშირად 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 შეაფასონ 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, სავალდებული 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 არახელსაყრელ 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.

საკალდებული 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, თუ მოწოდებულ მომსახურებას ანალოგი არ გააჩნია, ან თუ მოკლე დროში ჩასატარებელია გამოხატულად განსხვავებული გარკვეული მუშაობა (მაგალითად, ქირურგიული ბრიგადის შრომის ანაზღაურება საველე 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 დოტაციის მეშვეობით.

განასხვავებენ აგრეთვე მყარ, მოძრავ და მცოცავ ფასებს. ისინი წარმოადგენენ ფასთა ქცევისა და დროის გარკვეულ პერიოდში მათი ცვლილებების პერიოდულობის მახასიათებლებს.

მყარი ფასები დგინდება მოლაპარაკებაზე ხელშეწერის მომენტში და არ იცვლება მისი მოქმედების მთელი პერიოდის განმავლობაში. 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 გადასრულებას.

მცოცავი ფასი წარმოადგენს ხელშეკრულების შესრულების პროცესში საწყისი ფასის გადასინჯვის საფუძველზე დადგენილ ფასს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეზე გაწეული ხარჯების ფარსებითი ცვლილებებით შეიძლება იყოს განპირობებული.

ფასების შესახებ ინფორმაციის მოპოვების ხელმისაწვდომობის მიხედვით განასხვავებენ 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.

30.3 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:

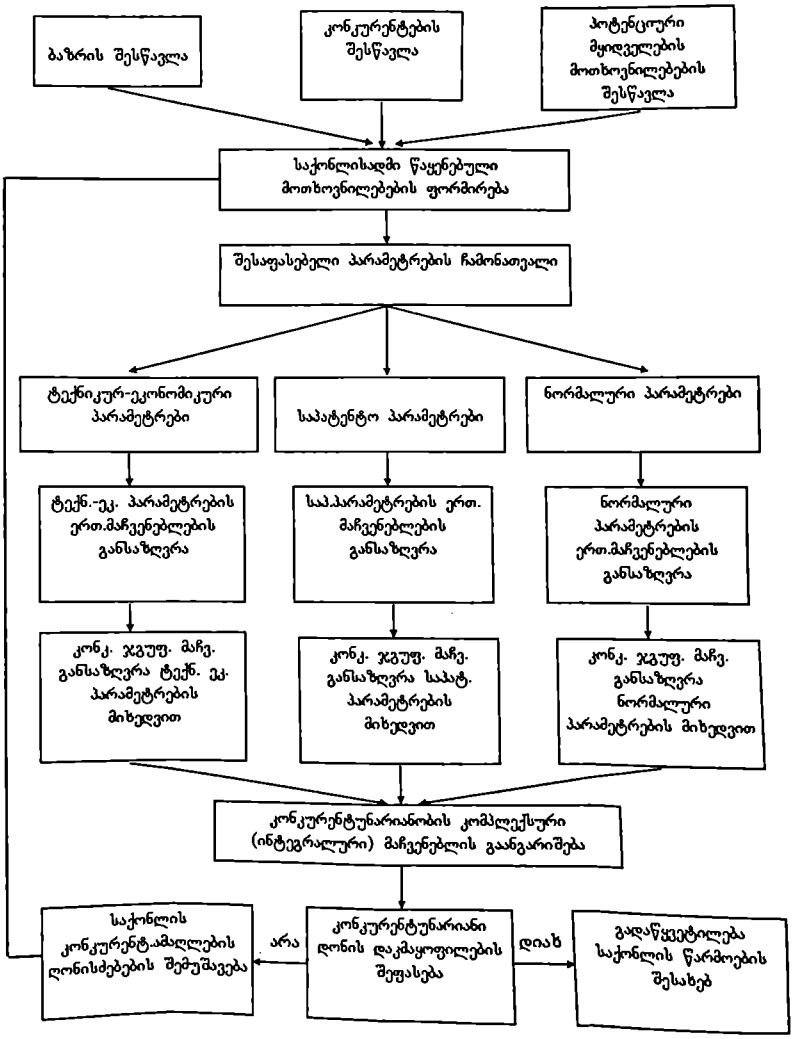
1. ფასწარმოქმნის მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა. ფასი პირდაპირ ზემოქმედებას ახდენს სამედიცინო დაწესებულების შემოსავალზე, საქმიანობის სტრუქტურასა და მუშაობის მეთოდზე. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ფასწარმოქმნის მიზნებისა და ამოცანების მკაფიოდ განსაზღვრა მნიშვნელოვნად განაპირობებს ფასის დადგენის სისწორეს.

2. მოთხოვნის დონის შეფასება. ფასი და მოთხოვნა გარკვეულ დამოკიდებულებაში იმყოფებიან ერთმანეთთან, რის გამიც 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 საბულალტრო 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.

ნახატი 107

საქონლის კონკურენტუნარიანობის შეფასების სქემა



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 სწორად 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 გაელენას ახდენს ფასის დონეზე, რის ვამოც. 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 გადასახადს. ფასის სტრუქტურის ანალიზის საფუძველზე დგინდება, თუ რა წილი უკავია მომსახურების ფასში თვითღირებულებას, მოგებასა და გადასახადს, სად არის თვითღირებულების შემცირების რეზერვები, რაც ხელს უწყობს საბოლოო ფასის დასაბუთებას.

31.4. საქონლის (მომსახურების) ფასი და ფასწარმოქმნის პოლიტიკა

მწარმოებლის საფასო პოლიტიკა ბაზრის ტიპზეა დამოკიდებული. პრაქტიკაში გამოყოფენ საბაზრო კონკურენციის ოთხ ტიპს, რომლებიც ფასწარმოქმნის სფეროში თავიანთ პრობლემებს ქმნიან. ესენია:

წმინდა კონკურენციის ბაზარი — გამყიდველებისა და მყიდველების ისეთი ბაზარია, სადაც მსგავს საქონლო პროდუქტზე გარიგება წარმოებს სიტუაციაში, რომელზედაც ვერც მყიდველი და ვერც გამყიდველი მიმდინარე ფასების დონეზე გავლენას ვერ ახდენ.

