სახელმწიფო პასუხისმგებლობის ჯანდაცვის სისტემები

რამაზ ურუშაძე
საქართველოს უნივერსიტეტი
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა

თბილისი 2010

რ. ურუშაძე – საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი
ჯანდაცვის სკოლის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის უფროსი.
წიგნი მომზადებულია საქართველოს უნივერსიტეტში.
რედაქტორი : თ. ლობჟანიძე
რეცენზენტები : ლ. ბარამიძე, ო. ვასაძე, კ. თოფურია, ნ. ავალიანი, ა. კეკელიძე, ბ. შალვაშვილი

ავტორის შესახებ

რამაზ ურუშაძე – 35 წელზე მეტია მოღვაწეობს ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციებში. ზოგადი ქირურგის კარიერის გარდა, სხვადასხვა ადმინისტრაციულ-თანამდებობრივ პოზიციებს ითავსებდა, იყო ლმანისის რაიონის საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანების მთავარი ექიმი, საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და რეგიონული მართვის სამმართველოს უფროსი, მინისტრის მოადგილე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის უფროსი, ადგილობრივი თვითმმართველობის ადმინისტრაციის უფროსის პირველი მოადგილე, სსიპ "ლ. საყვარელიძის სახელობის დააავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის" რეგიონული მართვის სამსახურის უფროსი.

ა.შ.შ-ში გაელილი აქვს სპეციალიზაცია ჯანდაცვის სისტემის მართვასა და დაფინანსებაში, იაპონიაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციასა და ადმინისტრირებაში. წლების განმავლობაში მონაწილეობდა სხვადასხვა სასწავლო საწვრთნო პროგრამებში უნგრეთში, სლოვენიაში, გერმანიაში ფინეთში, ისრაელში, ინგლისში, საფრანგეთში, დანიასა და შვედეთში, იტალიაში, საბერძნეთში, მალტაში, ჩინეთში, ნორვეგიაში, ყაზახეთში, უკრაინაში, თურქმენეთში, აზერბაიჯანსა და სომხეთში.

1994-2000 წლებში ასრულებდა მსოფლიო ბანკისა და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პირველი პროექტის კონსულტანტის მოვალეობას. (საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტები)

პრაქტიკული საქმიანობის პარალელურად 1997

წლიდადან იგი პედაგოგიურ საქმიანობასაც ეწევა - ი. ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კათედრის გამგედ 2004 წლამდე, 2005 წლიდან არის საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის პროფესორი, სადაც დღემდე კითხულობს ლექციებს სამაგისტრო კურსის მიხედვით: ჯანდაცვის სისტემების ადმინისტრირებას, ადამიანური რესურსების მენეჯმენტს, თანამედროვე ჰოსპიტლების ორგანიზაციასა და მართვას, სოციალურად საშიში დაავადებებისა და სხვა სახელმწიფო პროგრამების მართვას, სამედიცინო სერვისების ორგანიზაციასა და მენეჯმენტს. პენსილვანიის ქ. სკრენტონისა და ცენტრალური ფლორიდის, ქ. ორლანდოს უნივერსიტეტებთან თანამშრომლობით ხელმძღვანელობს სამაგისტრო კურსებს. არის ამ უნივერსიტეტების მოწვეული პროფესორი, ა.შ.შ-ს ჯანდაცვის ადმინისტრირების საუნივერსიტეტო პროგრამების ასოციაციის წევრი. ხელმძღვანელობს პარტნიორულ ასევე პროფესიული კომპეტენციის ამაღლების მოკლევადიან, სერტიფიცირებულ პროგრამებს.

სახელმწიფო პასუხისმგებლობის ჯანდაცვის სისტემები.

თავი 1

შესავალი——14
1.1დღევანდელი რეალიები——16
1.2ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში——19
1.3რეფორმების ძირითადი მიმართულებები——20
1.4პრიორიტეტები და მიზნები——22
1.5სანიტარიული-ეპიდემიოლოგიური სამსახურების რეფორმა——23
1.6საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება——26
1.7საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციის საზღვარგარეთული გამოცდილება——27
1.8დაფინანსების სამართლებრივი რეგულაციები——34
1.9საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ჩამოყალიბება——36
1.10ადგილობრივი მმართველობისა თვითმმართველობის კომპეტენცია.——39
1.11საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციების სამართლებრივი ასპექტები.——42
1.12საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ელემენტები——44
1.13საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფორმირების პრინციპები, მოთხოვნები და მდგომარეობა——56
1.14მართვითი პროცესები საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში——59
1.15პროფილაქტიკა, როგორც მარეის ერთ-ერთი ასპექტი——64
1.16სერთიფიცირება, ლიცენზირება, სტანდარტიზაცია——67
1.17შრომითი, ინტელექტუალური რესურსები——68
1.18პროგრამული მართვა——70
1.19სოციუმის თანამონაწილეობა პროცესებში——86

თავი 11

პირველადი სამედიცინო მომსახურება (პირველადი ჯანდაცვა) დამოუკიდებელ საქართველოში——87
2.1 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისტორიული

ფესვები----------91
2.2საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ოფიცერი----------92
2.3 ინფექციური დაავადებების აღქმა-გაგება----------95
2.4საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კერძო
მომსახურების განვითარება----------96
2.5 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გაერთიანება
ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურების
სისტემასთან (NHS)----------98
2.6 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების
წინაშე მდგარი გამოწვევები----------99
2.7 საზოგადოებრივი ჯანდაცვა-ახალი
მიდგომა----------101
2.8 არაგადამდები დაავადებების წინასწარ
აღკვეთის შესაძლებელობა. ----------106
2.9 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის
საჭიროება----------106
2.10ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები:----------107

თავი III

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკა და მისი
ურთიერთობა პირველად ჯანდაცვასთან----------108
3.1საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკა----------108
3.2 ჯანმრთელი ცხოვრების არჩევანი:----------117

თავი IV

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობა: ძირითადი
კონცეფციები და მისი კავშირი პირველად
მზრუნველობასთან----------118
4.1 დაავადებათა ეპიდაფეთქების, ეპიდემიებისა და
ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორების გამოკვლევა----------118
4.2 ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციის
პროგრამები----------119
4.3 ადგილობრივ საზოგადოებასთან მუშაობა----------119
4.4მომსახურების ეფექტური ფუნქციონირების
გარანტირება----------120
4.5 ურთიერთობის კონცეფციის საფუძვლები----------120
4.6 კონცეფციის პირველი ვარიანტი :
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის
სამი სფერო----------121
4.7საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამი სფერო
მოსახლეობის დაბერების პრობლემის
გამოსასწორებლად----------122

4.8 მეორე კონცეფცია. ცხოვრების
მიმართულებისადმი ახლებური მიდგომა——————123
4.9 მესამე კონცეფცია: ინდივიდუალური
თუ მთელი მოსახლეობისადმი მიდგომა?——————124
4.10 მეოთხე კონცეფცია: პრევენციის იერარქია——————126
4.11 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წვლილი
პირველადი ზრუნვის მომსახურებაში:——————128
4.12 მეხუთე კონცეფცია: ვერტიკალური და
ჰორიზონტალური მიდგომების ინტეგრირება——————129
4.13 რა არის მომსახურების ჩარჩო?——————129

თავი V
პირველადი მზრუნველობის, (პირველადი ჯანდაცვის) ორგანიზება

5.1 ისტორიული წარმოშობა——————131
5.2პირველად მზრუნველობაზე კონცენტრირებული
ჯანდაცვის ეროვნული სისტემა?——————133
5.3 როგორ ხდება პირველადი ზრუნვის
მომხმარებლამდე მიტანა?——————135
5.4 თანამედროვე პირველადი მზრუნველობის
ელემენტები——————136
5.5პირველადი მზრუნველობის მიღება——————138
5.6 ქრონიკული დაავადების მართვა——————140
5.7 ჯანმრთელობის ხელშეწყობა პირველადი
მზრუნველობისას——————141
5.8 ინდივიდუალური ინტერვენციები
პირველადი პრევენცია:——————141
5.9 ორგანიზაციული ინტერვენცია——————143
5.10საზოგადოების მასშტაბური ჩარევა.——————143
5.11 პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტი——————144
5.12 სხვა მომწოდებლები ფარმაცია
(სააფთიაქო ქსელი)——————145
5.13 სტომატოლოგიური მომსახურება ——————148
5.14 პერსონალური სამედიცინო მომსახურებანი——————149
5.15 პრაქტიკაზე დაფუძნებული
უფლებამოსილება——————152
5.16ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და მიღებული
გადაწყვეტილებები——————153

თავი VI

6.1 როგორ უნდა ხდებოდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა გატარება პირველად მზრუნველობაში?----156
6.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროცესი----157

თავი VII

7.1საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამოქმედო ინსტრუმენტები----178
7.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედებებისთვის მზადება----179
7.3 ცოდნა:----181
7.4მონაცემები ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის----182
7.5 ინფორმაციის წყაროები ჯანმრთელობის შესახებ ჯანდაცვის უთანასწორობის ინდიკატორების ადგილობრივი კალათი----182
7.6 აუდიტორული შეფასება (აუდიტის - პროფილები)----182
7.7ჯანდაცვის შედეგების შემუშავების "ცენტრები".----183
7.8სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტი----183
7.9მონაცემები ჯანმრთელობაზე ზრუნვის გაუმჯობესებისთვის----183
7.10 ზედამხედველობის (მეთვალყურეობის) მონაცემები----186
7.11კვლევები: კვლევების გამოყენება ფაქტების მოძიებითა და შეფასებით ფაქტებზე დაფუძნებული პრაქტიკა----187
7.12 მტკიცებულებათა მოპოვება და შეჯასება----190
7.13 სამეცნიერო კვლევები და მათი მნიშვნელობა საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის----191
7.14 დიპლომისშემდგომი განათლება და წვრთნები.----193
7.15 კვლევა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა----197
7.16 მომავლის მიმართულებანი----198
7.17 წვრთნისა და კვლევის სრულყოფა საზოგადოებრივ და პირველადი ჯანდაცვის სფეროში----199

7.18 წვრთნისა და პოლიტიკის, მენეჯმენტის ურთიერთკავშირი——200
7.19 კვლევისა და პოლიტიკის, მენეჯმენტის კავშირი——202
7. 20 წვრთნა და კვლევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საუნივერსიტეტო სკოლებში.——208
7.21 პაციენტების, საზოგადოებისა და პარტნიორების გაძღოლა, მათზე გავლენის მოხდენა და თანამშრომლობა——209
7.22 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომა მენეჯმენტისადმი——213
7.23 საზოგადოების ჩართვა——216
7.24საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროცესის თითოეულ ეტაპზე ადამიანებისა და მათი საზოგადოებების ჩართვა——218
7.25 შეზღუდულ დაფინანსებაზე კონკურენტული მოთხოვნები——227
7.26 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოქმედებათა გატარებაჯანდაცვაში არსებული საჭიროებებისა და ჯანდაცვის გავლენის შეფასებაზე პასუხისმგებლობის აღება——229
7. 27 გავლენის შეფასება ჯანდაცვაზე——233
7.28ჯანმრთელობის გავლენის შეფასებისას აღმოსენილი დეტერმინანტები——235
7.29 ცვლილებების დაგეგმვა——236
7.30 ცვლილებათა ფსიქოლოგი——238
7. 31 იარაღები და ტექნიკა, რომელიც პროფესიონალებს შეცვლაში ეხმარება——242
7.32 "თვითეფექტიანობა"——245
7.33 გარემოს გავლენა——248
7.34კომუნიკაციის რისკი——252
7.35 რისკის ენის პრობლემები——254
7.36 ჩარჩოების ჩამოყალიბებისა და სხვა მანიპულაციების ეფექტები——255
7.37 რისკების კომუნიკაცია: მედიის როლი——257
7.38 სოციალური მარკეტინგი——260
7.39 კლინიკური აუდიტისა და ჯანმრთელობის თანასწორობის აუდიტის გატარება——260
7.40 კლინიკური აუდიტის რუტინული

მაგალითი----------261
7.41 აუდიტის წარმოება თანასწორობაზე----------262
7.42 შეფასება----------263
7.43 კლინიკური საქმიანობის მართვა----------268
თავი VIII
8.1ჯანმრთელობის გაუმჯობესება----------269
8.2ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მახასიათებლები ადგილობრივ დონეზე----------271
8.3 პირველადი მზრუნველობიდან აღებული----------273
8.4 „ჯანსაღი ცხოვრების ცენტრები“----------276
თავი IX
9.1 მომსახურებათა გაუმჯობესება----------297
9.2 ზრუნვის გაუმჯობესება და მომხმარებლამდე მიტანა.----------299
9.3 მოწევის შეწყვეტაში დახმარების მეთოდები (მომსახურებანი)----------302
9.4 ჯანდაცვაში არსებული საჭიროებების დაკმაყოფილების დაგეგმვა----------305
9.5 მიმოხილვა გავლენის შეფასების მიზნით----------306
9.6რატომაა ჰიპერტენზიის მართვა პრიორიტეტული ?----------308
9.7დაგეგმვა საჭიროებების დაკმაყოფილების მიზნით----------311
9.8 საჭიროებების დაკმაყოფილებისათვის გეგმის შემუშავება----------316
9.9 მიმოხილვა გაელენის შეფასების მიზნით----------317
9.10 მასობრივი გასინჯვა პირველადი მზრუნველობისას.----------320
9.11 გასინჯვა გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკის არსებობაზე----------323
9.12 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპირალი: საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის ჩართულობა პროცესებში----------325
X თავი
10.1 ჯანმრთელობის დაცვა----------327
10.2 უთანასწორობა და ჯანმრთელობის დაცვა----------330
10.3 პირველადი პრევენცია ჯამრთელობის დაცვაში----------332
10.4 ინფექციათა კონტროლი (ეპიდზედამხედველობა) და----------335

10.5 სკოლები——337
10.6 მოხუცებულთა მზრუნველობის
სახლები, თავშესაფრები——338
10.7საპატიმროები——339
10.8 მოგზაურთა ჯანმრთელობა——339
10.9 რისკების შეფასება——340
10.10 პერსონალურ ქცევებზე გავლენა——342
10.11 ანტიბიოტიკორეზისტენტობა——343
10.12 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხი
ინფექციათა ინდივიდუალურ სიტუაციებზე——352
10.13 დაავადებათა ეპიდაფეთქებისა და
ინციდენტების მენეჯმენტი——357
10.14 გარემოს ჯანმრთელობა——361
10.15 ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაგეგმვა
სტიქიური მოვლენებისა და მასიური
კატასტროფების დროს——364
10.16 ორგანიზაციული საკითხები——365
10. 17 ადგილობრივი პირველადი მომსახურების
გუნდები——366
თავიXI
11.1 განათლება და სამუშაო ძალის განვითარება——368
11.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამუშაო ძალა——371
11.3 პირველადი მზრუნველობის გუნდების
ცვლილება——374
11.4 მოსალოდნელი ცვლილება——376
11.5 ცვლილებები განსაკუთრებულ როლებში——376
11.6 ექთნები საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და პირველად
მზრუნველობაში——377
11.7 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნობის მთავარი
ფაქტორები——378
11.8 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლი პირველადი
მზრუნველობის ორგანიზაციებში——379
11.9 საგანმანთლებლო შესაძლებლობები——382
11.10 საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი
მზრუნველობის პრაქტიკოსთა მთავარი
კომპეტენციები.——387
XII თავი
12.1 მომავლის გამოწვევები——387
12.2 განვითარება——392

12.3 როგორი უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მომავალში?——395
12.4 თანამედროვე პირველადი ჯანდაცვა, ამოცანები, პრობლემები——398
12.5 კაპიტაციის მეთოდი——408
12.6 ხელფასი——410
12.7რესურსებითა და კანონებით მხარდასაჭერი ათი ძირითადი ქმედება——413
12.8 თანამედროვე პირველადი სამედიცინო მზრუნველობის საფუძვლები——416
12.9 პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ამოცანები——419
12.10განვითარების ძირითადი ამოცანები——420
2.11 პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირების ხელშეშყობა (თემის მონაწილეობა)——422
12.12 პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ცენტრების) ორგანიზაციული——424
12.13 პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი – სამედიცინო საქმიანობის კოორდინატორი——425
12.14საჭიროა მკაფიოდ გამოიკვეთოს——427
12.15 სპეციალისტთა ინტეგრაცია——429
12.16 მოცვის არეალი, მოსახლეობა——431
12.17 პასუხისმგებლობა——432
12.18 დეცენტრალიზაცია და მოვალეობათა გადანაწილება——435
12.19მართვის სტრატეგია——437
12.20დაგეგმვა და დაპროგრამება——437
12.21ქმედითობის ხელშეწყობა——438
12.22ინტერსექტორული თანამშრომლობა——438
12.23ხელმძღვანელობის უნარის ფორმირება——439
12.24უწყვეტი განათლების ხელშეწყობა——439
12.25 ადამიანური რესურსები——440
12.26ორგანიზაციული სისტემები და სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა——441
12.27 ჯანდაცვის ცენტრების დაფინანსება——444
12.28 ჯანდაცვის დაგეგმვა და განხორციელება პრიორიტეტების განსაზღვრა——447
ლიტერატურა——450

წინათქმა

ცნობილია, რომ ნებისმიერი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედებს ერთმანეთთან გარკვეულ კავშირში მყოფი ოთხი ძირითადი ელემენტი, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობისათვის საყოველთაო ხელმისაწვდომობა და მაქსიმალურად სრული მოცვა ადეკვატური სერვისების მიწოდების ორგანიზაციით. ამის გარდა მნიშვნელოვანია რომ, კეთილსინდისიერად და სამართლიანად მოწყობილი სისტემა ფსიქოლოგიურად და სოციალურადაც მისაღები უნდა იყოს.

გამომდინარე, ნებისმიერი სახელმწიფოს ობიექტური აუცილებლობაა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზრუნვა იყოს შესაბამისად ორგანიზებული. მისი როლი და ჩართულობა მკაფიოდ უნდა ასახავდეს ნაკისრ ვალდებულებებს და მოვალეობებს. ამასთან, სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს იმ სფეროების ფუნქციონირების ხელშეწყობა, რომელიც არ შედის კერძო სექტორის ინტერესებში. ასეთი სფეროები საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის სისტემებია.

მოწინავე ქვეყნების გამოცდილებამ მკაფიოდ დაგვანახა, რომ საბაზრო ეკონომიკის პირობებშიც კი ოპტიმალური და მისაწვდომია ამ სისტემებზე სახელმწიფო პასუხისმგებლობების შენარჩუნება. უფრო მეტიც ეს ორი ცალცალკე მოფუნქციონირე სისტემა და მათი შეთანხმებული ურთიერთმოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებისა და განვითარების უპირობო საძირკველია.

სახელმწიფო პასუხისმგებლობის ჯანდაცვის სისტემები.

თავი 1

შესავალი

2002 წელს გამოცემულ სახელმძღვანელოში, "საზოგადოებრივი ჯანდაცვა", აღწერილი იყო საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და პირველადი მზრუნველობის (პირველადი ჯანდაცვის) სისტემის ძირითადი ელემენტების ფორმირების პროცესი, მისია, მიზნები, ამოცანები და ადგილი ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში. მას შემდეგ, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში გარკვეული ცვლილებები ხორციელდება, რომელმაც ამ მნიშვნელოვანი სამსახურების ახლებური გააზრება მოითხოვა. განსაკუთრებით, მათ შორის არსებული ურთიერთობების დაბალანსების მცდელობით. ცვლილებები რამდენიმე წელია მიმდინარეობს და მიუხედავად მრავალგზის განხორციელებული საკმაოდ ძვირადღირებული პროექტებისა და საერთაშორისო დახმარებისა, მათი ოპტიმალური მოდელის ჩამოყალიბება დღემდე ვერ მოხერხდა. სუბიექტური და ობიექტური პარამეტრებით ამის მიზეზი მრავალია, მაგრამ ვფიქრობთ, რომ მიზეზები მაინც ჩვენს ტრადიციულ, მცდარ წარმოდგენებსა და მიდგომებშია, რაც გარკვეულწილად, დღევანდელობის საერთო სენმა, დეცენტრალიზაციის პროცესების, მათ შორის სამედიცინო მზრუნველობის კომერციალიზაციით გატაცებამ გამოიწვია. ამ მიდგომამ და პოლიტიკური რანგის ზოგიერთმა გადაწყვეტილებამ თანდათანობით შეასუსტა და გააფერმკრთალა სახელმწიფოს მიერ საკუთარი მოსახლეობის წინაშე დეკლარირებული ვალდებულებები და, გამარტივების მაგივრად, უფრო მეტად გაართულა და ფინანსურად გააძვირა მომსახურების ძირითადი

სახეები, როგორიცაა საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის (მზრუნველობის) სერვისები.

ჯანმრთელობა პერსონალური და კოლექტიური კეთილდღეობის რეალიზაციის საშუალებაა; კეთილდღეობის ძიების გზაზე ის საზოგადოებისა და მისი ინსტიტუტების მიერ მიღწეული წარმატების ინდექსია, რაც, საბოლოო ჯამში, ზოგადი განვითარების საწინდარია. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, როგორც ღონისძიებათა კომპლექსი,სპეციფიკური ცოდნა და სოციალური პრაქტიკა,ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისაკენ მიმართული ძალისხმევასა და კოლექტიურ ქმედებათა რიგს განეკუთვნება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა დაავადებების პრევენციის, სიცოცხლის გახანგრძლივებისა და ფიზიკური თუ სულიერი ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მეცნიერება და ხელოვნებაა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა სისტემურ ძალისხმევას მიმართავს ჯანმრთელობის საჭიროებანი დაადგინოს და მომსახურებას (კოლექტიური სერვისების მიწოდებას), მოსახლეობის განსაზღვრული მოთხოვნის (მოლოდინის) საჭიროების საფუძველზე ორგანიზება გაუკეთოს. იგი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დასახასიათებლად მოიცავს ინფორმაციის შეგროვების პროცესსა და მასზე გავლენისათვის საჭირო რესურსების მობილიზაციას. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის არსი, ზოგადად, საზოგადოების ჯანმრთელობაა. ამიტომ ის მოიცავს პერსონალის ორგანიზაციისა და ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ყველა საშუალებას, რომელიც საჭიროა ჯანმრთელობის განვითარების, ავადმყოფობის პრევენციის, დროული დიაგნოსტირების, დაავადების მკურნალობისა და ფიზიკური თუ სოციალური, რეაბილიტაციისათვის.

ისტორიულად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა ამ პრო-

ცესში, თუმცა მან ახლო წარსულში, გარკვეულწილად, გავლენა დაკარგა. სიღარიბესთან ბრძოლის რთულ პროცესში საზოგადოებრივ ჯანდაცვას აუცილებლად ჭირდება კონსენსუსი პოლიტიკის განმსაზღვრელებს, მეცნიერებს, ჯანდაცვის მესვეურებს, განსაკუთრებით პირველად მზრუნველებსა და მომხმარებლებს შორის.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფერო ამჟამად, გარკვეულ კრიზისს განიცდის, რომელიც სამწუხაროდ, მრავალმხრივაა მანიფესტირებული: დაბალი საგანმანათლებლო ხარისხი, გამოკვეთილი საორგანიზაციო სტრუქტურის არ არსებობა, კვლევისა და პრაქტიკის განცალკევება, ჯანმრთელობის პოლიტიკის ფორმირებისა და გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღების უნარ-ჩვევების შეზღუდულობა, იმ სტანდარტების ნაკლებობა, რომელთაც შეუძლიათ მიგვიყვანონ ახალი ხედვის ჩამოყალიბებამდე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ჯანმრთელობაზე სხვადასხვა ჩარევის ეფექტურობის შეფასების საშუალებაა. საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას უნდა შეეძლოს შესაძლო "დანაკარგების" წინასწარი განსაზღვრა. მთავარი კითხვა - როგორ უნდა მივაღწიოთ ჯანმრთელობას და რის ფასად? იმისათვის, რომ განხორციელდეს ასეთი შეფასება, გარკვეული ინტეგრაციის გარდა, დამოუკიდებლობა და მხარდაჭერაა საჭირო.

1.1 დღევანდელი რეალიები

დღევანდელი რეალობა გვიჩვენებს, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი პოლიტიკა, გარკვეულ გავლენას ახდენს, როგორც პირველადი მზრუნველობის, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამედროვე სისტემის ცვლილებასა და მისი ამჟამინდელი ფორმით ჩამოყალიბებაზე. ამ

პოლიტიკით განსაზღვრულმა დებულებებმა, პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციების უფლება-მოვალეობების ახლებურმა მიდგომამ და ორგანიზაციულ-სამართლებრივმა მოწყობამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების რადიკალური გარდაქმნის საჭიროებებიც წარმოქმნა. "ადგილობრივი თვითმმართველობის შესახებ" საქართველოს ორგანულმა კანონმა და 2007 წელს ამოქმედებულმა საქართველოს კანონმა "საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ" ადგილობრივი თვითმმართველობის პასუხისმგებლობის გამოკვეთით ამ სამსახურების კარდინალური გარდაქმნის აუცილებლობა განაპირობა.

განვიხილოთ ზოგიერთი კონცეფცია, რომელიც პოლიტიკის განსაზღვრისას გამოიყენებოდა, რათა გავიაზროთ და გავიგოთ, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ასევე პირველადი მზრუნველობისადმი ახალი მიდგომები, რომელიც შემდეგ მოთხოვნებზეა დაფუძნებული:

•საზოგადოების ცხოვრებისა და მოღვაწეობის მრავალფეროვანი სფეროების დაკმაყოფილება;

•საზოგადოებისა და საზოგადოებრივი ცხოვრების წესისადმი ახლებური მიდგომა და გაზრდილი პასუხისმგებლობები;

•ინდივიდისა და მთლიანად მოსახლეობის მოთხოვნებისა და საჭიროებების უკეთ დაკმაყოფილება, უთანასწორობის შემცირება;

•პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენციის პრიორიტეტულობა;

•ადეკვატური მზრუნველობის კომპლექსურობისა და უწყვეტობის უზრუნველყოფა;

ცნობილია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უმთავრესი საზრუნავი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის პროტექცია და გაუმჯობესების

ხელშეწყობაა. იგი მხედველობაში იღებს ყველა იმ განმსაზღვრელ ფაქტორს, რომელიც გაელენას ახდენს, როგორც ინდივიდის, ისე ადამიანთა ჯგუფების ჯანმრთელობაზე. შესაბამისად, თუ ჯანდაცვის სისტემის მოწყობის პოლიტიკა ზოგიერთ აღიარებულ ფუნქციათა ინტეგრირების მიმართულებით განვითარდა, (რისი ტენდენციების უკვე აშკარად ჩნდება) პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკოსთათვის ფუნქციათა ჩამონათვალი, თუ მან სახელმწიფოსთან გაფორმებულ ხელშეკრულებებშიც ჰპოვა ასახვა, შეიძლება დამაბნეველად ფართო და ვრცელიც კი აღმოჩნდეს, რადგან ეს რგოლი უფრო სტადარტიზებულ, დაკონკრეტებულ ქმედებებსა და პროცედურებსაა ჩვეული.

ამ მიდგომის წარმოშობის წინამდებარე მიმოხილვა მიზნად ისახავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, როგორც მეცნიერებისა და პრაქტიკის უკეთესად აღქმასა და მის მჭიდრო კავშირებს პირველად მზრუნველობასთან.

იმისათვის, რომ უკეთ წარმოვიდგინოთ ეს შესაძლებლობები უპრიანი იქნება კიდევ ერთხელ გავიხსენოთ საქართველოს პირობებში მათი ჩამოყალიბებისა და ფუნქციონირების ძირითადი მიმართულებები, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მომხდარი ცვლილებებისადმი შესაბამისობა და მომავალში მათი, ისევე, როგორც ჰოსპიტალური მომსახურება, ერთიანი სისტემის ძირითადი საყრდენის სინქრონული საქმიანობა.

ვიმედოვნებთ, რომ ანალიზი და შედარებები ცივილიზებული ქვეყნების გამოცდილებასთან, კიდევ ერთხელ დაგვარწმუნებს ერთი მიზნის მქონე ამ ორი სამსახურის საქმიანობის უდიდეს მნიშვნელობაში საქართველოს მოსახლეობის საკეთილდღეოდ.

განვიხილოთ ისინი ცალცალკე და შემდგომ ვეცადოთ დავუახლოვოთ ერთმანეთს შესასრულებელ ფუნქციათა იდეოლოგიური საფუძვლების მიხედვით.

1.2 ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა 1921 წლიდან 1991 წლამდე ერთიანი საბჭოური სისტემის ნაწილი იყო. საბჭოთა კავშირში 1964 წელს მიღებული კანონი "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" ყოველ რესპუბლიკას განსაზღვრული სამართლებრივი ჩარჩოებით უზრუნველყოფდა.

"სემაშკოს მოდელის" სახელწოდებით ცნობილი სისტემის მართვა ცენტრალიზებულად ხორციელდებოდა. მისთვის დამახასიათებელი იყო სრული სახელმწიფო მფლობელობა და ერთიანი სახელმწიფო შემოსავლებიდან გეგმიური, საბიუჯეტო მუხლობრივი დაფინანსება. დაგეგმვა, ჯანდაცვის ორგანიზაცია, კონტროლი და თითქმის ყველა რესურსის განაწილება ცენტრიდან. არსებული სისტემა, ძირითადად, ორიენტირებული იყო მკურნალობაზე და სტაციონარულ დახმარებას ეფუძნებოდა, პირველადი სამედიცინო მომსახურება ნაკლებად პრიორიტეტული იყო თუმცა, პროფილაქტიკა და დისპანსერიზაცია ფართოდ იყო დეკლარირებული. სამედიცინო მომსახურების გაწევის სისტემაში საოჯახო ექიმის როლი დომინირებდა.

საქართველოში, ზოგადად, საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემა მოიცავდა განვითარებულ სტაციონარულ ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ ქსელს, და სასწრაფო დახმარებას. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელი წარმოდგენილი იყო პოლიკლინიკით, რომელსაც ღია ტიპის მიღება განსაზღვრული ჰქონდა სამიზნე მოსახლეობის მიხედვით, ასევე საუბნო ამბულატორიებით (ოთხი ექიმით – თერაპევტი, პედიატრი, მეან-გინეკოლოგი და სტომატოლოგი, 7-8 ექთნით), მასზე ფუნქციურად მიბმული საფერშლო და საფერშლო-საბებიო (ბებია ქალი, ექთანი) პუნქტებით. ცალკე მოქმედებდა სანი-

ტარიულ-ეპიდემიოლოგიური(საკონტროლო-ზედამხედველობითი და საშემსრულებლო ფუნქციები) სამსახურები (რესპუბლიკის,ქალაქისა და რაიონების დონეზე), რომლის პასუხისმგებლობაში შედიოდა სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური კეთილდღეობის უზრუნველყოფა.

სახელმწიფოებრივი დამოუკიდებლობის მიღების შემდგომ, თანდათანობით აშკარა გახდა, რომ ექსტენსიური განვითარების ტენდენციების მქონე ძველი სისტემა გარდამავალ პერიოდში ვერ უზრუნველყოფდა სოციალურ და ეკონომიკურ სიდუხჭირეში მყოფი ქვეყნის მოსახლეობის მოთხოვნილებებს. ნათლად გამოისახა სისტემის ძირეული რეორგანიზაციისა და პრინციპულად ახალი მოდელის შექმნისა და ჩამოყალიბების აუცილებლობა. საბაზრო ეკონომიკისა და დეცენტრალიზაციის პირობებში მკაფიოდ გამოსაკვეთი იყო სახელმწიფოს ფუნქციები, რომელიც გარკვეული პრიორიტეტებისა და პრინციპების მიხედვით უნდა შემუშავებულიყო.

1.3 რეფორმის ძირითადი მიმართულებები

"საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპის სამუშაოების შესრულების უზრუნველყოფის შესახებ" საქართველოს სახელმწიფოს მეთაურის (23.12. 1994) №400 ბრძანებულებით უზრუნველყოფილ იქნა დარგის რეორიენტაციის სამართლებრივი საფუძველი. ჯანდაცვის სფეროში პირველი ცვლილებები 1995 წელს განხორციელდა ისეთი საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარებით, როგორიცაა გაერო, მსოფლიო ბანკი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და ამერიკის ჯანმრთელობის საერთაშორისო ალიანსი, სხვა.

რეფორმებმა, ახალი კონცეფცია, პოლიტიკისა და სტრატეგიის ახალი მიმართულები შეიმუშავა. მათ შორის

სოციალური დაზღვევის, მომხმარებლის ჯანდაცვაზე ოფიციალური გადასახადის (3+ 1) და ჯანდაცვის მუშაკთა შრომის ანაზღაურების ახალი მექანიზმები.

ჯანდაცვის სისტემა რეორიენტაციის კონცეფციის ძირითადი მიმართულებების ახლებური გააზრების საფუძველზე, სახელმწიფოებრივი ფორმირების გარდამავალ პერიოდში, ქვეყნისათვის მისაღები მოდელის თანდათანობით, ეტაპობრივად ჩამოყალიბებას, ორგანიზაციული მოწყობის თანამედროვე ახალ ვარიანტს გულისხმობდა, სადაც სახელმწიფო ვალდებულებები მკაფიოდ განსაზღვრული იქნებოდა: კერძოდ,

ჯანდაცვის სისტემის ისეთი მოდელის შექმნა და დანერგვა გარდამავალ პერიოდში, ახალი ეკონომიკური ურთიერთობების შემოღებას, ადამიანის უფლებების დაცვას, სახელმწიფო მართვისა და რეგულირების საქმეში დემოკრატიული მექანიზმების გამოყენებას უზრუნველყოფდა. სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემიდან თანდათანობით, სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემაზე გადასვლა, კერძო სადაზღვევო სისტემების განვითარების ხელშეწყობა, რასაც თან ახლდა მნიშვნელოვანი ცვლილებები ცენტრალურ და ადგილობრივ მმართველობის როლსა და პასუხისმგებლობებში. სახელმწიფო ზეგავლენის, კოორდინატორის სახით შენარჩუნება ჯანდაცვის სისტემებზე მკაცრი მარეგულირებელი საფინანსო და სალიცენზიო მექანიზმების საშუალებით, რითაც მოხსნილი იქნებოდა სამედიცინო მომსახურებაზე პირდაპირი სახელმწიფო პასუხისმგებლობა და რიგი სუდამხედველობითი პოზიციებით დატვირთვა. შეზღუდული სახელმწიფო დაფინანსება წარიმართებოდა სახელმწიფო ჯანდაცვით პრიორიტეტულ პროგრამებზე, რომელიც შედგებოდა უპირველესი პრობლემებისა და საჭიროებების მიხედვით მ.შ. სტაციონარული მომსახურების საბაზისო პაკეტზე,

რაც სამინისტროს, ან მის სტრუქტურასა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის გაფორმებული კონტრაქტების საფუძველზე განხორციელდებოდა.

1.4 პრიორიტეტები და მიზნები:

-თანაბრად ხელმისაწვდომი, გარანტირებული, საბაზისო პროგრამით გათვალისწინებული პირველადი სამედიცინო დახმარება;
-სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა და მკურნალობა;
-ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა სრულმასშტაბიანი განხორციელება
-ეპიდზედამხედველობის მწყობრი სისტემის ფორმირება;
-მოსახლეობის ფართო ფენების პირველადი გადაუდებელი მედიკამენტებით დაკმაყოფილება;
-მოსახლეობის, მისი გარკვეული ჯგუფების შესაძლო რისკ-ფაქტორების შესახებ დროული და სრული ინფორმირება, განსწავლა.
-მოსახლეობის სრული მობილიზაცია მათი ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და გაუმჯობესებისათვის და სხვა. ზემოაღნიშნული მიზნების განხორციელება ქვეყანის მასშტაბით მოითხოვდა სისტემის შესაბამის რეორიენტაციასა და სამსახურების რეფორმირებას.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მიმართულებები შემდეგნაირად განისაზღვრა:

1. ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი უზრუნველყოფა;
2. მართვის დეცენტრალიზაცია;
3. შესაბამისი ახალი ფინანსური მექანიზმების შემუშავება-ფორმირება;
4. **პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტუ-**

ლობა და შესაბამისი ორგანიზაცია;
5. სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა - განსაზღვრული ფუნქციის მქონე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის ფორმირება;
6. სამედიცინო მომსახურების სადაზღვეო პრინციპებზე გადასვლა;
7. ფარმაცევტული პოლიტიკის რეფორმა;
8. პრივატიზაცია;
9. სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაცია და ლიცენზირება;
10. სამედიცინო განათლების სისტემის რეფორმა;
11. სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა;
12. საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა;
13. სამედიცინო პერსონალის სოციალური უზრუნველყოფა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია პრიორიტეტად პროფილაქტიკურ-მედიცინას აღიარებდა, რომლის მაორგანიზებელი ბაზისიც **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფორმირება იყო.**

საზოგადოებრივ ჯანდაცვას,სრულად უნდა უზრუნველყო მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო-პროფილაქტიკურიმომსახურებისგაწევადაცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისათვის მოსახლეობის მობილიზაცია. აღნიშნული სამსახურის ჩამოყალიბება შესაძლებელი იყო არსებული სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმირების შედეგად.

1.5 სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურების რეფორმა

თეორიულად, სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა მოიცავდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ეპიდემიოლოგიური

(როგორც ინფექციურ, ასევე არაინფექციურ დაავადებათა მიხედვით) ახალ პირობებში მართვის პროცესის სრულყოფასა და გაძლიერებას, პროფილაქტიკურ მომსახურებაზე სისტემის რეორიენტაციასა და პრევენციულ პროპაგანდისტური საინფორმაციო სამუშაოების წარმართვას ინდივიდუალური, ჯგუფებისა და მასების დონეზე, რომელიც პირობითად გაემიჯნა სანიტარიული ნორმირებისა და ჰიგიენური დაცვის სფეროს. სანიტარიული სამსახურები ძირითადად, ინსპექტირებასა და ზედამხედველობას აწარმოებდა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, აგრეთვე გარემო ფაქტორების ზეგავლენის უსაფრთხოებაზე.

სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სამსახურების რეფორმა 1995 წელს დაიწყო, რომლის სამართლებრივი საფუძველი სახელმწიფოს მეთაურის 1994 წლის 23 დეკემბრის №400 ბრძანებულება და "საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სამსახურის რეორგანიზაციის შესახებ" მინისტრთა კაბინეტის 1995 წლის 30 ივნისის №389 დადგენილება იყო. აღნიშნულ დადგენილებაში აღნიშნულია სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის ბაზაზე ორი სამსახურის შექმნა:

ა) საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსთან არსებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის, რომლის ძირითად ფუნქციად ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა მონიტორინგი, ანალიზი და პროგნოზირება, მოსახლეობის ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა განისაზღვრა;

ბ). საქართველო რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო სანიტარიულ-ჰიგიენური

ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტი, როგორც მართვისა და დაფინანსების ცენტრალიზაციის პირობებში დამოუკიდებელი ვერტიკალური იერარქიის მქონე ერთიანი სამმართველოსაკონტროლო სამსახური. მის ძირითად ფუნქციად უწყებების, ორგანიზაციების (საკუთრების ფორმის მიუხედავად), მოქალაქეთა ან მოქალაქეობის არმქონე პირთა მიმართ სანიტარიულ-ჰიგიენური და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური წესებისა და ნორმების შესრულებისადმი ზედამხედველობა განისაზღვრა.

სანიტარიულ – ჰიგიენური წესებისა და ნორმების შემუშავება-დამტკიცება,ნედლეულის,პროდუქციისა და საწარმოთა სახელმწიფო ჰიგიენური სერტიფიცირება, რესპუბლიკის ტერიტორიის დაცვა საკარანტინო და სხვა ინფექციურ-ეპიდემიოლოგიურ დაავადებათა შემოტანა-გავრცელებისაგან, სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური კეთილსაიმედოობის ღონისძიებათა უზრუნველყოფა. მასვე მიეცა უფლება - კანონით დადგენილი წესით საჯარიმო სანქციების 50% ჩარიცხვოდა სამსახურის სტიმულირებისა და განვითარების ფონდს.

ადგილებზე (რაიონი, ქალაქი) არსებული სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახური გაიყო ორ სამსახურად, ერთი უშუალოდ სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის ინსპექციის, ხოლო მეორე საზოგადოებრივ-ჯანდაცვითი სტრუქტურების ჩანასახები, ჯანდაცვის საკოორდინაციო ცენტრებში (სამმართველო-მაორგანიზებელი ფუნქციის მქონე სამსახურები ქალაქებისა და რაიონების დონეზე) განყოფილებებისა და სექტორის სახით.

ზოგადად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში განხორციელებული რეფორმა – "გონიერი" ბალანსის დამყარების მცდელობა იყო პროფილაქტიკურ და სამკურნალო ღონისძიებებს შორის. პროფილაქტიკა

კი, როგორც საზოგადოების ჯანმრთელობის, სახელმწიფო ეკონომიკურ-სოციალური პროდუქტიულობის ერთერთი საფუძველი, მისი თითოეული წევრის, ინდივიდისა თუ ჯგუფის სოციალური კეთილდღეობა, სახელმწიფო სიძლიერის უმნიშვნელოვანესი განმაპირობებელი ფაქტორი, ტრადიციული ჩარჩოებიდან გასვლასა და ახალი მოთხოვნების შესაბამისად წარმართვას მოითხოვდა.

ამდენად, ჯანმრთელობის მმართველობის სფეროში, რესურსების რაციონალური განთავსება, განიხილებოდა არა როგორც არაპროდუქტიული ხარჯი, არამედ როგორც ინვესტიციები სამომავლო შემოსავლებისათვის და პირველ რიგში, ინვესტირება ისეთი ცნებით, როგორც ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობაა, ხოლო საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მისი წარმოჩენისა და რეალური მართვის ერთადერთი საშუალება იყო. საქართველოსათვის უმნიშვნელოვანესი შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ ჩამოყალიბებული აზროვნების შეცვლა.

მთლიანობაში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა – ახალ ფილოსოფიად აღიქმებოდა, რომელიც სწორი სტრატეგიისა და გეგმიურ ქმედებათა შერჩევით უზრუნველყოფდა მოსახლეობის სამედიცინო-სოციალური დახმარების საყოველთაობასა და შესაძლებლობას, საცხოვრებელი გარემოს განვითარების ხელშეწყობის პროცესების ადეკვატურ პოლიტიკურ მართვას, ამ პროცესებზე აქტიურ ზედამხედველობას, აგრეთვე საზოგადოების სოციალური და ეკონომიკური განვითარების ხელშეწყობას.

1.6 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა (ფაქტიურად

სახელმწიფო, სახალხო ჯანდაცვა), პირველ ეტაპზე ჩამოყალიბდა,როგორც ეპიდკეთილსაიმედო მდგომარეობის შემანარჩუნებელი სამსახური,რომელიც "სამედიცინო" და "არასამედიცინო" მექანიზმების გამოყენებით ინტერსექტორულ სივრცეში, ოპტიმალურად, დაღებით გავლენას მოახდენდა ჯანმრთელობის ხელშემშლელი პროცესების შემცირება - სტაბილიზაციაზე, აგრეთვე ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ იმ სოციალ-ეკონომიკურ ფაქტორებზე,რომლებიც ხელს უშლის ჯანმრთელობის განვითარებას, რამდენადაც ჯანმრთელობა უაღრესად მგრძნობიარეა სოციალ-ეკონომიკური ფაქტორების მიმართ და რიგი დაავადებების ნახევარზე მეტი სწორედ (სიღარიბე, დასაქმება, შემოსავალი, განათლება და სხვა) ამ ფაქტორებით არის გამოწვეული.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა – **იმდროინდელი** გაგებით, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვის საშუალებად აღიქმებოდა იმ ორგანიზაციულ-ფუნქციონალურ ქმედებათა ერთობლიობით, რომელიც ითვალისწინებდა ქვეყანაში არსებული პოლიტიკის განხორციელებას. სამედიცინო სამსახურების საქმიანობაზე (კლინიკური, პრევენციული) ზედამხედველობა, გარემო რისკის ფაქტორების შეფასება და მონიტორინგი კომპეტენციის ფარგლებში, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშწყობა, პროგრამათა განხორციელების ორგანიზაცია, სოციალური თანასწორობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა, პერსონალის სათანადო მომზადება – მისი სამოქმედო არე იყო.

1.7 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციის საზღვარგარეთული გამოცდილება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების სოციალურ-პოლიტიკური საფუძვლები და მისი

აუცილებლობა სწორედ ჯანმრთელობის, როგორც საზოგადოებრივი სიკეთის ეკონომიკური კატეგორიის არსებობაშია. ამდენად, მისი განეითარება ჩვეულებრივი სოციალური რევოლუციების, სოციალური სფეროს რეფორმირების არსითაა განპირობებული.

საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ გასული საუკუნის ბოლოს მეტი სოციალური და სახელმწიფოებრივი დატვირთვა მიიღო (სოციალური უთანაბრობის, სიღარიბის აღმოფხვრა, ცხოვრების დონის ამაღლება, ადამიანის უფლებების დაცვა, მავნე ჩვევებისა, თუ ქცევების კორექცია და ა.შ.): არსებითად ნიადაგი მომზადდა ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, მისი უახლესი კონცეპტუალური ხედვით განეითარებისათვის. კერძოდ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის პასუხისმგებლობა უსაფრთხო გარემოს ხელშეწყობასა და ფორმირებაზე, **პირველადი სამედიცინო მომსახურების შესაძლებლობის გაზრდის, ქვეყნის შიდა და გარე კოორდინაციისა და სახელმწიფოებრივი ადმინისტრირების მექანიზმებით მართვისა და დაგეგმვის უზრუნველყოფა, ანალიზი.**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები, მათი ფუნქციები და ამოცანები ვითარდებოდა და იხვეწებოდა სახელმწიფოსა და მოსახლეობის მოთხოვნებიდან გამომდინარე. მოწყობისა და ფორმის მიხედვით, ისინი, ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემაში განსხვავებულია, მაგრამ მათი ფუნქციები, მოქმედების კლასიკური სქემები სისტემის სახისაგან დამოუკიდებლად, ზოგადად, ერთნაირი იყო.

განსაზღვრული პოზიციების მიხედვით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხისმგებლობა მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოსთვის, ძირითადად, ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა, სანიტარიული მდგომარეობის, კვებისა და კვების პროდუქტების უსაფრთხოება,

პირადი ჰიგიენა, ეპიდემიოლოგიის განვითარება იყო, რომელიც, ძირითადად, მუნიციპალურ დონეზე აისახებოდა.

ზემოთ აღნიშნული მიუთითებს იმაზე,რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა,როგორც **"საზოგადოებრივი სიკეთე"** მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში **"არამომგებიანი"** საქმიანობა იყო და პირობითად, ცალკე "სექტორის" სახით მოქმედებდა, რომელიც გარკვეულ ეტაპზე, სხვადასხვა სფეროებთან ასოცირდებოდა. მაგ. აშშ ამ სექტორის ოფიციალურ ფუნქციას მიეკუთვნებოდა:
1.ეპიდსიტუაციის კონტროლი და ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა;
2.გარემოს სანიტარიული ასპექტები;
3.ღედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა;
4პროფილაქტიკური განათლება;
5.ინფორმაციის შეკრება და ანალიზი და მოთხოვნილებების განსაზღვრა პროფილაქტიკურ და სამკურნალო მომსახურებათა მოცულობაზე.

ორგანიზაციულად ამ სტრუქტურებში შედიან სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სადგურები,ჯანმრთელობის ცენტრები და ა.შ. შემსრულებლები, ძირითადად, სახელმწიფო ან არასახელწიფოებრივი დაწესებულებებია, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება და პირდაპირ ექვემდებარება სახელმწიფო კონტროლს.

ახალ ათასწლეულში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მიზეზ-შედეგობრივ კავშირებს სოციალურ-ეკონომიკურ-კულტურულ ფორმებში იძიებს და მართვის მექანიზმებსაც ამავე სიბრტყეებში განალაგებს. ამდენად, მისი განვითარება და ადგილი სახელმწიფოებრივი ფუნქციებია და მხოლოდ უშუალო სამედიცინო მომსახურების გამწევი სტრუქტურებით ვეღარ შემოისაზღვრება. იგი პასუხისმგებლობათა და ვალდებულების გადანაწილებისა და აღსრულების სხვა-

დასხვა ორგანიზაციულ, სტრუქტურულ და სამართლებრივი ფორმის ძიებაშია, რომელიც ერთსახოვანი ვერ იქნება ყველა ქვეყნისათვის.

ზოგადი აღწერილობით, XIX საუკუნის ბოლოსა და XX საუკუნის დასაწყისში, მსოფლიოს მრავალი ქვეყნისათვის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციები, ძირითადად, სანიტარიული უსაფრთხოების, ეპიდემიოლოგიის, ინფექციური დაავადებების შეზღუდვაზე ორიენტაციით ისაზღვრებოდა, რომელსაც XX საუკუნის ბოლოსათვის დაემატა მრავალი სხვა ფუნქცია, ხოლო XXI საუკუნის დასაწყისისათვის, **საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, სახელმწიფო პასუხისმგებლობისა და ვალდებულების კომპლექსურ სისტემად მოიაზრება, რომელიც ახორციელებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვას მულტისექტორული მიდგომებისა და ადამიანთა უფლებების დაცვის სამართლებრივ სივრცეში.**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფორმირების ეტაპები საქართველოში კანონმდებლობა – სისტემის ფორმირების საფუძველი. ჩვენს ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამართლებრივი უზრუნველყოფის განვითარების საფუძველსა და ძირითად ბაზისს **საქართველოს კონსტიტუციის 37 მუხლი** წარმოადგენდა, სადაც აღნიშნულია, რომ:

1.ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით, განსაზღვრულ პირობებში, უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.

2.ცივილიზებული ბერკეტებით სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულების ფუნქციონირებას, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებას და ამ საშუალებებით ვაჭრობას.

3.ყველას აქვს უფლება ცხოვრობდეს ჯანმრთელო-

ბისათვის უვნებელ გარემოში.

შესაბამისად დაგეგმილმა ცვლილებებმა ყველა თავის მიმართულებით მოითხოვა სათანადო სამართლებრივი რეგულირების, ნორმების შემოტანა, რაც ფაქტობრივად, ერთიანობაში, "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" საქართველოს კანონში (1997 წლის 10 დეკემბერი) აისახა. კანონის მიზანია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების სამართლებრივი რეგულირება, სამედიცინო მომსახურების სფეროში დისკრიმინაციის დაუშვებლობა, საკუთრების ფორმის მიუხედავად სამედიცინო მომსახურების გაწევის თანასწორუფლებიანობის უზრუნველყოფა, ადამიანის უფლებების დაცვა, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სხვადასხვა მისაღები ფორმის არსებობა, სახელმწიფოს მიერ გარანტირებული, სავალდებულო საძაზღვევო პროგრამებით განსაზღვრული სამკურნალო და **საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უზრუნველყოფა, სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა მომსახურების ხარისხზე, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასა და უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფაზე იყო.**

საკანონმდებლო რეგულირების საფუძველზე, სამედიცინო მომსახურებაზე შემოღებულ იქნა სახელმწიფო სტანდარტები და დაწესებულებების მიერ ლიცენზიის ფარგლებში დადგენილი მომსახურების სტანდარტები, რომელიც ერთიანი წესით თანხმდებოდა და უზრუნველყოფდა მომსახურების ხარისხის დაცვას. კალკულაცია, ფასწარმოება და ქმედებათა ნორმირება გაწეული იყო მეთოდური რეკომენდაციების მეშვეობით.

ცალკეულ პოზიციათა განსმტკიცებლად საქართველოს პარლამენტის მიერ, 1995-დან მიღებულ იქნა შემდეგი საქართველოს კანონები:

•სამედიცინო დაზღვევის შესახებ;

•წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ;
•სამედიცინო გადასახადების შესახებ;
•სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ;
•ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ;
•ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;
•ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ;
•ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ;
•პაციენტის უფლებების შესახებ;
•საექიმო საქმიანობის შესახებ;
•ნარკოლოგიური საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ;
•სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ;
•საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ;
•სანიტარიული კოდექსი და სხვა.

აღნიშნული კანონები და მათგან გამომდინარე ნორმატიული აქტები, მოსახლეობის, ინდივიდისა და საერთოდ, სახელმწიფოს ურთიერთობებსა და უფლებებს განსაზღვრავდა ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში.

კანონებში ასახული დებულებები სრულად შეესაბამებოდა საქართველოს კონსტიტუციას, ადამიანური რესურსების პოტენციალის განვითარების საერთაშორისო სამართლის საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და ნორმებს, საერთაშორისო შეთანხმებებს, რომლებიც გათვალისწინებულია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის, ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასა თუ ევროპის დეკლარაციებში, პაქტებში, ქარტიებისა და კონვენციების გაცხადებულ დებულებებში.

მნიშვნელოვანი იყო აგრეთვე, ისეთი ნორმების

შემოღება, რომელიც დაიცავდა და აღკვეთდა სოციალურად საშიშ დაავადებათა აღმოცენებასა და გავრცელებას, ინდივიდს ხელს შეუწყობდა შეენარჩუნებინა და განევითარებინა საკუთარი ჯანმრთელობა და გაფრთხილებოდა მის გვერდით მყოფისას (აივ/ინფექცია შიდსი და სხვა).

სახელმწიფომ,საღაც მოსახლეობის ჯანდაცვა აგებული იყო სამი მხარის პასუხისმგებლობაზე (სახელმწიფო, დამქირავებელი, მოქალაქე), პიროვნებისა თუ საზოგადოებისათვის არსებული უმნიშვნელოვანესი პრობლემების მოგვარება იკისრა პრევენციის, უსაფრთხო გარემოს შექმნისა და უმწეო მოსახლეობაზე ზრუნვის, სოლიდარობის რეალიზების პრიორიტეტით. (საქართველოს კანონი,2002 წელი,დამატებები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ 85,85 (1),85 (2),85 (3) მუხლები).

•ძირითადი დოკუმენტები

პრევენცია (პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის) წარმოადგენდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ახალი მიმართულების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობის სფეროს, რომელიც ფუნქციონირებდა პრევენციული ღონისძიებების მრავალპროფილური ასპექტით და არსებითად, ჯანდაცვაში არსებულ მნიშვნელოვან რამდენიმე დოკუმენტს "საქართველოს ჯანდაცვის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები", "საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა" და სხვა ესადაგებოდა.

"საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების 2000-2009 სტრატეგიული გეგმის" მიხედვით 2010 წლამდე მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნების ძირითად პრიორიტეტად აღიარებული იქნა: **1.დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება; 2.გულ-სისხლძარღვთა დაავადებით გამოწვეული ავა-**

დობისა და სიკვდილობის შემცირება;
3.ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკა და მკურნალობა;
4.ტრავმატიზმის შემცირება;
5.გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადების შემცირება;
6.ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
7.ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება;
8.ადამიანის ჯანმრთელობისათვის საშიში გარემო ფაქტორების შემცირება.

აღნიშნული პრიორიტეტების მიხედვით, ღონისძიებათა დაგეგმვა-გატარებას სათანადო სამართლებრივი ბაზა ესაჭიროებოდა, რომლის სიმცირე და რიგ შემთხვევაში არსებულის არაადეკვატურობა დამაბრკოლებელი, რადიკალურად უარყოფითი ფაქტორი იყო დაგეგმილ ღონისძიებათა აღსრულებისათვის.

საჭიროება შეიქმნა რა სახელმწიფო პასუხისმგებლობის დონეზე აღნიშნული სტრატეგიისა და პრიორიტეტთა აღსრულებისათვის შესაბამისი სამსახურების შექმნისა და ფუნქციონირებისა, მოხდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის ფორმირება. როგორც ცენტრალურ დონეზე აღმასრულებელი ორგანო და ადგილობრივი სტრუქტურები. რაიონებსა და ქალაქებში სამსახურები მოგვიანებით, 1998 ჩამოყალიბდა.

1.8 დაფინანსების სამართლებრივი რეგულაციები

საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის 1994 წლის 10 ოქტომბრის №728 დადგენილებით, "გარდამავალი პერიოდისათვის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტური დაფინანსების დროებითი დებულება" – შესახებ განისაზღვრა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმ-

წიყოებრიეი დაფინანსების პროგრამულ-მიზნობრიეი წესი, სადაც სახელმწიფო, საკუთარი სახსრებით (ბიუჯეტით), უზრუნველყოფდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ღონისძიებათა (პროგრამების) დაფინანსებას. შემოღებულ იქნა 3 მნიშვნელობის (დონის) პროგრამა: ცენტრალური, რეგიონული და რაიონული (საქალაქო). ცენტრალურ პროგრამებს შეიმუშაებდა ჯანდაცვის სამინისტრო დაინტერესებულ უწყებებთან ერთად და ამტკიცებდა მინისტრთა კაბინეტი. ისინი ორი სახის იყო: მუდმივმოქმედი და დროებითი (ვადიანი). **მუდმივმოქმედ პროგრამათა რიგს მიეკუთნებოდა სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და გარანტირებული მკურნალობის, სახელმწიფო ეპიდზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების, ეპიდაფეთქებისას სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის პროგრამები.**

"ვადიანი" პროგრამები მუშავდებოდა კონკრეტული სიტუაციებისათვის (რეფორმის ხელშეწყობა). მათი დაფინანსების წყაროდ სახელმწიფო ბიუჯეტი განისაზღვრა. რეგიონალურ პროგრამებს იმუშაებდა სამინისტრო ადგილობრივ (რაიონის, ქალაქის) ხელმძღვანელობასთან ერთად და ფინანსდებოდა პირობითად განსაზღვრული რეგიონის, ე.წ. ჯანმრთელობის დაცვის წილობრიეი მონაწილეობის წესით, განსაზღვრული ადგილობრიეი ბიუჯეტური თანხებისა და ცენტრალური ბიუჯეტიდან ტრანსფერის მეშვეობით.

ადგილობრიეი პროგრამები მუშავდებოდა სამინისტროს მიერ დადგენილი მოთხოვნების ბაზაზე, ჯანდაცვის ადგილობრიეი ორგანოს მიერ და ამტკიცებდა რაიონის (ქალაქის) მმართველობის მიერ ჯ/დაცვის სამინისტროსთან შეთანხმების შემდგომ. მ.შ. საზოგადოებრივ ჯანდაცვის პროგრამებს მოეთხოვა არ გადაეფარათ ცენტრალური პროგრამების მომსახურების

მიღებული დონეები და მოცულობები. ადგილობრივ პროგრამებს აფინანსებდა ადგილობრივი ბიუჯეტი.

ზოგადად კი, ძირითად სახელმძღვანელო დოკუმენტებს წარმოადგენს: საქართველოს პრეზიდენტის №711 და №723 ბრძანებულებები, პროგრამული დაფინანსებისა და მართვის შესახებ; "სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ" საქართველოს კანონი; სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტები; "საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ" კანონი.

1.9 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ჩამოყალიბება

1997 წელს, როდესაც ძალაში შევიდა საქართველოს ორგანული კანონი "ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის შესახებ", საქართველოს პრეზიდენტის №723 ბრძანებულების საფუძველზე მოხდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების, როგორც ჯანდაცვის მაკოორდინირებელი ადგილობრივი სტრუქტურების ფორმირება, რომელთაც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა-კოორდინაცია ევალებოდათ. აღნიშნულ დაწესებულებათა ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა შეესაბამებოდა სახელმწიფო "სახაზინო" დაწესებულების სამართლებრივ სტატუსს, თუმცა რიგი საკითხები, როგორიც არის შიდა სამედიცინო სტანდარტებით მუშაობა და დამატებითი შემოსავლების მიღება, პროგრამულ სამუშაოთა შესრულება, ადგილობრივი და ცენტრალური ბიუჯეტებიდან მიზნობრივი პროგრამული სახსრების ხარჯვა, სახელშეკრულებო პრინციპებით მუშაობა ერთგვარ წინააღმდეგობას ქმნიდა საბიუჯეტო (სახაზინო) დაწესებულების სტატუსის მიმართ, რამეთუ ჯანდაცვა მიზნობრივ-პროგრამული სამუშაოებისა და ღონისძიებათა სახელშეკრულებო პრინციპით განხ-

ორციელებაზე გადავიდა.

პარალელურად, ადგილებზე შეიქმნა ჯანდაცვის ადგილობრივი და რეგიონული ფონდები, რომლებიც პროგრამებს სათანადოდ განსაზღვრული და დადგენილი წესის შესაბამისად აფინანსებდა.

ჯანდაცვის აღმასრულებელი სტრუქტურების თვალსაზრისით, 1995-96 წლებში ადგილებზე ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის მართვის საკოორდინაციო ცენტრები, სადაც სექტორის ან განყოფილების სახით შედიოდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, სულ 2-3 საშტატო ერთეულით, ხოლო 1998 წლიდან, №723 ბრძანებულების ამოქმედების შემდგომ, როგორც აღინიშნა, ჩამოყალიბდა დამოუკიდებელ სამსახურად.

სპეციფიკიდან გამომდინარე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულება, სახელმწიფო ვალდებულებების მიხედვით მოითხოვდა არა მხოლოდ ადმინისტრაციულ, არამედ წმინდა სამედიცინო მომსახურების წარმოებას (მაგ. იმუნიზაციის ორგანიზაცია, სამედიცინო სტატისტიკის წარმოება, ეპიდემიოლოგიური საქმიანობა, ეპიდკერებში მუშაობა, დეზინფექცია), რომელთა გატარება მხოლოდ ლიცენზირების შემდგომ არის ნებადართული. იმ პერიოდისათვის საბიუჯეტო დაწესებულებისათვის ლიცენზირება განსაზღვრული არ იყო. პროგრამული სეზონური სამუშაოებისათვის, აგრეთვე, საჭირო იყო გარკვეული რაოდენობის სხვადასხვა პროფილის პერსონალის დაქირავება (ეპიდემიის ან ეპიდსიტუაციის გამწვავების სტაბილიზაციის მიზნით), რაც საბიუჯეტო დაწესებულების ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმას არ ესადაგებოდა და იგი სხვა, შესაბამისი საკანონმდებლო ნორმებით უნდა ყოფილიყო დაზუსტებული და რეგულირებული. აქედან გამომდინარე, შეიქმნა საკანონმდებლო ვაკუუმის შევსების საჭიროება, რომელიც 2000 წელს "ჯანმრთე-

ლობის დაცვის შესახებ" საქართველოს კანონის მუხლი 5, პუნქტი 1.2 ა), ბ); საფუძველზე მოხდა.

დამატება ეხებოდა კანონის დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცნების განსაზღვრას, მისი სამსახურების ფუნქციების სფეროსა და მოქმედების სივრცეში სახელმწიფო პროგრამული ღონისძიებების შესრულების დაკანონებას. მოქმედი კანონმდებლობით, კანონის აღსრულება - გატარება განისაზღვრა და მას ადგილობრივი მმართველობის მიერ შექმნილი ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი სამსახურები (ცენტრები) ახორციელებდა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოქმედებისა და პასუხისმგებლობის სფეროს განეკუთვნა კონკრეტული საქმიანობის მიმართულებანი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებს მეთოდურ ხელმძღვანელობას უწევდა უმაღლესი სამთავრობო დაწესებულება – სამინისტრო, თავისი ქვესაუწყებო სამსახურის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის სახით.

საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის საგანგებო ბრძანებით, სანიტარიული სამსახურებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განყოფილებებს შორის საშტატო და მატერიალურ-ქონებრივი გაყოფის,განაწილების მდგომარეობა განისაზღვრა, რაც თითოეული რაიონისა და ქალაქის, უშუალოდ საბჭოური სამსახურის რეორგანიზაციისა და "გაყოფის" საფუძველი გახდა.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს 4 აპრილის 1997 წლის №108/ო ბრძანებით, არსებითად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ჩამოყალიბების ეტაპობრივი დასრულებისა და პრევენციული მედიცინის, როგორც დაავადებათა კონტროლისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამათა ამოქმედების, სამართლებრივი პოზიციები განსაზღვრა.

საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის №723 "ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის სრულყოფის შესახებ" ბრძანებულებით კი –საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის ადგილი და ფუნქცია, შესაბამისი სამოქმედო დებულების (როგორც ზოგადი დებულების) შედგენისა და დამტკიცების მოთხოვნა.

"ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო დეპარტამენტების, ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო ფონდებისა და რაიონული (საქალაქო) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების შექმნის შესახებ" 1998 წლის 15 იანვრის საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის №19 ბარძანების შესაბამისად (მუხლი 3), დამტკიცდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული (საქალაქო) ცენტრების ტიპიური დებულებები, რომლებიც ესადაგებოდა "ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის შესახებ" 1997 წლის 16 ოქტომბერს მიღებულ საქართველოს ორგანულ კანონს (მუხლი 7,8)

1.10 ადგილობრივი მმართველობისა თვითმმართველობის კომპეტენცია.

ფუნქციონირების თვალსაზრისით, ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1998 წლის №75/ო ბრძანებით უშუალოდ ცენტრების მუშაობის ფორმის ადგილობრივი პროგრამების შედგენისა და გატარების თვალსაზრისით, ანგარიშგებათა ფორმებისა და საკითხების დამტკიცება, რითაც ისინი მოქმედებენ ადგილობრივ ხელმძღვანელობასთან საქმიანობის ანგარიშგებათა განხილვისას, მნიშვნელოვანი პოზიცია იყო. ბრძანება ინსტრუქციის დონეზე განსაზღვრავდა ფუნქციონირების სააღრიცხვო, ანგარიშგების, ღონისძიებათა გატარებისა და შეტყობინების, ანალიზის, აღსრულების

პოზიციურ საკითხებს ერთიანი ჯანდაცვის სფეროში.

სანიტარიული ზედამხედველობის ინსპექციისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირება, მათი მოქმედებათა სფეროების გამიჯვნა პასუხისმგებლობისა და ვალდებულებათა გადანაწილების მხარე, უმნიშვნელოვანესი საკითხი და პრობლემა იყო, რომელიც არაჯანსაღი მემკვიდრეობის სახით არსებობდა. ამიტომ, 1998-99 წლებში, შემუშავდა ამ ორი სექტორის ურთიერთმოქმედებისა და ფუნქციონირების შუალედური დოკუმენტი "დებულება", სადაც ზუსტად განისაზღვრა მოქმედების პირობები, ადგილი და სფეროები.

ფუნქციონირების თემატურ მდგომარეობას განსაზღვრავდა და ამტკიცებდა სახელმწიფო პროგრამების ჩარჩოში ჩასმული ღონისძიებანი, რომელიც შეირჩეოდა ეპიდსიტუაციიდან გამომდინარე. საქართველოს სახელმწიფო მეთაურის 1995 წლის 5 ივლისის №269 ბრძანებულება "საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ", საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს, საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს, საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროს 1997 წლის 6 მარტის №77/ო ერთობლივი ბრძანებით "1997 წლის სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების შესრულების ორგანიზაციის სრულყოფის შესახებ" (მუხლი 4, 6) მიღებული იქნა პროგრამების შესრულებისა და განხორციელების ორგანიზაციული საკითხები, რომლებიც საქართველოს პრეზიდენტის №723 ბრძანებულებით კომისიური წესით განხილვების, ანგარიშგებისა და ორგანიზაციულ დონეზე დაიხვეწა და უკვე ჯანდაცვის მინისტრის მიერ პროგრამების განხორციელების სათანადოდ განსაზღვრული კონკრეტული რეგულაციები მოჰყვა. სახელმწიფო პროგრამები შედგენილი

იყო მოქმედების ინსტრუქციებისა და მეთოდური მითითებების დონეზე, რაც შემდგომ პარლამენტის მიერ იყო დამტკიცებული, რომელიც ოფიციალურ ბეჭდით ორგანოში გამოქვეყნებას ექვემდებარებოდა. ამდენად, უშუალოდ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციონირების მთელი რიგი ახალი ასპექტები ორგანიზაციულ-მეთოდოლოგიური თვალთაზრისით საკანონმდებლო დონეზე იყო აყვანილი (გამოქვეყნებები "საკანონმდებლო მაცნე"-ში, და ა.შ.).

აღნიშნული ძალზედ მნიშვნელოვანი იყო მაშინაც და დღევანდელ პირობებშიც, ნებისმიერი პრობლემისა თუ გადაწყვეტის გზების სამართლებრივი ასპექტების გააზრებისა და მოქმედებისას. მაგალითად, **ვის და რა პასუხისმგებლობით ეკუთვნის ისეთი პრობლემის მოწესრიგება, როგორიცაა ნარკომანიის, აივ ინფექცია შიდსის, ს.გ.გ.დ. დაავადებების გავრცელების, იოდის დეფიციტის, მალარიისა და სხვა ენდემიურ დაავადებათა აღმოფხვრა და სხვა.**

ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებები, ორგანიზაციები, ძირითადად, ჩამოყალიბდა სამეწარმეო კანონის საფუძველზე შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოებებად, სააქციო საზოგადოებებად, სახაზინო (საბიუჯეტო) დაწესებულებებად, სამოქალაქო კოდექსის შესაბამისად -საჯარო სამართლის იურიდიულ პირებად, ფონდებად და სხვა. დაწესებულებათა იურიდიული ფორმები იცვლებოდა და ფორმირდებოდა 1994-1995 წლებიდან, ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა, გარკვეულწილად, განაპირობებდა მათი საქმიანობის წესსაც, რაც აისახებოდა პროგრამული ღონისძიებების განხორციელების ფორმებსა და ანგარიშებში.

1.11 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციების სამართლებრივი ასპექტები.

"ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" საქართველოს კანონში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ შესულმა ფორმულირებულმა საკითხებმა სამართლებრივად მეტად გამართული სახე მისცა საქალაქო და რაიონული საზოგადოებრივი ცენტრების არსებობა-ფუნქციონირებას, აგრეთვე, ცენტრალურსა თუ ადგილობრივ დონეზე სახელმწიფო პროგრამებით ვალდებულებათა გაყოფასა და შესაბამის მოქმედებას (დამატება 85, 85 (2), 85 (3). ადგილობრივი სამსახურების ფუნქციონირების, მოქმედებისა და დაფინანსების ძირითად პოზიციად ადგილობრივი "მუნიციპალური" საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამები განისაზღვრა, რომლის მოცულობა საყალდებულო მინიმუმის ფარგლებში "სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ" საქართველოს კანონით მტკიცდებოდა.

ამ კანონით მკაფიოდ განისაზღვრა, ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან ადგილობრივი დაფინანსების რა მოცულობა უნდა წასულიყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საყალდებულო პროგრამებისათვის. კანონით ან მინისტრის ნორმატიული აქტით (რიგ შემთხვევაში წერილით), ადგილობრივი მმართველობისა და თვითმართველობის ორგანოებს მიეწოდებოდა ფორმატი, თითოეული ვალდებულების კონკრეტულ ღონისძიებად გაშლისა და თანხობრივი მოცულობის შესახებ.

ადგილობრივი ბიუჯეტების მიღებისას, მმართველობისა და თვითმმართველობის ორგანოები ადგილობრივ ვალდებულებებს (პროგრამებს) ამტკიცებს სამინისტროსთან შეთანხმებით (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის წერილები 2001-2002-2003წ.წ.).

პროგრამულ ღონისძიებათა გატარება, ძირითადად, ეფუძნებოდა (მომსახურეობისა და საქონლის მიღებისათვის) "სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ" საქართველოს კანონის თანახმად განხორციელებას. ამდენად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს სამსახურების ინფრასტრუქტურისა და მოთხოვნების: პროგრამული ღონისძიებათა დაგეგმვისა და განხორციელების სამართლებრივი ასპექტები სათანადოდ მოექცა სამართლებრივ ჩარჩოებში, რომელსაც გარკვეული პერიოდიკით ესაჭიროებოდა ნატიფი სამართლებრივი ნორმირება, რამეთუ ჯანმრთელობის პრობლემები, რომელიც ეხებოდა ინდივიდის, მოსახლეობისა და სახელმწიფოს, თავისი ბუნებიდან გამომდინარე, საჭიროებდა ინტერსექტორულ სივრცეში რეგულირებას, რაც ცვალებად სოციალურ-ეკონომიკურსა და პოლიტიკურ პირობებში, როგორც ზოგადი ხასიათის, ასევე კონკრეტულ საკითხთა დროულ და განუხრელ მოწესრიგებას მოითხოვდა. მოგვიანებით, "ადგილობრივი თვითმმართველობის შესახებ" საქართველოს ორგანულმა კანონმა, "საზოგადორბრივი ჯანმრთელობის შესახებ" საქართველოს კანონმა და სამოქალაქო კოდექსმა მკაფიოდ განსაზღვრეს სამსახურების სამართლებრივ – ორგანიზაციული და იურიდიული სტატუსი (არასამეწარმეო, არაკომერციული, იურიდიული პირი), დაქვემდებარება და ანგარიშვალდებულების ფორმები. მეთოდური დახმარება და პოლიტიკის კოორდინირება დაეკალა საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს, "ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს".

1.12 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ელემენტები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემების განვითარების სხვადასხვა პერიოდში

"საზოგადოებრივი ჯანდაცვა", -სამედიცინო მომსახურების ფორმებში ქვეყნის მედიცინის ეტაპობრივი განვითარების ისტორიაში ამგვარი სახელწოდებით ჯანდაცვის მიმართულება არ გვხვდება. თუმცა, დღეს არსებული განსაზღვრის მიხედვით, შეიძლება მოვიძიოთ რიგი "ელემენტებისა", სხვადასხვა ეპოქასა თუ პოლიტიკურ პერიოდში გაბნეული,არასისტემატიზირებული სახით რომ არსებობდა. საქართველოს XVI საუკუნის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სამედიცინო ძეგლის დავით ბატონიშვილის "იადიგარ დაუდის" სამედიცინო ფილოსოფიური კონცეფცია დამყარებულია ჰიპოკრატეს ჰუმორალურ თეორიაზე, დეტალურად იხილავს ჰიგიენის, დიაგნოსტიკის, თერაპიისა და სხვა საკითხებს.

XVIII საუკუნეში მეფე ვახტანგ მეექვსის "სამედიცინო პარაგრაფებში" ასახულია ქართველ ექიმთა მიერ ყვავილის აცრებისას მიღებული გამოცდილება, რომელიც სათავეს ახალი წელთაღრიცხვის პირველი საუკუნიდან იღებს. უნგრელი ექიმი იაკობ რეინეგსი აღფრთოვანებული აღწერს ერეკლე II-ის სასახლის ეზოში მასიური აცრების სურათს, რადგან იმდროინდელ ევროპას აცრებზე წარმოდგენაც კი არ გააჩნდა მაშინ, როდესაც ქართველებში ეს პრაქტიკა და ცოდნა უკვე არსებობდა.

XIX საუკუნის ბოლოს, თბილისში იხსნება სამკურნალოები ათაშანგით (სიფილისით) დაავადებულ ქალთათვის, 100 საწოლიანი ლაზარეთი რკინიგზის მუშებისათვის, ავლაბარში, მწვავე გადამდებ სენიანთა საავადმყოფო და სხვა.

1880 წელს, მთავრობამ სოფლის მოსახლეობის

სამედიცინო მომსახურების შესახებ აქტი მიიღო, რასაც მოჰყვა სოფლად პირველი საექიმო დაწესებულებების, ე.წ. ქსენონების ჩამოყალიბება.

1918 წელს, საქართველოს მთავრობამ შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან შექმნა საექიმო-სასანიტარო განყოფილება. რომელიც მთლიანად განაგებდა ჯანდაცვას. 18-21 წლებში გადაიჭრა მთელი რიგი პრობლემები, რომლებიც ეროვნული სამედიცინო კადრების მომზადებას, მოსახლეობის ღარიბი ფენების პროფილაქტიკურ ღონისძიებებსა და სამედიცინო ქსელის გაფართოებას ემსახურებოდა.

1921 წლიდან, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ღრმა ცვლილებებს განიცდის. საბჭოთა წყობამ უზრუნველყო კადრებისა და სამსახურების მობილიზაცია და ერთიან სისტემად მართვა, შექმნა ჯანმრთელობის მართვის კომისარიატი. მას დაექვემდებარა სანიტარულ-პროფილაქტიკური და სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც სახელმწიფო საკუთრება იყო. დაფუძნებულ იქნა მალარიისა და შაჟი ჭირის საწინააღმდეგო სადგურები, სანიტარულ-ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიები, ტუბერკულოზისა და ვენერიულ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის დაწესებულებები, რომელთა ფუნქციონირებამ უდიდესი წვლილი შეიტანა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის მართვისა და შემცირების (ზოგიერთ შემთხვევაში ლიკვიდაციის) საქმეში.

საქართველომ უდიდეს წარმატებას მიაღწია ენდემიურ დაავადებათა (ჩიყვი, მალარია) ინფექციურ გადამდებ, მართვად დაავადებათა, ტუბერკულოზის, განსაკუთრებით საშიშ დაავადებათა შემცირების, ელიმინაციისა და ლიკვიდაციის საქმეში. ძირითადად, სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახური თვისობრივად მართებულად იყო ფორმირებული. მისი რაიონ-

ული სტრუქტურები ერთიან ცენტრალიზებულ სისტემაში მუშაობდა. ფართოდ და ხელმისაწვდომად იყო გაშლილი ამბულატორულ-პოლიკლინიკური ქსელი თავისი საფერშლო, საფერშლო-საბებიო პუნქტებით, ამბულატორიებით, შესაბამისად -საუბნო, რაიონული, საქალაქო, რესპუბლიკური "ზოგადი" და სპეციალიზებული პროფილის საავადმყოფოთა სისტემით, რომელსაც გვერდით ახალი ტექნოლოგიებით აღჭურვილი სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და სპეციალიზებული დისპანსერული სამსახურები ჰქონდა. საქართველოს მაღალმთიანის, ბარისა, თუ ქალაქის მოსახლეობა უზრუნველყოფილი იყო აუცილებელი ქირურგიული, თერაპიული, პედიატრიული, ინფექციური, სამეანო-გინეკოლოგიური და ფართო სტომატოლოგიური მომსახურებით.

ქვეყნის დამოუკიდებლობის გამოცხადებამ, კონსტიტუციური და მმართველობითი სისტემის ცვლილებამ, ცენტრალიზებული დაფინანსების სქემების დარღვევამ, თავისი უარყოფითი ტენდენციები და შედეგები გამოიღო, კერძოდ, გაუარესდა მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები, გაიზარდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, ჩაიშალა სამედიცინო აღრიცხვიანობა და ანგარიშგება, დაირღვა ვაქცინაციის პროცესი, გახშირდა მწვავე ინფექციური დაავადებები, თავი იჩინა დიფთერიის ეპიდემიამ. სანიტარიული კონტროლის შესუსტებამ და არაადეკვატურმა პროფილაქტიკურმა ღონისძიებებმა ბოტულიზმის, ცოფისა და სხვა დაავადებათა შემთხვევების ზრდა განაპირობა. საგანგაშო ზღვარს მიაღწია ტუბერკულოზის, ს.გ.გ.დ და სხვა სოციალურად საშიშ და მნიშვნელოვან დაავადებათა ზრდის ტემპებმა და რაოდენობამ.

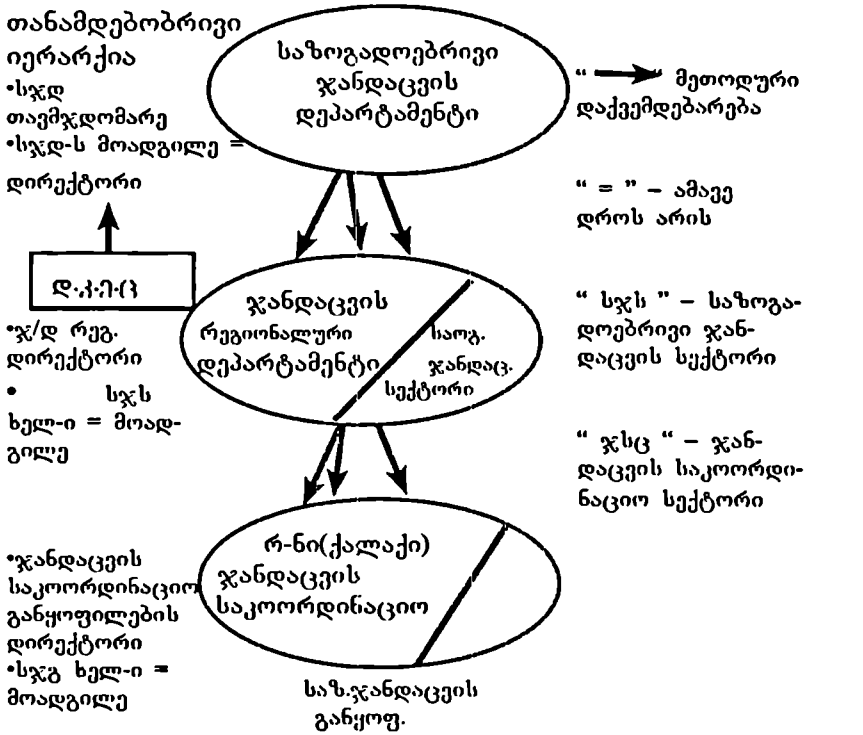
პოსტსაბჭოურ პერიოდში დაავადებათა და ასოციალურ ქცევათა მიმართ დამოკიდებულება შეიცვალა,

კანონები და მიდგომები მეტად ლიბერალური გახდა, შედეგად, აღიარებულ ფასეულობებზე დაფუძნებითი სისტემაც ცელილებებს იწყებს. განსაზღვრულია იძულებითი მკურნალობის კონკრეტული გარემოებანი, ფორმა, ადამიანის, პაციენტის უფლება - დაცვის ჭრილში და სხვა. შედეგად, აღრიცხვიანობა და რეგისტრაცია მოითხოვს შესაბამის ფორმირებას, შეფასებას და ა. შ. მაგრამ მიუხედავად ამისა, ტენდენციები მაინც იკვეთება.

ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებდა ძირეულ რეფორმას, რომელიც დააბალანსებდა, როგორც სამედიცინო, ისე ეკონომიკურ მოთხოვნებს მიწოდებაზე. ყოველივე ზემოაღნიშნული შესაძლებელი იქნებოდა არსებული სისტემის ძირეული რეორგანიზაციით, რაც 1995 წლიდან დაიწყო. ფაქტობრივად პასუხისმგებლობისა და ვალდებულებების მხრივ ორი დონის "ცენტრალური" და "ადგილობრივი" სამსახურების ფორმირება დაიწყო და 1996 წელს, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ცენტრალურ დონეზე შეიქმნა სათანადო აღმასრულებელი სტრუქტურა - **საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი,** ხოლო ადგილებზე ფუნქციური ადგილობრივი სტრუქტურები, რომელთა ფორმირება 3 ეტაპად განხორციელდა

I ეტაპი - ცენტრალიზებული წესით აგებულ სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიურ სამსახურში, ეპიდემიოლოგიური სამსახური წარმოდგენილი იყო განყოფილების სახით. სანიტარული და საზოგადოებრივ ჯანდაცვით სამსახურების დამოუკიდებლად ჩამოყალიბების შემდგომ, ეპიდემიოლოგიური სამსახური შევიდა ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივ საკოორდინაციო (საქალაქო, რაიონულ) ცენტრების შემადგენლობაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვს ფუნქციურ-სტრუქტურული და თანამდებობრივი იერარქია (1996წ)



საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ, 12.02.1996 წლის №49/ო ბრძანებით, რომელიც ინსტრუქციების დონეზე განსაზღვრავდა სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეორგანიზაციის შესახებ საქართველოს მინისტრთა კაბინეტის 1995 წლის №389 დადგენილებ-

ისა და ჯანდაცვის მინისტრის ამავე წლის №48 და №208/ო ბრძანების შესრულებას, დაამტკიცა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის დროებითი დებულება და სტრუქტურა, ასევე განსაზღვრა, რომ რეგიონების დონეზე, რეგიონული ჯანდაცვის დეპარტამენტებს ექნებოდათ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორები, ხოლო ქალაქებისა და რაიონების-განყოფილებები იქნებოდა საკოორდინაციო ცენტრებში, რომელთა პროფესიონალური სტრუქტურისა და ზოგადი ინსტრუქციების დადგენა დაევალა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს.

კერძოდ,ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მართვის რეგიონალური ცენტრების განლაგების ადგილებში,რაიონული (საქალაქო) განყოფილებები არ შეიქმნებოდა და მათ ფუნქციას შეასრულებდა რეგიონალური ცენტრების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორები, შტატები კი ყოფილი სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სადგურიდან, ეპიდემიოლოგიის, პარაზიტოლოგიის, კერობრიეი დეზინფექციისა და ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიებსა, თუ ლაბორანტებს მოიცავდა. რეგიონისა და რაიონის მთავარი ეპიდემიოლოგი, შესაბამისი ფუნქციით იყო რეგიონალური ჯანდაცვის დეპარტამენტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორის ხელმძღვანელი და რაიონის განყოფილების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხელმძღვანელი. მას ნიშნავდა რეგიონის ჯანდაცვის მართვის ცენტრის დირექტორი (სამხარეო სტრუქტურა). დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის დირექტორს, რეგიონის მთავარ ეპიდემიოლოგს და რაიონული განყოფილების წამყვან ეპიდემიოლოგს (ხელმძღვანელს),საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის სექტორისა და, საქალაქო (რაიონული) საკოორდინაციო ცენტრის დირექტორის მოადგილეებს ადგილებზე მთავარი ეპიდემიოლოგე-

ბის ნომინალური სტატუსი მიენიჭათ. კონკრეტული ეპიდსაწინააღმდეგო სამსახურის სტრუქტურა და დებულება შემდეგი მოთხოვნებითა და პრინციპებით იყო ფორმირებული:

1.შემოღებულ იქნა ცნება "მომსახურების სირთულე" ანუ მოხდა მომსახურების პირობითი კატეგორიზაცია სხვადასხვა ნიშნით (მოსახლეობა, რელიეფი, ურბანიზაცია, კომუნიკაცია და ა.შ), სულ 6 დონე-კატეგორია. ზემოდან (6) ქვემოთ (1) მზარდი სირთულით.