მონოპოლიური კონკურენციის ბაზარი შედგება მრავალი მყიდველისა და გამყიდველისაგან, რომლებიც ერთმანეთში გარიგებას აწარმოებენ არა ერთიანი საბაზრო ფასით, არამედ ფასების ფართო დიაპაზონით.

ოლიგოპოლიური ბაზარი შედგება გამყიდველთა (მწარმოებელთა) მცირე რაოდენობისაგან, რომლებიც მეტად მგრძნობიარე არიან ფასწარმოქმნის პოლიტიკისა და ერთმანეთის მიმართ. ვაჭრობენ დიდი რაოდენობით მყიდველებთან.

წმინდა მონოპოლიის ბაზარზე მხოლოდ ერთი მწარმოებელია, რომელიც კარნახობს თავის ფასს მყიდველს.

პატენტით დაცული ახალი საქონლის ბაზარზე დანერგვის ეტაპისათვის ორგანიზაცია ფასის დადგენისას იყენებს „ნაღების მოხსნის" ან „გარღვევის" სტრატეგიას.

„ნაღების მოხსნის" სტრატეგიას ამოცანა მდგომარეობს იმაში, რომ ორგანიზაციები ახალ საქონელზე მაღალ ფასებს აწესებენ. მას შემდეგ, რაც მყიდველთა პირველი რეაქცია ჩაცხრება, ორგანიზაცია ამცირებს ფასს და ბაზრის ახალ სეგმენტს იკავებს. აღნიშნულის შედეგად ორგანიზაციები თანდათანობით, ეტაპობრივად მოგების ამოღებას აღწევენ.

ამ სტრატეგიას აზრი აქვს იმ შემთხვევაში, თუ:

1. მყიდველთა რაოდენობა საკმარისია, ე.ი. არის მოთხოვნა;
2. წარმოების ხარჯები არაა მაღალი;
3. მაღალი საწყისი ფასი ახალ კონკურენტებს არ მიიზიდავს;
4. მაღალი ფასი საქონლის მაღალი ხარისხითაა განმტკიცებული.

ცხრილი 74

საქონლის ფასისა და ხარისხის მიხედვით მარკეტინგის სტრატეგიები

	ფ ა ს ი		
	მაღალი	საშუალო	დაბალი
მაღალი	1. პრემიალური ფასნამატის სტრატეგია	2. ბაზარზე გარღვევის სტრატეგია	3. მაღალი საფასო მნიშვნელობის სტრატეგია
საშუალო	4. ამაღლებული ფასის სტრატეგია	5. საშუალო დონის სტრატეგია	6. კეთილხარისხოვნობის სტრატეგია
დაბალი	7. გაქურდვის სტრატეგია	8. მოჩვენებითი ელვარების სტრატეგია	9. დაბალი საფასო მნიშვნელობის სტრატეგია

„ჭარბევის“ სტრატეგიის მომხრე ორგანიზაციები ახალ საქონელზე დაბალ ფასს აწესებენ იმ იმედით, რომ ბაზრის მნიშვნელოვან ხვედრით წილს დაიკავებენ. იმავდროულად დაბალი უასების დაწესება ხელს უწყობს:

1. ბაზრის ხვედრითი წილის გადიდებას;
2. წარმოების ზრდის შედეგად ერთეულ პროდუქციაზე ხარჯების შემცირებას;
3. არსებული და პოტენციური კონკურენტების შემცირებას.

ორგანიზაცია, რომელიც ახალი საქონელ-იმიტატორის დამუშავებას ცდილობს, მისი პოზიციონირების პრობლემებს აწყდება. მან უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება ახალი საქონლის ხარისხისა და ფასის მაჩვენებლების მიხედვით პოზიციონირების შესახებ.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

კრედიტი – *credit* – სესხად გაცემული ფულადი საშუალებები ან საქონელი, რომელიც ექვემდებარება უკან დაბრუნებას გარკვეული საპროცენტო ანაზღაურებით. კრედიტის შედეგად წარმოიშობა ეკონომიკური ურთიერთობები კრედიტორსა და მსესხებელს შორის.

ნარჩენი ღირებულება – *residual value* – ამორტიზებული აქტივის ღირებულება იმ თანხის გამოკლებით, რომელიც რჩება ამ საშუალებათა შესაძლო ჩამოწერის შემდეგ, უწოდებენ სალიკვიდაციო ღირებულებასაც.

საბალანსო ღირებულება – *balance value* – თანხა, რომლითაც აქტივი აისახება ბალანსში დაგროვილი ცვეთის თანხის გამოკლებით.

გადახდა – *charge* – გაწეული დახმარების ფინანსური ანგარიშსწორების პროცესი.

თვითღირებულება – *prime cost* – საქონლის წარმოებასთან და მის რეალიზაციასთან დაკავშირებული მიმდინარე ხარჯების ერთობლიობა, გამოსახული ფულად ფორმაში. თვითღირებულება მოიცავს დანახარჯებს შრომის ანაზღაურებაზე, ნედლეულსა და მასალაზე, საამორტიზაციო დანახარჯებს და ა.შ. თვითღირებულებაში შემავალი ხარჯების განაზღვრა ხორციელდება კანონმდებლობის საფუძველზე.

კონსიგნაცია – *consignment* – მყიდველის ვალდებულება, მიღებული საქონელი გაყიდოს საქონლის მომწოდებლის სახელით.

საბიუჯეტო კონტროლი – *budgetary control* – ფისკალური ზომა, მიმართული მიღებული თანხების გამოყენებისა და დანახარჯების შესაბამისობის უზრუნველყოფაზე.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- ფასების კლასიფიკაციის გამოყენების თავისებურებები ჯანდაცვის სისტემაში
- რამდენად მისაღებია ფასის გათვლის საერთო სქემა ჯანდაცვის სერვისების გათვლის პროცესში?
- რამდენად საჭიროა სახელმწიფოს ჩარევა სამედიცინო სერვისების ფასწარმოქმნის პოლიტიკის საქმეში?
- ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვა და სამედიცინო სერვისების ფასი

დამატებითი ლიტერატურა

- გ. მანკიუ, ეკონომიკის საფუძვლები. თბილისი, „დიოგენე“, 2005
- თ. ვერულავა, ჯანდაცვის ეკონომიკა, თბილისი, 2003
- მ. მურჯიკნელი, ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ფინანსური პრობლემები გარდამავალი პერიოდის საქართველოში, თბილისი, 2004
- ო.გერზმავა, ო.ვასაძე, დ.ვესტი, ჯანდაცვის მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის. თბილისი, 2002
- რ.ჯავახიშვილი, ნ.ოქრუაშვილი, მარკეტინგის საფუძვლები, თბილისი. 2005
- ფ.კოტლერი, მარკეტინგის საფუძვლები, თბილისი. 2007
- Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997
- Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001

თავი 32

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები

ოცდამეთორმეტე თავის შინაარსი

32.1. შესავალი
32.2. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითადი გზები
32.3. დაზღვევა
32.4. სახელმწიფო პროგრამების ჩამონათვალი
დამატებითი ტერმინები და განმარტებები
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითად გზებს
- გაეცნობა დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების მოკლე ისტორიას
- გაეცნობა სამედიცინო დაზღვევის სისტემის მოქმედების ძირითად მიმართულებებს
- გაეცნობა საქართველოში მოქმედი სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მოქმედების თავისებურებებს

32.1 შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი მჭიდროდაა დამოკიდებული 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 მაღალ-კვალიფიციური სამედიცინო კადრების მომზადებაზე, არსებული ფინანსური რესურსების სწორ განაწილებაზე.

- **გამჭვირვალობა** – ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება უნდა იყოს გამჭვირვალე არა მარტო მმართველობის ორგანოებისათვის, არამედ მთლიანად მოსახლეობისათვის, რომელმაც უნდა იცოდეს, სად, რადის, რატომ და რა რაოდენობით დახარჯა 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.) მუშაობის 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.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული ხარჯები ძირითადად განიხილება მიკრო და მაკრო დონეზე. მიკრო დონე მოიცავს საზოგადოების წევრების (ცალკეული ინდივიდებისის) ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ხოლო მაკრო დონე განიხილება ქვეყნის ან რეგიონის მთლიანი შიდა პროდუქტის წილი, გამოყოფილი ერთ სულ მოსახლეზე. ჯანდაცვის მოსალოდნელი ხარჯები მკვეთრად განსხვავებულია, ინდივიდუალურ ხასიათს ატარებს, და დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე, მაშინ როცა სახელმწიფო დონეზე (მაკროდონეზე) გადაწყვეტილების მიღება, თუ ბიუჯეტიდან რამდენი უნდა დაიხარჯოს ჯანდაცვის სექტორზე, უფრო ფართო მაშტაბის ხასიათს ატარებს (ცხრილი 75).

ცხრილი 75

ჯანდაცვის ხარჯებზე მოქმედი მთავარი ფაქტორები

მიკრო-დონე	ინდივიდუალური ჯანმრთელობის მდგომარეობა	ინდივიდუალურ დონეზე სხვადასხვა ჯანდაცვის ხარჯები ძირითადად დაკავშირებულია თითოეული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მიუხედავად იმისა, ავად არის თუ არა ეს პირი.
მაკრო-დონე	ერთ სულზე	სხვადასხვა ქვეყნებში თითოეულ პირზე გაწეული ჯანდაცვითი ხარჯები დაკავშირებულია ქვეყნის შემოსავლების განსხვავებულ დონეზე.

განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე საკმაოდ დიდი თანხები იხარჯება, შესაბამისად ამ ქვეყნების მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა შედარებით მაღალია. ამასთან, მაღალ შემოსავლებთან მრავალი ფაქტორია დაკავშირებული, რომელიც ზრდის დანახარჯებს (მაგალითად, კორონარული შუნტირების ღირებულება დაახლოებით 3000%-ით უფრო მაღალია დიარეის, 900%-ით მალარიის მკურნალობასთან შედარებით). ამასთან დაკავშირებით სერიოზულ პრობლემად რჩება იმის გარკვევა, თუ დაფინანსების რომელი მოდელი იქნება უფრო შესაფერისი კონკრეტული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისათვის.

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 დამფინანსებელი გაწეულ ხარჯებს გადასახადების ან სადაზღვევო შესატანების გზით ისევ მოსახლეობისაგან იღებს.

32.2. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითადი გზები

სხვადასხვა ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები 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 გამორიცხავს. 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 არა მარტო 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 უნდის 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 გადაძხდელუხარიახობაზე გაცილებით ძეტი ვალდებულებების აღება, რის გამოც, ამ სისტემაშიც მოქალაქე ხშირად იძულებულია, სამედიცინო მომსახურების საფასური არაფორმალურად აანაზღაუროს.

დაფინანსების საბიუჯეტო სისტემის ნაკლოვანებებია:

- მართვის ბიუროკრატული, 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 სისტემაა 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.

ნებაყოფლობითი 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 ახასიათებს იგივე ნაკლოვანებები, რაც საერთოდ დაფინანსების კერძო სისტემას. ხშირად 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 ნებაყოფლობითია 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 ხვდება 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 ვანპირობებულია 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 დომინირებს 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.

32.3. 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 ურთიერთდახმარებისა 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. **სავალდებული დაზღვევა** არის სახელმწიფოს მიერ შექმნილი სამართლებრივ, ეკონომიკურ და ორგანიზაციულ ღონისძიებათა სისტემა, მიმართული სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ დაზღვეულ პირთა ზარალის ასანაზღაურებლად. სავალდებული 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 სალაროები 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 ლოიდის 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 განკარგულებელი - 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, ვინაიდან 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 76

საავადებულო 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 საავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა დღეს მრავალ ქვეყანაში მოქმედებს (ცხრილი 76), მოსახლეობისათვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებისა და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარების ღირებულების დაფარვას მხოლოდ ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნები ახერხებენ.

გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში (მათ შორის საქართველოშიც), რომლებიც საავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემაზე კომუნისტური 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.) სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას. მოსახლეობის სხვა ჯგუფებისათვის შემოღებულია ე.წ. თანაგადახდის პრინციპი, რომლის დროსაც სამედიცინო დაზღვევა ფარავს ხარჯების მხოლოდ ნაწილს.