2.შემოღებულ იქნა სავალდებულო სტრუქტურისა და შტატების ცნება. თბილისის, ფოთის, ქუთაისისა და ბათუმისათვის შესაძლებლობა არსებობდა მისი ინდივიდუალურ დონეზე, საჭიროების მიხედვით გაზრდისა, მიღებულ იქნა საშტატო რაოდენობის მინიმალური-მაქსიმალური ინტერვალი.

I კატეგორია – 51 და მეტი
II კატეგორია – 38-51
III კატეგორია – 32-38
IV კატეგორია – 25-32
V კატეგორია – 19-25
VI კატეგორია – 12-19

3.რეკომენდირებული იყო ბაქლაბორატორიების არსებობა.

4.საქალაქო (რეგიონულ) ცენტრებს ენიჭებოდათ I, II ან III კატეგორია.

სამსახურის შიდა სტრუქტურებს განესაზღვრათ შემდეგი სახე:

1.ადმინისტრაცია (ხელმძღვანელი, ეპიდემიოლოგი, ეკონომისტი-მენეჯერი, ბუღალტერი).

2.სამეურნეო ნაწილი.

3.ეპიდგანყოფილება (ეპიდემიოლოგი, იმუნიზაციის ჯგუფის ხელმძღვანელი, ექთანი, ექიმი-პროფილაქტიკოსი, პარაზიტოლოგი (ჯგუფის ხელმძღვანელი), ენტო-

მოლოგი, ლაბორანტი).
4.სადეზინფექციო განყოფილება (ხელმძღვანელი, ინსტრუქტორები, ბონიფიკატორი).
5.ბაქტერიოლოგიური განყოფილება (ხელმძღვანელი ბაქტერიოლოგი).

ცენტრალურ დონეზე ფუნქციონირებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტისა და გაფართოებული საშემსრულებლო ფუნქციების მქონე დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, რომელიც ასრულებდა დაავადებათა მართვის მეთოდურ-პრაქტიკულ ფუნქციებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის შიდა ინფრასტრუქტურა შედგებოდა:
1.ადმინისტრაცია.
2.საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და სამხარეო მართვის სამმართველო.
3.დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის განყოფილება.
4.პროგრამათა მართვისა და ეკონომიკის სამსახური.
4.1საფინანსო-ეკონომიკური სამმართველო.
4.2ეკონომიკური ანალიზისა და პროგრამების კონტროლის ჯგუფი.
5.პროგრამული მართვისა და ინფორმაციული უზრუნველყოფის სამსახური.

სამინისტროს მიერ რეკომენდირებულ იქნა საორიენტაციო ანაზღაურების მოცულობები უშუალოდ ადგილობრივ დონეზე.

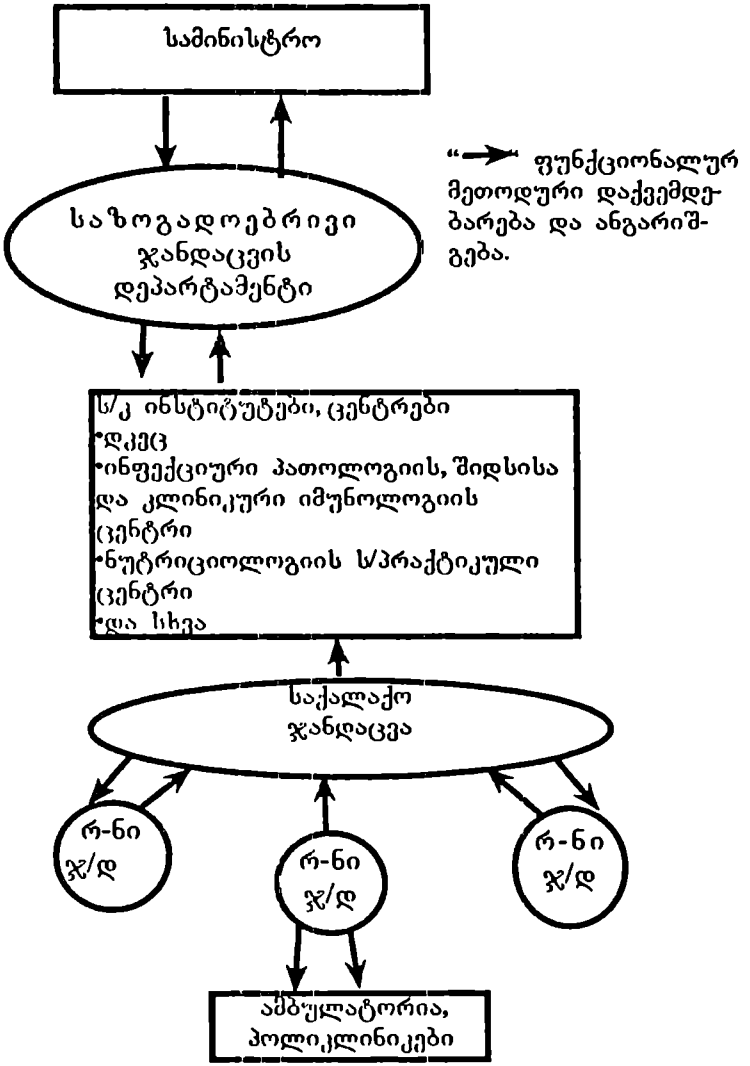
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების მნიშვნელოვანი ეტაპი და ძირეული ცვლილებები, 1997 წლის ბოლოსათვის განხორციელებულმა საკანონმდებლო ცვლილებებმა გამოიწვია. **"ადგილობრივი თვითმართველობისა და მმართველობის აღმასრულებელი სტრუქტურების საქმიანობის წე-**

სის შესახებ" კანონებისა და სხვა ფუნდამენტალური რეგულაციების მიღების შემდგომ, შესაბამისი უნდა ყოფილიყო მოთხოვნებს და, არსებითად სრული დეცენტრალიზაცია მმართველობისა და დაფინანსების სფეროში სწორედ 1998 წლიდან განხორციელდა.

II ეტაპი - 1998 წლის დასაწყისიდან ჩამოყალიბდა სრულად დეცენტრალიზებული, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული (საქალაქო) ცენტრები ("სახაზინო" დაწესებულებები), რომელთაც ძირითადად, ადგილებზე (ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულზე) ჯანდაცვითი პროცესების მეთვალყურეობა, მათი მართვა და რუტინული სამუშაოების გარდა ეპიდემიებზე რეაგირება ეკისრებოდა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი სისტემის ხელშემწყობ საშემსრულებლო ინფრასტრუქტურად – მოიაზრებოდა ყველა სამედიცინო სამსახური – ორგანიზაცია, რომელიც მოქმედებდა პირველად დონეზე, - ამბულატორია, ჯანპუნქტი, პოლიკლინიკა, დიაგნოსტიკური ცენტრი, სამშობიარო, დისპანსერები, (გარდა სამედიცინო მაღალტექნოლოგიური მომსახურების მქონე დაწესებულებები) და, შესაბამისად, დადგენილი კომპეტენციის ფარგლებში, ანგარიშვალდებული იყო ცენტრალური დონის მიმართ.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ადგილი ჯანდაცვის ფუნქციონალურ სისტემაში



1998 წლიდან, იგი მეტად დახვეწილი სახით წარმოდგა და უკვე წინა ეტაპის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურისაგან, შიდა სამ-

სახურეობრივი სტრუქტურით, იურიდიულ-ორგანიზაციული ფორმითა თუ სხვა ამგვარებით განსხვავდებოდა. მინიჭებული ფუნქციის მიხედვით გაუფართოვდა შიდა სტრუქტურა, რომელიც ყველა ფუნქციონალურად განსაზღვრულ პროფილური მიმართულების სპეციალისტებს (იმუნიზაცია,სამედიცინო სტატისტიკაეპიდემიოლოგია,პროგრამების პროექტირება-ანალიზი, მართვა-კოორდინაცია) მოიცავდა.

ცენტრალურ აღმასრულებელ დონეზე, საშემსრულებლო წრე გაფართოებულ იქნა შესაბამისი მაღალი ტექნოლოგიების პროფილური სტრუქტურით (სამედიცინო კვლევითი ცენტრებისა და ინსტიტუტების სავალდებულო ჩართვა), რამეთუ მათ საშემსრულებლო დონეზე გააჩნდათ ჩარევის ყველა პროფესიული საშუალება. მათი ფუნქცია მიმდინარე სამუშაოების უშუალო მონიტორინგისა და ვიზირების პროცედურებით ისაზღვრებოდა, რისი უფლებაც სახელშეკრულებო საფუძველზე დეპარტამენტის მიერ ჰქონდათ გადაცემული.

ამრიგად, საშემსრულებლო სტრუქტურებში, რიგ შემთხვევებში უმაღლესი დონის მომსახურების წარმოების საჭიროებიდან გამომდინარე (მაგ. იოდდეფიციტის ცენტრი, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი, ვენსნეულებათა ს/კ ინსტიტუტი და სხვა), მაღალტექნოლოგიურ დაწესებულებათა ჯანდაცვით პროცესებში ჩართვა მოხდა (სამედიცინო მომსახურების მესამეული და მეოთხეული დონის დაწესებულებები).

III ეტაპი - საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ თავისი შიდა სტრუქტურული შინაარსით, სოციალურ საჭიროებაზე ერთ-ერთი რეალური გადასვლა 2000 წლის ბოლოსათვის მოახდინა, რაც ოპტიმიზაციის მიმართულებით, შიდა სტრუქტურულ ცვლილებაში აისახა. აღმასრულებელ დონეზე დაფიქსირდა

აუცილებელი მინიმალური შრომითი რესურსების მოთხოვნა (ე.წ. სავალდებულო შიდა ორგანიზაციულ-პროფესიონალური სტრუქტურის დადგენა (ადგილებზე ეპიდემიოლოგთა და სხვა პერსონალის შესაბამისი შერჩევა გეო-პოლიტიკური, სოციალური და სამედიცინო მოთხოვნების თვალსაზრისით), რაც შეესაბამებოდა ადგილებზე არსებული ვალდებულებების აღსრულებას. 2003 წლის მეორე ნახევრისათვის, მოხდა აგრეთვე, მინიმალური დატვირთვით ჯანმრთელობის განვითარების სპეციალისტთა დასაქმება ისეთი მიმართულებით, როგორიცაა სოციალური ხელშეწყობისა და საზოგადოებასთან ურთიერთობის სფეროები. ამ 19-20 სპეციალისტის უშუალო მოვალეობაა სოციალური პრობლემების სტრუქტურირება, მისი გამოსახვა და სამედიცინო-სოციალური ასპექტების ფორმულირება და გადაჭრის გზების ძიება, გადაწყვეტილებების, მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის გაზრდა (როგორც მასობრივ, ასევე ინდივიდუალურ დონეზე). ანუ ადგილობრივი სამსახურები მკვეთრად იძენდნენ გაფართოებულ სოციალურ ორიენტაციას, რამეთუ, ძირითადი ნაწილი პრობლემებისა, სწორედ სამედიცინო დარგს მიღმაა. აქვე შემოდის მცნება "მოხალისეთა" შესახებ.

საშემსრულებლო დონეზე მიზნობრივი დატვირთვით შემოვიდა პირველადი სამედიცინო ქსელი (ამბულატორიული, პოლიკლინიკური, დისპანსერული დაწესებულებები და სხვა), რომელთა უშუალო ფუნქცია პრევენციული პირველადი, მეორადი და მესამეული პროფილაქტიკა უპირატესად, სამედიცინო მომსახურების გაწევის ფორმით წარმოდგა (სოფლის და მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროგრამა).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით,

საშემსრულებლო ინფრასტრუქტურა მოქმედებდა ახალი მომსახურების მიღებისა და ახალი დაფინანსების მექანიზმების წარმოებით, რაც "სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ" საქართველოს კანონის ჯანდაცვის მომსახურეობის სფეროში აღსრულების შედეგად იყო მიღებული. კერძოდ, ნარკომანიის პრევენციის პროგრამის განხორციელება ანუ ღონისძიებანი ნარკომანიის წინააღმდეგ, გატარებული იქნა ე.წ. სატენდერო წესით წარმოებული მომსახურების შესყიდვების შედეგად, რომლის ძირითადი კონტრაქტორი, ნარკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი იყო (წლების განმავლობაში უმეტესი და რიგი ღონისძიებებისა მხოლოდ მის მიერ იყო მონიტორირებული და უშუალოდ განხორციელებული). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ სახელმწიფო ცენტრალური ბიუჯეტიდან დაფინანსებული, პროგრამული თანხა, მის მიერ ვალდებულებათა მიხედვით მართული იყო სხვა კონტრაქტორებზე, რასაც შეიძლიანი რეფორმის პერიოდში ადგილი არ ჰქონია ანუ, ზოგადად, რომ აღვნიშნოთ საზოგადოებრივ ჯანდაცვით პროგრამებში (ღონისძიებებში) მართვისა და გადაწყვეტილებების სისტემები ე.წ. "ქოლგის" პრინციპიდან "მცირე ქოლგის" პრინციპზე გადავიდა.

1.13 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფორმირების პრინციპები, მოთხოვნები და მდგომარეობა

რეალობაში შემუშავებული და ჩამოყალიბებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა, "საზოგადოებრივი სიკეთის" კატეგორიისათვის დამახასიათებელი თავისებურებებით მოქმედ და, შესაბამისად, "საზოგადოებრივი პროდუქტის" შემქმნელი, მწარმოებელი ფენომენი იყო, (დღესაც არის) ამდენად, იგი ფორმირებული იყო შემდეგი მოთხოვნების მიხედვით:

1.საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც უშუალოდ სახელმწიფო პასუხისმგებლობის სამსახური;
2.დეცენტრალიზებული სისტემა,რომელიც პასუხისმგებლობისა და ვალდებულებების გადანაწილების კონსტიტუციური ჩარჩოს მიხედვით,ითვალისწინებდა ორი დონის სამსახურად ფორმირებასა და ფუნქციონირებას:
ა)ცენტრალურ დონეზე (სახელმწიფო საქვეუწყებო დეპარტამენტის)
ბ)დგილებზე ადგილობრივი სამსახურების ("საჯარო სამართლის იურიდიული პირი) სახით;
3.მოსახლეობის წინაშე ვალდებულებების რეალიზაცია მოახდინოს ადგილობრივი და ცენტრალური პროგრამების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი მიზნობრივი პროგრამების მეშვეობით, რომელიც შესაბამისად გამოიჯნული იქნება "ადგილობრივი" სავალდებულო მინიმუმისა და ცენტრალურ დონეზე სახელმწიფო პროგრამების მიხედვით, შესაბამისი მოქმედების სფეროსა და კონკრეტულ ღონისძიებათა სახით.
4.პროგრამების შესაბამისი დონის ბიუჯეტიდან დაფინანსება ("ადგილობრივი" და "ცენტრალური").
5.დამატებითი ფინანსური სახსრებისა მიღების და გამოყოფის შესაძლებლობა (სავალდებულო მინიმუმის ზევით ადგილობრივ ხელისუფლებას ეპიდსიტუაციიდან გამომდინარე, საშუალება აქვს მოახდინოს დამატებითი თანხების მობილიზება ადგილობრივი, მიზნობრივი პროგრამების მართვის მიზნით);
6.ჰქონდეს ფუნქციების აღსრულების, მოთხოვნების შესაბამისი ელასტიური, მოქნილი შიდა სტრუქტურა და შეძლოს დარგთაშორისი საქმიანობა - ადგილობრივი სამსახურები,თავისი სავალდებულო მოთხოვნების შესრულებისათვის შემდეგი შიდა სტრუქტურით ფორმირებულია, საინფორმაციო-ანალიტიკური, პროგრამული მართვისა და მონიტორინგის, სოციალურ

საჭიროებათა განსაზღვრის, მასობრივი და ინდივიდის დონეზე ინფორმირებულობის, ეპიდემიოლოგიისა და ც.ჯ.წ-ის წარმართვის შესაძლებლობის მქონე ერთეულად. ამდენად, განსახორციელებელი ქმედებანი ქცევების – კორექციისა და კოორდინაციის ბაზისზე უნდა წარიმართოს. განსაკუთრებით, სოციალური რეაბილიტაციის მხრივ, მათ საშუალება აქვთ კომპლექსურად შეისწავლონ ნებისმიერი სახის პრობლემა, რომელიც წამოიჭრება დროის გარკვეული პერიოდისათვის, ხოლო შემდგომ, დაგეგმონ და მოახდინონ რეაგირება, როგორც უშუალოდ, ასევე სხვა ინფრასტრუქტურებთან თანამშრომლობის გზით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები უფლებამოსილნი იყვნენ პროგრამულ ფარგლებში მოეხდინათ მოხალისეთა მობილიზება სოციალურად საშიშ და მნიშვნელოვანი დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლისათვის (აივ ინფექცია შიდსი, სარკომანია, იოდდეფიციტი, დიფტერია, ტუბერკულოზი, ცოფი და ა.შ.).

7. ადგილობრივი მმართველობა და ცენტრთან კოორდინაცია- ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები მოქმედებდნენ სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ კანონით განსაზღვრულ ჩარჩოებში. შესაბამისად, გამგებლის (მერის) მიერ დამტკიცებული გეგმებისა და ადგილობრივი პროგრამების მისედვით, ხოლო მეთოდურ-პრაქტიკული თვალსაზრისით – მოქმედი კანონმდებლობით, სამინისტროსთან შეთანხმებული დებულებით, მეთოდური ინსტრუქციებითა და ნორმატიული აქტებით.

8. ცხოვრების ჯანსაღი წესის ფორმირება და ხელსაყრელი გარემო პირობების ხელშეწყობა ჯანმრთელობის განვითარებისათვის. ეპიდემიოლოგიური და სოციალური კვლევების საფუძველზე მოახდინოს გარკვეულ ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა, დასახოს

მისი განვითარების გზები, ხელი შეუწყოს ადამიანთა სოციალურ ინტეგრაციას.
9. საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებათა მოქმედება ორიენტირებული იქნეს: ინდივიდისა და მოსახლეობის პროცესში აქტიური თანამონაწილეობაზე, ინიციატივების ხელშეწყობაზე.

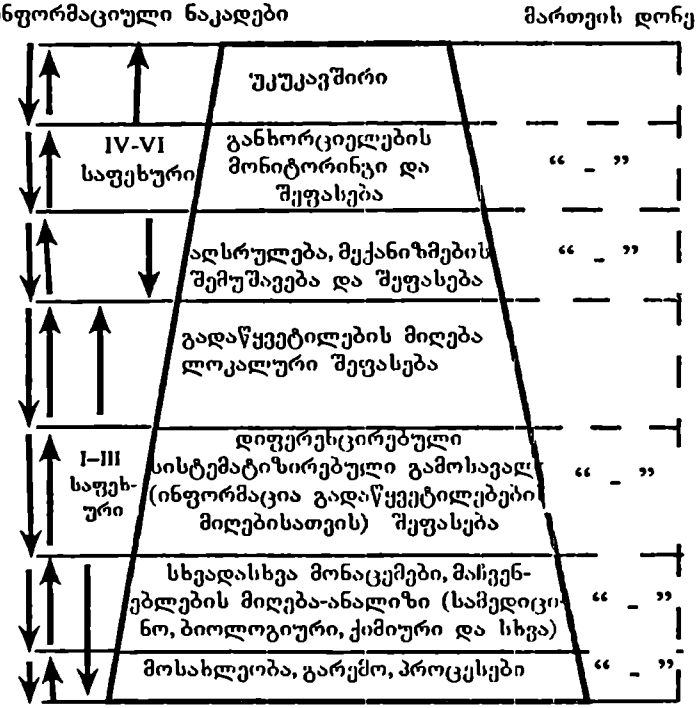
1.14 მართვითი პროცესები საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში

საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამოცანების განსაზღვრა ემყარება რა საერთაშორისო და ეროვნული დონის დეკლარაციებისა და კონვენციების თანამედროვე ეტაპზე აღსრულების აუცილებლობას,ხელმძღვანელობს მიღებული პრიორიტეტებით. ერთიანი გლობალური პრობლემებიდან გამოიყოფა მეტად მნიშვნელოვანი (რომელიც ისაზღვრება სრულიად მსოფლიოს, რეგიონების, სუბრეგიონების, ქვეყნების, ქვეყნის შიდა გეოგრაფიულ-ადმინისტრაციული დონეებისთვის) და უკვე მიზნობრივი პროგრამების საშუალებით, შესაბამისი ჯანდაცვითი სისტემებისა და სხვა სექტორების ერთიანი ან ცალკეული ძალისხმევით ხორციელდება. ზოგადად, საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში პროცესების მართვას რამდენიმე დონე და ეტაპი გააჩნია, რომელიც იდეოლოგიური თვალსაზრისით, საჭიროებებზე დამყარებული მიზეზ-შედეგობრივი ფილოსოფიური კატეგორიაა, სადაც აქტიურად ერთვება მართვის სახელმწიფო და არასახელმწიფო სექტორებიც.

უშუალოდ პროცესების მართვის ტექნოლოგიებიც, მიზან-შედეგები, როგორც ერთიმეორის განმაპირობებელი უწყვეტი ფორმა, განხორციელების რამდენიმე დონესა და მართვის ეტაპს გადის. იგი, შესაძლებელია, ერთ და მეტ დონეზე, შესაბამისი

მმართველობითი მექანიზმებით, ერთდროულად მიმდინარეობდეს, რომელიც უშუალოდ ამ დონისთვის დამახასიათებელი ტექნოლოგიებით ხორციელდება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მართვის პროცესები



ინდუსტრიალიზირებული, ინტენსიური მაღალტექნოლოგიური განვითარების ქვეყნების გარემო ფაქტორები დატვირთული ფიზიკურ-ქიმიური, ბიოლო-

გიური აგენტებით ხასიათდება, რომელთა ზემოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე უარყოფითია. ის სოციალური ფაქტორები, რომელიც გარკვეულწილად წარმართავს მოსახლეობის ცხოვრების წესს, ფასეულობათა სისტემის ფორმირებასა და შესაბამისად კი ქმედებას, რომელიც ცნობიერად თუ ქვეცნობიერად განპირობებულია მიღებული გადაწყვეტილებების რეალიზაციით. ამდენად, პროცესის მართვის საფუძველს სწორედ პრობლემების ფორმულირება და მისი შინაგანი თვისობრივ-რაოდენობრივი, ხარისხობრივი შეფასებითი მაჩვენებლებისა თუ ინდიკატორთა მიღებისა და გამოყენების ერთიანი სისტემაა. სწორედ აღნიშნული ფრაგმენტირდება და მართვის შიდა მექანიზმებით ხორციელდება მიზნობრივი შედეგების თითოეულ მმართველობით დონეზე: ინდივიდი, სოციალური ჯგუფი, არასახელმწიფო და სახელმწიფო სტრუქტურები.

თითოეულ დონეზე მუშაობს მონაცემებისა და მაჩვენებლების მიღება-ანალიზის, დიფერენცირებული და სისტემატიზებული გამოსავლების, გადაწყვეტილებათა მიღების, აღსრულების, განხორციელების მონიტორინგის ეტაპები, რომელსაც პარალელურად მიჰყვება შეფასებითი სისტემების მოქმედება და ყველა ეტაპზე ხარისხობრივი მაჩვენებლის მიღება ხდება. ინფორმაციული ნაკადის უწყვეტობა და სრულყოფილება გადამწყვეტი მნიშვნელობის მქონეა პროცესების მართვის თითოეულ დონეზე.

პასუხისმგებლობათა სისტემურობის პირობებში, მართვა სამართლებრივ, სოციალურ-ეკონომიკურ, ეკოლოგიურ ჭრილში საფეხურეობრივ მართვის შესაბამის, სპეციფიკურ პროცესებს გადის, რომელიც შემდეგნაირად შეიძლება ჩამოყალიბდეს:

I საფეხური –ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი პრობლემის, რომელიც საჭიროებს აუცილებ-

ელ გადაწყვეტას ან მართვას, სრულმასშტაბიანი მულტიინდიკატორული კვლევა (ორგანიზება,ჩატარება) და პრობლემის წარმოჩენა-იდენტიფიცირება;

II საფეხური – პრობლემების კლასიფიცირება გარკვეული ნიშნის მიხედვით, (სოციალური საშიშროების, ეკონომიკური ხარჯთეფექტურობა და სხვა) მათი გადაწყვეტის გზების ძიება. პრობლემების გადაწყვეტისათვის ერთიანი კონცეფციის,დეკლარაციების, კონვენციების გათვალისწინება. საყოველთაო ხასიათიდან გამომდინარე, მათი მიღებისა და გატარების, გადაწყვეტის გზების აღიარება საერთაშორისო და ქვეყნის დონეზე.

III საფეხური – პრობლემების გადამჭრელი, მრავალდარგობრივი ხასიათის მქონე გადაწყვეტილებების ფორმულირება და კლასიფიცირება მრავალინდიკატორული მაჩვენებლების მიხედვით. მოქმედებათა სტრატეგიისა და ტაქტიკის განსაზღვრა, სათანადო ქმედებათა სტანდარტიზების პროცესების ჩათვლით.

IV საფეხური - რეგიონების,სუბრეგიონების (ქვეყნისათვის), მიღებული სტრატეგიის, რომელიც გარკვეულ სამართლებრივ სივრცეშია ფორმირებული, სათანადო გეგმებითა და მხარდაჭერის პროგრამებით აღჭურვა.

V საფეხური – სუბრეგიონის, ქვეყნის შიგნით პროგრამათა გატარება არსებული სამართლებრივ-ორგანიზაციული მექანიზმების მეშვეობით. შეფასებები, წინასწარი შედეგების მიღება-ანალიზი.

VI საფეხური – ქვეყნის შიგნით ეროვნულ მუნიციპალურ-სათემო დონეზე ღონისძიებათა ორგანიზაცია და გატარება მოქმედი კანონმდებლობისა და ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისად.

თითოეულ საფეხურზე, მართვის მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს სრული მონიტორინგი, სისტემური შეფასება, რესურსები, ინდივიდუალური და მასობრივი

სამედიცინო მომსახურების პროფილაქტიკური და სამკურნალო ასპექტების (სამსახურების ჩათვლით), ეპიდემიოლოგიური, გაწეული მომსახურებისა, თუ სხვა ქმედების ხარისხი, წარმოადგენს.

მნიშვნელოვანია ინფორმაციული ნაკადების გამოყენება და სისტემატიზება თითოეულ საფეხურსა და მართვის უშუალოდ სხვადასხვა დონეზე, რამეთუ ამოცანების მასშტაბი და ხასიათი განსხვავებულია.

ინდივიდი გაცილებით მცირე მონაცემებს თვისობრივად განსხვავებულად იყენებს თავისი ქცევების მართვისათვის და გადაწყვეტილებათა მისაღებად, ვიდრე სოციალური ჯგუფი. სოციალური ჯგუფი კი - გაცილებით ნაკლებსა და განსხვავებულს, ვიდრე სახელმწიფო (ქცევის ცვლილება აიე/ინფექცია შიდსის ვირუსით ინფიცირებისა და დაავადების საკითხის მიმართ, ნარკომანიის, იმუნიზაციით მართვადი ინფექციური დაავადებანი, ფსიქიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის განხორციელების სფეროში და ა.შ.). ამდენად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დარგში, მმართველობითი ხასიათის პროცესები ყერ თავსდება მხოლოდ სამედიცინო მანიპულაციათა ან ქმედებათა ჩარჩოში და გადის მის ფარგლებს გარეთ, რომელიც თითოეულ ინდივიდს, ინტერესთა ერთობლიობას, სახელმწიფოს შეეხება და - პირიქით. მართვითი პროცესები ეფექტური, შედეგიანი იქნება მხოლოდ მაშინ, თუ ინფორმაციული ნაკადები ყველა საფეხურზე უწყვეტად იარსებებს და შეძლებისდაგვარად, გამოსაყენებელი იქნება პროცესში მონაწილეთათვის.

არსებითად ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ევროპის სტრატეგიის გარკვეული ნაწილი ასახულია საქართველოს ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიის დოკუმენტში, რომლის კონკრეტული მიზნებისა და

ამოცანების გადაწყვეტა ცენტრალურსა და ადგილობრივ დონეზე პროგრამულ სამუშაოთა დაგეგმვითა და აღსრულებით ხორციელდება.

საქართველოში არსებული მდგომარეობით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხისმგებლობის სფეროში მოქცეული ფუნქციური პროცესები, არსებითად, დაგეგმვისა და განხორციელების, ზოგადად მართვის ყველა საფეხურსა თუ ეტაპს გადის. მაგრამ, შესაძლოა თითოეული მათგანი შესრულების ერთიანი ხარისხით არ ხასიათდებოდეს.

1.15 პროფილაქტიკა, როგორც მართვის ერთ-ერთი ასპექტი

ჯანმრთელობის დაცვა და გაუმჯობესება ანუ ჯანმრთელობის მართვა – არის ინდივიდის, სოციალური ჯგუფებისა და მთლიანად საზოგადოების დონეზე სამედიცინო საკანონმდებლო, სოციალურ-ეკონომიკური და ეკოლოგიური ღონისძიებების კომპლექსი, მიმართული რისკის ფაქტორების, დაავადებების, სიკვდილიანობის შემცირებისა და თავიდან აცილებისაკენ. პროფილაქტიკა- თავისი შინაარსით, გარკვეული არახელსაყრელი პროცესების განვითარებისათვის, ხელისშემშლელ ღონისძიებათა კომპლექსია, რომლის გატარება უზრუნველყოფს სასურველი შედეგის მიღებას. ამდენად:

პირველადი პროფილაქტიკა – საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში მართვის უპირველეს ინსტრუმენტია (ღონისძიებები მიმართული დაავადების აღმოცენების თავიდან ასაცილებლად, ცხოვრების ჯანსაღი წესის უნარ-ჩვევების დანერგვა და ა.შ.).

მეორადი პროფილაქტიკა – დაავადებების ადრეულ სტადიებზე გამოვლენა და ეფექტური მკურნალობა,

სერიოზული გართულებების განვითარების თავიდან ასაცილებლად.

მესამეული პროფილაქტიკა – დაავადების გადატანის შემდგომ ქრონიკული გართულებებისა და ინვალიდობის ან არასასურველი შედეგების თავიდან აცილება, სოციალური რეაბილიტაცია.

ძირითადად, მას აქვს მკაცრად დადგენილი იერარქიული საინფორმაციო სტრუქტურა. საქართველოში დღეს არსებობს ადგილობრივი (რაიონული) და ცენტრალური დონის სტატისტიკა. რაც საბჭოთა სისტემაში მკაცრად ცენტრალიზებული იყო. თითოეული მოქმედი სუბიექტიდან, დღეს, კანონით განსაზღვრული რაიონული მონაცემები ადგილობრივ დონეზე იკრიბება და მუშავდება. ადგილობრივი მონაცემები მიეწოდება სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრს და ხდება სხვადასხვა მაჩვენებლის მიღება. ე.ი. ცენტრალური დონე არ იღებს და არ აწარმოებს თითოეული მონაცემის შეგროვებას, არამედ იგი იღებს რაიონულ დონეზე დამუშავებულ ინფორმაციას და შემდგომი გადამუშავების საფუძველზე გამოყავს ქვეყნისა და რაიონის მაჩვენებლები. სამხარეო პრინციპით, ჯანმრთელობის მართვის პროცესების აუცილებლობიდან გამომდინარე, რეგიონულ დონეზე სამედიცინო სტატისტიკის წარმოება ფრიად მნიშვნელოვანია. კერძოდ, მალარია სამხარეო პრობლემაა (კახეთი, სამეგრელო, ფოთი გურია, აჭარა), აქ მნიშვნელოვანია სამხარეო შეფასებების წარმოება და, ამავე დროს, მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების სამხარეო დატეირთვით გათვალისწინება. არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის თავიდან აცილების მიზნით, გადამწყვეტ მნიშვნელობას იძენს სინქრონული მოქმედებები (ერთი რაიონის გარკვეული მიმართულებით წარმატებულად ჩატარებული საქმიანობა, თუ მოსაზღვრე რაიონის მიერაც არაა გატარე-

ბული, ვერ დაიცავს პირველს მეორის პრობლემებისაგან). ამდენად, სამხარეო დონეზე სტატისტიკის წარმოება ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, ძალზედ საჭირო და აუცილებელია.
ასევეა ეპიდემიოლოგიური კვლევის წარმოება, და ა.შ.

სახელმწიფოთა უმრავლეს ნაწილს პირობითი, ცენტრალური, რეგიონული, ადგილობრივი დაყოფა ახასიათებს. ზოგ ქვეყნებში რეგიონი არ არის კონსტიტუციურად განსაზღვრული ტერიტორიულ-ადმინისტრაციული ფორმა მაგ.საქართველო, მაგრამ ამ შემთხვევაში "რეგიონის" დატვირთვა (ბუნებრივ ეკონომიკური პრინციპით) ცენტრსა და ადგილობრივ ვალდებულება-პასუხისმგებლობას შორის ნაწილდება.

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციების დაგეგმვა ყველა სახელმწიფო ადმინისტრაციულ დონეზე, განსხვავებული პარამეტრების მიხედვით ხდება. დაგეგმვა-მართვა ორგანიზაციისა და მის სტრუქტურებსა და რესურსებს შიგნით, როგორც ასეთი, მიკროეკონომიკის დონეზეც არსებობს. ცენტრალური დაგეგმვა ითვალისწინებს რაიონულ დონეთა კრებით მონაცემებსა და სიტუაციის მიხედვით მოქმედებს, ხოლო რეგიონის დონეზე, მასში შემავალი ადგილობრივი და მისთვის დამახასიათებელი სიტუაციური პრობლემატიკისა და მოთხოვნების მიხედვით. ადგილობრივი – უშუალო საშემსრულებლო დონეზე ღონისძიებათა და რესურსთა საჭიროების განსაზღვრასა და მართვას.

სამედიცინო-სოციალური სტატისტიკა, დონეების მიხედვითაა სტრუქტურიზებული. მისი ფუნქციონირება და წარმოება შესაბამისი წესებისა და პასუხისმგებლობა-ვალდებულებებითაა განპირობებული და იგი სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვაგვარადაა მოწყობილი. ევროპის რეგიონის სტრატეგია ჯანმრთელობა ყველასათვის 2000 - სადაც განსაზღვრულია ზოგადი

და კონკრეტული ამოცანები. სხვადასხვა ქვეყანა მის გადაჭრას ქვეყნის შიგნით მართვისა და ორგანიზაციის სხვადასხვა ფორმით იწარმოებს.

1.16 სერთიფიცირება, ლიცენზირება, სტანდარტიზაცია

მართვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ინსტრუმენტს ლიცენზირების, სერტიფიცირებისა და სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაციის მექანიზმები წარმოადგენს.

სტანდარტიზაცია

1995-1996 წლებში, სამედიცინო-პროფილაქტიკური მომსახურების ხარისხის დაცვის მიზნით, განხორციელებული იქნა სამედიცინო "ქმედებათა" სტანდარტიზაციის პროცესი და დღემდე მიმდინარეობს მისი დახვეწა. ძირითადად, სტანდარტიზებულია ის ქმედებანი, რომელიც უშუალო სამედიცინო ჩარევა-მანიპულაციას ექვემდებარება: ვაქცინაცია, კერების დამუშავება, ქმედება ეპიდემიების დროს, კონსულტაცია, დიაგნოსტიკა და ა.შ., მაგრამ ის ქმედებანი, რომლის შედეგები გამოისახება ქცევების ცელილებებში, რაც განაპირობებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას (თამბაქოს წეის შეწყვეტისათვის, ტრავმატიზმის შემცირებისათვის და სხვა განხორციელებული ზემოქმედებანი), სტანდარტიზაციას ნაკლებად ექვემდებარება და განსხვავებული ფორმები გააჩნია. აქ კი მუშაობს მოქმედებათა, ღონისძიებათა ნუსხა, გრძელვადიანი და მოკლევადიანი გეგმები. შედეგი, გარკვეული პერიოდის შემდგომ აისახება, ხოლო გაწერილ სამედიცინო-პროფილაქტიკური სტანდარტებს, აუცილებელ გასატარებელ ქმედებათა მინიმუმის დატვირთვა გააჩნია. ისინი ერთგვარი საზომია კონკრეტული პროფილაქტიკური ღონისძიებათა განხორციელების შეფასებისათვის.

სტანდარტიზებული სამედიცინო-პროფილაქტიკური ქმედებანი კოდიფიცირებულია და ექვემდებარება ნორ-

მატიულ დონეზე დამტკიცებას.

1.17 შრომითი, ინტელექტუალური რესურსები

მნიშვნელოვანი პოზიციაა შრომითი რესურსების რეგულირება სერტიფიცირებისა და ლიცენზირების მეშვეობით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მოითხოვდა მულტიპროფესიულ ინფრასტრუქტურის არსებობას, ე.ი. მრავალპროფილური სპეციალობების მქონე (ეკონომისტები, იურისტები, ბუღალტრები, პროგრამისტები-ინფორმატიკოსები, სამედიცინო, თანამედროვე დონის ტექნიკური პერსონალი და სხვა) შრომით რესურსებს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ლიცენზირება **სერთიფიცირება შრომითი და მატერიალური რესურსების ეფექტური მართვის ბერკეტებია.**

სახელმწიფოში მიღებული პროფესიულ შესატყვისობის მართვის ფორმა ითვალისწინებდა შესაბამისი განათლების მქონე სპეციალისტთა სერთიფიცირებას, რომელიც ტესტური პროცედურის მეშვეობით ტარდებოდა. არასერთიფიცირებულ სპეციალისტს უფლება არა ჰქონდა ეწარმოებინა შესაბამისი პროფილური სამუშაოები, რამეთუ მისი ხარისხი მიუღებელად ითვლებოდა სანდოობის თვალსაზრისით. **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები—ეპიდემიოლოგი-ქიმი-პროფილაქტიკოსი, ჯანდაცვის ორგანიზატორი, პარაზიტოლოგი, სერთიფიცირება დაქვემდებარებული საქმიანობებად ითვლებოდა. ამდენად, ვერც ერთი საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ცენტრი სათანადოდ ვერ იფუნქციონირებდა, თუ მას, სახელმწიფოს მიერ ამ საქმიანობაზე ნებადართული სპეციალისტები არ ეყოლებოდა.**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში, ლიცენზირების საკითხთა წინა პლანზე წამოწევა და მოთხ-

ოვნა "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", საქართველოს კანონში ფაქტიურად აისახა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციებისა და ამოცანების განსაზღვრისას. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ საჯარო სამართლის იურიდიული პირებისათვის, ლიცენზირების მოთხოვნა, ანუ საქმიანობაზე ნებართვის გაცემა დღემდე არ ხორციელდება. ლიცენზირების შესახებ კანონი სამეწარმეო საქმიანობასთან გათანაბრებულ ქმედებებზე ვრცელდება. რამეთუ სამედიცინო მომსახურება სამეწარმეო საქმიანობაა (ჯანდაცვის შესახებ კანონი, მუხლი 10). მაგრამ შექმნილი ვაკუმი აუცილებლად საჭიროებს მეთოდურ გადაწყვეტას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები, რომლის საქმიანობაში შემავალი ღონისძიებები უშუალო სამედიცინო მომსახურების სფეროს განეკუთვნება, აუცილებლად უნდა აკმაყოფილებდეს შესაბამის სტანდარტულ (სალიცენზიო) მოთხოვნებს, წინააღმდეგ შემთხვევაში, პროცესი შესაძლებელია უმართავი და არაკონტროლირებადი გახდეს.

სახელმწიფო (ადგილობრივი, ცენტრალური) მმართველობა, რომელიც სათანადო დებულებით თავისი ფუნქციის აღსრულებისათვის, ქმნის სათანადო სახელმწიფო სამსახურს ან ორგანიზაციას (საჯარო სამართლის იურდიული პირი), უნდა აკმაყოფილებდეს იმ მინიმალურ მოთხოვნებს, რომელიც აღნიშნული საქმიანობისთვისაა საჭირო. აუცილებელია (განურჩევლად ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა) ექვემდებარებოდეს სახელმწიფოს შესაბამისი პროფილური სტრუქტურების მიერ სათანადო კონტროლს.

საქართველოს რეალობაში, მიუხედავად იმისა, რომ დაფუძნებული იქნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი სამსახურები, ძალზედ გაძნელდა დებულების შესაბამისად მათი ფუნქციონირებისათვის

დოკუმენტაციის დონეზე ლიცენზირებისათვის საჭირო პირობების უზრუნველყოფა, რის გამოც, პროცესმა ხანგრძლივი დრო გასტანა. აღნიშნული იმ გარემოებაზე მიუთითებს, რომ იგივე სახელისუფლო დონეზე ფორმირებულ სამსახურებსაც ესაჭიროება ლიცენზირებისათვის აუცილებელი პირობების მოთხოვნა და დაცვა, შესაბამისი პირობების არსებობა და დაცვა, რომლის შემდგომ მოხდება დაფუძნების პროცესის დაწყება-დასრულება ან მეორე - შეიძლება არ მოითხოვებოდეს ლიცენზიის მინიჭება, მაგრამ უშუალოდ საჯარო სამართლის იურიდიული პირების დაფუძნების დროს, უნდა მოითხოვებოდეს სათანადო დებულების შესაბამისი პირობების არსებობა და დაცვა, რომლის შემდგომ მოხდება დაფუძნების პროცედურის დაწყება-დასრულება.

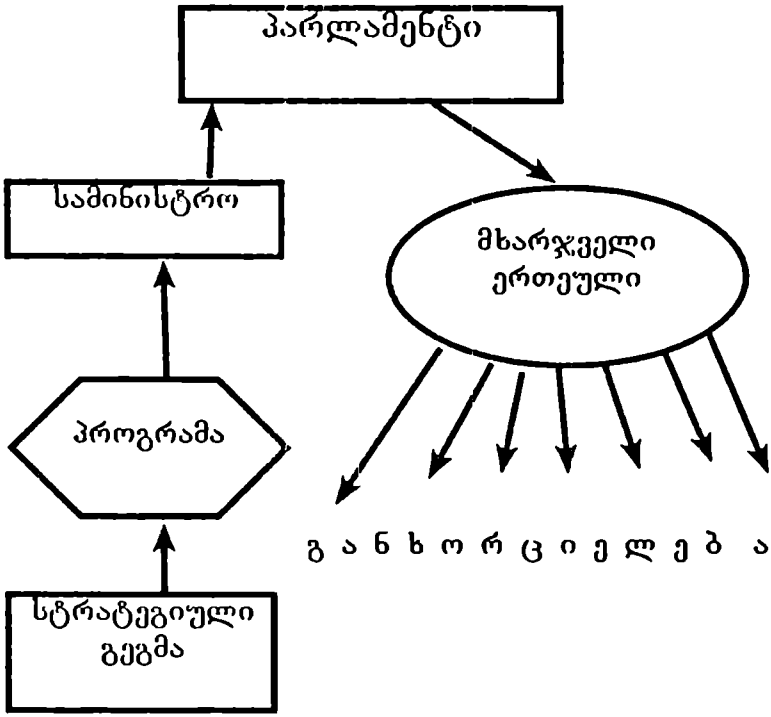
1.18 პროგრამული მართვა

მართვის სისტემის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს მიზნობრივ-პროგრამული მართვა და მასთან დაკავშირებული ეკონომიკურ-სამართლებრივი და სოციალური ასპექტები წარმოადგენს.