ზოგიერთ ქვეყანაში, თუ პაციენტი თავისი ნებით მიმართავს 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 დაზღვიონ 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, რომლებიც 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 კარემოება, რომ ადამიანების უმეტესობა ოპტიმალუტად 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 განდეს ავად და დასჭირდეს ძვირადღირებული მკურნალობა ან დადგება დრო, როდესაც მას მოუწევს პენსიაზე გასვლა). ამიტომ, სახელმწიფოს უხდება ისეთი ზომების გატარება, რომლებიც ხელს უწყობენ 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 ხვედრითი 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, დაუფინანსოს ქრონიკულ ავადმყოფთა (რომელთა შორის ასაკობრივ პირთა ხვედრითი 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 ობერბისმარკი, 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 შემდეგნო თაობა საჭიროების შემთხვევაში იმავეს გააკეთებს მის მიმართ. ასეთი სისტემის მოქმედება მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეყნის პოლიტიკურ და ეკონომიკურ სტაბილურობასთან, ყოველი მოქალაქის პირად პასუხიმგებლობასთან საკუთარი თავისა და საზოგადოების წინაშე.

საკალდებულო სოციალური დაზღვევის ე.წ. **ბისმარკის მოდელის** გარდა, რომელიც ითვალისწინებს აუცილებელი შესატანების გადახდას დაქირავებულისა და დამქირავებლის 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 შეეიცარიაში ჯერ კიდევ 1930 წელს დანერგა, 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.

ჯანდაცვის სისტემების დაფინანსების მოდელები

მოდელის ტიპი	ძირითადი მახასიათებლები	ქვეყნები
ბისმარკის (სოციალური დაზღვევის) მოდელი 1883	შემოსავლებიდან მიღებულ გადასახადებზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა. სახელმწიფოს როლი მინიმალური	გერმანია, ბელგია, საფრანგეთი, ნიდერლანდები
სემაშკოს მოდელი 1918	ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა სახელმწიფო დაფინანსებით	ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები
ბევერიჯის მოდელი 1947	ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა სახელმწიფო დაფინანსებით, კერძო დაზღვევისა და მომსახურების მეტი შესაძლებლობა	დიდი ბრიტანეთი, შვედეთი, ფინეთი ნორვეგია,
ამერიკული მოდელი 1960-იანი წლები	შერეული ფორმა, სახელმწიფოს როლი სისტემის დაფინანსებაში მინიმალურია	აშშ

სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის დაფინანსება კი, ძირითადად, ხორციელდება სახელმწიფო ბიუჯეტში აკუმილირებული 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.

32.4. ჯანდაცვის სისტემის 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 პროგრამების 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 გახადა 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 ბიუჯეტებიდან 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.

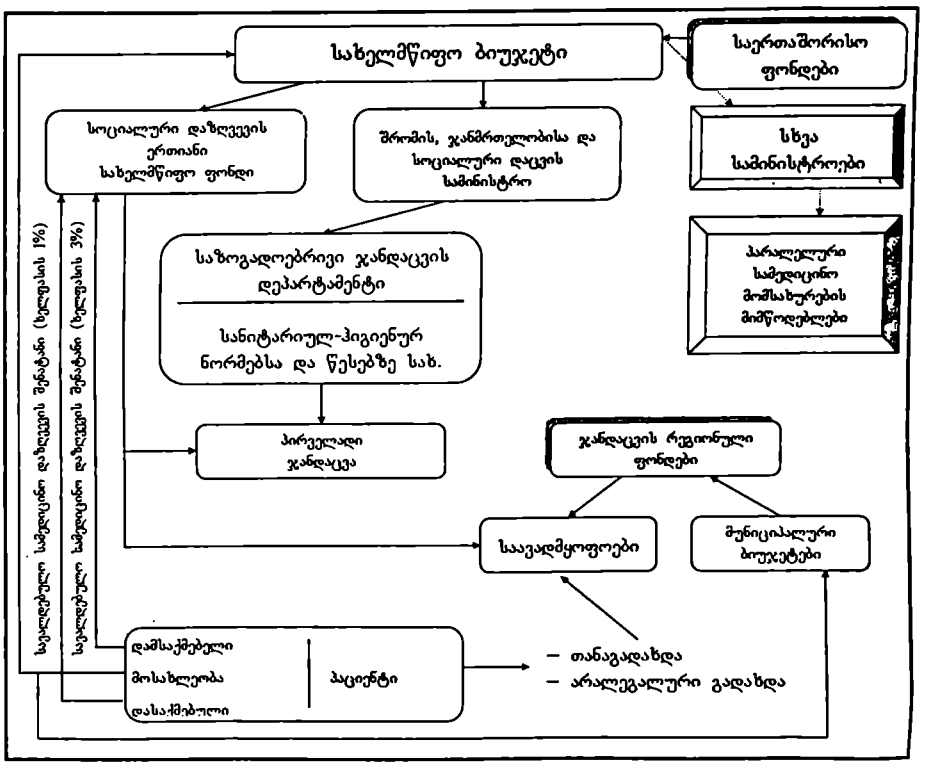
სამედიცინო მომსახურების იმ ნაწილს, რომელიც არ შედის საბაზისო პაკეტში, მოსახლეობა ფარავს ოფიციალური თანაგადახდის სახით. ამის გარდა, არსებობს არაფორმალური გადასახადები, რომლებსაც მოსახლეობა ასევე საკუთარი ჯიბიდან იხდის.

უწყებრივ დაქვემდებარებაში (თავდაცვის, შინაგან საქმეთა სამინისტროები) მყოფ სამედიცინო დაწესებულებებს აფინანსებენ შესაბამისი სამსახურები ფინანსთა სამინისტროდან მიღებული თანხების მეშვეობით (ნახატი 108).

დაფინანსების 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.

ნახატი 108

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების სქემა



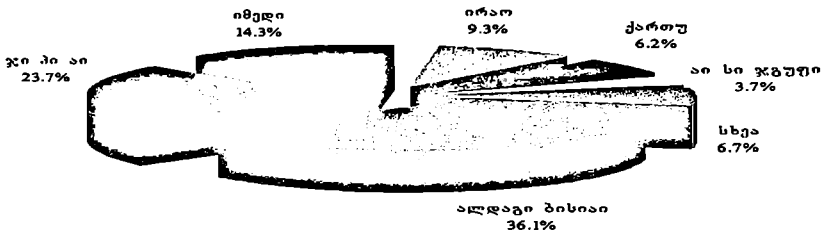
ქვეყნის რეალური ფინანსური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, ბაზისური პაკეტის მოცულობა შეზღუდულია. სახელმწიფო ფარავს სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ 15-20%

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.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგებია, რომ ქვეყანაში აუთვისებელია ბაზრის საკმარისად დიდი სეგმენტი, რაც კერძო სადაზღვევო კომპანიების დიდ ინტერესს იწვევს. ამჟამად სამედიცინო დაზღვევას ახორციელებს რამდენიმე მსხვილი სადაზღვევო კომპანია, რომელთა ნაწილი სხვა სადაზღვევო საქმიანობასაც ახორციელებს. მიახლოებული მონაცემებით ჯანმრთელობა დაზღვეული აქვს (სხვადასხვა სადაზღვევო პაკეტის გამოყენებით) საქართველოს მოსახლეობის მხოლოდ 8%-ს, რაც, თავისთავად ზრდის ბიზნესმენთა დაინტერესებას ამ სფეროში ინვესტიციების ჩადების კუთხით.

ნახატი 109

კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის სეგმენტაცია საქართველოში (2006 წ.)



საქართველოში განხორციელებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებისათვის გროვდება შედარებით მწირი სახსრები (რომელიც ჩვენს ქვეყანაში შეივსება როგორც სახელმწიფო (სავალდებულო) დაზღვევით, ასევე ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხებით), პროგრამული დაფინანსების შემოღება შესაძლებლობას იძლევა განხორციელდეს ის აუცილებელი სამუშაოები, რომელნიც მიმართულია პირველ რიგში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად. თავისთავად, ეს თავის ასახვას ჰპოვებს მოქალაქეთა ინდივიდუალური ჯანმრთელობის მაჩვენებლებშიდაც.

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, ჰემორაგიული კონტა–გიოზური ჟარუსული 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, ფსიქიურ 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 ადგილნაცვალი 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 საკალდებულო 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, ჰომოსექსუალთა, 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.

მალარიის კონტროლისა და პროფილაქტიკის პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მალარიის ადგილობრივი კერების ელიმინაცია და მალარიის აფეთქების თავიდან აცილება პროფილაქტიკისა და კონტროლის გაძლიერების გზით.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- მალარიის 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.

„სხვა“ ჯანდაცვითი სახელმწიფო 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 შესაბამისი 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 სამუშაოების 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 დარგის 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 დაზღვევის 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 დინამიური მეთვალყურეობა;

ფთიზიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის ტუბერკულოზით აავადობის, სიკვდილობის, ინფექციის გავრცელების შემცირება.

პროგრამით გათვალისწინებულია:

- ტუბერკულოზზე ეჭვმიტანილთა 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 მედიცინო 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 ძიმსახურებით 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;
- ეპიდაფეთქებების 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.

ორგანოთა 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.

დამატებითი ტერმინები და განმარტებები

სამედიცინო დაზღვევა – *health insurance* – მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური გარანტია, რომლის მიზანია სადაზღვევო შენატანებისა და აკუმულირებული ფულადი სახსრების მეშვეობით სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა – *obligatory health insurance* – სოლიდარობის პრინციპით მოქმედი დაზღვევის ფორმა, რომლის დროსაც ფიზიკურ და/ან იურიდიულ პირს კანონი ავალდებულებს გაერთიანოს ფულადი სახსრები განსაზღვრული სადაზღვევო რისკის საფასურის დასაფარავად.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა – voluntary health – დაზღვევის ფორმა, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, სათანადო წესით რეგლამენტირებული პროგრამის ფარგლებში.

სამედიცინო დაზღვევის ობიექტი – სადაზღვევო რისკი, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსალოდნელ დანახარჯებთან.

სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტები – პირობითი სამკუთხედი რომლის შემადგენლობაში შედიან:

- ***დაზღვეული*** – Insure – ცალკეული პირი ან ადამიანთა ჯგუფი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა;
- ***დამზღვევი*** – Insured – დამქირავებელი, სახელმწიფო, ვინც იხდის სადაზღვევო შესატანს დაზღვეულის სასარგებლოდ;
- ***მზღვეველი*** – Insurer – სადაზღვევო ორგანიზაცია, რომელსაც აქვს სამედიცინო დაზღვევის ლიცენზია.

სამედიცინო დაზღვევის ხელშეკრულება – სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტებს შორის დადებული შეთანხმება, რომლის ყველა პუნქტის შესრულება სავალდებულოა ხელშეკრულების ყველა მონაწილისათვის.

სამედიცინო დაზღვევის პოლისი – სამედიცინო დაზღვევის პროგრამებით სარგებლობის დამადასტურებელი დოკუმენტი, რომლის მოქმედების სფერო განისაზღვრება შესაბამისი სამედიცინო დაზღვევის ხელშეკრულებით.

სამედიცინო სადაზღვევო გეგმა – *health plan* – სადაზღვევო მომსახურების გარკვეული პირობები, შეთავაზებული ცალკეული მყიდველის საჭიროების გათვალისწინებით.

კერძო სამედიცინო დაზღვევა – *private health insurance* – კერძოდ ჩამოყალიბებული სამედიცინო სადაზღვევო სტრუქტურა, რომელიც დაფუძნებულია ინდივიდუალურ რისკზე. ასეთი სახის დაზღვევა მუშაობს მოგებაზე, ფარავს სამედიცინო ხარჯებს სრულად ან ავსებს სახელმწიფოს ვალდებულებას სამედიცინო მომსახურების სფეროში.

ერთობლივი დაზღვევა – *co -insurance* – სამედიცინო დაზღვევის ფორმა, რომლის დროსაც დაზღვეული იხდის მომსახურების ღირებულების გარკვეულ ნაწილს (ე.წ. თანაგადახდის პრინციპით).