ზოგადად, პროგრამული მართვა - კონკრეტულ ღონისძიებათა ნუსხაა, რომელსაც ადმინისტრირების შიდა და გარე მექანიზმები გააჩნია, იგი კონცენტრირებულია დასმული მიზნის მისაღწევად, საზღვრავს სტრატეგიულ და ტაქტიკურ ამოცანებს, განხორციელების რაოდენობებს. ჯანდაცვის სტრატეგიული გეგმისა და ჯანდაცვაზე გამოყოფილი წლიური გეგმიური თანხების მიხედვით, ხდება მიზნობრივი ღონისძიებების ჩამოყალიბება, განხილვა და მიღება ქვეყნის პარლამენტის მიერ. მხარჯველი ერთეულები აწარმოებენ განხორციელების პროცედურებს, ხოლო შედეგი

მიიღება და ზომება პროგრამებში განსაზღვრული ან ცნობილი დადგენილი მაჩვენებლების მიხედვით.

სქემატურად შეიძლება შემდეგნაირად გადმოიცეს



საქართველოს რეალობაში, 1995 წლიდან, ჯანდაცვის სფეროში პირველად განხორციელდა ჯანდაცვითი პროცესების პროგრამული მართვა, რომელიც მოიცავდა პროფილაქტიკურ (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა), სამკურნალო (სადაზღვევო პრინციპებზე აგებულ სამედიცინო-ამბულატორიულ-სტაციონარულ პროგრამას), რეაბილიტაციისა და რეფორმის ხელშემწყობ პროგრამებს.

ვალდებულებათა დონის მიხედვით მოქმედებს "მუნიციპალური" და "ცენტრალური" პროგრამები. ცენტრალური პროგრამების ფუნქციონალური დატვირთვა –მოსახლეობის ან მიზნობრივი ჯგუფების უმნიშვნელოვანესი პრობლემების (სოციალური საფრთხე, დაავადებათა გავრცელება,პოლიტიკით განსაზღვრული მიმართულება და სხვა), გადაწყვეტა ან გადაწყვეტის ხელშეწყობა იყო (იოდდეფიციტი, აივ/ინფექცია შიდსი, ტუბერკულოზი,ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენცია, საინფორმაციო სისტემების ფუნქციონალური განვითარება, ნარკომანიის პროფილაქტიკა, სგგდ და აშ.).

ადგილობრივი პროგრამებით უზრუნველყოფა ხდებოდა ადგილობრივი მნიშვნელობის საკითხების გადაწყვეტის ხელშეწყობა (ცოფის პროფილაქტიკა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის განხორციელება-პროპაგანდირება, ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირების ხელშეწყობა, მალარიის პროფილაქტიკა და აშ.), რომელსაც სამინისტროსთან შეთანხმებით განიხილავდა და ამტკიცებდა საკრებულო.

ადგილობრივი და ცენტრალური პროგრამების ფინანსური რაოდენობები წლების განმავლობაში განსხვავებული იყო. ერთ სულ მოსახლეზე საშუალოდ იანგარიშებოდა 2.5 ლარი მუნიციპალური ვალდებულებების აღსრულებისათვის, ხოლო ცენტრალური დონე საშუალოდ 9-10 ლარს გამოყოფდა,2002 -2003 წლისათვის -15 ლარს. ამავე წელლს, ერთ სულ მოსახლეზე, სულ ჯანდაცვაზე,დაგეგმილმა ხარჯებმა შეადგინა 19 ლარი. ადგილობრივი პროგრამების მოცულობა ცენტრალურის მიმართ 23%-დან 36%-მდე მერყეობდა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ცენტრალური პროგრამების რაოდენობა ცენტრალური პროგრამების მიმართ, საშუალოდ, 14% შეადგენდა.

ზოგადად, ყველა ის მიმართულება და პრობლემა,

რომელსაც პრაქტიკულად შეეხო საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და განახორციელა მისი გადაწყვეტა პროგრამული მართვის გზით, გამოისახება კონკრეტული ღონისძიებების დაგეგმვისა და განხორციელების (ორგანიზება-დაფინანსება) პროცედურებით. ცენტრალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამის წლიურმა შესრულებამ საშუალოდ (1996-2003წ.წ.) გეგმის მიმართ, შეადგინა 81%, ხოლო დაფინანსებამ შესრულების 86%. ყველაზე მცირე დაფინანსებები აღინიშნა 1998წ., 1999წ. და 2003 წელს, შესაბამისად, 61%, 46% და 57%, რამაც დაგეგმილი ღონისძიებების 32%, 24% და 44% შეადგინა. კერძოდ, დაგეგმილი პროგრამები მოიცავდა შემდეგ მიზნებსა და ღონისძიებებს:

იოდისა და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სახელმწიფო პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: საქართველოს მოსახლეობაში იოდისა და სხვა მიკროელემენტების (რკინა), აგრეთვე ვიტამინების ნაკლებობით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის, მკურნალობის, მართვისა და მათი შემდგომი შემცირება-ლიკვიდაციის მიზნით ღონისძიებების გატარება.

პროგრამის ამოცანები: იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა გამოვლინება, მკურნალობა სპეციალიზებულ ქსელში; რადიოეკოლოგიური მდგომარეობის მონიტორინგი (რადიაციული ფონი) სამედიცინო ასპექტების ფარგლებში; მოსახლეობის კვების სტატუსის განსაზღვრა (მოზრდილები, ბავშვები); რკინადეფიციტის ეპიდსიტუაციის შესწავლა ბავშვთა კონტიგენტში (გამოვლენა); მოსახლეობასა და სამხედრო მოსამსახურეებზე რადიაციული ზემოქმედების გამოვლენა, დაავადებულთა მკურნალობა და დისპანსერიზაცია.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების

სახელმწიფო პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის აუმჯობესება ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების გზით

პროგრამის ამოცანები: მავნე ჩვევებისა და ცხოვრების არაჯანსაღი წესის სხვა ელემენტთა წარმოშობის, გავრცელებისა და ზემოქმედების ფორმების, მიზეზებისა და შედეგების სისტემური შესწავლისა და აღმოფხვრის ხელშეწყობა მოსახლეობის მასობრივი ინფორმირების მეშვეობით (პროპაგანდა): თამბაქოს მოხმარების წინააღმდეგ მოსახლეობის განათლება მასმედიის მეშვეობით; ალკოჰოლიზმისა და ტოქსიკომანიის ეპიდსიტუაციის შესწავლა-შეფასება; მოსახლეობის პროპაგანდა მასმედიის მეშვეობით ტოქსიკომანიისა და ალკოჰოლიზმის წინააღმდეგ; მოსახლეობის (ახალგაზრდობის) ფიზიკური აქტივობის ეპიდსიტუაციის შესწავლა-შეფასება; ფიზიკური აქტივობის პროპაგანდა მასმედიის საშუალებით.

გეგმიური პროფილაქტიკური იმუნიზაციის, ეპიდჩვენებითა და პროფესიული აცრების კამპანიების სახელმწიფო პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: მართვადი ინფექციებით მოსახლეობის ავადობის მინიმუმამდე დაყვანა

პროგრამის ამოცანები: აცრები ეროვნული კალენდრის შესაბამისად გეგმიური აცრებით ბავშვთა კონტიგენტის მაქსიმალური მოცვა; მასობრივი აცრების კამპანიების ჩატარება დაავადებათა მიმართ დამცველობითი იმუნური ფენის შექმნისა და შენარჩუნებისათვის; სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარების ხელშეწყობა; იმუნიზაციაზე ეპიდზედამხედველობის წარმოება, მონიტორინგი ცენტრალურ, რეგიონულ, ადგილობრივ დონეზე. 1996-2003 წლამდე დაგეგმილი, შესრულებული და დაფინანსებული შეს-

რულებული სამუშაოები აისახება გრაფიკში №5, შედეგობრივი თვალსაზრისით კი სქემაში № 6-2.2.

ეპიდზედამხედველობის, საკარანტინო (შავი ჭირი, ქოლერა, ემორაგიული კონტაგიოზური ვირუსული ცხელებები), განსაკუთრებით საშიში და მათთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლისა და სხვა გადამდებდაავადებათა პროფილაქტიკის კოორდინაციის სახელმწიფო პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: საქართველოში გავრცელებული ინფექციური სნეულებების, აგრეთვე, სახელმწიფოში ამჟამად არარეგისტრირებული, მაგრამ გარკვეული ხელშემწყობი ფაქტორების გამო (შავი ჭირის ბუნებრივი კერები, საზღვარგარეთის ქვეყნებთან მზარდი ურთიერთობანი, გაძლიერებული მიგრაცია, ეკონომიკური და სოციალური რყევები, ბიოტერორიზმის საფრთხე) შესაძლებელი, საკონვენციო და სხვა საშიში გადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობა, მათი შემოტანის ან აღმოცენებისა და გავრცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა შემუშავება და განხორციელება (ჯანდაცვის სისტემის კომპეტენციის ფარგლებში) ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე. ინფექციური დაავადებების გავრცელების ეტაპობრივი შემცირება, მათი ლიკვიდაციის, ელიმინაციისა და კონტროლის გზით;

პროგრამის ამოცანები: დაავადებათა ეპიდზედამხედველობისა და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის სისტემის ფორმირება; ეპიდაფეთქებების ლიკვიდაცია; სტანდარტული დიაგნოსტიკა; სადეზინფექციო, დერატიზაციისა და სადეზინფექციო სამუშაოების გატარება ცენტრალურ დონეზე და მეთოდურ-პრაქტიკული დახმარების გაწევა, მ. შ. სპეციალიზებულ სამსახურებში; შიდაჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლი; ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები; მეთოდურ-პრაქტიკული დახმარება.

"მალარიის პროფილაქტიკისა და კონტროლის" სახელმწიფო პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: მალარიის ადგილობრივი კერების ელიმინაცია პროფილაქტიკა.

პროგრამის ამოცანები: მალარიის ეპიდზედამხედველობისა და კონტროლის ღონისძიებების გაძლიერება; ეპიდემიის კონტროლის შესაძლებლობების გაძლიერება ჯანდაცვის სამსახურებ'ში; პრეპარატებითა და ლაბორატორიული აღჭურვილობით უზრუნველყოფა; მომუშავე პერსონალის კომპეტენციის ამაღლება დაავადების მართვისას; მოსახლეობის ინფორმირება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების მომსახურების ხარჯების პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელების ორგანიზაციისა და მართვის ხელშეწყობა ღონისძიებათა ეფექტურობის გაზრდის მიზნით.

პროგრამის ამოცანები: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების მომსახურება და, შესაბამისად, ხარჯიც (საშემსრულებლო დონეზე) მიიმართება პროგრამების განხორციელების მონიტორინგის, მოცულობითი ანალიზის სამედიცინო ეკონომიკურ-ორგანიზაციული, სამართლებლივი ასპექტების მიხედვით.

კერძოდ:

- შესრულებულ სამუშაოთა მიღება, იდენტიფიკაცია, კლასიფიცირება;
  ხელშეკრულებების შემუშავება, მათი რეალიზაცია;
  ორგანიზაციულ-მმართველობითი სისტემის ფორმირება განვითარება "ცენტრალურ" და რეგიონულ დონეზე; მ. შ. ელექტრონული კავშირებით უკუ და პირდაპირი უზრუნველყოფა;
  მომსახურების ხარჯების მატერიალურ-ტექნიკური

ბაზის სრულყოფა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების მიერ შესრულებული სამუშაოების მიღება, სპეციალიზებული ანალიზი პროგრამული ფორმების მეშვეობით;

პროგრამულ ღონისძიებათა მიხედვით შესრულებული სამუშაოების მიღება-ჩაბარების აქტების ფორმების შემუშავება და გაფორმება;

კორესპონდენციასთან მუშაობა შესაბამის რეზოლუციათა მიხედვით, დროული (ვადაში) შესრულების კონტროლი;

პროგრამის განხორციელების მიზნით, საშემსრულებლო დონეზე მეთოდური სამუშაოების წარმოება ეკონომიკურ-სამართლებრივი, საორგანიზაციო, საბუღალტრო მიმართულებით (რეგიონი).

სოფლისა და მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის არსი: პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა, დაავადებათა პრევენცია და ადრეული გამოვლინება.

პროგრამის მიზნები და ამოცანები: მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობისათვის რთულ რელიეფურ და სოციალ-ეკონომიკურ პირობებში ხელმისაწვდომი ამბულატორულ-სტაციონარული დახმარების უზრუნველყოფა.

ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა სახელმწიფო პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: პროგრამა მიზნად ისახავს ქვეყანაში ნარკოლოგიური სამსახურების ფორმირების დანერგვას.

პროგრამის ამოცანები: ნარკოსიტუაციის სტაბილიზაცია, გავრცელების შეზღუდვა, ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის ხელშეწყობა; ნარკომანთა მკურნალობა

და სამედიცინო რეაბილიტაცია (მ.შ. ქალები, ბავშვები); მოსახლეობის ჯანსაღ ფენებსა და რისკ ჯგუფებში ნარკომანიის გავრცელების თავიდან აცილება; ექსპერტიზის, როგორც პროფილაქტიკის მეორადი ფორმის ძირეული გაუმჯობესება (მოცვა); პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა მეთოდოლოგიის დახვეწა-გაუმჯობესება; პროგრამის ეფექტური განხორციელებისათვის მატრიალურ-ტექნიკური ბაზით ხელშეწყობა.

ავადობის აქტიური გამოვლინებისა და მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების სახელმწიფო პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა-შეფასება და მისი გაუმჯობესების ხელშეწყობა, ძირითადად, გარკვეული ფენებისა და სოციალური ჯგუფის ჩართვით (ლტოლვილები,ინვალიდები,პენსიონერები,უმწეოები, მრავალშვილიანი დედები და ა.შ.), ორიენტაციით.

პროგრამის ამოცანები: მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვა-გამოკვლევების გზით, საქართველოს მოსახლეობის ავადობისა და მისი სტრუქტურის შეფასება; მოსახლეობისათვის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ (პირველად დონეზე) სიტუაციურ საჭიროებათა მიხედვით; მიზნობრივ ჯგუფებში, დისჰორმონალური ოსტეოპოროზის, ნივთიერებათა ცვლის (მეტაბოლურობის) შესწავლა, პროფილაქტიკა; საქართველოს ეროვნული სპორტული გუნდების სამედიცინო უზრუნველყოფა; რეკომენდაციების შემუშავება რეგიონულ დონეზე გათვალისწინებით.

"ტრავმატიზმის პრევენციის და პირველადი დახმარების" სახელმწიფო

პ რ ო გ რ ა მ ა

პროგრამის მიზანი: ტრავმატიზმის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისა და პრევენციულ ღონისძიებათა

შემუშავება და დანერგვა ტრავმატიზმით გამოწვეული ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.

პროგრამის ამოცანები: ტრავმატიზმის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შესწავლა (საგზაო ტრავმატიზმი); მოსახლეობის ინფორმირება საყოფაცხოვრებო, საგზაო და საწარმოო ტრავმების შესახებ (სატელევიზიო კლიპები); პრევენციის ღონისძიებათა მეთოდოლოგიური რეკომენდაციების შემუშავება სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობისათვის.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემამ, რომელიც პროგრამული მართვის პრინციპებით მუშაობდა 7 წლის განმავლობაში (1996-2003წწ) შეძლო საგრძნობი შედეგების მიღება და გაზომვა, თუმცა, სრულფასოვანი დაფინანსების პირობებში (საშუალოდ 60-70% დაფინანსება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით), შედეგები მეტად ხელშესახები იქნებოდა.

•პროგრამული დაფინანსება, როგორც პროგრამული მართვის ეკონომიკური ასპექტი

პროგრამული მართვა ფაქტიურად წარმოადგენდა, როგორც სისტემის მართვის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანეს და წონად ინსტრუმენტს ამავე დროს. არ შეიძლება ჯანდაცვის სისტემის მართვა ტოლფასი გახდეს პროგრამული მართვისა, რამეთუ პროგრამები ჯანდაცვის სისტემასა და ორგანიზაციას არ წარმოადგენს. ჯანდაცვის სისტემის სათანადო ორგანიზაცია არის პროგრამების გატარების არე, საშუალება, ანუ პროგრამით არ შეიძლება შევქმნათ სისტემა (მაგალითად, შიდსის, ნარკომანიის, იოდდეფიციტისა და სხვათა წინააღმდეგ ბრძოლის პროგრამები ვერ შექმნის ჯანდაცვის სისტემას), თუმცა, შესაძლებელია მოხდეს გარკვეული კორექცია რიგ საკითხებში. მაგალითად,

ლაბორატორიის ან დიაგნოსტიკის არსებობის პრობლემიდან გამომდინარე, სპეციალიზებული კვლევის ლაბორატორია შეიქმნას ან დაინერგოს დიაგნოსტირების გარკვეული მეთოდი. სად, როგორ, რა სიმძლავრისა, ეს უკვე სისტემური საკითხებია და მჭიდროდ ებმის მასზე მოთხოვნის არსებობას. პროგრამებს გააჩნია შიდა, გარკვეული მოქმედებათა არქიტექტურა, რომელიც ზოგადად კლასიკურ ჩარჩოებში ჯდება (სტრატეგია, ტაქტიკა, სუსტი, ძლიერი მხარეები, ამოცანების გადაწყვეტის გზები, მეთოდები, ეკონომიკური პარამეტრები, შეფასების მაჩვენებლები და ა.შ). პროგრამების მოქმედების არე. ყველა პროგრამა, რომელიც მოქმედებდა 1996-2006 წლებში, გავრცელებისა და ქმედებათა (სამედიცინო ჩარევისა და მეთოდურ-პრაქტიკული რაოდენობა) მიხედვით საქართველოს ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ თითქმის ყველა კონტროლირებად ერთეულზე მოქმედებდა. გამომდინარე ეკონომიკური და სამედიცინო ინფრასტრუქურების რესურსების რაოდენობიდან რიგი პროგრამებისა მოქმედებდა კონცენტრირებულად რაიონის, სოფლის, რეგიონისა და ცენტრის დონეზე. შემსრულებელთა რიცხვიც შესაძლებლობისა და აუცილებლობიდან გამომდინარე იყო მიღებული. .პროგამული მართვის ეფექტურობის განმსაზღვრელი ნაწილი ადეკვატური დაფინანსების მექანიზმების არსებობაა. ჯანდაცვის სისტემაში დაფინანსების რამდენიმე მოდელი იქნა გატარებული ბოლო წლების მანძილზე. ისინი იცვლებოდა ქვეყანაში განხორციელებული რეფორმების კვალდაკვალ. საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვის სახაზინო მომსახურებაზე გადასვლა, "სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონისა" და ა.შ. სახელშეკრულებო საფუძველზე პროგრამულ, კონკრეტულ ღონისძიებათა დაფინანსება შესრულებული სამუშაოს ღირებულებ-

ის მიხედვით –ზოგად ფორმულირებას წარმოადგენს. მას გააჩნდა პერიოდული და სიტუაციური ანგარიშები, რომელიც დგებოდა შიდა პროგრამულ, გატარებულ ღონისძიებათა ანგარიშსწორების დროს. უდიდესი პრობლემა, რომელსაც აწყდებოდა დაფინანსება იყო არადროულობა და სიმცირე. სამედიცინო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა უდიდეს ნაწილს (98-99%) არ ჰქონდა შესაძლებლობა თვეების მანძილზე, სახელმწიფოსათვის "ავანსად" ეწარმოებინა სრულფასოვანი მომსახურება ანახღაურების გარეშე. აღნიშნული მეტად ცხადი ხდება თუ გეგმიურ, შესრულებულ და დაფინანსებულ რაოდენობებსა და პერიოდიკას განვიხილავთ. საბოლოოდ დაგეგმილი (წელიწადზე) სამუშაოების ფორმალური ამუშავება იწყება ახალ ხელშეკრულებათა გაფორმების დროს (წლის დასაწყისიდან არა უდიდეს 2-3 თვეზე). I კვარტალში დაფინანსების რაოდენობები ძალზედ დაბალი იყო და კვარტალური გეგმის თითქმის 30%-ს არასოდეს აღემატებოდა,გადაუხდელი თანხა შემდგომი სამუშაოების ვერსატარებას იწვევდა და საბოლოოდ, წლის ბოლოს დაგეგმილ ღონისძიებათა მხოლოდ 70-80% სრულდებოდა, ხოლო დაფინანსება შესრულებულის 70-80%-იან რაოდენობაში მერყეობდა. აქვე აღსანიშნავია, რომ დაფინანსების დაგეგმილი რაოდენობები უშუალოდ ვერ ითვალისწინებდა საბაზრო ეკონომიკის მოთხოვნებს. ჯანდაცვისათვის პროგრამული მართვის ეკონომიკური ასპექტი არაადეკვატურად იყო მოწყობილი და, რიგ შემთხვევაში, დასახვეწი და ხელშემშლელი დასახული მიზნების მიღწევისათვის.

ჯანმრთელობის დაცვა, როგორც სპეციფიკური მომსახურების ერთ-ერთი სფერო, ვერ გუობს:

1.მომსახურების წყვეტილობას.

2.შესაბამისი შიდა საწარმოო მიკრო და მაკრო პრო-

ცესების აციკლურობას (გარკვეულ პროცესებს მიმდინარეობა და პერიოდიკა გააჩნია).
3.სათანადო ჩარევებისა და რეაგირებისათვის, მისადაგებულ მართვას (გარეგნული და შინაარსობრივი განსხვავება ღონისძიებათა ფორმასა და განხორციელების შესაბამის რეგულაციებთან).

კერძოდ, თანხების "მკაცრი ნორმირება" - ანაზღაურების გათვლა მხოლოდ მკაცრად განსაზღვრული საბიუჯეტო სისტემის ხელფასებისა და ხარჯების საბიუჯეტო ფორმატით გათვლების მიხედვით ან მისადაგებით, რაც ეპიდემიოლოგიური სიტუაციების მართვის, სოციალურად საშიშ გარემოში ეფექტური მუშაობისათვის ფაქტიურად შეუძლებელია. გარდა ამისა,მაგალითად ნაწლავურ ინფექციათა წყლისმიერი ეპიდაფეთქებისას, სამუშაოს მოცულობა და სირთულე, განსხვავებულია ბარისა და მაღალმთიანის გასატარებელ ღონისძიებებზე, მჭიდროდ დასახლებულ ქალაქში (საწვავი, გზების სირთულე, მანძილი, სანიტარიული განათლება, კულტურა, პროფესიონალიზმი კლიმატურ-გეოგრაფიული პირობები), ყოფის, შრომისა, და საზოგადოებასთან ურთიერთობის სპეციფიკის მიხედვით. ამ შემთხვევაში, ქმედებათა ნორმირებული თანხების ხისტად გამოყოფა ვერ წყვეტს პრობლემებს, ერთი და იგივე მასშტაბის ეპიდემიის ლიკვიდაციის მიღწევა განსხვავებულ ხარჯს მოითხოვს სხვადასხვა ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე,რადგან სახელმწიფო შესყიდვების განხორციელება ხდება შერჩევების მეშვეობით. დადგენილი ტარიფები და რიგ შემთხვევაში ზედა ზღვრული ფასები ხისტია და ვერ ითვალისწინებს ბაზარზე ფორმირებულ ფასებს (მაღალი ფასით შემოსული წინადადებები,რომელიც აღემატება დადგენილს, არ იძლევა საშუალებას შესყიდულ იქნეს პროდუქცია ან მომსახურება, რომელიც რეალურად, ამ პერიოდის-

ათვის, ბაზარზეა ჩამოყალიბებული, დროის დეფიციტი ხელახალი პროცედურებისათვის და ა.შ), სახელმწიფო ვალდებულებების ქრონიკული შეუსრულებლობა და ცვლილებები, რაც არსებულ დროში მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში ადეკვატურად რეაგირების საშუალებას არ ტოვებს. (მაგ. სეკვესტრები ბიუჯეტში, "ლიმიტირებული" დაშვებები დაფინანსებაზე,როდესაც გეგმა აღიარებულია, შეუსაბამობა ხელშეკრულებით განსაზღვრულ ვალდებულებებსა და გარემო პირობებზე, მოთხოვნებს რომ არ თუ ვერ მიჰყვება. შრომის კანონმდებლობა სახაზინო დაფინანსების პროცესებით და ა.შ) სახაზინო მომსახურება თავისი პროცედურალური მოთხოვნებითა და დროით, ძალზედ უშლის ხელს დაფინანსების დროულობასა და მოცულობას, შესაბამის პასუხისმგებლობას კი არ ინაწილებს.

ამდენად, შეუძლებელი იყო არსებული მოთხოვნების დაკმაყოფილება პროგრამული მართვის სამართლებრივი-ეკონომიკური მექანიზმებით. ამავე დროს, საჭირო იყო ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგრადობის მქონე რისკებისას და პასუხისმგებლობების რეალობასთან მისადაგება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ყოველთვის მოხდებოდა რეალობის "მისადაგება" მოქმედ კანონმდებლობასთან, რაც მახინჯ წრეს შექმნიდა, მივიღებდით გაწელილ უარყოფით შედეგებს და საჭირო ქმედებათა პროცესების შემდგომი პერმანენტული და ჩრდილოვანი ეკონომიკის, კორუფციისა თუ სხვა ნეგატიური მოელენების უნებლიე ხელშეწყობას.

პროგრამული დაფინანსება, უშუალოდ დაფინანსების მექანიზმის თვალსაზრისით გამარტივებასა და ორმხრივი (სახელმწიფო, მიმწოდებელი) პასუხისმგებლობის სამართლებრივი რელური შედეგების აღიარებას მოითხოვდა.

•ხელშეკრულებები

პროგრამულ ღონისძიებათა განხორციელებისა და, შესაბამისად, დაფინანსების სამართლებრივ-ეკონომიკური ასპექტი, რითაც ხდებოდა მხარეებს შორის პასუხისმგებლობა-ვალდებულებათა აღება. ხელშეკრულებაში აღინიშნებოდა კონკრეტული, საქმიანობის ლიცენზიის შესაბამისი ღონისძიება სათანადო დაფინანსების მეთოდი, ფორმა და რაოდენობა, რომელსაც თან ახლავდა უშუალო ანგარიშგების ფორმები და პირობები. მაგალითად: იმუნიზაციის პროგრამის ფარგლებში ხელშეკრულებები შინაარსობრივად 4 სახის იყო:

I.ხელშეკრულება უშუალოდ ვაქცინაციაზე.

II.ხელშეკრულება იმუნიზაციის მონიტორინგზე.

IIIხელშეკრულება ვაქცინების შესყიდვა-მიწოდებაზე.

IV.ხელშეკრულება მეთოდურ-პრაქტიკული, ანალიტიკური და ეპიდზედამხედველობითი სამუშაოების წარმოებაზე.

ხელშეკრულებები ვაქცინების "ადგილზე" ტრანსპორტირების, შენახვისა და უსაფრთხო ვაქცინაციის მონიტორინგის აღსრულების შესახებ, რომლის თანხობრივი მოცულობა თითოეული რაიონისათვის მერყეობდა სამუშაო რაოდენობისა და სტანდარტულ ქმედებათა მიხედვით.

შემსრულებელი - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი. ვალდებულებანი მხარეების მიხედვით: "შემსრულებელი ვალდებულია" –

ა.განახორციელოს მონიტორინგი უსაფრთხო ვაქცინაციის მიზნით;

ბ.ადგილებზე გაუწიოს განსაზღვრული ვაქცინა აცრის კალენდრის სრული დაცვით, არაუმეტეს 3 (ე.წ. პირობითი აცრის თვალსაზრისით) უბნისა,მოახდინოს გაერცელების დადგენა;

გ. მიიღოს ინფორმაცია დადგენილი ფორმით და გაა-

კეთოს ანალიზი რაიონის (ქალაქი) დონეზე ვაქცინაციის პროცესის მიმდინარეობასთან დაკავშირებით, ასევე, დადგენილი ფორმით ყოველთვიურად ინფორმაცია გადასცეს ზემდგომ რგოლს. დამკვეთის ვალდებულებაა - მიღებული სახელშეკრულებლო პირობების აღსრულებისათვის ყოველთვიური დაფინანსება დამტკიცებული სტანდარტის ფარგლებში მოახდინოს.

ხელშეკრულება იმუნიზაციის სფეროში, მეთოდურ-პრაქტიკული და ანალიტიკური საზედამხედველო სამუშაოების წარმოებისათვის, რომელიც დამკვეთსა და შემსრულებელს შორის ურთიერთვალდებულებათა სპექტრს, უშუალოდ "შემთხვევასა" და ზოგადად, პროცესზე განსაზღვრავდა. საჭირო შემთხვევებში, შემსრულებლის მიერ მეთოდურ-პრაქტიკული სამუშაოების წარმოებისას, როგორც ცენტრალურ, ასევე ადგილობრივ დონე'ზე უშუალოდ პროცესის დროს, ასევე ვაქცინათა მიღება-განაწილების წარმოებას, გარკვეული პერიოდულობით ანალიზის მიღებას წლიური, ნახევარკვარტალური ანგარიშების მიწოდებას, დაგეგმვას მომავალი პერიოდის ვაქცინაციის მოცულობის თვალსაზრისით, მოსახლეობის ინფორმირებას, მედიკოს-პროფესიონალთა წერთნას და ა.შ.

დამკვეთი ვალდებული იყო - აღნიშნული ღონისძიებების დადგენილი რაოდენობის ფარგლებში მოეხდინა ყოველთვიური ანაზღაურება გარკვეული ფიქსირებული თანხის ოდენობით, ხოლო თუ რაიმე ღონისძიება ვერ განხორციელდა, მაშინ ანაზღაურება მცირდებოდა შესაბამისი ოდენობით.

შესრულებულ სამუშაოებში სახელშეკრულებო თანხაზე გადამეტება დაიშვებოდა მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევაში. მაგ. ეპიდემიისა და დაძაბული ეპიდსიტუაციის დროს (სათანადო დადასტურების შემთხვევაში).

ყველა ხელშეკრულებისათვის დამახასიათებელი იყო რომელიმე მხარის პირობების შეუსრულებლობა, განსაკუთრებით დამკვეთის მიერ, თითქმის არ მოიცავდა საჯარიმო სანქციებს, გარდა იმ პირობისა, სადაც სასამართლო წესით დავის გადაწყვეტა ისაზღვრება, ანუ ზარალი, რომელიც შემსრულებელს მიადგა, დამკვეთის მიერ ანაზღაურებული უნდა ყოფილიყო სასამართლო გადაწყვეტილებით. ფინანსური სახის სანქციებიდან გამომდინარე სამართლებრივ რეგულაციებს პროგრამული ბიუჯეტები არ ითვალისწინებდა, რაც ეკონომიკური თვალსაზრისით არასახარბიელო მდგომარეობაში აყენებდა შემსრულებელს და გავლენას ახდენდა მომსახურების ხარისხზე. შემსრულებლის ვალდებულებათა შეუსრულებლობა, ლიცენზირების შეწყვეტასა (საქმიანობის შეჩერება) და ფინანსური სანქციის გატარებას იწვევდა. პროცესი ხანგრძლივდებოდა, ხოლო ღონისძიებათა ჩავარდნა (იმუნიზაციის ჩაშლა) სწრაფ რეაგირებას მოითხოვდა. ამგვარი ოპერატიული რეაგირების მექანიზმი კი ფაქტიურად არ არსებობდა.

ამდენად, ხელშეკრულებების პირობებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებოდა პროცესების მართვისა და დაფინანსების ოპტიმიზაციის თვალსაზრისით.

1.19 სოციუმის თანამონაწილეობა პროცესებში

სოციალური სტიგმებისა და რეაბილიტაციის პროცესის მართვა, რომელიც შეუძლებელია ახალ ფასეულობათა აღიარების, ადამიანის უფლებათა დაცვის სრულყოფილი რეალიზაციისა და განვითარების გარეშე (ინდივიდისა და მოსახლეობის სოციალიზაციის პროცესებში თანამონაწილეობა და აქტიური ჩარევა), ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მექანიზმია სოციალურად საშიში პროცესების მართვაში. ამ თვალთაზრისით,

თამბაქოს წევის, ალკოჰოლიზმ-ტოქსიკომანიის, ნარკომანიის, ტუბერკულოზის, შიდსის, სგგდ-თა რისკ-ჯგუფების, ფსიქიურად დააყადებულთა პრევენცია - რეაბილიტაცია და სხვა თვისობრივად მოითხოვს სოციუმის თანამონაწილეობას. ეტაპობრივი, ფაქტიურად განხორციელებულ ქმედებათა თანმდევი შეფასება, მონიტორინგი, ანალიზი – საზოგადოებრივ ჯანდაცვა'ში, მართვის უახლესი მექანიზმებია, რამეთუ შედეგებზე ორიენტირებული ქმედება, პროგრამები, თვისობრივად, შინაგანად მოითხოვს "გაზომვებსა" და "გეგმა – რეალობის" მდგომარეობათა ანალიზს.

ამ მიმართულებით, საქართველოს ჯანდაცვითი სისტემები ინტენსიურ განვითარებას, მოქმედებების მეთოდოლოგიათა დახვეწას, რიგი საკითხების (ნარკომანია, შიდსი და ა.შ) პოლიტიკის რანგში აყვანასა და სამართლებრივი რეგულირების მთელ განახლებულ პაკეტს მოითხოვდა, რომელიც შემდგომში მუდმივ ფორმირებასა და სრულყოფას საჭიროებდა.

თავი II

პირველადი სამედიცინო მომსახურება (პირველადი ჯანდაცვა) დამოუკიდებელ საქართველოში

როგორც უკვე ავღნიშნეთ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და შემდგომი გაუმჯობესების მისაღწევად სახელმწიფო პოლიტიკის აღმსრულებლად ადგილებზე განისაზღვრა პირველადი მზრუნველობის რგოლი, რომელიც 'სემაშკოს" მოდელის ერთგვარი გაგრძელება იყო და ეფუძნებოდა ძირითადად საფერშლო, საფერშლო-საბებიო პუნქტების ამბულატორიებისა და პოლიკლინიკების მომსახურეობას, რომელიც სამედიცინო დახმარების ერთიან სისტემას ქმნიდა

ანგარიშვალდებულებებით, შიდა ორგანიზაციული კავშირებითა და ფუნქციების მკაცრად გადანაწილებული იერარქიით და მას პირველადი სამედიცინო მომსახურება ეწოდებოდა.

თავდაპირველად ეს ერთეულები ორგანიზაციულ სამართლებრივი ფორმით ერთ იორგანიზაციას ქმნიდნენ ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანებების, ან ამბულატორიული გაერთიანების სახით. მოგვიანებით სისტემის ძირეული რეორიენტაციის პირობებში მოხდა მათი ცალკე დამოუკიდებელ იურიდიულ პირებად ჩამოყალიბება და გარკვეულწილად დაქვემდებარების სისტემა შეცვალა საკონტრაქტო ურთიერთობებმა. მათი "გამაერთიანებელი" მხოლოდ სახელმწიფო – "სოფლის და მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის ამბულატორიული მომსახურების" პროგრამა იყო რომელიც მკაცრად უსაზღვრავდა, როგორც სამოქმედო არეალს, ასევე მათ მიერ შესასრულებელი სამუშაოების მოცულობას და ფინანსური ანაზღაურების ფორმებსაც. უფრო მოგვიანებით კი თანდათანობით დამკვიდრებას იწყებს ტერმინი "პირველადი ჯანდაცვა" რომელიც კონცეფციის მიხედვით სისტემის პროფილაქტიკური მიმართულებით შემობრუნებას გულისხმობდა.

პ.ჯ.დ მაქსიმალურად უნდა ყოფილიყო ხელმისაწვდომი მოსახლეობის ყველა ჯგუფისათვის, ამავე დროს უწყვეტი, ინტეგრირებული და ორიენტირებული ოჯახის, საზოგადოების ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ასპექტებზე.

თავისი ფუნქციითა და ფორმით კი სამედიცინო მომსახურებისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საყრდენი და საუკეთესო საშუალება ჯანმოს მიერ არიარებული მიზნის "ჯანმრთელობა ყველასათვის" – მისაღწევად.

ახალ პოლიტიკურ და სოციალურ-ეკონომიკურ ვითარებაში თანდათანობით არსებითად იცვლებოდა საზოგადოების მოთხოვნები ჯანდაცვის სისტემის მიმართ. შესაბამისად რადიკალურად უნდა შეცვალილიყო მთელი სისტემის მოწყობის პრინციპები, სამსახურების საქმიანობის შინაარსი და მათი ურთიერთდამოკიდებულება. შეთანხმებულად დარეგულირებულიყო ჯანდაცვის მთელი სისტემის ფუნქციონირების განმსაზღვრელი გარემოებანი, ნათლად გამოიკვეთილიყო მისი საზოგადოებრივი ამოცანები და მისი ეფექტიანად ფუნქციონირების უზრუნველმყოფი სოციალური და ეკონომიკური მექანიზმები.

შემუშავებული ორგანიზაციული სტრუქტურა, მართვის ახალი მოდელი. უნდა მისადაგებული ყოფილიყო სოციალური სფეროს მართვის ევროპულ მოდელებს, რათა საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების მეტ-ნაკლებად თავისუფალი განვითარების პირობებში შენარჩუნებულიყო სახელმწიფოებრივი რეგულირება. (სახელმწიფოებრივი რეგულირების ჩარჩოები, მოცულობა და მიმართულებანი).

შემდგომში, უფრო ნათელი გახდა, რომ ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემების გადაჭრა საჭიროებდა უფრო ნატიფ ორგანიზაციულ ღონისძიებებს, სახელმწიფო და კერძო სექტორების შეთანხმებული საქმიანობით, სადაზღვევო პროდუქტის მკაფიო განსაზღვრით, რომელიც მცირე დანახარჯების პირობებში, მაქსიმალური ეფექტის მომცემი იქნებოდა.

ამ მიზნების მისაღწევად საჭირო გახდა დაბალანსებული სახელმწიფო ვალდებულებების გამოკვეთა, ჯანდაცვის სფეროში წარმოქმნილ პრობლემათა პრიორიტეტების განსაზღვრა, მათი დაძლევისათვის თანმიმდევრული მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება და განხორციელება, კერძო სექტორის ინიციატივების

ხელშეწყობა.

მნიშვნელოვან გადადგმულ ნაბიჯს - სახელმწიფო ვერტიკალური (ცენტრალური) და მუნიციპალური (ადგილობრივი) პროგრამების შეიქმნა წარმოადგენდა, რომელიც ერთი მხრივ ასახავდა სახელმწიფო გალდებულებებსა და მიზნებს და მეორეს მხრივ მის შესაძლებლობებსაც. ეს პროგრამები გადიოდა პირველადი მზრუნველობის დონეზე და გარკვეულწილად ეს რგოლი ადგილებზე პროგრამებით გათვალისწინებულ ღონისძიებათა უშუალო განმახორციელებლად გვევლინებოდა. თანდათანობით გამოიკვეთა სადაზღვევო პრინციპების დანერგვის უპირატესობანიც, სამედიცინო მომსახურების ახალი ინიციატივები. რაც მთლიანობაში, ართულებდა მიზნების განხორციელების პროცესს. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ვერტიკალური (ცენტრალური) პროგრამები სრულად ვერ უზრუნველყოფდნენ ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტას ყოველ კონკრეტულ სიტუაციაში.

ვერტიკალური პროგრამების დომინანტურობის გამო, პრობლემის გადასაჭრელად საჭირო იყო მუნიციპალური ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება პირველად სამედიცინო დახმარებასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციებზე დაფუძნებით. აქ პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებოდა.

პირველად ჯანდაცვას ეკისრებოდა პირველადი სამედიცინო მომსახურებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ამოცანების გადაწყვეტის ფუნქციები.

მთლიანობაში, დარგის ორიენტაციის ძირეულ შეცვლასთან ერთად, ამგვარ ორგანიზაციულ სტრუქტურს ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მართვის მეთოდებით უნდა შეეძლეო პროფილაქტიკაზე ორიენტირებული პირველად სამედიცინო დახმარებაზე და-

ფუძნებული მოქნილი სისტემის ამუშავებას.

წინამდებარე მიმოხილვის შემდგომ, დავუბრუნდეთ ისევ ამ ორი სამსახურის ჩამოყალიბებისა და განვითარების გამოცდილებას ზოგიერთი ევროპული ქვეყნის მაგალითზე და გავაანალიზოთ მოსალოდნელი და სასურველი ცვლილებების შესაძლო კონტექსტი.

2.1 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისტორიული ფესვები

ისტორიულ კონტექსტში მათი აღქმა ცივილიზებული ევროპის,(განსაკუთრებით დიდი ბრიტანეთის) ქვეყნების მაგალითზეა საინტერესო.

ადამიანებისათვის სუფთა, ხარისხიანი სასმელი წყლის, ჰაერის, ნორმალური საცხოვრისის აუცილებლობის აღქმა და ჯანდაცვისადმი სერიოზული დამოკიდებულება ახალი არაა. ძველ საბერძნეთში, ჰიპოკრატეს ნაშრომში "ჰაერი, წყალი და ადგილი" აღიარებულია გარემოს, კლიმატის, ნიადაგის, საკვების, წყლისა და ცხოვრების წესის გავლენა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ჩვ.წ.აღ-მდე 384 წელს, არისტოტელე წერდა "პიროვნების კარგად ყოფნის" პირობების შესახებ.

შუა საუკუნეებში, მუნიციპალური ხელისუფლებები ცდილობდნენ, უზრუნველეყოთ მოსახლეობა ხარისხიანი წყლით, ქუჩები სუფთად შეენარჩუნებინათ. ამას მოწმობს უამრავი არქეოლოგიური თუ ისტორიული ცნობა. ამ ცნობებიდან ჩანს, რომ შუა საუკუნეების საზოგადოებებს დაავადების თავიდან აცილებისა და პრევენციის თავისებური ხერხები გააჩნდათ, აგრეთვე სანიტარიული ზედამხედველობის ელემენტები და ადგილობრივი საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვის ზოგადი მექანიზმები. ამის მაგალითებია პარიზის ქუჩების მოკირწყვლა ქვებით და კანონები, რომელთა მიხედვითაც ფლორენციის ბაზრები ყოველ საღამოს უნდა

დაგვილიყო, რათა გაესუფთავებინათ ნარჩენებისგან.

მე-18 საუკუნისთვის, სულ უფრო მზარდი დადებითი განწყობა შეიმჩნეოდა იმ მოთხოვნისადმი, რომ სახელმწიფოს გარკვეული პასუხისმგებლობა გააჩნია საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მიმართ. გერმანიაში ჯონ პიტერ ფრენკმა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხელშემწყობი საქმიანობის პიონერად რომ ითვლება, ჯანდაცვის ზოგადი პოლიტიკის შექმნის შესახებ იდეა წამოაყენა. მე-19 საუკუნეში, ჯერემი ბენსამმა, ჯანმრთელობის დაცვისა და ხელშეწყობის პოზიციების გასამყარებლად კონსტიტუციური კოდექსის შექმნის იდეა წამოჭრა გარემოს სანიტარული მდგომარეობის დაცვისათვის, გადამდები დაავადებების ადმინისტრირებისათვის.