დაზღვეული პირი – *insured person, covered person* – მოქალაქე, რომელზედაც ვრცელდება დაზღვევა (იგი შეყვანილია სათანადო სარეგისტრაციო სისტემაში, რის საფუძველზე იგი იხდის სადაზღვევო შესატანს და სარგებლობს სადაზღვევო პოლისით).

საბაზისო სამედიცინო დახმარების პაკეტი – *basic health services* – მეცნიერულად დასაბუთებული მომსახურების ჩამონთვალი, რომელიც მოიცავს ცალკეული დაზღვეულისათვის გარანტირებული მინიმალური სამედიცინო დახმარების მოცულობას.

სადაზღვევო პაკეტი – *benefit package* – სამედიცინო დახმარების სახეების ჩამონთვალი, რომელიც უზრუნველყოფილია აუცილებელი ან ნებაყოფლობითი სადაზღვევო პროგრამებით.

განსაზღვრული მომსახურება – *carve-out* – სამედიცინო დაზღვევის ჩარჩოებში გაწეული მომსახურება, რომლის დაფინანსება ხდება სადაზღვევო პაკეტის გარეშე. ასეთი მომსახურების ღირებულების გადახდა შეიძლება ერთ ადამიანზე გაანგარიშებით. აშშ-ში სტანდარტული სამედიცინო სადაზღვევო გეგმა ჩვეულებრივ ითვალისწინებს ამ მომსახურების ფასის დაფარვას იმ პირთათვის, რომლებიც სარგებლობენ განსაზღვრული მომსახურების სადაზღვევო პოლისით.

სადაზღვევო გადასახადი (ანარიცხი) – *premium* – თანხა, რომელიც გაიღება მთლიანად ან წყვეტილად დამზღვევზე ან მესამე მხრის გადამხდელზე სადაზღვევო პოლისის მიხედვით. სადაზღვევო ანარიცხის მოცულობა დამოკიდებულია მომსახურების ფაქტობრივ ღირებულებაზე, რომელიც პოლისშია მოცემული, რასაც ემატება ადმინისტრაციული ხარჯები და მოგება.

თავისუფალი შეკვრა – *open enrollment* – პერიოდი, როდესაც ახალ მომხმარებლებს შეუძლიათ ჩაერთონ ჯგუფური ან ინდივიდუალური დაზღვევის გეგმაში (მოქმედებს ძირითადად აშშ-ში).

საზოგადოების შეფასება – *community rating* – სამედიცინო დაზღვევის შესატანის განაზღვრის მეთოდი, რომლის დროს საფფეროს ოდენობა დამოკიდებულია შეთავაზებული სამედიცინო დახმარების ფაქტობრივ და საშუალო ღირებულებაზე. რითაც სარგებლობენ დაზღვეული პირები ცალკეულ გეოგრაფიულ რეგიონში ან საწარმოში. ამასთან, დაზღვეულთა სხვადასხვა ჯგუფისათვის შესატანის ოდენობა არ იცვლება პაციენტის ასაკის, სქესის ან ეკონომიკურობის მიხედვით

წინასწარი შემოწმება – *pre-admission certification* – სტაციონარში ან სხვა სამედიცინო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში პაციენტის შემოსვლის აუცილებლობის შეფასება.

გამოყენების მიმოხილვა – *utilization review* – მკურნალობის მეთოდებისა და საჭირო რესურსების გამოყენების სტანდარტული კომბინაცია, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის სამედიცინო დახმარების მოთხოვნათა დაკმაყოფილებას.

წინასწარი დასაბუთება – *prior authorization* – სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ სადაზღვეო კომპანიის წარმომადგენლისათვის (ან პაციენტისათვის, მისი ახლობლებისათვის) სამედიცინო ჩარევის (გამოკვლევის, პროცედურის) აუცილებლობის წინასწარი დასაბუთება. ჩვეულებრივ, ეს პირობები წაყენება სადაზღვეო კომპანიას, თუ საჭიროა ძვირადღირებული მომსახურების გატარება.

ხარჯის გადანაწილება – *cost shifting* – ზოგიერთ ქვეყანაში, სადაც მოქმედებს სოლიდარობის პრინციპებზე დამყარებული დაზღვევა გარკვეულ ზღვარს ზემოთ, პაციენტმა თვითონ უნდა დაფაროს სამედიცინო ხარჯები. ამით იზოგება სახსრები, რომლებიც მიიმართება ღარიბი ფენების სადაზღვეო პაკეტის გასაფართოებლად.

სადაზღვევო ფონდების გადაზღვევა – *reinsurance* – დაზღვევის სპეციალური სქემა, რომლის მიხედვით გაუთვალისწინებელი ან მოსალოდნელი რისკების თავიდან აცილების მიზნით, ხდება სადაზღვევო ფონდების გადაზღვევა.

ფრანშიზი – *deductible* – ხარჯების გადანაწილების ფორმა, რომლის დროსაც დაზღვეულმა წინასწარ უნდა გადაიხადოს გარკვეული თანხა, სანამ დაიწყება სადაზღვევო დახმარების ღირებულების გადახდა.

სადაზღვევო გეგმა, სადაც მითითებულია მომსახურების ადგილი – *point of service (POS) plan* – სამედიცინო დაზღვევის გეგმის სახე, რომელიც უფლებას აძლევს დაზღვეულს, თვითონ გადაწყვიტოს – ისარგებლოს წინასწარ დადგენილი სამედიცინო ორგანიზაციის მომსახურებით, თუ პაციენტი მიმართავს დაწესებულებას, რომელიც არ მონაწილეობს ამ გეგმაში. იგი იხდის გარკვეულ თანხას საკუთარი ჯიბიდან.

რისკის განაწილება – *risk sharing* – ფინანსური რისკის განაწილება მომსახურებაში მონაწილე ყველა მხარეს შორის.

სოციალური დაზღვევა (სოციალური დაცვის მექანიზმი) – *social insurance* – სოციალური დაცვის პაკეტი, რომელიც დაფუძნებულია სოლიდარობის პრინციპზე, საჯაროდ ორგანიზებული და რეგულირებადი დაზღვევის სისტემის გარანტიას იძლევა.

მესამე მხარის გადამხდელი – *third party payer* – გადამხდელი (ჩვეულებრივ სადაზღვევო კომპანია, სახელმწიფო საგენტო და სხვ.), რომელიც სამედიცინო დახმარების მომხმარებელია, ანგარიშსწორებს მიმწოდებელს (ამ სისტემაში პაციენტი და შემსრულებელი წარმოადგენენ პირველ და მეორე მხარეს).

დახმარების პაკეტი – *Benefits package* – მომსახურების ის სახეები, რომლებსაც დაზღვევა სთავაზობს ადამიანთა ჯგუფს;
მომსახურების ის სახეები, რომლებიც უნდა უზრუნველყოს კონტრაქტის პირობების მიხედვით პასუხისმგებლობის მატარებელმა პირმა.

მედიქეიდი – *Medicaid* – აშშ-ში მოქმედი სპეციალური პროგრამა, რომლის ფუნქციონირება და ადმინისტრირება ხდება სახელმწიფოს მიერ. იგი უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებით დაბალი შემოსავლის მქონე ადამიანებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ სამედიცინო დახმარება.
პროგრამა დახმარებას უწევს აშშ-ის მოსახლეობის იმ ნაწილს, ვიზედაც ვრცელდება სოციალური დაცვის პროგრამები (მოხუცებს, უსინათლოებს, ინვალიდებს, არასრულ ოჯახებს, უმუშევრებს, გარკვეულ შემთხვევაში 21 წლის ასაკზე უმცროს პირებს, რომლებიც არ მიეკუთვნებიან ამ კატეგორიის მოსახლეობას). ფედერალური პროგრამის ფარგლებში ცალკეული შტატები განსაზღვრავენ გასაწევი დახმარებების მოცულობას, ახალი განაცხადების *Medicaid*-ის პროგრამისადმი შესაბამისობას, ანაზღაურების კოეფიციენტს და პროგრამის მართვის მეთოდებს.

მედიქეარი – *Medicare* – აშშ-ში მოქმედი ფედერალური სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა, რომელიც მოიცავს სტაციონარული და მასთან დაკავშირებული მომსახურების ღირებულების ანაზღაურებას 65 წლისა და უფროსი ასაკის სრული ფიზიკური უუნარობის მქონე პირებისათვის. პროგრამა ხელმისაწვდომია ყველა დაზღვეული პირისათვის, მიუხედავად მათი შემოსავლის ოდენობისა.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითადი გზები განვითარებულ ქვეყნებში
- ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითადი გზები განვითარებად ქვეყნებში
- დაზღვევის სისტემის განვითარების ძირითადი ეტაპები საქართველოში
- აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევის დადებითი და უარყოფითი მხარეები
- სამედიცინო დაზღვევის სისტემის მოქმედების ძირითადი მიმართულებები
- საქართველოში მოქმედი სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მოქმედების არეალი

დამატებითი ლიტერატურა

- მ. მურჯიკნელი, სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში. თბილისი, 2003
- თ. ვერულავა, ჯანდაცვის ეკონომიკა, თბილისი, 2003
- Pritchard P. Manual of primary health care. Its nature and organization Oxford medical Publications, Oxford. 2004
- Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997
- Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Hunter D. Rationing Dilemmas in Health Care. – Birmingham: National Association of Health Authorities and Trusts, 1993
- Т. Федорова, Основы страховой деятельности, Москва, 2001

თავი 33

სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდები

ოცდამეცამეტე თავის შინაარსი

33.1. შესავალი
33.2. სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურების მეთოდი
33.3 ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
33.4. ანაზღაურება მკურნალობის ხანგრძლივობის მიხედვით
33.5. ანაზღაურება დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების მიხედვით
33.6. ანაზღაურება ფიქსირებული ხელფასის მიხედვით
33.7. გლობალური ბიუჯეტი
რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები
დამატებითი ლიტერატურა

სასწავლო მიზნები

ამ თემის შესწავლის შედეგად სტუდენტი:

- გაეცნობა სამედიცინო სერვისების ღირებულების ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების თავისებურებებს
- გაეცნობა სამედიცინო სერვისების ღირებულების ანაზღაურების ძირითად მეთოდებს, რომლებიც გამოიყენება საქართველოში
- შეაფასებს სამედიცინო სერვისების ღირებულების ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდის მიზანშეწონილობას ბაზრის სპეციფიკის გათვალისწინებით კონკრეტული მაგალითების გარჩევის საფუძველზე

33.1. შესავალი

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მეთოდების აღწერისას განხილული იყო ფინანსური რესურსების მობილიზაციის ვარიანტები. მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისათვის ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ან სადაზღვეევო 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 (სბიუჯეტო 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, რომლებიც 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 ადმინისტრირება ანუ რამდენად ექვემდებარება ის მონიტორინგსა და კონტროლს, რათა გამოირიცხოს მომწოდებლების მხრიდან მომსახურების საფასურის ხელოვნური ზრდა პაციენტებისათვის ძვირადღირებული მედიკამენტებისა და გამოკვლევის მეთოდების დაუსაბუთებელი დანიშვნის გზით.

33.2. სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურების მეთოდი

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 გაწევრიანება**) ან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობას (**ღია გაწევრიანება**). ღია სახის გაწევრიანების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შეუძლიათ მეტი და ნაკლები რისკის პაციენტების 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 არა მარტო 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, დახლოებით, 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-ში.

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 გაკეთებაში, ვინაიდან, რაც უფრო ჯანმრთელია დაწესებულებაზე მიმაგრებული მოსახლეობა, მით ნაკლებია მათ მკურნალობაზე გაწეული ხარჯები. და ბოლოს, ძლიერდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, როგორც „შეჭიშკრის" (gatekeeper) როლი, ვინაიდან მას ევალება საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის ვიწრო სპეციალისტთან ან ჰოსპიტალიზაციაზე გაგზავნა.

კაპიტაციურ 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.

33.3 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, ჰოლანდია, 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 დამფინანსებელს 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 ცდილობენ შესძლებისდაგვარად მცირე დრო დაუთმონ მკურნალობას და ამით გაზარდონ დროის ერთეულში ვაწეული 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.