ბრიტანული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებაში სხვა მნიშვნელოვან ფიგურებს შორისაა ჯონ სიმონი, რომელმაც ჯერ კიდევ 1858 წელს განაცხადა, რომ **„სანიტარიული დაუდევრობა წარმოადგენს მცდარ მომჭირნეობას ... ერის ფიზიკური ძალა ეროვნული აყვავებისათვის აუცილებელი და მნიშვნელოვანი ფაქტორია.“** ერთ-ერთმა მთავარმა ლობისტმა ედვინ ჩადვიკმა, რომელიც მსგავსი სოციალურ- ეკონომიკური არგუმენტებით იყო მოტივირებული, ამ სფეროში, კანონმდებლობის მიღებას შეუწყო ხელი. მის მოხსენებას **„მშრომელი მოსახლეობის სანიტარული პირობების“ შესახებ, 1848 წლის „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აქტისა“** და **„ჯანდაცვის სამედიცინო ოფიცრების“ (MOH)** ინსტიტუტის ჩამოყალიბება მოჰყვა, რომელიც მოსახლეობის ჯანდაცვის მდგომარეობაზე იყო პასუხისმგებელი.

2.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ოფიცერი

ისტორიული წყაროებით ცნობილი პირველი სა-

ზოგადოებრივი ჯანდაცვის ოფიცერი - უილიამ ჰენრი დუნკანი, 1848 წელს, ლივერპულში ქალაქური ტიპის დასახლებების მძიმე პირობების გაუმჯობესებისათვის მებრძოლის როლში აღმოჩნდა; მისი დაკვირვებით, დასახლებაში არსებული მძიმე სანიტარიული მდგომარეობა მოკვდაობის მაღალ მაჩვენებელს განაპირობებდა, განსაკუთრებით ბავშვებსა და ახალგაზრდებში, რაც ლივერპულს მკვეთრად განასხვავებდა სხვა ქალაქებისგან. სხვა ცნობილი იმდროინდელი მეცნიერები და პრაქტიკულად მოღვაწე ექიმებიც იზიარებდნენ მის მოსაზრებებს. მაგალითად **უილიამ ფარი** წერდა: **„ძალზე არასახარბიელო მდგომარეობაა ჩვილ ბავშვებთან დაკავშირებით, ისინი ანტისანიტარიულ პირობებში იმყოფებიან დიდ ქალაქებში და განსაკუთრებით ლივერპულში. ამ შემთხვევაში, რამდენიმე თვის ჩვილთა სიკვდილიანობა ორჯერ მაღალია, ვიდრე უფრო ჯანმრთელ უბნებში, ხოლო შვიდი თვისა და ამაზე უფროს ბავშვებში ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალიც კია“.** ასევე ისტორიულად ცნობილი საზ. ჯანდაცვის ოფიცერი დუნკანი, ხელისუფლების წინაშე საკითხების დასმისას, სრულად იყენებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ოფიცრის (MOH)- სანიტარიულ ძალაუფლებას, რათა გაეუმჯობესებინა ღარიბ მოქალაქეთა საცხოვრებელი პირობები, ხოლო მისი მცდელობების უდიდესი ნაწილი ... მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხისა და მოლოდინის გაუმჯობესებას ეძღვნებოდა. თავისი მოსახლეობის აღწერისას ის ძირითადად ეყრდნობოდა აღწერილობით ეპიდემიოლოგიას, ბიოსტატისტიკასა, თუ სხვა კვლევებს. სტატისტიკური კვლევის მეთოდი, ასევე, უილიამ ფარის უახლოესი კოლეგის – ფლორენს ნაითინგელის მიერ საავადმყოფოთა მუშაობის შესწავლისას, გამოყენებული ერთერთი მთავარ ინსტრუმენტი იყო.

ვიქტორიანული პერიოდის საზოგადოების ჯანდაცვის მენტალური მიდგომის ყველაზე ცნობილი ისტორია უკავშირდება ჯონ სნოუს მოღვაწეობას, მის მიერ აღწერილ წყლის საქაჩთან დაკავშირებულ მოვლენებს. დღესაც, **ლონდონის სოჰოზე,(რაიონი ლონდონში) სადაც ეს საქაჩი მდებარეობდა,** არსებობს ლუდხანა, ღირსშესანიშნაობა სახელგანთქმულ საქაჩზე. სნოუს თეორია ეხებოდა საკითხს, რომ ქოლერის გავრცელებას სათავე წყალში უფრო ჰქონდა, ვიდრე „მომწამლავი ამონაბოლქვით“ მოქალაქეების დასნებოვნების ფაქტებს. ის იყენებდა ეპიდემიოლოგიურ კვლევებს, რათა დაერწმუნებინა ადგილობრივი ხელისუფლება, რომ მოეხსნათ საქაჩის სახელური, რომელიც მისი ღრმა რწმენით, ეპიდემიის კერა იყო. აზიურმა ქოლერამ პირველად ინგლისს 1831 წელს შეუტია, და მის წინააღმდეგ არანაირი საშუალება ეფექტური არ აღმოჩნდა. 1854 წელს, ლონდონში დაწყებულმა ეპიდემიამ ჯონ სნოუს შანსი მისცა შეემოწმებინა საკუთარი თეორია, რომელიც მის დაკვირვებებსა და წარსულში უკვე მომხდარ ეპედიმიურ აფეთქებებს ეფუძნებოდა, ქოლერა „ყოველთვის იწყება მილების დაზიანებით“ და ერცელდება მსხვერპლიდან მსხვერპლზე, საკანალიზაციო დაბინძურებული წყლების მეშვეობით. სადამკვირვებლო მუშაობის უნიკალური ფრაგმენტებით, ის სისტემტურად იკვლევდა საქაჩის წყლის მომხმარებლებს (მიიჩნევდა რა მას ეპიდემიის სათავედ) და, აღნიშნავდა გარდაცვალების ფაქტებს. წყაროს საქაჩიდან დაშორების მანძილით ადგენდა და რუკაზე აღნიშნავდა გარდაცვლილების მისამართებს, ამით ყურადღებას ამახვილებდა ფაქტზე, რომ იქ იყო დაბინძურებული წყლის ერთადერთი წყარო.

მან აღნიშნა, რომ შეუიარაღებელი თვალიც კი შენიშნავდა, საქაჩიდან აღებული წყალი რომ შეი-

ცაცდა „თეთრ ნაწილაკებს“. მან თავისი კვლევები მიიტანა ოლქის საბჭოში, მართალია მათ უხალისოდ დაუჯერეს სნოუს, მაგრამ მაინც დასთანხმდნენ საქაჩის სახელურის მოხსნაზე. რამაც უცბად შეაჩერა ქოლერის გავრცელება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადრეული პრაქტიკა უმეტესად მოიცავდა იმ გარემო ფაქტორების გათვალისწინებასა და მხედველობაში მიღებას, რომლებიც იწვევდნენ ავადმყოფობას, ძირითადად ღარიბთა ფენაში მაშინ, როდესაც ექიმები და კანონმდებლები მთავარ როლს ასრულებდნენ ამ საქმიანობაში. არქიტექტორებსა და ინჟინრებსაც ძალზე მნიშვნელოვანი წვლილი შეჰქონდათ შექმნილი სიტუაციის გაჯანსაღებაში. მაგალითად, ჯოზეფ ბაზელგეტმა, არქიტექტორმა, ლონდონის საკანალიზაციო სისტემა 1858 წლის „უდიდესი აქოთების“ შემდეგ ააშენა, როდესაც პარლამენტში იმდენად ცუდი სუნი იდგა, რომ მისმა წევრებმა სასწრაფო ზომების მიღება მოითხოვეს. პოლიტიკოსთა უკმაყოფილების პასუხად, მისი საკანალიზაციო ქსელი საინჟინრო ხელოვნების შედევრი გადახრილი იყო მდინარის დინების მიმართულებით, რომელიც დღესაც ფუნქციონირებს.

2.3 ინფექციური დაავადებების აღქმა-გაგება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ჯანმრთელობის სტატუსის აღწერის მიზნით, რამდენიმე სტანდარტულ საზომს ეყრდნობა, მათ შორის სიკვდილიანობის მაჩვენებელს. XIX საუკუნის მეორე ნახევარში, ინგლისში, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 24-40 ასაკის ადამიანებში, რომელიც ინფექციური დაავადებებით იყო გამოწვეული,60%-ით შემცირდა,ჩვილთა სიკვდილიანობის პროცენტი 18%-ით. ეს ცვლილებები მიუთითებდა, რომ გარემო პირობების გაუმჯობესების პარალელუ-

რად ჯანმრთელობა გაუმჯობესდა.

XIX საუკუნის გარდატეხას თან ახლდა მეცნიერული მიდგომის სწრაფი განვითარება, გადამდები დაავადებების მიკრობული მიზეზების აღიარება და მათი მკურნალობა. პასტერის, კონის, კოჩისა და სხვათა ნაშრომებმა საფუძველი ჩაუყარა დღევანდელ მიკრობიოლოგიას, ბაქტერიებისა და დაავადებების ურთიერთკავშირის აღმოჩენების სწრაფ სერიას; აგრეთვე, საწყის ეტაპზე იმუნიტეტის მნიშვნელობის აღქმასაც.

2.4 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კერძო მომსახურების განვითარება

სოციალური პირობების გაუმჯობესების შემდეგ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყურადღების ფოკუსირება კერძო პრევენციული მომსახურების სასარგებლოდ შეატრიალდა. დედათა და ბავშვთა კეთილდღეობა პრიორიტეტად იქცა. 1854 წლის საფრანგეთში არსებობდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშემწყობი სოციალური პროგრამები, რაც მოიცავდა ჩანასახზე ზრუნვასა და ჩვილების სუფთა რძით კვებას. ინგლისის ისეთი საკანონმდებლო აქტები, როგორიცაა **1902 წლის "მეანთა აქტი", 1906 წლის "სკოლების საკვებით მომარაგების" კანონი და 1918 წლის "დედათა და ჩვილთა კეთილდღეობის" აქტები;** ეს ბიძგი იყო მეანობის, პატრონაჟის და სკოლის ექთნების დარგებში ინვესტირებისათვის, რაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურების შემადგენელი ნაწილი იყო. შემდგომში შემოტანილი იქნა, მასობრივი ვაქცინაცია და იმუნიზაცია და ყურადღება მეტად გამახვილდა დაავადების პრევენციაზე. დღევანდელ საშუალო შემოსაელიან ქვეყნებში, ასეთი ტიპის მომსახურებანი, დღესაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურების

ძირითადი ბირთვია.

1909 წლის **ღატაკთა კანონის კომისიის** განაცხადის მიხედვით, შემოტანილ იქნა წინადადება **ჯანდაცვის ხელმძღვანელი რგოლისა და ღატაკთა სამედიცინო მომსახურების კანონმდებლობის** გაერთიანებისა, რათა პროცესები ემართათ, როგორც სოციალური უსაფრთხოების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილი. 1929 წლის **ადგილობრივი ხელისუფლების აქტით** გაიზარდა ქვეყნის საავადმყოფოს რესურსები და შეიქმნა მრჩეველთა ინსტიტუტი. საბოლოოდ, 1948 წელს, **ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურებამ (NHS)** ჩამოაყალიბა **ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემა,** რათა გაეუმჯობესებინა მოსახლეობის ჯანმრთელობა დაავადების პრევენციით, დიაგნოზირებითა და მკურნალობით.

1974 წლამდე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურება და ჯანდაცვის სამედიცინო ოფიცრები **(MOH)** ადგილობრივ ხელისუფლებაში, ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის საზღვრებს მიღმა განაგრძობდა ფუნქციონირებას. ამ დრომდე, ადგილობრივ მთავრობებს ყოველწლიურად მოეხსენებოდათ მათი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ჯანდაცვის სამედიცინო ოფიცრების ყოველწლიურ მოხსენებაზე დაყრდნობით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ოფიცრები, როგორც ადგილობრივი წარმომადგენლები, პასუხისმგებელნი და ანგარიშვალდებულნი იყვნენ ინფორმაცია მოეწოდებინათ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ეს პასუხისმგებლობები მოიცავდა გარემოს ჯანმრთელობას, სოციალურ და საზოგადოებრივ მომსახურებებს, გადამდებ დაავადებებზე დაკვირვებასა და კონტროლს. მაგალითად, 1973 წლის მოხსენებაში, ქალაქ ოქსფორდზე, აღწერილია თუ, როგორ იკისრა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახახურმა პასუხისმგებლობა გაეკონტროლებინა არა მხოლოდ

ინფექციური დაავადებები, საცხოვრისისა და საკვების უსაფრთხოება, არამედ საზოგადოებრივი საექთნო მომსახურება, სტომატოლოგია, იმუნიზაცია და ჯანდაცვის ცენტრების განვითარება, სადაც ჯანდაცვის ინსპექტორები, მეანები, ექთნები და სოციალური მუშაკები ადგილობრივ ოჯახის ექიმებთან ერთად მუშაობდნენ. მოკლედ რომ ვთქვათ, ამ დროისათვის მათ გააჩნდათ **„შეუფერხებლად მართვადი იმპერია“**, სადაც უძღვებოდნენ საზოგადოებრივ საექთნო, სოციალურ მომსახურებას, ფსიქიკურად დაავადებული ან საწოლში ჩავარდნილი ავადმყოფების საავადმყოფოს გარე პირობებში მოვლას, სასწრაფო დახმარებით მომსახურებასა და ბავშვისა და სკოლის ჯანმრთელობის მომსახურებას.

2.5 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გაერთიანება ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურების სისტემასთან (NHS)

1974 წლის რეორგანიზაციამ, ინგლისში, ერთ სისტემაში გააერთიანა თანამედროვე **საზოგადოების ჯანმრთელობის სამი ძირითადი საყრდენი – ჯანმრთელობის დაცვა, მომსახურების (სერვისების) მენეჯმენტი, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და მასზე ზრუნვის პოპულარიზაცია.** ეს სტრუქტურული ცვლილებების დასაწყისი იყო, სადაც გამოიკვეთა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის მომსახურებათა დაყოფის ტენდენცია, თუმცა კი დროებითი ხასიათის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყურადღებამ გადაინაცვლა სისტემის რესურსების მენეჯმენტზე, როგორც პირველადი მზრუნველობის, ისე ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეტერმინანტების ხარჯზე. ამ დროისათვის, ეროვნულმა სისტემამ დაამკვიდრა ბაზრის ფილოსოფია, **მომსახურების, მომხმარებლისა და მისი მომწოდებლის გამიჯვნისა და მენეჯერობის იდე-**

ის სულ უფრო მზარდი მხარდაჭერის შესახებ. პრაქტიკული საქმიანობიდან გამომდინარე, მოპოვებული უნარებითა და ორგანიზაციის არსის გაგებით, ჯანდაცვის სპეციალისტები უფრო მწვავე დაავადებებათა სექტორზე იყვნენ ორიენტირებულნი, ვიდრე ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე, განსაკუთრებით - პირველადი მზრუნველობის მუშაკები. მიუხედავად ამისა, ბოლო წლებში ინგლისში შეინიშნება ამ გუნდების როლისა და ადგილობრივი პასუხისმგებლობის ზრდა. პირველად მზრუნველობაში, პროფესიონალებსა და სხვა სპეციალისტთა შორის არსებობდა პაციენტებსა და მათ ოჯახებზე სოციალური და ეკონომიკური პირობების გავლენის სულ უფრო მზარდი აღიარება იმ როლზეც, რომლის შესრულებაც ამ კუთხით, ჯანდაცვის პროფესიონალებს შეუძლიათ.

2.6 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების წინაშე მდგარი გამოწვევები

საქართველოში 2005 წლის შემდგომ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში განხორციელებულმა ცვლილებებმა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა საქმიანობაში ერთგვარი დაბნეულობა შეიტანა. ადგილობრივ ხელისუფლებასთან ურთიერთობა შესუსტდა და, არაადეკვატურ ბიუჯეტში, ცენტრალური ადგილი ჯანდაცვის სერვისების მენეჯმენტმა დაიკავა. გატარებულმა ცვლილებებმა„„მომხმარებლების“ მომსახურების „მომწოდებლებისგან“ გამიჯვნამ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალები ისეთი როლით წარმოაჩინა, რომელშიც ადგილობრივი ხელისუფლების და პ.ჯ.დ.-ს მიერ უბრალო ადმინისტრატორად აღიქმებოდნენ, და რომლებსაც პროგრამების, ახალი სამედიცინო მომსახურების წამოსაწყებლად, როგორც დაფი-

ნანსებაზე,ასევე ხელშეწყობაზე,ხშირად უცხადებდნენ უარს. მიუხედავად ასეთი სიტუაციისა,ცივილიზებული სამყაროს ამ სექტორის მდიდარმა გამოცდილებამ, სოციალურ და ფიზიკურ გარემოში მომხდარმა ცვლილებებმა თანდათანობით მეტად გამოკვეთა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლი –გადამდები დაავადებების კონტროლის, ჯანმრთელობის დაგეგმვისა და მართვის გაძლიერებაში. უფრო მეტმა გლობალურმა საფრთხეებმა, საზღვრების გამჭვირვალობამ, მოსახლეობის გაზრდილმა მიგრაციულმა პროცესებმა, ზოგადად ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის კომერციალიზაციამ, კიდევ უფრო მკვეთრად წარმოსახა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, როგორც სახელმწიფო პასუხისმგებლობის გამომხატველი სამსახურის მნიშვნელობა.

ამ პასუხისმგებლობების წარმოქმნის საფუძვლების მაგალითებს შორის,ერთერთ საწყის დოკუმენტად მიჩნეულია ბრიტანელი დონალდ აჩესონის მიერ გამოცემული ნაშრომი მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და მისი განმსაზღვრელების შესახებ. ინფორმაცია უმალ მოედო ცივილიზებულ ქვეყნებს და განსაკუთრებულად საყურადღებო გახდა გარდამავალ პერიოდში მყოფი ქვეყნებისათვის,მათ შორის საქართველოსათვის. ამ ისტორიულ ნაშრომში ახლებურად იყო განმარტებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი როლი და ფუნქციები,რომელიც,ჩვეულებრივ,დღესაც ძალაშია: **„დაავადებათა პრევენციის მეცნიერება და ხელოვნება, სიცოცხლის გახანგრძლივება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა საზოგადოების ორგანიზებული ძალისხმევით“**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეს განსაზღვრება ახალი ძალით გახმიანდა **ოტავას ქარტიაშიც,** რომელიც მოგვიანებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის ქვაკუთხედად იქცა.

ქარტიაში მოქმედების ხუთი მთავარი სფეროა იდენტიფიცირებული:

•ჯანსაღი საჯარო პოლიტიკის ფორმირება;
•მხარდამჭერი გარემოს შექმნა;
•საზოგადოების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საქმიანობის ხელშეწყობა გაძლიერება;
•პერსონალური უნარების განვითარება;
•ჯანდაცვის მომსახურებათა ხელახალი ორიენტირება, დაავადების პრევენციისა და ერთიანი აღქმის მიდგომებისადმი.

საერთაშორისო ჯანმრთელობის დაცვისადმი მიძღვნილ ალმაატას დეკლარაციასთან (1978) ერთად, ქარტიაში აისახა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისტორიული ფესვები – **ის არის სახელმწიფოს, საზოგადოებისა და ინდივიდთა მნიშვნელოვანი დიალოგის რეჟიმი ჯანდაცვის სექტორთან კარგ ჯანდაცვასა და პრევენციას დაქვემდებარებულ დაავადებებთან.**

ეს მიდგომა,აგრეთვე,აფასებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და კლინიკური პრაქტიკის არსებითად განსხვავებულ პერსპექტივებს. მაშინ,როდესაც,კლინიკოსებს ყოველდღიურ,დაავადებებთან კავშირში მყოფი პრობლემებისმოგვარებაუწევთ,საზოგადოებრივიჯანდაცვის პრაქტიკოსები ჯანდაცვისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სისტემაში არსებულ გამოწვევებს უმკლავდებიან.

2.7 საზოგადოებრივი ჯანდაცვა-ახალი მიდგომა

"ჯანდაცვის მუშაკები მოგვაგონებენ მდინარის ნაპირას მომუშავე მაშველებს: წყალწაღებული ადამიანი ჩაუვლით, მაშველი ყვინთავს რათა გადაარჩინოს იგი, მისწედება და გამოაცოცხლებს. სულ ახალი დასრულებული აქვს ერთი ადამიანის გადარჩენის პროცესი, რომ ახალი შემთხვევა ემატება. ამ სამაშველო საქმიანობაში იმდენად ჩართულნი არიან მაშველები,

რომ დრო არ რჩებათ, მდინარეს აღმა აუყვნენ და გამოარკვიონ, რატომ ცვივა ამდენი ადამიანი მდინარეში. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკი აუყვება მდინარეს აღმა და ამოწმებს, თუ რა იწვევს ამდენი ადამიანის მდინარეში გადავარდანას და წინასწარ აღკვეთს ამგვარ შემთხვევას", (აშტონი და სეიმორი).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მასშტაბები კიდევ ერთხელაა აღნიშნული **ბანკოკის ქარტიაში,** სადაც გაცხადებულია, რომ ჯანდაცვის განვითარება არის:

•გლობალური განვითარების დღის წესრიგის მთავარი თემა;

•ყველა ხელისუფლებისათვის უმთავრესი პასუხისმგებლობა

•თემისა და საჯარო საზოგადოების მთავარი ორიენტირი;

•მოთხოვნა კარგ კორპორაციულ პრაქტიკაზე.

ქარტია საზოგადოებრივ ჯანდაცვას განასხვავებს მრავალეროვნული კორპორაციების სტერეოტიპული პორტრეტისგან, კორპორატიულ სექტორთან მას მხოლოდ ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემების მოგვარების პარტნიორული მუშაობის აუცილებლობა აქვს, რათა შეიქმნას უფრო ჯანსაღი გარემო, რომელშიც ინდივიდებს თავისუფალი არჩევანის საშუალება ექნებათ. ფასეულობები, რომელსაც ქარტია ეყრდნობა, სოციალური სამართლიანობა, წარმომავლობის, სქესისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიუხედავად თანასწორობა, პატივისცემა, მიუხედავად განსხვავებულობისა და ადამიანის ღირსებისადმი პატივისცემა და მშვიდობისა და უსაფრთხოების ძიებაა.

მიუხედავად იმისა, რომ უამრავმა ქვეყანამ უკვე მოაწერა ხელი ამ დეკლარაციას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის აუცილებლობა, დღემდე, სრულად არ არის აღიარებული. სუფთა წყალზე, ჯანსაღ

გარემოსა და გაუმჯობესებულ საცხოვრებელ პირობებზე ზრუნვა ინვესტიციების განსათავსებლად პრიორიტეტულ სფეროდ არ აღიქმება. განვითარებულ ქვეყნებში გაბატონებული, კმყოფილებით, არასწორი დასკვნით, რომ უმთავრესი საკითხები გადამდები დაავადებების კონტროლი და ჯანსაღი საცხოვრებელი გარემოს შექმნა იყო ადვილად მოგვარებული ან მოგვარებადი საკითხები.

ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ყოველთვის ითვლებოდა უფრო მნიშვნელოვნად და სწორედ მკურნალობის დასაფინანსებლად იხარჯებოდა რესურსების უდიდესი ნაწილი.

დაავადებათა პრევენციას ძალზე უმნიშვნელო ყურადღება ეთმობოდა როგორც პოლიტიკოსების, ისე პრესის მხრიდან; შედეგად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა განუვითარებელი რჩებოდა.

1963 წელს, შეერთებული შტატების გენერალური ქირურგი წერდა: **„თურმე შესაძლებელი ყოფილა, რომ ვაქცინებითა და ანტიბიოტიკების გამოყენებით ინფექციური დაავადებების მიზეზი დახურულად გამოგვეცხადებინა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რესურსები, ამის ნაცვლად, ქრონიკული დაავადებებისკენ მიგვემართა“.**

უკანასკნელ წლებში განვითარებულმა მოვლენებმა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურებების, მიდგომების აღიარება და მნიშვნელობა გაზარდა. 9/11-ის მოვლენებმა, გრიპის ახალი შტამებით გამოწვეულმა ეპიდემიებმა გაზარდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელობის შეგნება არა მხოლოდ მათ შორის, ვინც სპეციალიზდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მეცნიერებაში, არამედ რაც უფრო მნიშვნელოვანია, საზოგადოების მთელ რიგ სექტორებში. ბუნებრივმა კატასტროფებმა და ტერორისტულმა აქტებმა წარმოაჩინეს კოორდინირებული, ადრეული პასუხების

გლობალურ პასუხისმგებლობების და საზოგადოების უფრო გრძელვადიანი გეგმაზე გადაწყობის აუცილებლობა. მწვავე რესპირატორული სინდრომი და ახლად გამოკვეთილი ინფექციები მუდმივ შეხსენებას წარმოადგენს იმის თაობაზე, რომ აუცილებელია ძლიერი დამცავი სისტემის შექმნა, რათა მოხდეს დაავადებათა სრულყოფილი კონტროლი და გადამდებ დაავადებებთან საბრძოლველად მუდმივი მზადყოფნა არსებობდეს.

ეპიდემიის საშიშროება ნებისმიერი ქვეყნის ეკონომიკურ კეთილდღეობას შეუქმნის საფრთხეს. მსოფლიოს ზოგიერთ ნაწილში, ყველაზე შესამჩნევად კი საჰარის აფრიკაში, ადამიანთა იმუნოდეფიციტის ვირუსი, შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი, მალარიის კონტროლი და ტუბერკულოზთან გამკლავების პრობლემა არა მხოლოდ ჯანდაცვის, არამედ ეკონომიკის უმთავრეს ტვირთადაც იქცა.

ეკონომიკური და სოციალური გამოწვევები არა მხოლოდ ეპიდემიური და გადამდები დაავადებების მხრიდან წარმოქმნილი მუქარაა, არამედ იგი ცხოვრების სტილითაცაა გამოწვეული, რაც დღეს სულ უფრო მეტად საშიში გახდა. თამბაქოს, სიმსუქნესა და სტრესს უდიდესი წვლილი შეაქვს მასიური ეკონომიკური და სოციალური ტვირთის ჩამოყალიბებაში, რომელიც მომავალი თაობისათვის პრობლემების მატებას იწვევს. უამრავი ქვეყანა, განსაკუთრებით კი სწრაფად განვითარებადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნები, როგორებიცაა ჩინეთი და ინდოეთი, ორმაგ პრობლემას აწყდებიან – როგორც სიღარიბით გამოწვეულ დაავადებებს, ისე მეტისმეტი სიმდიდრითა და თავაშვებული ცხოვრების სტილით გამოწვეულ დაავადებებს. **მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციამ განსაზღვრა, რომ გლობალურ დაავადებათა 40% გამოწვეულია ისეთი მიზეზებით, რომელთა წინასწარ აღკვეთაც შესაძლებელი იყო.**

ჯანმო-ს პირობითი ჩამონათვალი, როგორც სიღარიბის, ისე სიმდიდრის მიზეზთა დემონსტრირებას ახდენს:

გლობალურად გარდაცვალებათა 40% გამოწვეულია:

•დედათა და ბავშვთა მცირე წონით
•დაუცველი სექსუალური ურთიერთობით;
•სისხლის მაღალი წნევით;
•თამბაქოს მოხმარებით;
•ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარებით;
•დაბინძურებული წყლით;
•ცუდი სანიტარული და ჰიგიენური მდგომარეობით;
•ქოლესტერინის მაღალი კონცენტრაციით;
•მყარი საწვავის გამონაბოლქვით;
•რკინის უკმარისობით;
•ზედმეტი წონით.

ეს არის იმ ფაქტორთა ჩამონათვალი, რომელიც ქრონიკულსა თუ არა-გადამდები დაავადებების გავრცელებას უწყობს ხელს, ხოლო ეს დაავადებები მთელი მსოფლიოს მასშტაბით გარდაცვალებისა და უუნარობის მთავარ მიზეზებად გვევლინება. დადგენილია, რომ 2005 წელს, დაახლოებით 35 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა ქრონიკული, არაგადამდები დაავადებით (მათ შორის HIV/AIDS, ტუბერკულოზი და მალარია), დედათა და მშობიარეთა პირობებისა და ბუნებრივი კვების დეფიციტით. ქრონიკული დაავადებები გარდაცვალებას იწვევს არა მხოლოდ მოხუცებში, არამედ, ნაადრევი სიკვდილის მიზეზია შუახნის ადამიანებშიც.

არაგადამდები დაავადებების წინაშე არსებული გამოწვევების განხილვისას, მხედველობაში სხვადასხვა ფაქტორები უნდა იქნეს მიღებული, რომელთაც საკუთარი წვლილი შეაქვთ ჯანმრთელობის საზიანო მდგომარეობაში.

2.8 არაგადამდები დაავადებების წინასწარ აღკვეთის შესაძლებელობა.

გულის დაავადებათა 80%, ტიპი 2-ის დიაბეტი; სიმსივნეების 40% წინასწარ აღკვეთადია.

არამოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორები, მაგალითად, ასაკი, სქესი, გენეტიკა; **მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორები,** მაგალითად, არაჯანსაღი დიეტა, ფიზიკური პასიურობა, თამბაქოს მოხმარება.

საშუალო რისკ-ფაქტორები, მაგალითად, მაღალი ქოლესტერინი სისხლში, გლუკოზის აუტანლობა, ზედმეტი სიგამხდრე-სიმსუქნე.

საბოლოო წერტილი მაგალითად გულსისხძარღვთა დაავადებებიდამბლადიაბეტი, პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები, სისმსივნის რამდენიმე სახე, და ა.შ.

ამ ფაქტორების სოციო-ეკონომიკური, კულტურული, პოლიტიკური და გარემო პირობები: გლობალიზაცია, ურბანიზაცია, მოსახლეობის დაბერება, გარემოს ზოგადი პოლიტიკა.

ყველა დონეზე კონცენტრირებული ქმედებების გარეშე, საქართველოც არ იქნება გამონაკლისი და ვერ აიცილებს თავიდან იმ საფრთხეებს, რაც მთელ მსოფლიოს ემუქრება. სამომავლოდ, თავაშვებული ცხოვრების სტილი აისახება ჭარბი წონის მაჩვენებლის ზრდაზე, ხოლო იგი თავისმხრივ გულის დაავადებებისა და მათ გართულებების რაოდენობას ზრდის.

დაავადებათა შემთხვევების ზრდა 1998 წლიდან: ასე გამოიყურება: ინსულტები – +5%, სტენოკარდია – +18%, ჰიპერტენზია - +28%, დიაბეტი ტიპი 2 - +54%. და ა. შ.

2.9 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის საჭიროება

იმისათვის, რომ პასუხი გაეცეს, როგორც ქრონიკული ხანგრძლივი დაავადებებით, ისე გადამდები დაა-

ვადებებით წამოჭრილ გამოწვევებს, საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კარგი, მოქნილი სისტემა და, აუცილებლად ახლებურად უნდა იყოს გააზრებული ურთიერთობები საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა, (რომელის უმთავრესი მიზანი ფოკუსირდება მოსახლეობაზე) და პირველად ჯანდაცვას შორის, რომელიც უფრო ინდივიდთა პრობლემებზეა ორიენტირებული.

ეს ურთიერთობები დიამეტრულად ურთიერთსაპირისპიროდ არ უნდა მიეიჩნიოთ, არამედ, ისინი უნდა შეესაბამებოდეს ინდივიდებისა და პაციენტების საჭიროებებს, რომელთათვისაც სოციალური სიტუაცია ისევე არსებითია, როგორც კლინიკური სიმპტომები. რაც ჩვენგან მოითხოვს, რომ მხედველობაში მივიღოთ მთელი რიგი ფაქტორები, კერძოდ:

2.10 ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები:

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ზოგადი სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურული და გარემო პირობებია: უმუშევრობა, სასმელი წყალი და სანიტარიული მდგომარეობა, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სამსახურების საქმიანობა, სასოფლო-სამეურნეო და საკვები პროდუქტები, განათლება, სამუშაო გარემო, საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები. სოციალური და ეკონომიკური ქსელი: ასაკი, სქესი, მემკვიდრეობითი ფაქტორები; ინდივიდთა ცხოვრების სტილის ფაქტორები და სხვა.

ამ ფაქტორებისადმი კონსტრუქციული მიდგომის გათვალისწინება ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოსასწორების პროცესში მონაწილეთა პარტნიორობის სხვადასხვა დონეზეა საჭირო: საზოგადოების ყველა თემში ისევე, როგორც, ჯანდაცვაზე ზრუნვის ყველა სექტორში.

პირველადი ზრუნვის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის

სამსახურებს მთავარი, წამყვანი როლი გააჩნია, რომ ენერგიული მუშაობით უკეთესი შედეგები მიიღოს მომხმარებლისთვის ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას.

თავი III
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკა და მისი ურთიერთობა პირველად ჯანდაცვასთან

3.1 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკა

წინა ნაწილში, ძირითადად ევროპის ქვეყნების კლასიკურ მაგალითებზე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოკლე ისტორია აღვწერეთ. ფართო კონტექსტი და მისი ურთიერთობა პირველად მზრუნველობასთან, ისევე, როგორც საჭიროება, რომ პირველადი მზრუნველობა უფრო ფართო კონცეპტუალურ ჩარჩოში ჩაგვესვა, ვიდრე ინდივიდი პაციენტისთვის ჯანმრთელობის მომსახურების გაწევაა. იმისათვის, რომ ეს შინაარსი უფრო განვავითაროთ და უკეთ გავიგოთ თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობა, **უნდა მიმოვიხილოთ, როგორც მომსახურების გაწევის პოლიტიკის შემუშავების, ისე მის მომხმარებლამდე მიტანის საფუძვლები. აქ ჩვენ ორიენტირებულნი ვართ საქართველოზე, ვაცნობიერებთ რომ, ქვეყანაში განსხვავებული აზრი, პოლიტიკა და სტრუქტურაა და ვიყენებთ საერთაშორისო მაგალითებს, რადგან ძირითადი პრინციპები და საკითხები, რომელთაც განვიხილავთ, არსებითად არაა განსხვავებული ერთმანეთისგან.**

მოკლე ისტორიული მიმოხილვიდან, აშკარად ჩანს, პირველადი მომსახურების განვითარებისათვის ხელისუფლების მიერ მიღებული ზომები, მაშინ, როდესაც ჯანდაცვის რეალური მდგომარეობის წარმომჩენნი, ჩვეულებრივ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები

ადგილობრივი ხელისუფლების მმართველობაში არიან, დღეს ისინი პირველადი ჯანდაცვის გუნდების მთავარი პარტნიორებიც უნდა იყვნენ. სამედიცინო სოციალური მხრუნველობა, რომელიც ერთდროს, უმთავრესად, ცენტრალური უწყების, სამინისტროს საქმიანობის სფერო იყო, დღეს უკვე პირველადი მზრუნველობის დამოუკიდებელ ორგანიზაციათა (პ.ჯ.დ) უმთავრესი საზრუნავია, რომელთანაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები აქტიურად უნდა მუშაობდნენ.

XX საუკუნის ბოლოს, ხელისუფლების პოლიტიკამ და სტრუქტურულმა ცვლილებებმა, მომსახურების განვითარებაზე იმოქმედა, იგი ახლაც გრძელდება და გავლენას ახდენს პ.ჯ.დ. -ს გუნდთა (ორგანიზაციათა) წევრებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების როლის დინამიკაზე. მაშინ, როცა ხელისუფლება ძირითადად ფოკუსირებული იყო სამკურნალო პროცესების მენეჯმენტზე და ამით, უნებლიედ აშორებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებს ადგილობრივი პრობლემების მოგვარებისგან და ცდილობდა, მისი ფუნქციების უფრო მეტად პ.ჯ.დ –ს ყოველდღიურ საქმიანობაში ჩართვას, როგორც ძირითადი მიმწოდებლისა, შედეგად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებმა ჯანმრთელობის დეტერმინანტების უფრო ზოგად პრობლემებზე დაიწყო ფოკუსირება. ცალკე დარჩენილმა **პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციებმა ვერ გაართვეს თავი ამ ახალ დამატებით ფუნქციებს და მათ უკვე ძველი ურთიერთობების ხელახალი ჩამოყალიბება უხდებათ საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან.** გამახვილებული ყურადღება ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში, პრეეენციის GP კონტრაქტებში ინტენსიფიკაციით, უკვე ჩანს, რომ ვერ გაამართლა და თანდათანობით იკვეთება საზოგადოებრივი ჯან-

დაცვის სამსახურების მეშვეობით მოსახლეობაზე დაფუძნებული ერთობლივი საქმიანობისაკენ დაბრუნება.

ცვლილებებმა, რომელიც სისტემის ახალ მოწყობას გულისხმობს, პ.ჯ.დ.-ები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები უფრო უნდა დაუახლოვოს ერთმანეთს.

წარმატების შემთხვევაში, პირველადი მზრუნველობის ჯგუფები სამ მთავარ ამოცანაზე უნდა იყვნენ ორიენტირებულნი:

•საზოგადოების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე პირველად დონეზე;

•მომსახურებით უზრუნველყოფის უსაფრთხოების დაცვაზე;

•ჯანდაცვისა და სოციალური მზრუნველობის ინტეგრირებაზე.

გეგმა მდგომარეობს იმაში, რომ პირველადი მზრუნველობის თითოეულ რგოლს მხარს უნდა უჭერდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძლიერი გუნდი; ისინი ერთად იქნებიან ფოკუსირებულნი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე, სერიოზული დაავადებების პრევენციასა და უთანასწორობის აღმოფხვრაზე მოსახლეობის გარკვეულ სეგმენტში, რომელსაც ემსახურებიან. რაც გაზრდის ძირითადი სამუშაო ძალის სიმძლავრეს. მათი გუნდები უნდა იყვნენ ქსელის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი, ყოველ ადგილობრივ ტერიტორიაზე, უნარების, ცოდნისა და გამოცდილების დემონსტრირებით, ქსელით, რომელიც შექმნილი იქნება ადგილობრივი საჭიროების მიხედვით. ჯანდაცვის ამოცანების განსახორციელებლად, პ.ჯ.დ-ები საჭიროებენ მთელ რიგ უნარებსა და შესაბამისად განსწავლულ კადრს, რაც მოიცავს არა მხოლოდ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებს (მათი ანალიტიკური და ორგანიზაციული უნარების გამო),

არამედ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსებსაც, როგორებიც არიან სკოლის ექთნები, (დაავადების პრევენციის პროგრამები მიიტანონ მომხმარებლამდე), სოციალური მუშაკები, რომლებმაც უნდა შეასრულონ გარკვეული როლი პრევენციის გატარებისას და ა.შ.

გადაუდებელი ზრუნვის მოვალეობათა უდიდეს ნაწილს, რომელთა შესრულებაც პ.ჯ.დ-ებს მოუხდებათ, უნდა შეერწყას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთა შრომას, .პროგრესის მიღწევა მხოლოდ ამ გზით იქნება შესაძლებელი. წარმატების მისაღწევად, ზოგიერთ შემთხვევაში, შესაძლებელია **ადგილობრივმა თვითმმართველობამ რესურსებიც და სამსახურებიც კი ორგანიზაციულად გააერთიანოს, რათა შექმნას კორპორაციები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პ.ჯ.დ –ს გუნდების თანაბარი წევრობით. ეს გუნდები მოგვცემს უფრო ახლო და ერთიანი ძალისხმევით მუშაობის საშუალებას.** ისინი ერთობლივად წარმოადგენენ გეგმებს, რომელიც მიეწოდება ადგილობრივ ხელისუფლებას – თუ როგორ უნდა შეასრულონ თავიანთი მოვალეობები იმ სოციალური, გარემო და ეკონომიკური ფაქტორების გათვალისწინებით, რომლებიც გავლენას ახდენს მათი ტერიტორიის მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

რათქმაუნდა, შესაბამისი ცვლილებები უნდა მოხდეს მოქმედ კანონმდებლობაშიც, რომელიც გააუქმებს პ.ჯ.დ.-ს გუნდის, როგორც „ინდმეწარმის" პოზიციასა და გაერთიანებული საქმიანობა მყარად დაბრუნდება სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის პოზიციაში.

სტრუქტურული რეფორმების გარდა, ჩვენი აზრით, ამ პოლიტიკის გასატარებლად და გასამყარებლად უნდა გავითვალისწინოთ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ისტორიულად ცნობილი, დიდ ბრიტანეთში მომზადებული კლასიკური ოთხი საფუძ-

ველდამდები დოკუმენტი, რომელმაც საფუძველი ჩაუყარა თვით იდეოლოგიის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფილოსოფიის ჩამოყალიბებას ზოგადად და არა მარტო ბრიტანეთში:

•დევიზი –„ გადავარჩინოთ სოცოცხლე“:

•აჩესონის მიმოხილვა

•ვანლესის მოხსენება

•დევიზი – „არჩევანი ჯანმრთელობის სასარგებლოდ“.

კიდევ ერთხელ გავიხსენოთ ისინი

„გადავარჩინოთ სიცოცხლე: „ჯანსაღი ერი“ - ეს საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში პირველი ნაშრომია, რომელიც ინგლისის ლეიბორისტული მთავრობის მიერ შეიქმნა და გამოქვეყნდა 1998 წელს. მან განსაზღვრა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკის ახალი მიმართულებები და მაგალითად იქცა ცივილიზებული სამყაროსათვის.

მისი მთავარი პუნქტები შეჯამებულია შემდეგნაირად:

•ჯანდაცვაში ქმედებათა ფოკუსირება უთანასწორობის შემცირებაზე;

•ჯანმრთელობის უფრო ფართო დეტერმინანტების გამოყენება მოქმედებისათვის;

•განხორციელებული ქმედებების გავლენის შეფასება;

•ჯანდაცვის საქმიანობაზე ზედამხედველების საზოგადოებრივი (დამკვირვებლების) ინსტიტუტის ჩამოყალიბება;

•სიმსივნეებთან, გულსისხლძარღვთა დაავადებებთან, ინსულტებთან, უბედურ შემთხვევებთან, მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ახალი მიზნების დასახვა;

•პირველადი მზრუნველობის ცენტრებთან, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პროგრამებთან, გამაჯანსაღებელ ცენტრებთან ,პარტნიორობისა და თანამშრომლობის გაუმჯობესება;

•საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა საქმიანობის სპექტრის გაფართოება, მულტიდისციპლინარული სპეციალისტების როლის გაზრდით.

უთანასწორობა: დ. აჩესონის მიმოხილვა (1988წ.) – სოციალური უთანასწორობისა და ჯანმრთელობაზე მისი გავლენის შესახებ მოხსენება, მთავარ პოლიტიკურ ინიციატივად იქცა არა მხოლოდ გაერთიანებულ სამეფოსა და ევროპაში, არამედ, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, უამრავ სხვა საზოგადოებაშიც. ფასეულობა, რომელიც მდგომარეობს თანასწორობაში, ისევე როგორც შიდა ურთიერთობებში - ჯანდაცვისა და ეკონომიკურ აყვავებაში, აისახა სხვა ნაშრომებშიც (ამართია სენი, ჯეფრი საჩსი და სერ მაიკალ მარმოტი).

სერ დონალდ აჩესონის მიმოხილვა, აგებულია „შავი მოხსენებების“ საფუძველზე, განხილულ ცნობებზე, თუ რა იყო საჭირო, რათა ჯანდაცვის სფეროში უთანასწორობა შემცირებულიყო. მოხსენება ყურადღებას ამახვილებს ჯანდაცვის სტატუსში მომსახურებათა ძალზე მცირე როლია და განათლების, თავშესაფრის, დასაქმებისა და შემოსაელების მთავარ წელილზე. უთანასწორობა მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ იმიტომ, რომ ხალხი უფრო დიდხანს ცოცხლობდეს, არამედ იმიტომ, რომ ცხოვრების მზარდი ხანგრძლიეობა უთანასწოროდაა „განაწილებული“ სოციალურ ჯგუფებს შორის. სიცოცხლის ეს „დამატებითი“ წლები აუცილებლად ჯანმრთელი წლები არაა.

მაგალითად:

უთანასწორობასთან გამკლავების მიზნით გადადგმული აქტიური ნაბიჯები წარმოადგენს ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის მთავარ ბირთვს. დღეს უამრავი ქვეყანა ცდილობს არა მხოლოდ თანასწორობის პრინციპის (სამართლიანი განაწილება და მომსახურების ხელმისაწვდომობა) დანერგვას,

არამედ უთანასწორობის აღმოფხვრას (მოსახლეობის ჯგუფებში ჯანმრთელობის სტატუსებს შორის არსებული განსხვაებები).

მაგალითად, 2001 წელს, დიდ ბრიტანეთში დასახულ იქნა ეროვნული დონის ორი მიზანი, რომლებიც ფოკუსირებული იყვნენ ჯანსაღი ცხოვრების მოლოდინის ზრდასა და ჩვილთა სიკვდილიანობის შემცირებაზე. ადგილობრივ დონეზე მიზნები უფრო რაფინირებულ იქნა, რათა მოეცვა თამბაქოს შემცირების, ჭარბი წონისა და მოზარდთა ორსულობის საკითხების მოგვარებაც. მაშინ, როდესაც მიზნების დასახვა ძალზე იოლია, გაცილებით რთულია ცვლილებების განხორციელება. ინტერვენციის ამსახველი ინდიკატორები, რომლებიც მეტად შეამცირებდა უთანასწორობას, მათ შორის მოზარდთა ორსულობას, საგზაო შემთხვევებს, მიღწევებს განათლებაში, უსახლკარობის აღმოფხვრასა და ხილის, ბოსტნეულის მეტი რაოდენობით მოხმარებაში.

ჯანდაცვაში არსებული უთანასწორობის შემცირებისკენ მიმართული მუშაობა ხაზს უსვამს მთავრობის მიერ შემუშავებული პოლიტიკის პოტენციურ ზეგავლენას. სწორედ ბრიტანეთის ფინანსთა მინისტრმა, სერ დერეკ ვანლესმა აიღო გეზი **ბავშვთა სიღატაკის აღმოფხვრისკენ ისეთი პოლიტიკის გატარებით, როგორიცაა შეღავათები ოჯახურ გადასახადებზე, მინიმალური ხელფასის ოდენობა და სხვა.**

ამგვარი ვალდებულება მაგალითად იქცა, რომლმაც პასუხი გასცა კითხვას: „რა რესურსები იქნება საჭირო უახლოესი 20 წლის ვადაში, რომ ჯანდაცვის მაღალხარისხიანი მომსახურება იქნეს გაწეული?“

დიდი ბრიტანეთისათვის შემოთავაზებული იქნა სამი სცენარი:

„სუსტი წინსვლა“ - ამ შემთხვევაში გაერთიანებული სამეფოს ისტორიული ბილიკიდან ოდნავი გადახვე-

ვა, სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელო შეცვლით.

„მყარი პროგრესი“ რაც გულისხმობდა წარმატებას გახმიანებული გეგმის მიხედვით, ხოლო პარალელურად, ძლიერდებოდა ჯანდაცვის სექტორის პროდუქტიულობა გამჭირვალობისა და ეფექტიანობის პირობით;

„სრულად მოცვა“ რომელიც აყალიბებდა ცხოვრების ხანგრძლივობის სამომავლო გაუმჯობესების გეგმას (81.6 წელი მამაკაცებში და 85.5 წელი ქალებში) და მნიშვნელოვან დასაქმებას პრევენციაში.

მისმა პირველმა მოხსენებამ წააქეზა მთავრობა მეტი ეფიქრათ ჯანდაცვის სისტემასა და სტანდარტებზე, მან ერთგვარი კატალიზატორის როლი ითამაშა 2002 წელს ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემაში განხორციელებული დამატებითი ინვესტიციების განთავსებაში.

ვანლესის **მეორე** მოხსენება **მიმოიხილავდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მდგომარეობას** და იმას, თუ როგორ უნდა გაეტარებინათ „სრული მოცვის“ სცენარი. ამ სცენარმა მეტად **გაამახვილა ყურადღება პრევენციასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფრო დიდ სიმძლავრესა და შესაძლებლობებზე –„მეტი პროფესიონალი საქმეს უკეთ გაუმკლავდება“-ს პრინციპით.**

არსებობდა ფაქტების მეტად გამოყენების საჭიროება და ჯანმრთელობის შესახებ გადაწყვეტილებათა მიღებაში პაციენტებისა და საზოგადოების მეტად ჩართვის აუცილებლობა. ამის განხორციელებისას, ახალი ტექნოლოგიებისა და ინფორმაციული სისტემების გამოყენებაა საჭირო, რომელთაც საფუძვლად შესაბამისი კვლევითი პროგრამები დაედებათ და უკეთესი შეფასების მექანიზმებით იქნება გაძლიერებული.

მოხსენება დეტალურად **განიხილავდა პ.ჯდ-ების როლსაც:**

„პ.ჯ.დ -ები, როგორც ჯდ. სისტემის ძირეული ორგა-

ნიზაცია, რომელიც პასუხისმგებელია ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, საჭიროებს მეტ წამქეზებლებსა და მენეჯერულ ქმედებებს, ჯანდაცვის პრობლემების გასათავისებლად, პრიორიტეტად დასახვისათვის და ამ მიზნის მისაღწევად მათ პარტნიორობის პრინციპით უნდა იმუშაონ". განიხილება პირველადი ზრუნვის გუნდის წევრთა როლი, ახალი კონტრაქტების გაფორმების შესაძლებლობა და ხარისხისა და შედეგების შესაძლო ჩარჩოებიც.

ვანლესის მოხსენება აგრეთვე, შეფასებულია, როგორც შემდგომი ნაშრომის მასტიმულირებელი, - **„ჯანმრთელობაზე არჩევანის შეჩერება: გავაიოლოთ ჯანმრთელი არჩევნის გაკეთება".**

„ავირჩიოთ ჯანმრთელობა" - ინდივიდთა შორის ჯანმრთელობის სწორი არჩევანის გაკეთებასა და ცხოვრების სტილის შეცვლაში დახმარების გაწევაზე იყო ფოკუსირებული, რაც პირველადი მზრუნველობის უმთავრეს როლზე ყურადღების გამახვილებით მოხერხდებოდა.

ცნება „ჯანმრთელობის არჩევა" ყურადღებას ამახვილებდა „ინდივიდუალური არჩევანისთვის მხარდამჭერი გარემოს შექმნაზე". მედიის კრიტიკისადმი მგრძნობიარე, ეს ნაშრომი ცდილობდა ყურადღება გაემახვილებინა იმ საკითხზე, რომ **მთავრობის როლი არ მდგომარეობდა სასათბურე გარემოს შექმნაში, არამედ მას უნდა ხელი შეეწყო ინდივიდისათვის ჯანსაღი ცხოვრების წესზე არჩევანის გაკეთებაში.** ის ფოკუსირდებოდა ინიციატივაზე, რომ მხარი დაეჭირა თითოეული ინდივიდის ჯანმრთელობისთვის და მომავალი თაობა, ბავშვები უმთავრეს პრიორიტეტად ექცია. ინიციატივა აგრეთვე, სკოლის ექთანთა როლის გაურცობას გულისხმობდა; ექთნები დაკავშირებულნი იყვნენ პ.ჯ.დ.-ებთან, რომელთა როლიც სკოლაში ჯან-

მრთელობისადმი დამოკიდებულების კოორდინირება იყო, განსაკუთრებით სასკოლო საკვების, ფიზიკური აქტივობის თაობაზე. ადგილობრივ ხელისუფლებას დაევალა ადგილობრივი პარტნიორობის შექმნის ხელშეწყობა და ადგილობრივ მოხალისეებთან და ბიზნეს სამყაროსთან თანამშრომლობა. მთავარი აქცენტი კეთდებოდა დამატებითი მხარდაჭერის გაწევაზე ღატაკი საზოგადოებისათვის, რათა გამკლავებოდნენ ჯანდაცვაში არსებულ უთანასწორობას.

32 ჯანმრთელი ცხოვრების არჩევანი:

•მწეველთა რაოდენობის შემცირება – მიმდინარე პროგრესზე დაყრდნობით
•ჭარბი წონის შემცირება – ახალი ქმედებებით, რომლებიც ფოკუსირდება ბავშვებზე
•მეტი შესაძლებლობების გამოკვეთით ფიზიკური აქტივობის გაზრდა
•მხარდაჭერა, ალკოჰოლის ზომიერი მიღების კულტურის ჩამოყალიბებაში
•სექსუალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ახალ კამპანიებსა და მომსახურებაში ინვესტირებით, რაც მიმართული იქნება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრობლემათა მოგვარება და სექსუალური ჯანმრთელობის სტრატეგიის გატარება
•ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება
•საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს სამუშაო ძალის განვითარება.

ამ ოთხი კლასიკური დოკუმენტის სულისკვეთებიდან გამომდინარე, უკვე ჩვენი რეალობიდან და გადმოსახედიდან შევეცადოთ ავხსნათ საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის ურთიერთობის შესაძლო ვარიანტები.

თავი IV
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობა: ძირითადი კონცეფციები და მისი კავშირი პირველად მზრუნველობასთან

მაშინ, როდესაც ისტორიამ განსაზღვრა ის სიტუაცია, რომელშიც დღეს მუშაობა გვიხდება, ხოლო პოლიტიკა ასახავს მთავრობის მიმართულებასა და გეზს, საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელსაყრელი პირობების თანხვედრა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის ადგილობრივ თანამშრომლობას ეყრდნობა. სტრუქტურულმა ცვლილებამ და ახალმა პოლიტიკამ მოქმედებაში მოიყვანა „ზემოდან-ქვემოთ" მიმართული გაელენა, მაგრამ ეს საკითხი ხშირად, მაინც უყურადღებოდაა დატოვებული ყოველდღიურ საქმიანობაში.

ზოგიერთი მაგალითი, თუ როგორ შეუძლია საზოგადოებრივ ჯანდაცვას დაეხმაროს პირველად მზრუნველობას პრაქტიკულად, განხილულია ქვემოთ.

4.1 დაავადებათა ეპიდაფეთქების, ეპიდემიებისა და ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორების გამოკვლევა

იმუნიზაციის უშუალო განხორციელების პროცესი პირველადი მზრუნველობის მოვალეობაში შედის, მაგრამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები ეხმარებიან მათ, როგორც პროცესის დაგეგმვაში, ასევე ასაცრელი კონტინგენტის დაზუსტებაში, აგიტირებასა და მობილიზაციაში, გადამდებ დაავადებათა აფეთქებასთან გამკლავებაში.

ფრინველის, ღორის გრიპის საშიშროებამ, მალარიამ, ტუბერკულოზმა შემოიტანა თემა მასიური პროფილაქტიკის თაობაზე და აუცილებლობის შემთხვევაში, თუ

ეპიდემიის საშიშროება გაჩნდა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებს ადგილობრივ პრაქტიკოსებსა და პ.ჯ.დ-ებისთვის შეუფასებელი დახმარების გაწევა შეუძლიათ.

4.2 ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციის პროგრამები

თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტაში მხარდამჭერი მომსახურენი შესანიშნავ მაგალითად გამოდგება, თუ როგორაა შესაძლებელი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის გუნდების წარმატებული თანამშრომლობა. მაშინ, როდესაც კლინიკოსები რჩევებს უშუალოდ აცნობენ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები მიმოიხილავენ გაუმჯობესებასა და შედეგებს, ამოწმებენ მიზნებსა და ეძებენ ეფექტურ გზებს, თუ როგორ მოემსახურონ ძნელად მისაწედომ ჯგუფებს.

4.3 ადგილობრივ საზოგადოებასთან მუშაობა

პ.ჯ.დ-ებს მჭიდრო ურთიერთობები უნდა გააჩნდეთ ადგილობრივ ხელისუფლებებთან, რომელის კანონმდებლობით ევალება ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის უფრო ფართო დეტერმინანტების განსაზღვრის საკითხებს. ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა სტანდარტების შესაბამისად მათგან ელის ქმედებებს, რომელიც უზრუნველყოფს ჭარბი წონის, სექსუალური ინფექციების, მწეველთა რაოდენობის და ჯანმრთელობაში უთანასწორობის შემცირებას. რაც შეეხება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივ სამსახურს, მის ქმედებას შეუძლია ეფექტურ ინტერვენციაზე ინფორმაციის მოპოვება,რათა შეფასდეს რეალური სიტუ-

აცია, ადგილობრივი ქმედებები და მხარი აებას ინიციატივათა იმ ერთობლივ დიზაინს, რომელთა მიტანაც პაციენტებამდე პ.ჯ.დ-ის წევრების მიერ უნდა მოხდეს.

4.4 მომსახურების ეფექტური ფუნქციონირების გარანტირება

საზოგადოებრივ ჯანდაცვას ეფექტური მომსახურების დაგეგმვით, (კვლევის შესწავლის, შეფასების მტკიცებულებათა ეფექტური გამოყენებით), შეუძლია პრაქტიკული საქმიანობის უკეთ მიმართვა. გარდა ამისა, ექიმებისათვის, შესაძლებელია ახალი კონტრაქტების გამოყენების შესახებ სწორი ინფორმაციის მიწოდება პრეევენციულ საქმიანობაში ჩართვის წასაქეზებლად.

კვლევაში ჩართვა ადგილობრივ დონეზე ან უფრო ფართო კვლევით ქსელებში მონაწილეობა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების შესაძლებლობების, როგორც მმართველობითი ეპიდემიოლოგიური, ისე სხვა უნარებისა და მეთოდების გამოყენებას (მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და არსებულ საჭიროებათა უკეთ გასაგებად), შეუძლია ხელი შეუწყოს მომსახურების ადგილობრივ საჭიროებათა უკეთ გააზრებასა და ინტერვენციების დაგეგმვას.

4.5 ურთიერთობის კონცეფციის საფუძვლები

როგორც ზემოთ იყო აღწერილი, ადგილობრივ დონეზე საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და პირველად მზრუნველობას შორის მჭიდრო ურთიერთკავშირის უამრავი შესაძლებლობა არსებობს. კონცეფციის გასაზიარებლად და განსახილველად შესაძლებელია საფუძვლად წარმოვიდგინოთ ეფექტური თანამშრომლური მიდგომები და საკვანძო საკითხების უფრო ღრმა გაგება, კერძოდ:
1.საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის საზღვრები
2.ცხოვრების წესისადმი მიდგომები

3.მოსახლეობისა და ინდივიდებისადმი მიდგომები
4.პრევენციის იერარქია
5.მზრუნველობის გზები და მეთოდები

4.6 კონცეფციის პირველი ვარიანტი :
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის სამი სფერო

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისტორიული წარმომავლობა საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და მის წინაშე,როგორც ჯანმრთელობის,ასევე არსებული ზოგიერთი სოციალური პრობლემების მოგვარებაშია. ამ მხრივ ისტორიულად სამი გზა გამოიკვეთა – **ჯანმრთელობის დაცვა,ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და ჯანდაცვის სისტემების ფუნქციონირების (სერვისების) გაუმჯობესების ხელშეწყობა** –ეს საკითხები თაეს იყრის პრაქტიკის სამი სფეროს შიგნით. მომსახურების მომხმარებლამდე მიტანა ეყრდნობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებს, რომლებიც შინაარსობრივად აერთიანებს ყველა მთავარ ქმედებას. ეს სამი სფერო შესაძლებელია შემდეგნაირად წარმოვიდგინოთ.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესება:
•უთანასწორობა;
•განათლება;
•თავშესაფარი;
•დასაქმება;
•ოჯახი, საზოგადოება;
•ცხოვრების სტილი;
•სპეციფიკურ დაავადებებსა და რისკ-ფაქტორებზე დაკვირვება და მათი მონიტორინგი.

მომსახურების (სერვისების) გაუმჯობესება
•კლინიკური ეფექტურობა
•ეფექტიანობა
•მომსახურების დაგეგმვა

•აუდიტი და შეფასება
•კლინიკური მმართველობა
•თანასწორობა
ჯანმრთელობის დაცვა
•ინფექციური დაავადებები
•შხამ-ქიმიკატები
•რადიაცია (გამოსხივება)
•გადაუდებელი დახმარება (პასუხი)
•ჯანმრთელობისთვის საშიშროების მქონე გარემო

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამ სამი სფეროს, როგორც საქმიანობის არეალის იდენტიფიცირებით, სანდო ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ეპიდემიოლოგიისა და ბიოსტატისტიკის, ისევე როგორც კანონისა და ეთიკის საკითხების გაგებითა და კარგი აკადემიური კვლევებით, შესაძლებელია არა მხოლოდ იმის აღწერა თუ ვინ და რა უნდა იყოს ჩართული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებში, არამედ ისიც, თუ ინდივიდებს როგორ ძალუძთ საკუთარი წვლილის შეტანა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში თავისი განსხვავებული როლითა და მიდგომით. ეს მოიცავს როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ისე პირველადი მზრუნველობის გუნდის წევრების ისეთი მომსახურების პრაქტიკაში გატარებაზე, როგორიცაა მაგალითად პროგრამები თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული ზიანის შემცირებაზე, არასასურველ ორსულობის პრევენციაზე, არასრულწლოვანი დედების მხარდაჭერაზე, სიმსუქნის ტენდენციების შემცირებასა და ჯანსაღი, მშვიდი სიბერის ხელშეწყობაზე.

4.7 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამი სფერო მოსახლეობის დაბერების პრობლემის გამოსასწორებლად

ჯანმრთელობის გაუმჯობესება: ფიზიკური აქტივობა; ჯანსაღი და ადეკვატური დიეტა; სოციალური

მხარდაჭერა; საცხოვრებელი ადგილით დაკმაყოფილება; უსაფრთხო სამეზობლო (თემი) გარემო, ხელმისაწვდომი ტრანსპორტი, უწყვეტი განათლება, საპენსიო შეღავათები.

ჯანმრთელობის დაცვა: ეპიდზედამხედველობა, ვაქცინაცია; საავადმყოფოსშიგა ინპექციების კონტროლი,ადეკვატური სერვისების მიწოდება და სხვა;

ჯანდაცვის, სოციალური მზრუნველობის ხარისხი: საზოგადოების მხარდაჭერა. ფაქტებზე დაფუძნებული მზრუნველობა ზოგადი ტიპის პირობებში, მაგალითად დამბლა; პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა გრძელვადიანი დაავადებების შემთხვევაში, მაგალითად დიაბეტი; მზრუნველობის მომსახურების შესაძლებლობისა (და არადისკრიმინაციული) სტრატეგიების შემუშავების უზრუნველყოფა; პაციენტთა უზრუნველყოფა ფაქტებზე დაფუძნებული ინფორმაციით; მომსახურების ინტეგრირებისათვის ადგილობრივ ხელისუფლებასა და პირველადი მზრუნველობის მომსახურებათა შორის მუშაობა.

4.8 მეორე კონცეფცია. ცხოვრების მიმართულებისადმი ახლებური მიდგომა

ქრონიკული დაავადებების განვითარების რისკი ასაკთან ერთად იზრდება და მასზე გავლენას ახდენს რიგი ფაქტორები, რომლებიც სიცოცხლის განმავლობაში ყველა დონეზე მოქმედებენ. სოციალური და ბიოლოგიური ფაქტორების გავლენა, როგორც დაგროვებადი ისე ურთიერთქმედებადია; ხოლო სიცოცხლის ადრეულ პერიოდზე მოქმედი ფაქტორები ძალზე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ქრონიკული დაავადებების განვითარებაზე უფრო გვიან ასაკში. ფუნ-

ქციური სიმძლავრეები, როგორიცაა გული და სისხლძარღვები, ფილტვის ფუნქცია და კუნთები, რომელიც იზრდება ბავშვობის ასაკში და აღწევს პიკს ადრეულ სიმწიფეში, საბოლოო შესუსტებით გრძელდება ისეთი ფაქტორების გამო, როგორიცაა თამბაქოს მოხმარება, ფიზიკური პასიურობა, არაჯანსაღი კვება და ალკოჰოლის გადაჭარბებით მოხმარება, ისევე როგორც სხვა შიდა და გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით. მიუხედავად ამისა, შესუსტების ხარისხი შესაძლებელია კორექტირებული იყოს ცხოვრების ჯანსაღი სტილით, ჯანმრთელობაზე ეფექტური ზრუნვითა და მისი შემობრუნება შესაძლებელია სიცოცხლის ნებისმიერ სტადიაზე ინდივიდუალური ქმედებებისა და საზოგადოებრივი პოლიტიკის მიერ მიღებული ზომების მეშვეობით.

მაშასადამე, მნიშვნელოვანია, რომ სიცოცხლის ადრეულ სტადიაზე სდებოდეს ზრდისა და განვითარების დაცვა, ხოლო ზრდასრულ ასაკში ცხოვრების ფუნქციურობის ყველაზე მაღალი ხარისხის შენარჩუნება ისევე, როგორც მოხუცებულობის ასაკში – დამოუკიდებელი ცხოვრების მეშვეობით და უუნარობის პრევენცია ღრმა მოხუცებულობის წლებში. ეს მიდგომა აღწერილია, როგორც ცხოვრების კურსისადმი მიდგომა და საფუძვლად უდევს უამრავ ეპიდემიოლოგიურ კვლევებს, რომელიც ინფორმაციას აწვდის ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებს.

4.9 მესამე კონცეფცია: ინდივიდუალური თუ მთელი მოსახლეობისადმი მიდგომა?

პირველად მზრუნველობასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას შორის ჯერკიდევ არსებული დაძაბულობა ამ ორ მხარეს მიერ მოპოვებული განსხვავებული შედეგების ფონითაა განპირობებული. მაშინ, როდე-

საც ზოგიერთისთვის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით გრძელვადიანი ინვესტირებაა პრიორიტეტული, სხვებისთვის უფრო მეტად მისაღები მოკლევადიანი გრანტებია, რათა მოხდეს დაავადებათა მკურნალობა. ჯანდაცვის გაუმჯობესებაზე გაწეული ხარჯებით მიღებული შედეგები შეიძლება დაუყოვნებლივ არ გამოიკვეთოს და რამდენიმე თაობის შემდეგ იჩინოს თავი, მაშინ როდესაც მკურნალობას დაუყოვნებელი და თვალშისაცემი სიკეთე მოაქვს.

კლინიკოსები მკურნალობენ ინდივიდებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიები ცდილობს მთლიანი მოსახლეობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

მოგება, რომელიც არსებითია მთელი მოსახლეობისათვის, შეიძლება ძალზე შეზღუდულ დადებით ეფექტს ახდენდეს ინდივიდზე და - პირიქით. მაგალითად, უფრო ჯანსაღი საკვების პრომოცია ან თამბაქოს მოხმარების აკრძალვა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილზე, შეიძლება დაეხმაროს მთელ მოსახლეობას, მაგრამ ჰიპერტენზიის შემცირებისკენ მიმართული მკურნალობა უშუალოდ ინდივიდს დაეხმარება.

სისხლში მომატებული ქოლესტერინის მაგალითის გამოყენება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემაა, ჩვენ ვიცით, რომ მოსახლეობის 15-დან 20%-მდე მოქალაქეს გააჩნია სისხლში ქოლესტერინის მაღალი დონე და შესაბამისად გულსისხლძაღვთა დაავადებების რისკის ქვეშ არიან. ამ ინდივიდთათვის, რისკის დონე დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ოდენობითაა ქოლესტერინი აწეული, გულის დაავადებებისკენ მათ გენეტიკურ მიდრეკილებასა და იმაზე, თუ სხვა რა რისკ-ფაქტორების მატარებლად გვევლინებიან ისინი. მკურნალობა ორიენტირებული უნდა იყოს მაღალი რისკის მქონე ადამიანების მცირე რაოდენობაზე (5%) თუ მთელი მოსახლეობის წაქეზება და გამხ-

ნევება უნდა მოხდეს, რომ მათ შეცვალონ ცხოვრების სტილი ისე, რომ მათ სისხლში ქოლესტერინის დონე შემცირდეს საშუალოდ და, შედეგად, თითოეული მოქალაქის რისკი შემცირდეს მცირე დოზით?

პრაქტიკოსები ამტკიცებენ, რომ მკურნალობა უნდა მიიმართოს მაღალი რისკის მქონე ჯგუფზე; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები კი ისურვებდნენ, გაუმკლავდნენ მთელი მოსახლეობის წინაშე მდგარ რისკს, იგივე გულისხმიერებით, როგორც ამ მცირე ჯგუფის მაღალი რისკის მქონე პაციენტებს; პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკოსები კი იხელმძღვანელებდნენ უფრო ინდივიდებზე გათვლილი მიდგომით – გაატარებდნენ ქოლესტერინის შემცირების პოლიტიკასა და, აგრეთვე, უმკურნალებდნენ პაციენტებს ინდივიდუალურად.

იმის გამორკვევა, თუ რომელი მიდგომის გამოყენებაა ყველაზე ეფექტური, არც ისეთი იოლი საქმეა.

4.10 მეოთხე კონცეფცია: პრევენციის იერარქია

წინასწარ აღკვეთად დაავადებაზე ზემოქმედება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია. მიუხედავად ამისა, პრევენცია მხოლოდ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას არ გულისხმობს. ყველა დონესა და ნებისმიერ ასაკში, პრევენციის წინაშე უამრავი შესაძლებლობაა.

პრევენციის განხილვის ერთ-ერთი გზაა მასში გამოყენებული ცნებების შინაარსობრივი აღწერა – არის ეს პირველადი, მეორეული თუ მესამეული.

პირველადი პრევენცია: მიზნად ისახავს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასა და დაავადების საწყისი სტადიის აღკვეთას მოსახლეობაში რისკ-ფაქტორების შემცირებით, ცხოვრების სტილისა და ყოფითი ქცევის შეცვლით, გარემოს ცვლილებების გატარებით, რაც

შესაბამისი საჯარო პოლიტიკითა და განათლებითაა შესაძლებელი;

მეორეული პრევენცია: მიზნად ისახავს შესაძლო და ადრეულ სტადიაში მყოფ დაავადებათა პრევენციას; ადრეულ სტადიაზე ისეთი პაციენტის დიაგნოზირებითა და მკურნალობით, რომელსაც სიმპტომები არ აღენიშნება. მეორეული პრევენციის ერთერთი მაგალითია სიმპტომების არმქონე ადამიანების გასინჯვა, კონსულტაციები, განათლება და ეფექტური მკურნალობა.

მესამეული პრევენცია: მიზნად ისახავს დაავადების განვითარებისა და მისი თანმხლები წუხილების პრევენციას, მას შემდეგ, რაც დაავადება დიაგნოზსტირებულია. მესამეული პრევენციული ქმედებები მოიცავს დადგენილი დაავადების მკურნალობასა და მცდელობებს - შენარჩუნებული იყოს უმაღლესი ფუნქციები და მოხდეს დაავადების ნეგატიური ეფექტების მინიმიზირება და ამ დაავადებასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი გართულებების პრევენცია.

გულსისხლძარღვთა დაავადებების პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენციის მაგალითი

პირველადი პრევენცია: ფიზიკური აქტიუობის პაციენტთათვის ცხოვრების ჯანსაღი წესის უპირატესობის მიმოხილვის მეშვეობით; პაცინტებისთვის კონსულტაციის გაწევით უფრო ჯანსაღი დიეტის გამოყენების რჩევა; თამბაქოს, ალკოჰოლის მოხმარებაზე უარის თქმით დახმარების გაწევა.

მეორეული პრევენცია: ჰიპერტენზიაზე შემოწმება და მართვა; მაღალ ქოლესტერინზე შემოწმება და მართვა.

მესამეული პრევენცია: სტენოკარდიის მქონე პაციენტთა მენეჯმენტი; კარდიალური რეაბილიტაცია; გულის დადგენილი დაავადების მქონე ადამი-

ანების მენეჯმენტი; მწვავე მიოკარდიული ინფექციის მკურნალობა სისხლის შემადედებელი მედიკამენტებით.

პრევენცია: პირველადი მზრუნველობისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წვლილი

პირველადი ზრუნვის მომსახურება: რისკ ფაქტორების შემცირების პირველადი პრევენცია – მოწევის შეწყვეტა სანამ დადგინდებოდეს დაავადება; მკურნალობის სქემის მიყოლა.

მეორეული პრევენცია: დადგენილი ჰიპერტენზიის მენეჯმენტი, რუტინული შემოწმებებითა და ნიკოტინის ჩასანაცვლებელი რეცეპტებით.

მესამეული პრევენცია: კარდიალური სარეაბილიტაციო პროგრამა.

4.11 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წვლილი პირველადი ზრუნვის მომსახურებაში:

პირველადი ზრუნვის მომსახურება: მომსახურების სისტემის ჩამოყალიბება მოწევის შეწყვეტაში მხარდასაჭერად და მისი გავლენის (მიღებული შედეგის) შეფასება; უფრო ფართო სტრატეგიის დასახვა ფიზიკური აქტივობისათვის.

მეორეული პრევენცია: კარგი პრაქტიკის შესაბამისი მონიტორინგი; საუკეთესო შედეგებიდან მიღებული ინფორმაციით პრიორიტეტების განსაზღვრა.

მესამეული პრევენცია: მომსახურების შექმნა და შეფასება მთელი სექტორის მასშტაბით. რეკლამირება: ხელისუფალთა გაერთიანებული ძალისხმევითა და მუშაობით.

პრევენცია კარგ მაგალითს გვაწვდის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის სინერგიზმზე პრაქტიკაში. კონსულტაციები უამრავ შესაძლებლობას გვთავაზობს, თუ როგორ უნდა იქნეს

აღკვეთილი ინდივიდის დაავადება ნებისმიერ სტადიაზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებს კი უფრო ფართო მასშტაბით შეუძლიათ მხარი დაუჭირონ მათი მუშაობის შედეგებს საზოგადოების დონეზე. პრევენციის სტრატეგია ძალისხმევის გაერთიანებას საჭიროებს, რათა წინასწარ მოხდეს დაავადებათა აღკვეთა სამივე დონეზე. ეს მიდგომა უნდა იყოს ასახული მოსახლეობის მომსახურების ჩარჩო ხელშეკრულებაში.

4.12 მეხუთე კონცეფცია: ვერტიკალური და ჰორიზონტალური მიდგომების ინტეგრირება

ჯანდაცვის წარმატებული სტრატეგიები მკაფიოდ სახავს პროგრამებს დაავადებათა პრევენციისა და მკურნალობისთვის, მაგალითად, გულსისხლძარღვთა დაავადებებზე. ისინი აღიარებენ სტრატეგიული მიდგომების საჭიროებას, რათა მოხდეს დაავადების უკეთ მართვა, რაც უპრიანია დაიწყოს ქვეიდან ზევით – პირველ ეტაპზე ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ქმედებათა და მეთოდების ფართე რეკლამირებით.

ამგვარი მიდგომა ორივე მხარეს საფუძველს უქმნის მომსახურების ჩარჩო ხელშეკრულებას, გავრცელებული დაავადებების მართვის მიზნით. წარმატებული მხრუნველობის გზა: ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, დაავადებათა პრევენცია, ეფექტური მკურნალობა, რებილიტაცია, მუშაობა საზოგადოებაში.

4.13 რა არის მომსახურების ჩარჩო?

მომსახურების სტრუქტურა

•ეროვნული სტანდარტების შემუშავება და მთავარი ინტერვენციის იდენტიფიცირება, მზრუნველთა გუნდის განსაზღვრული მომსახურებისთვის;

•სტრატეგიების გატარება, მოქმედებათა მხარდაჭერა;
•პროგრესის დასახულ ვადებში მიღწევისათვის გზების დასახვა;
•ერთი ან რამდენიმე ფორმაციის შემუშავება, ხარისხის გასაუმჯობესებლად და მომსახურების ცვალებადობის შესამცირებლად.
მომსახურების სტრუქტურის პროგრამა (ნიმუში) მოიცავს:
•პედიატრიულ ინტენსიურ მზრუნველობას
•ფსიქიკურ ჯანმრთელობას
•გულის დაავადებებთან, სიმსივნეებთან ბრძოლის გეგმებსა და პროგრამებს
•ხანდაზმულთა, დიაბეტიანების მოვლას
•თირკმლის დაავადებათა მომსახურებას – ნაწილი პირველი, დიალიზი და ტრანსპლანტაცია; ნაწილი მეორე – თირკმლის ქრონიკული დაავადებები, თირკმლის მწვავე უკმარისობა და მომაკვდავ'ზე მზრუნველობა
•ბავშვების, ახალგაზრდებისა და დიდების მომსახურება
•ქრონიკულ (გრძელვადიან) დაავადებების მომსახურება
ამ მიდგომების გათავისებისა და მიღების პრობლემა მდგომარეობს იმაში, რომ ფაქტიურად, უამრავ ადამიანს და განსაკუთრებით ასაკიან ხალხს მხოლოდ ერთი დაავადება არ აღენიშნება – ისინი ერთდროულად, რამდენიმე დაავადებით იტანჯებიან. ისე რომ, მაშინ როდესაც დაავადებათა მართვის ლოგიკური მიდგომები საკმაოდ მიმზიდველად ჟღერს და გვეხმარება უფრო ნათლად დავინახოთ სტრატეგიული მიდგომები, კლინიკოსებისთვის ცხოვრება არც ისე იოლია, რადგან მათ შეიძლება უხდებოდეთ ისეთი პაციენტის მკურნალობა, რომელიც არამხოლოდ ოსტეოართრიტსა და დიაბეტს უჩივის, არამედ მისი ავადმყოფობის ისტორიაში ფიგურირებს სიმსივნე, გულის დაავადება და ცხოვრობს სახლში, სადაც კიბე მრავალსაფეხურიანია.

ვერტიკალური პოლიტიკის მიდგომების ინტეგრირება საზოგადოებაზე დაფუძნებულ ჰორიზონტალურ მიდგომებთან,არსებული პერსპექტივების ერთ-ერთი გამოწვევაა პირველად მზრუნველობასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას შორის.

თავი V
პირველადი მზრუნველობის,(პირველადი ჯანდაცვის) ორგანიზება

5.1 ისტორიული წარმოშობა

ზოგადი პრაქტიკოსის (GP) პროფესია წარმოიქმნა ინგლისში, მეცხრამეტე საუკუნეში, აფთიაქარებისგან, რომლებიც ამზადებდნენ მედიკამენტებს. მზარდ ინდუსტრიულ ქალაქებში, არავინ არ მიმართავდა ამბულატორიას ან მოწყალების საავადმყოფოებს, თუ პაციენტს იქ არ გააგზავნიდა. ეს წარმოადგენდა გაერთიანებული სამეფოს ზოგადი პრაქტიკის **სამი ფუნდამენტური პრინციპის საწყისს;** საჭიროებების შემთხვევაში, საავადმყოფოებში, პაციენტების მიმართვის გამო GP-ები მეორადი და მესამეული მზრუნველობის **„კარიბჭის მცველებად“** მოინათლნენ.

მეორე პრინციპი შეეხო **ზოგად პრაქტიკას** (არასპეციალიზირებულს), რადგანაც ეიწრო სპეციალისტების მეცნიერული და პრაქტიკული მოღვაწეობა სწორედ საავადმყოფოებში ხდებოდა. „ ზოგადი პრაქტიკოსების“ განვითარება,რომელთაც პაციენტთა მართვა შეეძლოთ, აღიქმებოდნენ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის წყაროდ.

მეოცე საუკუნის დასაწყისისთვის, პაციენტები GP-ებს ანაზღაურებას სულ უფრო მზარდად უხდიდ-

ნენ. ეს პროცესი წინ უძღოდა 1911 წლის **ნაციონალური დაზღვევის აქტს,** რომელიც ხელფასის გამომუშავებაზე ვრცელდებოდა. 1948 წელს, ბრიტანეთის ეროვნული ჯანდაცვის (NHS-) ის შექმნასთან ერთად, იგი მთელ მოსახლეობაზე გავრცელდა, რამაც უზრუნველყო **მესამე პრინციპის შექმნის საფუძველი: პაციენტთა რეგისტრირებულ სიაში ყველასათვის გადასახადებისა (საკომისიოს) დაწესება.**

იმ ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებთან შედარებამ, რომლებიც ორიენტირებულნი არიან **პირველად მზრუნველობაზე** და ზოგადი პროფილის ოჯახის ექიმები მოქმედებენ როგორც „კარიბჭის მცველები“ პაციენტთა რეგისტრირებული სიებით, აჩვენა, რომ ისინი ჯანდაცვის შედეგებში იღებენ მეტ კმაყოფილებასა და ნაკლებ დანახარჯებს. ეროვნული სისტემის შედარებითმა ეფექტურობამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ზოგადი პრაქტიკის მიერ განხორციელებულ კონტროლში. კერძოდ, პაციენტის ძვირადღირებულ სპეციალისტთა მომსახურების აუცილებელ საჭიროებასა და ამ მომსახურებამდე მათი მისვლის კონტროლში. ჯდ. ეროვნული სისტემა უზრუნველყოფს საერთაშორისო სტანდარტებით ჯანმრთელობაზე ზრუნვის თანასწორ სისტემას, გამოყენების თვალსაზრისით, **მისი გარკვეული ნაწილი უფასოა.** მიუხედავად ამისა, ეს სამი მთავარი პრინციპი სულ უფრო მეტად იღებს სავალდებულო სახეს. პაციენტთა მიმართვის ამგვარი მოწყობა გარკვეულწილად, შემზღუდავ და მონოპოლისტურ სახეს იღებს. არსებითად ხელისუფლების მოწოდებული რეგულაციები უნდა აადვილებდეს მომსახურების შესაძლებლობას. პაციენტების გადანაწილება სისტემის დონეებს შორის, უნდა ეფუძნებოდეს მეცნიერულ საფუძვლებს, მდიდარი პრაქტიკისა და გადაწყვეტილებების მიღების მონოპ-

ოლიზაცია დაუშვებელია. რეგულაციების დახვეწის შემთხვევაში კი, ზოგადი პროფილის სპეციალისტები, ერთგვარი საფრთხის ქვეშ დგებიან. ან, როგორ შეიძლება რომელიმე, ერთ სპეციალისტს შეეძლოს სამედიცინო მეცნიერების უამრავ დარგში არსებული მიღწევების კვლადაკვალ მიყოლა? და მართლაც,დღეს უკვე გაისმის კითხვა „ზოგადი პრაქტიკის“ კვალიფიკაციის მიღება შეიძლება კი კვლავაც შეეთავაზოთ აკადემიური სიმშვიდითა და პატიოსნებით? პირადი სია და ოჯახის ექიმის 24 საათიანი პასუხისმგებლობა „დასაბამიდან დასასრულამდე“, „ყველაფრის“ ექიმის ტრადიციებით ოჯახური პრაქტიკის დედაარსს წარმოადგენდა, მაგრამ დღეს უკვე ეს მიდგომა მოძველებული და საკამათოა.

1990 წლისთვის ტერმინი „ზოგადი პრაქტიკა“ ეწოდებოდა არა მხოლოდ პროფესიას და მის კლინიკურ დისციპლინას, არამედ მის მიერ მოწოდებულ მომსახურებას, შტატს, შენობებსა და სტრუქტურასაც.

ეს სამი მიმართულება საავადმყოფოს, სპეციალისტთა და ოჯახის პრაქტიკოსთა მომსახურება თანდათანობით შეიცვალა. ზოგადმა პრაქტიკოსებმა დამოუკიდებელი კონტრაქტორის სტატუსი მიიღეს. ამ სტრუქტურამ გარკვეული წელილი შეიტანა მომსახურებაში, მაგრამ დღეს მას აკრიტიკებდნენ ცუდი კოორდინირებისათვის, არამდგრადი ხარისხისა და ზოგჯერ არაადეკვატურობისათვის.

5.2პირველად მზრუნველობაზე კონცენტრირებული ჯანდაცვის ეროვნული სისტემა?

საქართველოში 1995 წელს და შემდგომ გატარებული რეფორმები ორიენტირებული იყო ბაზრის მექანიზმების შემოტანასა და ახალი პრინციპე-

ბის დანერგვაზე ფასებისა და ხარისხის კონტროლზე. პოლიტიკის მთავარი ინსტრუმენტი იყო ფინანსების გადანაწილება სახელმწიფოს მიერ (პრიორიტეტული პროგრამების მეშვეობით),რომელიც იღებდა პ.ჯ.დ.-ებისა და ჯანდაცვის სხვა ორგანიზაციების მიერ გაწეულ მომსახურებას ნაკლები ხარჯებითა და უფრო იოლი მიდგომით. ამ ორგანიზაციებს შორის პ.ჯ.დ. სისტემის საფუძველი იყო. მიუხედავად ამისა, მათ მიერ პაციენტებზე ზედმეტად დიდი პასუხისმგებლობის აღება, ზოგჯერ მათსა და სისტემის სხვა ელემენტებს შორის კონფლიქტურ სიტუაციას ქმნიდა. სახელმწიფო და ინვესტორები თანხებს სულ უფრო მეტად განათავსებდნენ დიაგნოსტიკურ და სტაციონარულ მომსახურებაში.

ამ ფონზე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ჩამოყალიბების ბრძნული პოლიტიკური გადაწყვეტილების მიუხედავად, რომელსაც დაკისრებული ჰქონდა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ეპიდზედამხედველობის უზრუნველყოფა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, მეტი სახსრები ესაჭიროებოდა სოციალურად საშიში და მწვავე ინფექციური დაავადებებისა და სხვა პრობლემათა მართვისათვის, ნაკლები ყურადღება დაეთმო.

მართალია პ.ჯ.დ.-ს მომხრენი ამტკიცებდნენ,რომ მათ საქმიანობაში სახსრების დაბანდება მეტი სარგებლის მომტანი იყო, მაგრამ ამ განაცხადების დამადასტურებელი მტკიცებულებები ორსახა აღმოჩნდა. საქართველოში, მაგალითად: ბოლო დროს მათი მუშაობის პრინციპები, დაფინანსება და სამართლებრივ – ორგანიზაციული მოწყობის ფორმები მკვეთრად შეიცვალა: მათ დამოუკიდებელი „ინდმეწარმის“ სტატუსი მიენიჭათ და სახელმწიფომ გარკვეული სტანდარტების გათვალისწინებით თანხები გადასცა ოფისების მოწყობისა და აღჭურვილობის შესაძენად.