33.4. 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 ანაზღაურებაში მიდგომა სხვადასხვანაირია. მაგალითად, რუსეთში საწოლდღის ღირებულება დგინდება საავადმყოფოს განყოფილებების პროფილის მიხედვით, კერძოდ 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 საკარაუდო ვადები თითოეული ნოზოლოგიის მიხედვით. პაციენტის მიერ სტაციონარში სტანდარტული ვადის ზეგით დაყოვნების შემთხვევაში აუცილებელია სათანადო დასაბუთება და დამფინანსებლის თანხმობა.

33.5. ანაზღაურება დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების მიხედვით

იელის უნივერსიტეტში (აშშ) ცნობილი მეცნიერების **ჯ.ფეტერისა 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 მეთოდიკის 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 ღონისძიებათა 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 მეთოდიკა ეფუძნება არა დაავადებათა (ან დიაგნოზების), არამედ უშუალოდ სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო პროცესიდან გამომდინარე დაჯგუფებას. ცალკეული ჯგუფის სტანდარტული ღირებულების კორექცია ყოველწლიურად ხორციელდება „ვანახლების 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 გასაგებიცაა, ვინაიდან მიმწოდებელი მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და უფრო მეტად, საკუთარი შემოსავლების ზრდის მიზნით იძენს ახალ, უფრო ეფექტან, მაგრამ ძვირადღირებულ ტექნიკას და მოწყობილობებს, რაც თავისთავად გამოკვლევის ან მკურნალობის განფასების ზრდაში ასახება.

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.

33.6. 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 ადგენს 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:

- გადავლილებულია 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;
- აღვილია 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.

33.7. 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 არის 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 დაუსაბუთებლად შეზღუდოს სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, შეამციროს პაციენტის საწოლზე დაყოვნების დრო, რამაც შეიძლება მომსახურების ხარისხის გაუარესება გამოიწვიოს.

რეფერატის თემები და სადისკუსიო საკითხები

- სამედიცინო სერვისების ღირებულების ანაზღაურების ძირითადი მეთოდები, რომლებიც გამოიყენება საქართველოში
- სამედიცინო სერვისების ღირებულების ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების თავისებურებები საბიუჯეტო და სადაზღვევო სისტემის მოქმედების დროს
- რა დადებითი და უარყოფითი მხარეები ახასიათებს სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურების მეთოდს?
- რა დადებითი და უარყოფითი მხარეები ახასიათებს ანაზღაურების მეთოდს შესრულებული სამუშაოს მიხედვით?
- რა დადებითი და უარყოფითი მხარეები ახასიათებს ანაზღაურების მეთოდს დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფების მიხედვით?
- რა დადებითი და უარყოფითი მხარეები ახასიათებს გლობალური ბიუჯეტის გამოყენებას?

დამატებითი ლიტერატურა

- ო.გერზმავა, ო.ვასაძე, დ.ვესტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი, 2003
- Pritchard P. Manual of primary health care. Its nature and organization Oxford medical Publications, Oxford. 2004
- Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997
- Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Hunter D. Rationing Dilemmas in Health Care. – Birmingham: National Association of Health Authorities and Trusts, 1993

სახელობითი საძიებელი

ა
ალადაშვილი ა. 148
ალენი რ. 352
ალექსანდერი ფ. 13
ამირეჯიბი ს. 215
ანდრონიკაშვილი ა. 319
ასათიანი ა. 169

ბ
ბაბუციძე ი. 169
ბაკურდასტი 213
ბარი ჯ. 126
ბევერიჯი ვ. 531
ბელბინი რ. 330
ბერნული ი. 64
ბისმარკი ო. 530

გ
გარფილდი ე. 65
გელაშვილი ა. 169
გილბრეტი ფ. 229
გროტიანი ა. 168

დ
დიუბო რ. 13

ე
ელიაშვილი ი. 65
ერისმანი ფ. 64

ვ
ვახტანგ VI 214
ვებერი მ. 230
ვუდსი ვ. 310
ვუდვორდი ჯ. 230

ზ
ზილბერი ა. 155

თ
თამარაშვილი მ. 214
თიკანაძე ი. 215

ი
ილარიონ ქართველი 213

კ
კაციტაძე გ. 65
კახიანი ნ. 215
კოხი ე. 54
კურკინი პ. 64
კოპრეინი ა. 65, 429
კუჭაიძე გ. 168

ლ
ლაპლასი პ. 64
ლევიტი თ. 277
ლისკი ჰ. 127

მ
მილსი ე. 230
მალთუსი ტ. 11
მარუაშვილი ლ. 215
მაყაშვილი მ. 190
მაჭავარიანი ა. 319
მაკ გრეგორი დ. 234
მასლოუ დ. 367
მიქელაძე შ. 215
მოსეშვილი ვ. 215.
მუხაძე გ. 215
მჭედლიშვილი ბ. 169

ნ
ნათიშვილი ა. 215
ნაიტინგელი ფ. 319
ნეიმანი ს.169
ნიცშე ფ. 11
ნიკობაძე ი. 169

ო
ოსიპოვი ე. 64

უ
ულენტი ვ. 215

რ
რესლე ე. 168

ს
საკაშვილი მ. 169
სელიე ჰ. 14
სტეფანე ოშკელი 214

ტ
ტეილორი გ. 229
ტომი მ. 356
ტოფლერი ო. 13, 14

უ
უიპლმი ნ. 62

ფ
ფაიოლი ბ. 232
ფანასკერტელ-ციციშვილი ზ. 148
ფიშერი ა. 168
ფრინციგი ფ. 168
ფროიდი ზ. 11

ქ
ქანელი 214
ქუთათელაძე ი. 215
ქურჩიშვილი ი. 169

ღ
ღამბარაშვილი გ. 215

ყ
ყარაშვილი ი. 214

შ
შაშიკაშვილი ნ. 169
შეინი ე. 278
შოპენჰაუერი ა. 11

ც
ცაბაძე ვ. 169

ხ
ხარისჭირაშვილი მ. 214
ხმალაძე ე. 169
ხოჯაყოფილი 214
ხუტულაშვილი ჯ. 168

წ
წინამძღვრიშვილი მ. 21

ჰ
ჰალეი ე. 64
ჰარტმანი ე. 11