რაც შეეხება საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, მის საქმიანობაში სახელმწიფოს იდეოლოგიური ვალდებულებისადმი მხოლოდ დეკლარირებული მიდგომა რჩებოდა. მოსახლეობა დაცული უნდა ყოფილიყო, როგორც ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, ასევე მზარდი ფინანსური ტვირთისაგან, ხოლო მომსახურება თანაბრად ხელმისაწვდომი და სამართლიანი.

ყველაზე მნიშვნელოვანი სტრუქტურული ცვლილება, რომელიც ამ პოლიტიკის მიზნების რეალურ განხორციელებას უზრუნველყოფდა, პირველად მზრუნველობაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირეული ელემენტების შეტანის მცდელობა წარმოადგენდა.

როგორც მოსალოდნელი იყო, სხვადასხვა სუბიექტური თუ ობიექტური მიზეზების გამო, ეს პროცესი განსხვავებული ინტენსივობითა და წარმატებით ეითარდებოდა. მაშინ, როდესაც პირველადი და საზოგადოებრივი მზრუნველობის ინტეგრირებაში პროგრესის მიღწევა უნდა მომხდარიყო, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და გაუმჯობესების მათი ფუნქციები ჯერ კიდევ მოუმწიფებელი რჩებოდა. მათ ჯერაც აკლიათ პოლიტიკური გადაწყვეტილებების ფონი, თანამედროვე მენეჯერული პოტენციალი, საგანმანათლებლო, საწვრთნო პროგრამები (ორივე მხარისათვის), რათა ეს ცვლილებები სწრაფად გატარდეს.

5.3 როგორ ხდება პირველადი ზრუნვის მომხმარებლამდე მიტანა?

ზოგიერთ ადრინდელ წყაროებში,ბრიტანელების მიერ ზოგადი პრაქტიკოსის ადგილი ერთიან სისტემაში, მჭევრმეტყველურადაა აღწერილი: **„პირველ რიგში, მათ უნდა იმსახურონ თარჯიმნისა და დამცველის როლში ავადმყოფობასა და დაავადებას შორის და მეორეც, როგორც მოწმემ, პაციენტის მიერ დაავადები-**

სა და ავადმყოფობის განცდაში“. ამგვარი შეხედულება მომდინარეობდა ზოგადი პრაქტიკოსების ფსიქოდინამიკური სკოლის მკვლევარებისგან, რომელთაც დიდი გავლენა ჰქონდათ ამ პროფესიაზე. თუ ზოგადი პრაქტიკა არ იყო ორიენტირებული პირველ რიგში დაავადების პრევენციაზე, ეროვნულ სისტემებში მაინც არსებობდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომა, რომელიც ამ პოლიტიკას ატარებდა. იგივე სიტუაციაა დღესდღეობით საქართველოშიც.

ინფექციური დაავადებების შემცირებისა და მოსახლეობის დაბერების ფონზე, ზოგადი პრაქტიკა არადამაკმაყოფილებლად უმკლავდება ქრონიკული დაავადებების შედეგებს. ეს გარემოება მოითხოვს ახალი მომსახურებების სახეების განვითარებასა და მზრუნველობის სისტემის ძირეულ ცვლილებებს. უამრავი დაავადება, როგორიცაა მაგალითად არტერიული ჰიპერტენზია, დიაბეტი, რომელიც ერთდროს მხოლოდ საავადმყოფოს სპეციალისტთა კომპეტენციაში შედიოდა, დღეს უკვე ფართოდ იმართება პ.ჯ.დ-ს გუნდების მიერ.

თუ 1970-იანი წლებში აღინიშნა „ახალი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის“ დაბადება თავისი გაფართოვებული ფუნქციებით, მესამე ათასწლეულის პირველ წლებში „ახალი პირველადი მზრუნველობა“ იკვეთება, თავისი ფუნქციური ელემენტებით.

5.4 თანამედროვე პირველადი მზრუნველობის ელემენტები

- თვითმზრუნველობა (ოვითმკურნალობა);
- პირველი კონტაქტი;
- ქრონიკული დაავადების მართვა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- პირველადი მზრუნველობის მართვა (მენეჯმენტი).

თვითმზრუნველობა და ცოდნის მართვა

ათ დაავადებულ'ში,კონტაქტ'ში ერთზე ნაკლებია ფორმალურ ჯანდაცვის სისტემასთან. მათი უმრავლესობა დაავადების თვითმმართველის როლში გამოდის იმ ცოდნისა და მხარდაჭერის გამოყენებით, რაც დაავადებულისთვის ხელმისაწვდომია. ტრადიციულად, მედიცინა ეფუძნებოდა ცოდნას, რომელიც მიიღებოდა დროგამო'შვებით,ისეთი წყაროებიდან,როგორიცაა მეცნიერული ჟურნალები, და სამედიცინო პოპულარული ბიბლიოთეკა. ეს მიდგომა სწრაფად ერცელდებოდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, კლინიკოსებს ცხადია, მეტი ცოდნა ქონდათ, ვიდრე მათ პაციენტებს, რომელთაც ამგვარ წყაროებზე ხელი ნაკლებად მიუწვდებოდათ. მიუხედავად ამისა თანამედროვე ტექნოლოგიებმა, „მსოფლიო მას'მტაბის ქსელმა მსოფლიოს დომინანტმა შუამავალმა, ჩარაზული ბიბლიოთეკების კარი გამოაღო და კედლები დაანგრია". პაციენტებმა უფრო მეტი იციან საკ'უთარი ქრონიკული დაავადების მართვაზე, ვიდრე ზოგიერთმა ექიმმა. მიუხედავად ამისა, მათ ესაჭიროებათ დახმარება, რომ გაერკვნენ ხელმისაწვდომ ინფორმაციაში.

დღესდღეობით, კომპიუტერის ეკრანი პერსონალური კონსულტანტის ბუნებისაა, მაგრამ ახალი იარაღები ცვლის კლინიკოსების როლს, რომლებიც ერთგვარად, ფაქტების შემნახველები იყვნენ, ცოდნაგამოცდილების მმართველთა როლში. ზოგიერთი კლინიკოსი ცდილობს პაციენტებს უკეთესი ინფორმაცია მისცეს,თუმცა ყველა პაციენტს ეს არ სურს. მიუხედავად ამისა, ადამიანების უმრავლესობას, სურს, მათი ჯანმრთელობის შესახებ გადაწ'ყვეტილების მიღებაზე რომ ვინმე იყოს პასუხისმგებელი, უფრო მეტი ძალაუფლება ჰქონდეთ და არა მარტო მეურვეობა. პაციენტისთვის მეტი ცოდნა ან კონსულტაცია, რაც წაახა-

ლისებს ერთდროული გადაწყვეტილებების მიღებას, აუმჯობესებს არა მხოლოდ პაციენტის კმაყოფილებას, არამედ კლინიკურ შედეგებსაც. ჭეშმარიტად,რადგანაც ადამიანებისთვის ხელმისაწვდომი ხდება ინფორმაცია რისკის შესახებ,სულ უფრო მეტმა მათგანმა შეიძლება უარი თქვას მხოლოდ მკურნალობის შეთავაზებაზე.

კორექტულ ელექტრონულ ვერსიას დროულად შეუძლია აღეკვატური შესაძლებლობები შემოგვთავაზოს, - მოახდინოს სხვადასხვა წყაროების ინფორმაციის ინტეგრირება და, ამით სახლის პირობებში, თვითმზრუნველობას მეტად დაეხმაროს. ინტერნეტის კრეატიული გამოყენება პაციენტებთან, კავშირის უზრუნველსაყოფად, წარმოადგენს მომავალ კლინიკურ პრაქტიკას.

პირველი კონტაქტი

თუ პირველი შეხების მზრუნველობა (მომსახურება) გაწეულია მეგობრებისა,ნათესავების,ან "მეზობელი ექიმის" მიერ, შემდეგი ნაწილი, ტრადიციულად, ზოგად პრაქტიკოსებზე მოდის. მიუხედავად ამისა, მოქმედებს სხვა მარშრუტებიც, რომლის მეშვეობითაც, პირველადი ზრუნვის მიღება შესაძლებელია.

5.5 პირველადი მზრუნველობის მიღება

ჯანდაცვის სისტემა ნებისმიერი სტრუქტურით უშუალოდ, ფარმაცია, (აფთიაქი), სხვა წყაროები – დაკავშირებულია პაციენტთან და თვითდახმარებასთან. პაციენტს გააჩნია: ელექტრონული წვდომის გზები (ვებ გვერდებზე განთავსებული ინფორმაცია; კითხვები ელექტრონული ფოსტით), ტელეფონი (შეკითხვა, ჩაწერა ექიმთან და გადაუდებელი დახმარებაზე რჩევის მიღება) ამ ყველაფერს ახორციელებენ პ.ჯ.დ.-ს ექიმები, უბნის ექთნები, სასწრაფოს ოპერატორები, მეანები და სხვები. მესამე გზაა პირადი ვიზიტი ექიმთან.

ჯანდაცვის სისტემას, მაგალითად, სასწრაფოს

(033) უშუალოდ 24 საათიანი სატელეფონო, საკონსულტაციო (რჩევის) ხაზი გააჩნია, რომელიც დაკომპლექტებულია სპეციალურად განსწავლული შტატით. მისი მიზანია უზრუნველყოს „რჩევითა და ინფორმაციით ჯანმრთელობის შენარჩუნების, დაავადების, ავადმყოფობის შესახებ, უფრო იოლად და სწრაფად, ასე, რომ, ინფორმაციის მიმღებთ შეეძლებათ უფრო უკეთ იზრუნონ საკუთარ თავზეც და ოჯახის წევრებზეც. უფრო სპეციფიკური მიზნებია თვითმზრუნველობის წახალისება სახლის პირობებში და როდესაც აუცილებელი არაა სხვა მომსახურება, ხდება მათი გამოყენება, **მოთხოვნის მართვა.** ეს ახალი მომსახურება აყალიბებს „მომსახურების „წინა-სამედიცინო" დონეს, მაგრამ მაინც მცირე გავლენა გააჩნია მომსახურების სხვა სახეებთან შედარებით.

დაემუქრა რა საფრთხე მომსახურების ახალი ფორმებით პ.ჯ.დ. –ს პროფესიულ მონოპოლიას, იგი ორმაგი სიფრთხილით მოეკიდა „ადგილებზე გასვლის" ფორმებს, რაც ადრე, უმეტესწილად, ექთნების მიერ იყო მართული.

ამ ახალი მომსახურების ეფექტურობის მიმართ, კითხვები ჯერ კიდევ რჩება. მიუხედავად ამისა, მან გარკვეულწილად შეზღუდა საყოველთაოდ მიღებული ზოგადი პრაქტიკა.

კიდევ ერთი მიზეზი ადამიანი დღესდღეობით, ხშირად დამოუკიდებლად სტუმრობს აფთიაქს. ეს ფაქტორი, ერთის მხრივ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის გზაა (სწორად მიღებული კონსულტაციის შემთხვევაში) და მეორეს მხრივ, ექიმებისა და ფარმაცევტების როლებს შორის ტრადიციული ურთიერთობისა (რეცეპტი-წამალი) და საზღვრების დანგრევის უდიდესი შესაძლებლობაა. უფრო მეტად, ვიდრე ადრე, მოსახლეობის რესურსების სიმცირისა

და მზარდი პასუხისმგებლობების პირისპირ, ამ წინა ხაზის მთავარმა მოთამაშეებმა ერთად უნდა იმუშაონ.

5.6 ქრონიკული დაავადების მართვა

ქრონიკული დაავადებები:

1)გულსისხლძარღვთა დაავადებები
2)დამბლა (თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა)
3)ჰიპერტენზია
4)ჰიპოთირეოდიზმი
5)დიაბეტი
6)ფსიქიკური ჯანმრთელობა
7)ფილტვების ქრონიკული დაავადება
8)ასთმა
9)ეპილეფსია
10)სიმსივნეები

კვლევებით დასტურდება, რომ ქრონიკულ დაავადებათა მქონე ადამიანები ცვალებადი ხარისხის მზრუნველობას საჭიროებენ, პ.ჯ.დ-ს მომსახურება რამდენიმე ძირითად სფეროშია გათვალისწინებული. სახელმწიფო ინვესტიციების უმრავლესობა საჭიროა იმისათვის, რომ განვითარდეს ამ სფეროში არსებულ დაავადებათა რეგისტრაციისა და მართვის სისტემები. პ.ჯ.დ.-ს ხელთ არსებული პირობების სარგებელი, პოტენციურად, მნიშვნელოვანია: რუტინული დაავადებების მონიტორინგი, მართვა სულ უფრო რთული ხდება, რადგანაც ფარმაცევტულმა მიღწევებმა უამრავი დაავადება, რომელიც საჭიროებდა მეორად მზრუნველობას, პირველადი მზრუნველობისთვის იოლად გასამკლავებელ ამოცანად აქცია. მართული მზრუნველობის მიმართ კვლავაც მზარდი ინტერესი არსებობს: რისკის შრეებად დაყოფა, მზრუნველობის ყველაზე მძიმე მომხმარებლებზე ორიენტირება, დახ-

მარების შედეგების ხშირი მიმოხილვა და სხვა.

სულ უფრო ხშირად ხდება, რომ პაციენტები, რომლებიც დღეს საავადმყოფოებს მიმართავენ, მოიაზრებიან ახალი პირველადი მზრუნველობის მომხმარებლებად, სადაც მათ ჩაუტარდებათ საჭირო ტესტები და მკურნალობა. კონსულტანტები, რომლებიც ადრე მხოლოდ პოლიკლინიკურ ქსელში და საავადმყოფოებში მუშაობდნენ, ამბულატორიასაც ემსახურებიან, როდესაც ზოგადი პრაქტიკოსებისაგან იღებენ მომართვას (ოფთალმოლოგია, ორთოპედია, დერმატოლოგია), სხვა. იგივე სამუშაოების ჩატარება მათ საავადმყოფოების ამბულატორულ სამსახურებშიც შეუძლიათ.

5.7 ჯანმრთელობის ხელშეწყობა პირველადი მზრუნველობისას

ზოგად პრაქტიკოსებს ყოველთვის გააზრებული ჰქონდათ ისეთი სოციალური ფაქტორების მნიშვნელობა, როგორიცაა საცხოვრებელი პირობები, დასაქმება და განათლება, რომლებიც გავლენას ახდენდნენ მათი პაციენტების ჯანმრთელობაზე. სარეგისტრაციო სიით (სამოქმედო არეალი), რომელიც განსაზღვრავს მოსახლეობაში მათ პრაქტიკას, პირველად მზრუნველობაში წარმოადგენს ჯანდაცვის ეფექტური პროგრამებით ხელშეწყობის საფუძვლებს. პრევენციული საქმიანობა პირველად მზრუნველობაში შეიძლება დაყოფილი იყოს ინდივიდუალურ, ორგანიზაციულსა და საზოგადოებრივ დონეზე ინტერვენციებად.

5.8 ინდივიდუალური ინტერვენციები

პირველადი პრევენცია:

•განათლება, ცვლილებები ქცევაში, მაგალითად: დიეტა, მოწევის შეწყვეტა, ვარჯიშები;

•იმუნიზაცია – მართვადი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ;
•კეთილდღეობის სარგებლიანობის რჩევები
•საზოგადოების განვითარება
მეორეული პრევენცია:
•გულის იშემიური დაავადებების აღმოჩენა და მართვა;
•ყელის, მკერდისა და მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის შემოწმება;
მესამეული პრევენცია
•ქრონიკული დაავადებების მენეჯმენტი, მაგალითად, დიაბეტის შემდგომი განვითარებისა და გართულების პრევენცია;

ჯანდაცვის პროფესიონალთა და პაციენტებს შორის ხორციელდება, რომლებიც ხშირად კლასიფიცირდებიან როგორც პირველად, მეორეულ და მესამეულ პრევენციებად. მაგალითად, რეკომენდაციები გულსისხლძარღვთა დაავადებების პირველად პრევენციაზე, მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებში, დამოკიდებულია გასინჯვაზე, რისკთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული რჩევების მიღებაზე. მიუხედავად ამისა, არ არსებობს საკმარისი დამამტკიცებელი საბუთები პირველადი მზრუნველობის მეშვეობით განხორციელებულ მრავალმხრივ რისკ-ფაქტორებში ინტერვენციაზე გაწეული ხარჯების ეფექტურობის შესახებ.

მიუხედავად ინდივიდებში გულსისხლძარღვთა რისკების შეფასებასა და მის შემცირებაში გაურკვევლობის არსებობისა, მას გააჩნია უფრო ეფექტური ხარჯების თვისება, ვიდრე მაგალითად, ტრადიციულ კვლევას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციონირება გვიდასტურებს იმ ფაქტს, რომ, თუ იგი გამოიყენება სწორად შერჩეულ კონტინგენტში, რომლიც სათანადოდ მოტივირებულია შეამციროს საკუთარი რისკი, ეფექტი შესამჩნევია.

5.9 ორგანიზაციული ინტერვენცია

ძირითადად მოსახლეობის მოწყვლად ფენას ეხება, ცდილობს გააუმჯობესოს მზრუნველობის მენეჯმენტი და იოლად ხელმისაწვდომი გახადოს. ამგვარ ინტერვენციას შეიძლება ადგილი ქონდეს ცალკეული პრაქტიკის ან სრულად ჯანდაცვის სისტემის დონეზე. ამის მაგალითი შეიძლება იყოს პროფილაქტიკური გასინჯვების ხელმისაწვდომობის გაიოლება გარკვეული ჯგუფებისთვის. უფრო ფართო მასშტაბიანი ორგანიზაციული ცვლილებები შეიძლება მოიცავდეს ექთნების წარმოებულ „პერსონალურ სამედიცინო მომსახურებას“, რომელის ჩამოყალიბებაც დაგეგმილია იმისათვის, რომ უპასუხოს ისეთ რეგიონებში არსებულ მოთხოვნებს, რომლებიც მეტად გაჭირვებულნი არიან და სადაც ექიმი ფაქტიურად არ ჰყავთ.

5.10 საზოგადოების მასშტაბური ჩარევა.

ფაქტი, რომ დამსაქმებლებს, რესურსების მომპოვებლებს, მეწარმეებს გააჩნიათ შესაძლებლობა გარკვეული დანახარჯებით ხელი შეუწყონ საზოგადოების ჯანმრთელობას, სამწუხაროდ, ზოგად პრაქტიკოსთა მიერ, ამ დრომდეც უყურადღებოდაა მიტოვებული.

საზოგადოების განვითარებას უფრო ძლიერი საფუძვლები გააჩნია ქვეყნის წინსვლაში. მსოფლიოს მასშტაბით, ყოველწლიურად მრავალი მშობიარის სიცოცხლე ეწირება სხვადასხვა მიზეზებს, ასევე მრავალი ახალშობილი კვდება და ფიქსირდება მკვდრადშობადობა. თუ გვსურს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება, პირველად ჯანდაცვისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედებები, ფართომასშტაბიანი ინტერვენციები და პროგრამები პირველ რიგში, ღარიბ, უმწეოთა მოსახლეობში უნდა გატარდეს. დედათა და ჩვილთა დაბადებამდე გარდაცვალების ფაქტე-

ბის უმრავლესობა სახლის პირობებში ხდება, ჯანდაცვის ობიექტების მიღმა. სულ უფრო მეტია იმის დამადასტურებელი მაგალითები, რომ საზოგადოებაზე დაფუძნებული ინტერვენციების პირველად მზრუნველობის სტრატეგიები ეფექტურია ქვეყნებში, სადაც ფიქსირდება დედათა და ჯერ არდაბადებულ ჩვილთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი, ეს უნდა განხორციელდეს იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ინსტიტუციონალური მიდგომები შემდგომში მათი კიდევ უფრო შემცირებისათვის აუცილებელია.

5.11 პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტი

მიზნების დასახვაზე ორიენტაციით სისტემის რეფორმირებით მოტანილი ახალი მენეჯმენტი, თანდათანობით გავრცელდა მომსახურების ყველა სფეროზე. ზოგად პრაქტიკაზე დაფუძნებული გუნდების ფუნქციონირების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შედეგია ადმინისტრაციული ფუნქციების დიფერენციაცია, რამაც მათ სამართავად მართვის ახალი ელემენტების პრაქტიკაში დანერგვა მოითხოვა. ცალკეული პ.ჯ.დ.-ს, ან გაერთიანებული კორპორაციების დღეგანდელი მენეჯერი საკმაოდ რთულსა და შრომატევად სამუშაოებს უძღვება. სულ უფრო საჭირო ხდება პასუხისმგებლობების განაწილება ქრონიკული, მწვავე დაავადებების მართვაზე, პაციენტების ჯანმრთელობის სტატუსის აუდიტზე, შედეგების გამოქვეყნებაზე, გარემოში დადგენილი დაავადების მონიტორინგსა და კონტროლზე, პრევენციული პროგრამების ეფექტურობის შემოწმებასა და სამედიცინო ინტერვენციის ეფექტის შეფასებაზე. პირველადი მზრუნველობის სფეროს ყველა დონის მენეჯერებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებთან მჭიდრო თანამშრომლობით ძალზე მნიშვნელოვანი როლი აკისრიათ ამ

ფუნქციების მართვასა და მხარდაჭერაში.

დღემდე, მართვა ჯანდაცვის სისტემის ნებისმიერი სფეროსგან დამოუკიდებლად ხორციელდებოდა. პრაქტიკაზე დაფუძნებული დაკვირვების,ეფექტური ფინანსური და კლინიკური მართვისთვის,მას დასჭირდება კავშირი სხვა პრაქტიკულ საქმიანობასთან, გადაუდებელი დახმარების სექტორთან და სტაციონარულ დაწესებულებებთან. სულ უფრო ხშირად,მენეჯმენტის ფუნქციები, რომლებიც ერთ დროს ასლივით მეორდებოდა უამრავ რგოლში, თანდათანობით მათი ცენტრალიზაცია რამდენიმე,დაწესებულებისათვის მეტად მნიშვნელოვანი იქნება რიგი ოპერაციული ქმედების განსახორციელებლად (მაგალითად ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი, შესყიდვები, სამეურნეო სამუშაოები), ეს პოლიტიკა გამართლებულად უნდა ჩაითვალოს.

5.12 სხვა მომწოდებლები

ფარმაცია (სააფთიაქო ქსელი)

საზოგადოებრივი ფარმაციის მომსახურებამ, უახლეს წარსულში,მნიშვნელოვანი ცვლილებები განიცადა. აფთიაქების წილი მეტად გაიზარდა. დაახლოებით 50%-ზე მეტი აფთიაქი დღეს სამი, ხუთი უკეთესი ორგანიზაციული ფორმისა და მენეჯმენტის მქონე კერძო ფირმის მფლობელობაშია. მნიშვნელოვანი ძვრები შეინიშნება სააფთიაქო ქსელში,სადაც,დაწყებული ბაზრობებიდან და სხვა სავაჭრო ჯიხურებით დამთავრებული, ჯამდება სუპერმარკეტებით. გულისხმობს კი ამგვარი რესტრუქტურიზაცია შემოთავაზებული მომსახურების უკეთეს შესაძლებლობას? ამ კითხვაზე პასუხი იცვლება იმის მიხედვით, თუ რა სურს მომხმარებელს. სუპერმარკეტები ხელმისაწვდომია მათთვის, ვინც დასაქმებული და გარკვეული რესურსებით უზრუნველყოფილია, თუმცა შეიძლება საკმაოდ მიუ-

წვდომელი აღმოჩნდეს მათთვის, ვინც ამ სიკეთეებით ვერ სარგებლობს და იძულებულია ისარგებლოს იაფფასიანი და მეტად საეჭვო პროდუქციით. მიუხედავად ამისა, აფთიაქები თავისი შემოსაელებით, ადგილობრივ ეკონომიკაზე დიდი გავლენის მომხდენია. ამ ფაქტორმა, განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა მას შემდეგ, რაც მათი უმრავლესობა საავადმყოფოების "100 ევროპული დონის საავადმყოფო "რესტრუქტურიზაციის ეგიდით გამოცხადებულ შერჩევებში მიიღეს მონაწილეობა და ქვეყნის ტერიტორიაზე არსებული სხვადასხვა დონის საავადმყოფოთა მფლობელები გახდნენ. ამასთან, უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ უმრავლესობამ, გარკვეული დროის შემდეგ, უარი განაცხადა ამბიციურ პროექტში მონაწილეობაზე. მიუხედავად სიმბოლურ ფასებში შესყიდული შენობებისა, სადაც მათ მიერ გაწეული ხარჯი თითქმის ნულის ტოლი იყო, ამას ხელი არ შეუშლია მათთვის მკვეთრად გაეზარდათ მედიკამენტების ფასები.

ფარმაცევტები მენეჯმენტს პასუხისმგებლობით ეკიდებიან და მათი ძირითადი კლიენტურის, ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მზარდ რაოდენობას, რომელთაც გარკვეული პერიოდით უნდა მოემსახურონ, დიდ ყურადღებას უთმობენ. ეს გარემოება მათგან უფრო მეტი მედიკამენტის განსაზღვრას მოითხოვს „ფარმაცევტთა მედიკამენტად", რომელიც გაიცემა ექიმის რეცეპტის გარეშე. პარადოქსი ის არის, რომ მაშინ, როდესაც ამას შეუძლია გაზარდოს ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უშუალო ხარჯები (პაციენტები თავად გაიღებენ), მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა შეიძლება გაუმჯობესდეს.

მომავალში სიახლემ, ელექტრონული მეთოდით დანიშნულების გაცემამ შეიძლება შეამციროს დრო, რომელიც პაციენტს მედიკამენტის მისაღებად სჭირდება,

ისევეროგორც შეამცირებს გაყალბებასა და შეცდომებს.

ფარმაცევტული მომსახურების ეს ფორმა უშუალოდ ჯანდაცვის კერძო, მაგრამ მაინც მნიშვნელოვან სექტორს შეადგენს, პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციებმა უნდა ეცადონ გონივრულად გააერთიანონ ფარმაცევტები ადგილობრივი მომსახურების ფართო სახესხვაობებით. ზოგად პრაქტიკოსთა უმრავლესობა მიესალმება ფარმაცევტებთან ერთად მუშაობის შესაძლებლობებს, რათა საზოგადოებაში მედიკამენტების მართვა უფრო უკეთ იყოს შესაძლებელი. მიუხედავად ამისა, დანიშნულების გაცემა სულ უფრო დამაჯერებელს ხდის იმ ფაქტს, რომ უამრავი მედიკამენტი გაიცემა აფთიაქებიდან ფარმაცევტულ ფირმებთან კაუშირში მყოფი ექიმების მიერ (ისინი კარგ ფასდაკლებას სთავაზობენ მუდმივ მომხმარებელ პაციენტებს, თვითონ კი გარკვეულ გასამრჯელოს იღებენ). ეს სააფთიაქო ბიზნესს უფრო მეტ შემოსავალს შესძენს.

ჯანდაცვაში ფარმაცევტების როლი მარტო ამ ფაქტებით არ შეიძლება სათანადოდ შეფასდეს. მათი საქმიანობა უშუალოდ თვითმზრუნველობის პროცესზედაც და შედეგებზეც გაელენას ახდენს. მაგალითად, კონტრაცეფტიეების დახლზე დალაგებამ შეიძლება არასასურველი ორსულობის მაჩვენებელი შეამციროს, ან პირიქით, ხელი შეუწყოს მედიკამენტების უკონტროლოდ გამოყენებას. ამასთან, სახელმწიფო პროგრამების ბიუჯეტის დაახლოებით 20% იხარჯება მედიკამენტებზე და არაშესაბამისი დანიშნულებით გაცემასთან ასოცირებულ რისკებზე. ზოგიერთი მედიკამენტის დანიშვნა უდიდესი საფრთხის მქონედ რჩება, უამრავი მოხუცებული ადამიანისთვის.

სამომავლოდ, მედიკამენტების მართვის ერთიანი სისტემის შემოტანას შეუძლია გააუმჯობესოს პაციენტზე ზრუნვა. ფარმაცევტთა მიერ პრაქტიკოსები-

სთვის დანიშნულების გამოწერაში დახმარების გაწევის პოტენციალიც ჯერ სრულად არაა ათვისებული.

ფარმაცევტებთან ახალი მიდგომები მნიშვნელოვანი შესაძლებლობების მომცემია ადგილობრივ დონეზე თანამშრომლობისთვის. ეს თანამშრომლობა აფართოებს მომსახურების არეალს, თვითმზრუნველობას, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა,ქრონიკულ დაავადებათა მონიტორინგი და სხვა პროგრამების განხორციელებასა, რასაც უდიდესი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს.

რეცეპტის გამოწერის ხარისხის გაუმჯობესება

•მკურნალობის შეთანხმებული პროტოკოლები;

•რჩევების გაცემა წამლების გაცემისას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;

•დანახარჯების შემცირება, მაგ: უფრო მომგებიან რეცეპტთა არჩევანის იდენტიფიცირება ან ხშირი ჩივილების პაციენტთა იდენტიფიცირება;

•სპეციფიკური გუნდების მონიტორინგი, მაგალითად მოხუცები, ნივთიერებათა არადანიშნულებისამებრ მომხმარებლები;

•იდენტიფიცირებული შეცდომების განხილვა და მედიკამენტთა ურთიერთმოქმედება;

5.13 სტომატოლოგიური მომსახურება

სტომატოლოგთა ბალანსი საქართველოში 1995 წლიდან მკვეთრად შეიცვალა. ამ სფეროს განკერძოებამ, სტომატოლოგიური მომსახურების სიმძლავრე მთლიანობაში გაზარდა განსაზღვრადი ეფექტით: 4 მილიონი ადამიანისთვის სტომატოლოგიური მომსახურება, მიუხედავად მაღალი ფასებისა, უფრო ხელმისაწვდომი გახდა.

მთავრობის სტრატეგია,გათვლილი იყო ხარჯების შემცირებასა და ხელმისაწვდომი ქსელის დაარსების ხელშეწყობაზე მომსახურების კერძო სექტორში გადა-

ტანით. ეს ქსელი 24 საათიანი მომსახურებით უზრუნველყოფდა მოსახლეობის დიდი რაოდენობის საჭიროებებს..

სტომატოლოგიური მომსახურების კერძო სექტორისკენ შებრუნებას უახლესი პოლიტიკის მიხედვით, დიდი სიფრთხილით ეკიდებიან. უამრავი დამკვირვებელი შიშობს, რომ შესაძლებლობა თანდათანობით შეიზღუდება და იგი გავლენას მოახდენს პირველადი მზრუნველობის მიწოდების მდგომარეობაზე.

შეუძლია კი პირველად მზრუნველობას უკეთესად უპასუხოს მოსახლეობაში არსებულ საჭიროებებს?

ზოგადი პრაქტიკა, მიუხედავად გარკვეული ცვლილებებისა, ზოგიერთ ასპექტში, შიდა ბაზრის მიერ თითქმის ხელუხლებელი დარჩა. 1995 წელსა და შემდგომ წლებში შემოტანილი საკონტრაქტო ვალდებულებები, პ.ჯ.დ.-ს, ზოგადი პრაქტიკოსების ანგარიშვალდებულების გასაზრდელ საშუალებებს შეიცავდა, თუმცა, პირველად მზრუნველობაში არსებულ დეფიციტს შესაბამისი პასუხი ვერ გაეცა და, შედეგად, მას დღესაც აკრიტიკებენ კიდეც ადგილობრივად არასაკმარის მოქნილობაზე.

5.14 პერსონალური სამედიცინო მომსახურებანი

2005 წელსა და შემდგომ დაწყებულმა საცდელმა პროგრამამ ფუნდამენტურად შეცვლა ურთიერთობა ხელისუფლებასა და პ.ჯ.დ.-ს, ზოგად პრაქტიკას შორის. დღევანდელი პრაქტიკა მოქმედებს ახალი ვალდებულებებით (კონტრაქტებით), რომელიც შეთანხმებულია მომწოდებლისა და სახელმწიფოს შორის. გარეგნულად იგი პასუხობს ადგილობრივად იდენტიფიცირებულ საჭიროებებს. მათი სამუშაო შეცვლილია ადგილობრივი მიზნების, ბიუჯეტისა, და ანგარიშვალდებულებების შესაბამისად. ამგვარად, ახალმა მიდგომამ მათ დამოუკიდებელი მოქმედების საშუ-

ალება მისცა სამუშაო ადგილის, საშუალებების, აღჭურვილობისა, და ექთნებთან კონტრაქტის გაფორმების სახით. ანუ, ისინი "ინდივიდუალური მეწარმის " ორგანიზაციულ სამართლებრივ ფორმის იურიდიულ სუბიექტებად ჩამოყალიბდნენ. შედეგად, საკონტრაქტო ხელფასის მქონე ზოგადი პრაქტიკოსების რაოდენობა ძალზე სწრაფად გაიზარდა. თუ დამოუკიდებელი კონტრაქტორები ვერ შეასრულებენ ადგილობრივ ან ეროვნულ მიზნებს, მაგალითად მომსახურების ფარგლებში, მაშინ სახელმწიფოს მხრიდან მათზე მოხდება ადმინისტრაციული ზემოქმედება კონტრაქტების გაუქმების ჩათვლით. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ეტაპზე, ჯერ კიდევ ბევრი ღია საკითხია დარჩენილი და საერთოდ, ეს ახალი სისტემა, საერთოდ არ არის უზრუნველყოფილი სათანადო კანონმდებლობით.

მაგალითად, გაურკვეველია მათი ადგილობრივი პასუხისმგებლობების, ანგარიშვალდებულებების, ადგილობრივ თვითმმართველობასა და ერთიანი სისტემის სხვა ელემენტებთან ურთიერთობის ფორმები (მოყლის უწყვეტობა), მემკვიდრეობითობა და ა.შ. ეს საკითხები მეტად მნიშვნელოვანია, რადგან პირველადი მზრუნველობა, როგორც შეეთანხმდით, ის ზღურბლი და სიმაღლეა, საიდანაც მკაფიოდ ვლინდება სახელმწიფოს მიერ შემოთავაზებული პოლიტიკა და პასუხისმგებლობა, მით უფრო, ქვეყანაში არსებული რეალობა მოითხოვს, მოსახლეობისათვის უფრო ხელმისაწვდომი გახდეს ხარისხიანი მომსახურება, ინოვაციური პრაქტიკა, სერვისების მრავალფეროვნება და ღირებულება, განსაკუთრებით დიდად შეჭირვებულ რეგიონებში.

ძალზე მნიშვნელოვანია, აგრეთვე, კონტრაქტორების კონკურენციის საკითხი, როგორც ერთმანეთისგან შემოსაზღვრულ ტერიტორიაზე, ასევე კომერციულ კომპანიებთან, ქვეყანაში სამედიცინო აქტივების მთა-

ვარ მფლობელებთან, რომელთაც მსხვილ, მომგებიან დაწესებულებებთან ურთიერთობა ურჩევნიათ და, ამასთანავე, კერძო სექტორში ხელმძღვანელობის გამოცდილება მათთვის მახასიათებელი უპირატესობაა.

ალტერნატიული მომწოდებელის საკითხიც გასათვალისწინებელია, რომელიც დაშვებულია მთავრობის მიერ ჯანდაცვაზე ზრუნვის მრავალფეროვნების უზრუნველსაყოფად, პაციენტთა არჩევანის თავისუფლებისათვის. ამასთანავე, არსებობს იმის საშიშროება, რომ რთული, გაუმართავი ეკონომიკა მზრუნველობის უწყვეტობას საფრთხეს შეუქმნის, ხელს შეუწყობს ფრაგმენტაციას – ისევე, როგორც მისი ფასების ზრდას.

ზოგადი პრაქტიკოსების ახალი კონტრაქტები

GP-ის სახელმწიფოსთან კონტრაქტით მომსახურება შინაარსისა და მოცულობის შესაბამისად კატეგორიებადაა დაყოფილი: ძირითადი (ბაზისური), დამატებითი და გაფართოებული (უნივერსალური). თითეული ეველება სულ მინიმუმ, „ძირითადი“ მომსახურების გაწევა, თუმცა, შეიძლება იყოს ზოგიერთი დამატებითი ვალდებულებაც. პრაქტიკოსებს, დამატებითი ანაზღაურებისათვის შეუძლიათ დამატებითი მომსახურების შემოთავაზება. ამ მომსახურებიდან, ზოგიერთი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელობისაა. მაგალითად, იმუნიზაცია, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე დაკვირვება (პატრონაჟი) და სხვა. „გაფართოებული“ მომსახურება შეიძლება უმკლავდებოდეს სპეციფიკურ ადგილობრივ საჭიროებებს, მაგალითად, როგორიცაა ნარკოტიკულ ნივთიერებათა არადანიშნულებისამებრ გამოყენება.

ახალი კონტრაქტი ზოგად პრაქტიკას სახეს უცვლის. კონტრაქტს, რომელმაც მოითხოვა ინდივიდუალური პრაქტიკოსების მიერ მზრუნველობის გატარება, შემოაქვს ახალი წამახალისებლები, რათა სამედიცინო

შტატისგან უფრო დიდი სარგებელი ჰქონდეს (ადრე, ანაზღაურება დაკავშირებული იყო მხოლოდ GP-თა არსებობაზე). პაციენტებს შეუძლიათ მომსახურება თავისი, საკუთარი ან სხვა პრაქტიკოსისგან გაეწიოთ. პრაქტიკა შეიძლება უფრო დიდი გახდეს GP-თა შორის ქვესპეციალობების გაერთიანებით. ტრადიციული ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი აღარ იქნება ერთადერთი ცენტრი, რომლის ირგვლივაც პირველი შეხება ბრუნავს. სულ უფრო მეტად დადგება საფრთხის ქვეშ მზრუნველობა, რომელიც დაფუძნებულია GP-სა და პაციენტებს შორის გრძელვადიან ურთიერთობებზე.

5.15 პრაქტიკაზე დაფუძნებული უფლებამოსილება

საჭიროების შემთხვევებში, კონტრაქტირებით შესაძლებელია მომსახურების კონფიგურაციის ერთგვარი შეცვლა. (დამატებითი ვალდებულებები) ამ ტექნოლოგიის გზები შემდეგია:

პირველი, თუ პრაქტიკას მიენიჭება მეორეული მზრუნველობის მოწოდებაზე გარკვეული უფლება სერვისების მართვაში;

მეორე, თუ ხელშეკრულებას დაემატება ფუნქციები, (ბიუჯეტის შედგენა, რისკისა და ფუნქციების გადანაწილება, დამატებითი მომსახურება), რომლის გადამოწმებაა საჭირო.

აღნიშნული ქმედებანი ხაზს უსვამს პ.ჯ.დ.-ს პრაქტიკის მნიშვნელობასა და ხელშემწყობ როლს ეროვნული მიზნების მიღწევაში.

ფინანსური წამქეზებლები პრაქტიკოსებისთვის, რომელთაც ეს ახალი პასუხისმგებლობები უნდა იტვირთონ, მაინც შეზღუდულია.

ამ შემთხვევაში, როგორ იმუშავებს პრაქტიკაზე დაფუძნებული კონტროლის მექანიზმები? მეორეული

მზრუნველობა შესაძლოა არ იზიარებდეს პრაქტიკოსთა სურვილებს, რომელთაც მხოლოდ ინდიკატური ბიუჯეტი გააჩნიათ. ყველაზე ცუდი, რაც ჯერ კიდევ თან სდევს **„შედეგების მიხედვით ანაზღაურებას“** ისაა, რომ საავადმყოფოებმა შეიძლება საკუთარ თავს უფლება მისცენ ჩამოაყალიბონ მომწოდებლის ნაკარნახევი მოთხოვნა ახალი სერვისის სახით. პ.ჯ.დ.-ს პრაქტიკოსები კი უნდა იყვნენ დარწმუნებულნი იმაში, რომ ის ძალისხმევა, რაც უნდა იქნას გაღებული მომსახურებაში რეალური ცვლილებების გასატარებლად, საბოლოოდ კეთილი ნაყოფის მომცემი იქნება. კონტრაქტის პირობებით, მათთვის ზოგიერთი თავისუფლებისა ან ძალაუფლების გადაცემა არაკომფორტულად ეთანხმება მიზნების განსაზღვრის რეალობას. ფინანსების წყაროების ალტერნატიული გზების ძიებამ, შესაძლოა, მათი ინიციატივების რეპუტაცია შელახოს. ყველა შეცდომისას, ხარისხის კონტროლის სამსახური არის მთავარი იარაღი, რომელიც ხელისუფლებას გააჩნია მომსახურებათა რეკონფიგურაციაში.

მიუხედავად ამისა, ის ფაქტი, აღმოჩნდებიან თუ არა ზოგადი პრაქტიკოსები ეროვნული სისტემის რესურსების ეფექტური წარმმართველები, კვლავაც მხოლოდ რწმენის კატეგორიად რჩება.

5.16 ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და მიღებული გადაწყვეტილებები

ხელისუფლების სტრატეგია პირველადი, საზოგადოებრივი და სოციალური მზრუნველობის ერთიანი ძალისხმევის შესახებ, კვლავაც მიმართულია პრევენციულ მზრუნველობაზე პ.ჯ.დ.-ს მომსახურებაში ინტეგრაციითა და გაძლიერებით. ლოგიკურია, რომ არჩევანმა იდეაში უნდა შეამციროს უთანასწორობა

და უკეთესად დაეხმაროს იმ ადამიანებს, ვისაც ხანგრძლივი მზრუნველობა ესაჭიროება. სტრატეგიის დოკუმენტმა, უნდა შექმნას პირობები, რომ პირველადი მზრუნველობა მთელ რიგ სხვა მომსახურებებთან ერთად, უფრო იოლად ხელმისაწვდომი გახდეს მოსახლეობისათვის. გარდა ამისა, უამრავი მომსახურება შეიცვლება და "გამოვა საავადმყოფოს გარეთ', მას ექნება საზოგადოებრივი მომსახურების ტიპის მოწყობა და დატვირთვა. ამ ტიპის მომსახურების გაწევა დიდად იქნება დამოკიდებული კონკურენციაზე, გაძლიერებულ კონტროლსა და ახალ ფინანსურ წამქეზებლებზე.

„შედეგის მიხედვით ანაზღაურება", დაფინანსების ახალი მექანიზმები, სადაზღვევო კომპანიების შუამდგომლური ფუნქცია, სისტემის რესურსების საავადმყოფოსკენ გადაქაჩვას დაიწყებს. საავადმყოფოს სერვისების განვითარება და მისი პრევენციული სტრატეგიები, რომლებიც ცდილობენ თავიდან აიცილონ სხვა სპეციალისტებთან და დონეებთან მიმართვის აუცილებლობა, მოითხოვს **მაღალი კვალიფიკაციის კონტროლის სისტემის არსებობას რამაც უნდა უზრუნველყოს პირველადი მზრუნველობის რგოლის ფინანსური ინტერესების დაცვა.**

ხელისუფლება მომავალში (უკვე ჩნდება ეს ტენდენცია!) წამოაყენებს საკითხს კონკურენციული პოლიტიკის პრიორიტეტების შესახებ. თუ რა ფასეულობები მიენიჭება პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომობის ზრდას, თანაც იმ ფონზე, როცა სისტემის ორგანიზაციათა უმრავლესობა ფინანსების დეფიციტს განიცდის. ამიტომ GP-თა მიერ საზოგადოებისთვის მოწოდებული მომსახურების ტიპები და მოცულობა თანდათანობით უნდა გაიზარდოს საავადმყოფოებთან განსაკუთრებული თანამშრომლობით. მომსახურების ეს მოდელები პოპულარობით ისარგებლებს პაციენტთა

შორის, თუმცა, ამას გარკვეულწილად, ფასების ზრდა მოყვება. პარიტეტის უზრუნველყოფა ყურადღებიან მონიტორინგს მოითხოვს. პაციენტებს კი შესაძლებლობა ექნებათ გააკეთონ უფრო ინფორმირებული არჩევანი, რომელიც ზოგადი პრაქტიკის შერჩევისას უკვე განვლილი გამოცდილების მონაცემებთან გაცნობით იქნება შესაძლებელი.

ამგვარად, ზოგად პრაქტიკოსთა შორის უფრო ძლიერ კონკურენციაზე აქცენტის გაკეთება, გაზრდის ადეკვატური პასუხის გაცემის შესაძლებლობას არსებულ მოთხოვნაზე, თუმცა ეს შესაძლებელია სულაც არ აღმოჩნდეს ეფექტური უთანასწორობის შემცირების კუთხით.

რაც ერთ დროს ზოგადი პრაქტიკის სიძლიერედ აღიქმებოდა შიგნით, დღეს უკვე ვალდებულებად ითვლება – რეგისტრირებულთა, განსაზღვრული კონტინგენტის სია **(არჩევანის შეზღუდვა),** პერსონალი **(მზრუნველობა)** სერვისების მიწოდება, მოვლა და მეკარიბჭის ფუნქცია **(რაციონალიზაცია).**

პოლიტიკის შემუშავებისას, გააზრებული უნდა იქნეს და მხედველობაში მიღებული მოულოდნელი შედეგები. მაგალითად, მზარდი ხელმისაწვდომობის ერთი შედეგი შეიძლება იყოს წყვეტილი, ცუდად კოორდინირებული მომსახურება მათთვის, ვინც ამ მომსახურებას ყველაზე მეტად საჭიროებს. პრაქტიკოსთათვის მათ მიერ ნაჩვენები შედეგების მიხედვით ანაზღაურება შეიძლება არაწამახალისებლური ხასიათის აღმოჩნდეს განსაკუთრებით ისეთ ადგილებში, სადაც მზრუნველობა ყველაზე სუსტია. წყვეტილი პირველადი მზრუნველობა მოგვცემს ყველაზე არასასურველი დონის შედეგს.

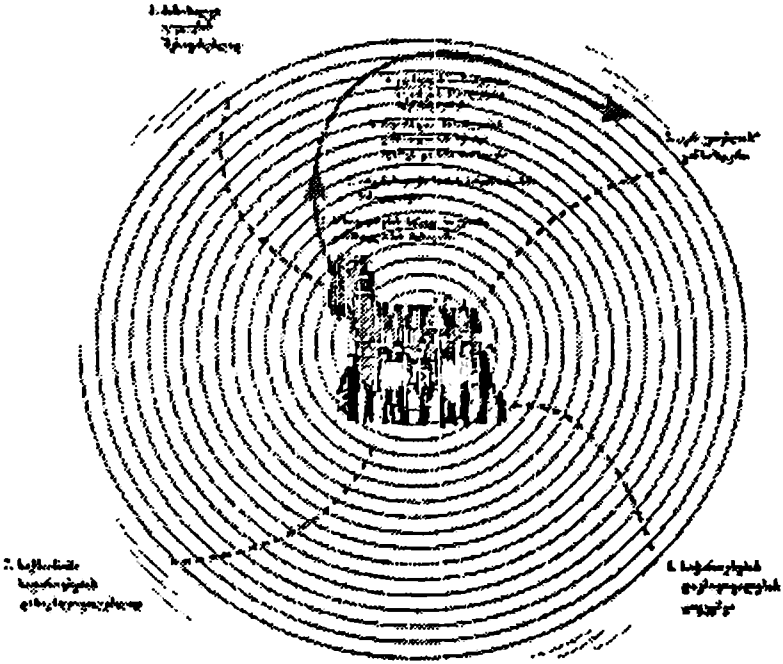
თავი VI

6.1 როგორ უნდა ხდებოდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა გატარება პირველად მზრუნველობაში?

შეეცადოთ აღწეროთ პროცესი, რომელსაც პირობითად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპირალი ვუწოდეთ. მოეახდინოთ ძირითადი საფეხურების იდენტიფიცირება და აღწეროთ მათი გამოყენება პირველად მზრუნველობაში. სპირალის ცენტრში განთავსებული არიან ადამიანები და მათი საზოგადოება, რომლებიც გავლენას ახდენენ თითოეულ მის შემადგენელ საფეხურზე. პროცესი შეიძლება შეეხოს მოსახლეობის ნებისმიერ დონეს (სამეზობლოს, თემს)), პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციებს, ეროვნულსა და საერთაშორისო დონესაც კი.

ჯანდაცვა ცვლილებას განიცდის და ეს მოდელი გარდაუვალად აიოლებს რთულ პროცესს. წარმატების მისაღწევად ჯანდაცვის პროფესიონალებს სჭირდებათ პოლიტიკას,გარემოსა და სისტემათა ცვლილებაზე ზეგავლენის შესაძლებლობა,პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციათა დონეზე. პირველადი მზრუნველობის მუშაკებს კი პრაქტიკულ დონეზე გავლენა უნდა ჰქონდეთ სისტემურ ცვლილებებზე, მათ შორის პროფესიული და ინდივიდუალური ქცევების ცვლილებაზეც.

პირველადი მზრუნველობისა (პ.ჯ.დ) და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალები მზრუნველობის პროცედურის მთავარი მოთამაშეები არიან, ურთიერთდაკავშირებული, მაგრამ დამატებითი როლებით, როგორც ჯანდაცვის სისტემის ნაწილი, რომელიც ორიენტირებულია ადამიანებისა და მათი საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე.



6.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროცესები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკა მოიცავს მთელ რიგ უნარებს, დისციპლინებსა და თეორიებს. იგი მიუთითებს მოქმედებებზე, რომელიც იცვლება ჯანმრთელობის დეტერმინანტებზე გავლენის მქონე ფაქტორებიდან დაწყებული, საავადმყოფოთა მომსახურების გაუმჯობესებამდე. ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიდგომები რთულია, მოქმედებს სხვადასხვა დონეზე, ნაციონალური და საერთაშორისო დონით დაწყებული, ადგილობრივ საზოგადოებასა და ინდივიდის დონემდე. ისინი მოიცავენ ინდივიდისა და საზოგადოების ქმედებებს, რომელიც ხორციელდება

პროფესიონალებისა თუ საზოგადოების მიერ.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მოდელი, რომელიც გამოიყენება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროცესის აღწერისთვის, წარმოდგენილია **სპირალის სახით.** სპირალს შეიძლება მივანიჭოთ უპირატესობა ციკლთან შედარებით, რადგან იგი უწყვეტად ვითარდება. სპირალის ცენტრში ადამიანების ჯანმრთელობაა, ჯანმრთელობის პრიორიტეტები კი სპირალური პროცესის მმართველის როლში გვევლინება. ამ მიდგომაში უცვლელად, იქნება პასუხები ჯანმრთელობის სხვადასხვა საკითხზე და მრავალმხრივი პროცესი, რომელიც ერთმანეთის მიყოლებით გაგრძელდება განვითარების სხვადასხვა დონეზე. მართალია, მოდელი კარგად გამოიყურება ფურცელზე, მაგრამ ცვლილების პროცესი, რომელიც მოიცავს და ეხება უამრავ ორგანიზაციასა და ინდივიდს, ძალზე რთულია. მოდელი ჩვენთვის საშუალებაა შევამციროთ სირთულეები გააზრებულ ქმედებათა გეგმის (კრებულის) შედგენამდე.

მოდელის პრინციპები მუშაობს უამრავ სხვადასხვა დონესა და სხვადასხვა გუნდში. იგი შეიძლება გამოყენებული იქნეს მოსახლეობა'ში პრაქტიკის განხორციელებისას, სამეზობლოში, პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციებში, ეროვნულსა თუ გლობალურ დონეზე.

არსებობს გარკვეული დინამიკა ეროვნულ დონეზე შექმნილ პოლიტიკასა, და ადგილობრივი ორგანიზაციის დონეზე შექმნილ პოლიტიკას შორის. ეროვნული პოლიტიკა, წესისამებრ, ხელისუფლების პოლიტიკიდან გამომდინარეობს, იდეოლოგიის გავლენის ქვეშაა და პასუხობს ადგილობრივი ფაქტორების ზოგად ნაერთს (გარდაცვალების, ჰოსპიტალიზაციის მიზეზები, ჯანმრთელობის დამოკიდებულება საცხოვრებელ პირობებზე უმუშევრობაზე), საზოგა-

დოებაში არსებულ მოთხოვნებსა და სხვა ფაქტორებზე. გაერთიანებით,ისინი შექმნიან სურათს,რომელსაც შეუძლია პრაქტიკის ინფორმირება და ორიენტირება საჭირო მოქმედებების შესახებ. ამიტომ გასაკვირი არაა,რომ ეროვნული ჯანდაცვის პრიორიტეტების უმრავლესობა ადგილობრივ პრიორიტეტებს შეესაბამება და მათგან გამომდინარეობს.

გარდა იმისა,რომ ეროვნულ მიმართულებებს პასუხი უნდა გასცეს,თითოეულმა პირველადმა რგოლმა და ორგანიზაციამ, თავის კონკრეტულ ადგილობრივ საჭიროებებზეც უნდამოახდინოსადეკვატურირეაგირება.

საფეხური 1.

საზოგადოების ჩართვა საკუთარი ჯანმრთელობის მართვაში.

"ხალხს აქვს უფლება და მოვალეობა, ინდივიდუალური ან კოლექტიური მონაწილეობა მიიღოს საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაგეგმვასა და განხორციელებაში".

ალმაატას
დეკლარაცია, 197

ადამიანები და მათი საზოგადოებები,გაერთიანებები, ჯანდაცვის პროცესის მთავარი მონაწილეები არიან, რადგან მათ კარგად ესმით, თავად განიცდიან ამ პრობლემების გავლენას. ეს პრობლემები შეიძლება ეხებოდეს საცხოვრებელს, სარისკო მოქმედებებს, ზოგადად ცხოვრებას ან მომსახურების მიღების შესაძლებლობებს. **პროფესიონალებს ყოველთვის არა აქვთ ყველა გარემოებასა და დაავადებასთან შეხება ყოველდღიური სამუშაოს შესრულებისას და, ამიტომ, ხშირად აკეთებენ დასკვნებს ადამიანთა საჭიროებებიდან და გამოცდილებიდან გამომდინარე, რაც მათ პირად ფასეულობებსა და შეხედულებებს ასახავს.** ეს

ერთადერთი სწორი გზაა, თუ როგორ უნდა ხდებოდეს ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტის მდგომარეობის გაგება და იმ სიტუაციის გააზრება, თუ რას ნიშნავს ცხოვრობდე ქრონიკული დაავადებით ან იმუშაო და მოუსმინო ამ პირობების მქონე ხალხსა და სამედიცინო მომსახურების ყველა შესაძლო საფეხურზე უზრუნველყო მათი ჩართვა – პრიორიტეტების დასახვიდან დაწყებული, შეფასებით დამთავრებული.

ამგვარ მოქმედებას შეუძლია, მკვეთრად გააუმჯობესოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობის ხარისხი, შემდეგი აუცილებელი პირობებით:

•გარანტირებული იყოს, რომ საჭიროებები შესაფერისადაა იდენტიფიცირებული და პრიორიტეტებიც სწორადაა დასახული;

•გარანტირებული იყოს ადეკვატური მომსახურება, მოწოდება ისე, როგორც ხალხს სურს;

•გარანტირებული მომსახურება გაწეული იყოს სამართლიანად, თანასწორად და ანგარიშვალდებულად;

•გარანტირებული იყოს, რომ ხალხს აქვს ცოდნა, რომელიც საჭიროა მათივე ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, როგორც ინდივიდის, ისე კოლექტიურად და საზოგადოების დონეზე.

ცნობილია ადამიანების, საზოგადოების ჩართულობის, "თემის მონაწილეობის" სხვადასხვა დონე, რომელიც შემდეგნაირად შეიძლება იყოს შეჯამებული:

მინიმალური მონაწილეობა

ინფორმაციის მიწოდება იქ, სადაც ხალხი ინფორმაციის პასიური მიმღების როლში გვევლინება.

ეს მიდგომა ეროვნული ჯდ, სისტემის გავრცელებული პრაქტიკაა. ამის მაგალითია რეკლამა, ბროშურა, ბუკლეტი, სტიკერი, ბანერი და ა.შ. ქცევაში ცვლილებების შეტანის შემთხვევაში, ინფორმაციის მოწოდება არა აპრობირებული და არაღიარებული გზებით ნაკ-

ლები გავლენის მქონეა.

მონაწილეობა

საზოგადოების, როგორც მომხმარებლის ჩართვა, იმისათვის,რომ მათგან მივიღოთ ინფორმაცია და რჩევა.

ეს მიდგომა ხშირად გამოიყენება, მაგალითად პაციენტთა გამოცდილებაზე რეგულარული დაკვირვების, ჯანდაცვის მომსახურებასა და საზოგადოებრივ შეკრებებზე მიმდინარე ცვლილებებზე კონსულტაციის გაწევით. მონაწილე პაციენტების გუნდები გამოიყენებიან უამრავი ზოგადი პრაქტიკოსის მიერ, რათა მოიპოვონ ინფორმაცია მათი პაციენტების თვალსაზრისის შესახებ.

პარტნიორობა (სრული ჩართულობა)

პაციენტების, როგორც პარტნიორების ჩართვა მომსახურების პროცესში, მიანიჭონ ძალაუფლება იქ, სადაც მათი როლი და კონტროლი შედეგიანი იქნება.

ეს მიდგომა ხალხს საშუალებას აძლევს, აქტიურად იყვნენ ჩართულნი პროცესებში, საკუთარი წვლილი შეიტანონ გადაწყვეტილებათა მიღებაში. საზოგადოების განვითარება პარტნიორობის ყველაზე განვითარებული ფორმაა.

მაგალითები, თუ როგორ შეუძლია საზოგადოებას პირველად მხრუნველობაზე გავლენის მოხდენა და მისი მართვა;

პაციენტი თუ მოქალაქე ?

ტერმინების მთელი რიგი გამოიყენება იმ ადამიანების აღწერისთვის, ვინც მომსახურებას იღებს, ან დაგეგმვასა და პოლიტიკის შემუშავებაშია ჩართული: პაციენტები, მომხმარებლები, ხალხი და მოქალაქეები. ჩვენ გამოვიყენებთ ნეიტრალურ ტერმინს – პიროვნება ან ინდივიდი,სადაც ამის შესაძლებლობა იქნება,მაგრამ გამოვიყენებთ ტერმინს – პაციენტი, როდესაც ჯან-

დაცვის მომსახურების მომხმარებლებს განვიხილავთ.

2 საფეხური.
ორგანიზაციებს შორის პარტნიორობის ჩამოყალიბება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განსაზღვრება, როგორც **პრევენციული დაავადებების ხელოვნება და მეცნიერება, საზოგადოების ორგანიზებული ძალისხმევით სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი და ჯანმრთელობის ხელშემწყობი** - ორგანიზაციებსა და საზოგადოებებში კორპორაციული ურთიერთობების მნიშვნელობის დემონსტრირებას ახდენს.

ჯანდაცვისა და მისი მომსახურების გაუმჯობესების მიზნით, ნებისმიერ საზოგადოებაში პრიორიტეტების განსაზღვრაში უნდა ჩაერთოს რიგი სხვა ორგანიზაციები. ჯანდაცვის გაუმჯობესების მთავარი მოთამაშეები, ჩვეულებრივ, ჯანმრთელობაზე მზრუნველნი, ადგილობრივი ხელისუფლება და ადგილობრივი მოხალისე გუნდები არიან. მიუხედავად ამისა, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სისტემა, ადგილობრივი მთავრობა და არასამთავრობო ორგანიზაციები, კულტურულად და პოლიტიკურად განსხვავებულნი არიან და მათ შორის ურთიერთობები ყოველთვის ჰარმონიული არაა.

მიუხედავად ზემოთქმულისა, სასარგებლოა ამ განსხვავების დანახვა დამატებითი, შორეული პერსპექტივებისა და კვალიფიკაციის უზრუნველყოფით; ისინი თანაბრად მნიშვნელოვანია. წარმატებულ პარტნიორებს ექნებათ ზოგიერთი, ან ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ატრიბუტი:

•ნება და სურვილი, რომ გაინაწილონ ზოგიერთი ძალაუფლება და კონტროლის უფლება;

•ძლიერი და არსებითი მიზნების იდენტიფიცირების უნარი;

•მოქნილობა მიღგომისას და პარტნიორის პერსპექტივით საგნების დანახვის უნარი;
•ფასეულობების გაზიარება, ურთიერთობა, როდესაც პარტნიორებში დაძაბულობა ან დილემა წამოიჭრება;
•სხვა პარტნიორების მიერ შემოტანილი უნარებისა და შესაძლებლობების დაფასება;
•გარემო, რომელიც კარგი კომუნიკაციის, კითხვების, გამოწვევებისა და რისკის გაწევის საშუალებას იძლევა.

ატრიბუტების ეს ნაკრები პოტენციური დილემებისა და ხაფანგების დემონსტრირებას ახდენს, რომლებიც შეიძლება პარტნიორულ მუშაობას ახლდეს თან. გადანაწილება გულისხმობს ძალაუფლების დათმობას, რაც ზოგჯერ დაუძლეველი ბარიერია. მიზნები და ფასეულობები მოითხოვეს ძალისხმევასა და დროს, რათა მოხდეს მათი დაბალანსება. დრო კი იშვიათი ფუფუნებაა, განსაკუთრებით, პირველადი მზრუნველობის შემთხვევაში. პ.ჯ.დ–ები ძალზე მნიშვნელოვანი რგოლია, პირველად მზრუნველობასა და სექტორებს შორის პარტნიორობის ჩამოაყალიბებაში. პარტნიორობა კი მნიშვნელოვანი ხარისხითაა დამოკიდებული ნდობაზე, რომელსაც დრო აყალიბებს.

ნებისმიერი პარტნიორობის წინაშე წამოჭრილი პრობლემა ისაა, თუ როგორ უნდა იყოს გარანტირებული, რომ საზოგადოებას, თემის წევრებს, რეალური ხმა გააჩნდეთ ხელისუფლებაში. ადგილობრივი ხელმძღვანელობა არჩეულია, ასე, რომ, ადგილობრივი საბჭოს წევრების ნებისმიერ გუნდში ჩართვა საზოგადოების ანგარიშვალდებულებას გაზრდის. თითოეულ პარტნიორს მოეთხოვება მნიშვნელოვანი ძალისხმევა, თანამშრომლობის ხელშეწყობისათვის, რათა საზოგადოება და ადგილობრივი გუნდები პარტნიორობაში სრულუფლებიან წევრებად იყვნენ დასაქმებულნი.
ეს საშუალებას იძლევა:

•ისწავლონ ერთმანეთისგან;
•გაუზიარონ ერთმანეთს საუკეთესო პრაქტიკა;
•შეავსონ სხვების კვალიფიკაცია და გამოცდილება;
•პასუხისმგებლობა გარკვეული საზოგადოებისა ან ადგილობრივი მოსახლეობისთვის რჩევების ჩატარება იკისრონ.

ამგვარი პარტნიორობა და მონათესავე სექტორების თანამშრომლობა, დღეს ხელისუფლების პოლიტიკის მთავარი საყრდენია. გაერთიანებული მუშაობისას წამოჭრილი პრობლემების პასუხად, მთავრობა ადგილობრივი ხელისუფლებისგან, მოითხოვს რომ დასახულ იქნას **ადგილობრივი პარტნიორობა.** ეს არის ორგანო, რომელიც დაფუძნებულია ადგილობრივი ხელისუფლების საზღვრებში, საზოგადოების სხვადასხვა ნაწილს აერთიანებს ადგილობრივ დონეზე, - კერძო, საზოგადოებრივი და მოხალისეთა სექტორები. ტიპიურად ისინი შეიცავენ შემდეგ ორგანიზაციებს:
•ადგილობრივ ხელისუფლებას (დასახლება, დაგეგმვა, დასვენება, სოციალური მომსახურებანი, განათლება);
•პირველადი მომსახურების გამწევი ორგანიზაციები;
•მოხალისეთა ორგანიზაციები;
•საზოგადოებრივი გუნდები;
•პოლიციისა და კრიმინალური სამართლის სერვისები;
•ბიზნესის სექტორი;

ადგილობრივი სტრატეგიული პარტნიორები დასაქმებულნი უნდა იყვნენ შემდეგი საკითხების მოგვარებით: მედიკამენტების არადანიშნულებისამებრ გამოყენება, დანაშაული ან უსახლკარობა თუ სხვა. ეს მოითხოვს რამდენიმე სამსახურის ერთდროულად ჩართვას საქმეში, ამ პრობლემების მოსაგვარებლად. ამგვარი ქმედებებით ისინი მხარს დაუჭერენ ადგილობრივი ხელისუფლების „საზოგადოებრივ სტრატეგიასა და ადგილობრივ შეთანხმებებს“

არასდროს მომხდარა ისე, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხები მოგვარებულიყო მხოლოდ ერთი, რომელიმე ორგანიზაციის მიერ. ის, რაც ერთი შეხედვით შეიძლება მოგეჩვენოთ ჯანდაცვის მომსახურების უშუალო მოვალეობად (გრიპზე აცრები შესაძლო ეპიდემიის წინ), მოითხოვს სკოლების, უმაღლესი სასწავლებლების, სოციალური მომსახურების, კერძო სექტორისა და საბაეშო ბაღების ერთობლივ ჩართვას. საკითხების უმრავლესობა კომპლექსურია, გააჩნია გარკვეული პასუხისმგებლობა, მოახდინონ განსხვავების დადგენა მომსახურების გავლენის მიღმა. პროცესის ლიდერობით ჯანდაცვის ადგილობრივი საზოგადოებიდან შესაძლებელი ხდება ამ აუცილებლად გასატარებელი ცვლილებების ორგანიზაცია.

ადგილობრივი შეთანხმებები ის შეთანხმებები, რომელიც იდება მთავრობას, ადგილობრივ ხელისუფლებასა და მის პარტნიორებს შორის, რომლებიც რეალურად ახორციელებენ ამ საქმიანობას, ფორმირებულნი არიან ოთხი ძირითადი საკითხის ირგვლივ: ბავშვები და ახალგაზრდები; უსაფრთხო და ძლიერი საზოგადოება; ჯანსაღი საზოგადოება და მოხუცებულები; ეკონომიკური განვითარება და წარმოება. (შევნიშნავთ, რომ ამ ოთხიდან თითოეული საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე დიდ გავლენას ახდენს).

3 საფეხური.
ინფორმაცია მოსახლეობის ჯანმრთელობის (ჯანმრთელობის პროფილის) შესახებ და მისი მომზადება

ჯანდაცვის მდგომარეობისა და გაწეული სამუშაოების შესახებ პერიოდულ მოხსენებებს დადგენილი ფორმის მიხედვით ხანგრძლივი ტრადიცია გააჩნია. ყოველწლიური მოხსენება საზოგადოებრივი ჯანდაცვისადმი წაყენებული მოთხოვნაა, თუმცა მას

ხშირად სხვა დონესაც აკისრებენ.

საზოგადოების დონე

პირველადი მზრუნველობის გუნდები პასუხისმგებლნი უნდა იყვნენ არა მარტო კლინიკურ ფუნქციებზე, არამედ ანგარიშვალდებულნი უნდა იყვნენ იმ მოსახლეობის წინაშე, რომელსაც ისინი ემსახურებიან. მათ უნდა მიაწოდონ მოსახლეობას **ყოველწლიური მოხსენება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.** (მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის აუდიტი). ეს უნდა ხდებოდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების პრაქტიკულ დონეზე გატარებით. საზოგადოებაზე ორიენტირებული პირველადი მზრუნველობა, უნდა ფლობდეს ჯანმრთელობის პროფილს, ინფორმაციას ავადობის შესახებ, როგორც უმთავრეს სამუშაო ელემენტს. საზოგადოების დიაგნოზი მოითხოვს მონაცემების მოპოვებასა და სხვადასხვა წყაროდან მათ ანალიზს, რომელთაგან ყველაზე მნიშვნელოვანია ადგილობრივი საზოგადოების თვისებრივი ცოდნა. მისი მოპოვებაც ამ სტრუქტურის შიგნით, ხანგრძლივი მუშაობითაა შესაძლებელი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების წვლილი ამ საქმეში ძალზე მნიშვნელოვანია.

ინფორმაციის მოპოვება ხდება მათ მიერ, ინდივიდებისა და ოჯახების საჭიროებებზე ყურადღების ფოკუსირებით. ამ პასუხისმგებლობით, საზოგადოებრივ ჯანდაცვას მთავარი როლი აქვს მომსახურების საჭიროებების შეფასებასა და, აგრეთვე, ადგილობრივ საზოგადოებაში ჯანდაცვის პროფილის განსაზღვრაში. მისი როლი ერცელდება საზოგადოების ნაკლებადდაცული ფენების მხარდაჭერაზეც, მათ შეუძლიათ საზოგადოებაში ჯანდაცვის პრობლემებისა და საჭიროებების უფრო ფართო სპექტრით დანახვა.

პირველადი მზრუნველობის დონე.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივ სამსახურებს, მოქმედი რეგულაციების შესაბამისად, ევალებათ ყოველწლიური მოხსენების (ანგარიშის) შედგენა ადგილობრივი სტატისტიკური მონაცემების გაანალიზებითა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრობლემების, საჭიროებების, მოთხოვნების დადგენით. მოხსენებაში განხილული უნდა იყოს ტიპიური, ადგილობრივი პირობებისათვის დამახასიათებელი დაავადებების რაოდენობა, გავრცელება, სიმძიმე, გაველნა, დეტერმინანტები და აგრეთვე, ცხოვრების დონისა და სიცოცხლის ხარისხის საკითხები. მათი მიზანი, ასეთი მოხსენებების მომზადებით, ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებასა და კეთილდღეობაში, ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის უთანასწორობის შემცირებასა და ჯანმრთელობის უკეთესი მდგომარეობის ხელშემწყობ ქმედებებში წილის შეტანა უნდა იყოს; უშუალოდ, ამ შეფასებიდან გამომდინარე, ეს ხდება, ადგილობრივი პროგრამების, ინტერვენციებისა და მომსახურებების დაგეგმვითა და შესრულების მონიტორინგით.

მოხსენება მექანიზმია, პრობლემების გამოკვეთის, იდენტიფიცირებისა და არსებული საჭიროებების დადგენისათვის. მოხსენების შედგენაში ჩართულნი უნდა იყვნენ პირველადი მზრუნველობის გუნდები, როგორც უმთავრესი წვლილის შემომტანები, რომლებიც ადგილობრივი პრიორიტეტების განსაზღვრას ახორციელებენ.

ეროვნული დონე

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მოხსენება მზადდება აგრეთვე, მოსახლეობის დონეზეც, სხვა დოკუმენტებიც შეიძლება ჯანდაცვის პრობლემურ

საკითხებს ისახავდეს, მაგალითად, ავთვისებიანი სიმსივნეების, აივ ინფექცია შიდსის, ნარკომანიისა და სხვათა შესახებ. წესისამებრ ამ ინფორმაციის შეგროვება ორგანიზებულად ხდება და მას პროფილური დაწესებულებები, სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუციები ახორციელებენ. ეს მნიშვნელოვანი დოკუმენტი ხელისუფლებას ეროვნული პრიორიტეტების დასახვასა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციაში ეხმარება.

4 საფეხური.

ჯანდაცვის მაღალპრიორიტეტული საკითხების (პრობლემების) იდენტიფიცირება

ჯანდაცვის პროფილი ახდენს ამ სფეროს საკითხების იდენტიფიცირებას, რომლებიც საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვანია. ჯანდაცვითი პროგრამები კოორდინირებულ ქმედებას მოითხოვს და თითოეული ორგანიზაცია შედეგის მისაღწევად ადგილობრივი საჭიროების მიხედვით შერჩეული პრიორიტეტების შემსრულებელი უნდა იყოს.

ჩვენი აზრით, უპრიანია თითოეული პროფილური სამსახური ან ინსტიტუცია სპეციფიკურ პრიორიტეტებზე მუშაობდეს.

პრიორიტეტების დასახვა პროცესია, რომელიც ასახავს პროფესიონალების საზრუნავს აღეკვატური ინტერვენციებისა და მათი ორგანიზაციული განხორციელების მექანიზმების მოფიქრების სახით,რაც პარტნიორობის სხვადასხვა ფორმების შექმნასა და ყველა განსხვავებული თვალსაზრისის მოსმენასაც ითვალისწინებს. მიუხედავად ამისა,ლოიალობისა და ყველაზე დემოკრატიულად არჩეული ორგანოების შემთხვევაშიც კი, საზოგადოების რეალური შეხედულებების მოპოვება მაინც ძალზე რთულად შესასრულებელი საქმეა.

განვიხილოთ ის გზები, თუ როგორ შეიძლება დასაქმდეს საზოგადოება მომსახურების დაგეგმვასა

და პრიორიტეტების დასახვაში.

ადამიანებისა და მოსახლეობისათვის ჯანდაცვისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაგეგმვისას პრიორიტეტების განსაზღვრის გადაწყვეტილებები სამი ფაქტორის კომბინირებით ხორციელდება, ესენია: **ფაქტები, ფასეულობები და რესურსები.**

პრიორიტეტების დასახვის პროცესის პირველი და უმნიშვნელოვანესი ნაბიჯია, საზოგადოებაში ფასეულობის განსაზღვრა მოხდეს ისე, რომ არჩევანი გადამოწმდეს ამ ფასეულობების მიხედვით. სხვადასხვა საზოგადოების ფასეულობები ერთმანეთისგან განსხვავდება, ხოლო პრიორიტეტების დასახვის პროცესი სწორხაზოვანი არაა, რადგანაც იგი მოითხოვს ყველა მთავარი პარტნიორის ჩართვასა და თანხმობას. ეს ფასეულობები ან კრიტერიუმები ხშირად ინიშნება პარტნიორთა შორის მოლაპარაკების შეფასებით, რომელთაც შემდგომში სთხოვენ ხმა მისცენ ან შეაფასონ ჯანდაცვის უკვე იდენტიფიცირებული საკითხები. მაგალითად, ეფექტურობა, თანასწორობა და პაციენტთა არჩევანი, როგორც ფასეულობა.

თითოეულს აქვს განსაზღვრული საკუთარი პრიორიტეტები.

პრიორიტეტების მაგალითები:

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრიორიტეტები და მიზნები. ხელისუფლების მიზნები:

გულსისხლძარღვთა დაავადებების, სიმსივნეების შემცირება,

ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება,

მოწევის შემცირება, ჭარბწონიან მოქალაქეთა დახმარება წონის შემცირებაში

სექსუალური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და სხვა.

პრიორიტეტებზე გადაწყვეტილების მიღება.

როგორია იმ მოსახლეობის მასშტაბი, რომელზეც ხორციელდება გავლენა?
•რა გავლენა იქონია ინტერვენციამ მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე?
•რამდენადაა შესაძლებელი ინტერვენციის ეფექტურობის მიღწევა?
•რამდენად ადეკვატურია არსებული მომსახურებები?
•რომელი ადგილობრივი პრიორიტეტი დააკმაყოფილებს ეროვნულ პრიორიტეტებს?
•გაგეაჩნია კი საკმარისი გამოცდილება და ცოდნა, რომ გავუმკლავდეთ არსებულ პრობლემებსა და არსებობს შესაბამისი წრთვნის პროგრამები?

ეროვნული პრიორიტეტები იმ საკითხებზე ყურადღების გამახვილებაში გვეხმარება, რომლებიც მნიშვნელოვანია, მაგრამ დიდ გავლენას ახდენს და ხელს დავს ადგილობრივ ორგანიზაციებს, რითაც ნაკლებ შესაძლებლობებს უტოვებს მათ განავითარონ ადგილობრივი პრიორიტეტები, თუ ეს უკანასკნელი დასახული არ არის ეროვნული პრიორიტეტების მიხედვით. ეს ქმნის გარკვეულ დაძაბულობას ადგილობრივი საზოგადოებების მიერ, საკუთარი პრიორიტეტების განსაზღვრაში ჩართულობის მხრივ; როგორღაც უნდა მოხდეს ამ ორი საკითხის დამთხვევა.

5 საფეხური. "გასაკეთებელის" განსაზღვრა

მაღალპრიორიტეტული საკითხების იდენტიფიცირების შემდეგ, შემდეგი ნაბიჯია ის, თუ რა უნდა იქნეს გაკეთებული, რომ ეუპასუხოთ განსაზღვრულ საკითხებსა და საჭიროებებს. საჭიროებების შეფასებისას, ზოგჯერ, აღწერილია ჯანმრთელობის პროფილის **მთლიანი პროცესი,** პრიორიტეტები, სტრატეგიების განვითარება და გატარება; მაგრამ იგი, ასევე, ზოგჯერ

ჯანდაცვის მხოლოდ **სპეციფიკური საკითხების** აღწერისთვისაა გამოყენებული, რაც მოქმედების განხორციელების მექანიზმების ამუშავებას აბრკოლებს.

ტერმინი **"ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასება"**, აღწერს უფრო მჭიდრო (შეკრულ) პროცესს, იგი პასუხობს განსაზღვრული მზრუნველი გუნდებისა და ჯანდაცვის პრობლემების საჭიროებებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს უნდა ჰქონდეთ აღებული პასუხისმგებლობა, შეაფასონ მოსახლეობაში არსებული საჭიროებები. ამ სამსახურების პროფესიონალებს, ადგილობრივ დონეზე, ამ როლის შესასრულებლად სასურველი პოზიციები გააჩნიათ.

ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასება მხედველობაში იღებს მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისთვის გაწეული მომსახურების ეფექტურობის დამადასტურებელ ფაქტებს და განსაზღვრულია, როგორც მოსახლეობის ჯანდაცვისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის იმ საჭიროებების იდენტიფიცირების მეთოდი, რომლიც ჯერ არ დაკმაყოფილებულა და რეკომენდებულია, მოხდეს ამ საჭიროებებზე რეაგირებისათვის აუცილებელი ცვლილებების გატარება.

მენეჯმენტის ხელმძღვანელობის როლის თანდათანობით განვითარების პირობებში, აშკარა გახდა, რომ ძალისხმევის მნიშვნელოვანი გაორმაგებაა საჭირო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მხრიდანაც, რადგანაც ისინი მუშაობენ ადგილობრივად, განსაზღვრულ პრიორიტეტებზე. დღესდღეობით, ქვეყანაში უნდა შეიქმნას სისტემა, რომელიც მეთოდური და ტექნიკური თანამშრომლობით მხარს დაუჭერს ადგილობრივად გაწეულ ძალისხმევას, მათ შორის ფაქტებზე დაფუძნებული მომსახურების განვითარებასაც.

ეს სისტემა მოამზადებს სახელმძღვანელო მასალებს (ეროვნულ გაიდლაინებს) სამ სფეროში: **საზოგადოებრივ**

ჯანდაცვაში,ჯანდაცვის ტექნოლოგიებსა და კლინიკურ პრაქტიკაში, ხოლო სისტემის მარეგულირებელი დოკუმენტები მისი განხორციელების ჩარჩოებს მიაწვდის.

მართალია ეს ეროვნული მოხსენებები წარმოადგენენ ეფექტურობის მტკიცებულებების საბუთს, მაგრამ ადგილობრივ ჯანდაცვის სამსახურებს მაინც სჭირდებათ ადგილობრივი საზოგადოებისა და პარტნიორების ჩართვა ჯანდაცვის სფეროს საჭიროების შეფასებაში და ეს არსებითია.

6 საფეხური.
საჭიროებების დაკმაყოფილების დაგეგმვა

ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასება ფაქტობრივი საფუძვლების იდენტიფიცირებას ახდენს, განსაზღვრავს ადგილობრივი საზოგადოების თვალსაზრისს საჭირო ცვლილებების თაობაზე, აღწერს არსებულ რესურსებს, მომსახურებებსა და რეკომენდაციებს გასცემს ცვლილებებზე. შემდეგი ეტაპია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიის შემუშავება.

მომსახურებების სტრატეგია წარმოადგენს გეგმას, თუ როგორ მოვხვდეთ A პუნქტიდან B პუნქტში. სტრატეგიის განვითარება მოითხოვს რიგ პროცესებს, მათ შორისაა მენეჯერული ცვლილებების წინაშე მდგარი გამოწვევებიც.

ცვლილებების გატარება რთულია, მოითხოვს დახმარებას, მოქნილობასა და ლიდერობას. წესისამებრ, იგი მოსალოდნელზე მეტ დროსა და თავგადადებულ შრომასაც საჭიროებს, თუ წარმატებული ცვლილებების მიღწევა გვსურს.

ეხლა აღვწეროთ, თუ როგორ უნდა მოხდეს სტრატეგიის შემუშავება. ამისათვის უნდა გამოვიყენოთ მოცემული სტრატეგიის მომზადების საფეხურები. საწყის ეტაპზე ძალზე სასარგებლოა სწორად

განჭვრეტა იმ საკითხებზე, რომლებიც ოდნავ მოგვიანებით წამოიჭრება და ამ საკითხების გამყარება შესაბამისი დოკუმენტებით მოხდება. უნდა გვახსოვდეს, რომ რეალურ ცხოვრებაში, ეს საფეხურები შეიძლება სულაც არ იყოს თანამდევი და ზოგიერთ ქმედებათა ერთდროული შესრულებაც გახდეს საჭირო.

სტრატეგიის შემუშავებისას წამოჭრილი შეკითხვები

•სად ვიმყოფებით ეხლა?
•სად გვინდა რომ ვიყოთ?
•როგორ ჩავრთაოთ პაციენტებსა და საზოგადოებას?
•როგორ მოვახერხებთ პაციენტებთან ეფექტურ კომუნიკაციას?
•როგორ გავატარებთ ცვლილებებს?
•როგორ მიეხვედებით, რომ ზუსტად ის გავაკეთეთ, რისი გაკეთებაც გვსურდა?
•როგორ უნდა ვაქციოთ წარმატებული ცვლილებები მიღებულ (ჩვეულებრივ) პრაქტიკად?

იმისათვის, რომ ჩვენი მცდელობა წარმატებული იყოს, მთლიანი პროცესი საჭიროებს მართვას ნათელი და სარწმუნო გეგმითა და დაფასებული ლიდერით, ვინც გაუძღვება პროცესსა და ყოველდღიური კოორდინირების პასუხისმგებლობას იკისრებს. პროექტთა უმრავლესობას ეყოლება მხარდამჭერი გუნდი და, წესისამებრ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროექტებით, ამ ადამიანების მოწვევა მოხდება ორგანიზაციებიდან, რომლებიც მონაწილეობას იღებენ ცვლილებების პროცესში. რესურსები, იქნება ეს ხალხი, დრო, თუ ფული, აუცილებლად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, რათა სამუშაო წარიმართოს.

7 საფეხური.
საქმიანობა საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად

საზოგაოდებრივი ჯანდაცვის პროგრამის შემუშავება ან გატარება, წესისამებრ რამდენიმე ფრონტზე მუშაობას მოითხოვს, რადგანაც, იგი მიმართულია მოსახლეობის ჯგუფებზე, თითქმის უცვლელად აერთიანებს მთელ რიგ პარტნიორ ორგანიზაციებს, პროფესიონალ კადრსა და საზოგადოებას. მოქმედებები უცვლელად გულისხმობს ყველა დონეზე საქმიანობის განხორციელების მეთოდების ცვლილებას: ინდივიდუალურად პაციენტებისა, პრაქტიკოსებისა ან პოლიტიკის შემმუშავებლებისგან. ხალხი (თუ პროფესიონალთა საზოგადოება) ხშირად ეწინააღმდეგება ცვლილებებს სხვადასხვა მიზეზთა გამო, რომლებიც შეიძლება იყოს იდეოლოგიური, ემოციური ან პრაქტიკული. წინააღმდეგობა ნორმალური ატრიბუტი და თანმხლები მოვლენაა, რადგან ბევრისათვის, ცვლილებები კონტროლის დაკარგვასთან ასოცირდება, ისევე, როგორც მუშაობისა თუ პარტნიორობის გზების ჭეშმარიტი მიმართულების დაკარგვასთან.

ერთ-ერთი ამოცანა, თუ როგორ უნდა გავატაროთ ხალხი ამ ცვლილებებში, არის ქვეყნისა თუ ორგანიზაციის პრივილეგირებული კულტურის აღქმა, არსებულის შეცვლის ბარიერები ამ ცვლილებების ერთგულება და მასზე პასუხისმგებლობის აღება. ამ ცვლილებათა შემსუბუქებისათვის საჭიროა ლიდერის, ადვოკატის, დამქირავებლის უნარები. აგრეთვე, ზეგავლენისა და მოლაპარაკების წარმოების უნარი, რასაც ფაქტებზე დაფუძნებული ინფორმაცია და კომუნიკაციების ნათელი და მიზნობრივი სტრატეგია უნდა უმაგრებდეს ზურგს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების გატარება მოითხოვს მთელ რიგ ცვლილებებს:

•ცვლილებები პოლიტიკაში –ნათელი განცხადებები და იმ მიზეზების ფაქტებით გამყარება, რომელთა

გამოც ეს ცვლილებები ხორციელდება;
•გარემოს ცვლილებები –გაუმჯობესდეს გარემო ფაქტორები, რომლებიც გაელენას ახდენენ ჯანმრთელობაზე. მაგალითად საგზაო უსაფრთხოების გაუმჯობესება, მოულოდნელი დაზიანებების პრევენცია, საწარმო ნარჩენების შემცირება და ცხოვრების დონის, ხარისხის ამაღლება.
•სისტემის ცვლილებები – პროფესიულ პრაქტიკაში ცვლილებების დაშვება. სისტემები წარმოადგენს დამოუკიდებელი პროცესების სერიას,რომელთაგან თითოეული ერთიდაიგივე მიზანს ემსახურება. მაგალითად, გულსისხლძარღვთა დაავადებების მქონე ადამიანების იდენტიფიცირება და მკურნალობა მოითხოვს პ.ჯ.დების შიგნით მთლიანი სისტემის ცვლილებისა და ინდივიდთა პრაქტიკით უნდა იყოს გარანტირებული,რომ მოქმედებები ლოგიკურია, ეფექტური,რიგობითი და პაციენტთა ჯანმრთელობაზე მათი გაელენა შეფასებულია სპეციალისტი მზრუნველის შესაფერისი მიმართვით.
•ცვლილებები პროფესიულ ქცევებში – ინტერვენციის უმრავლეობა პრაქტიკულ დონეზე,მოითხოვს ცვლილებებს კადრის მუშაობაში. ეს არის სისტემის ცვლილების ნაწილი, მაგრამ პროფესიული პრაქტიკის შესაცვლელად არსებობს სპეციალური იარაღები და ტექნიკა.
•ცვლილებები ინდივიდუალურ ქცევებში – ჯანმრთელობის გაუმჯობესების უდიდესი ნაწილი მდგომარეობს ადამიანების საქციელის ცვლილებებით. მაგალითად, უფრო მეტი ფიზიკური ვარჯიშები, მოწევის შეწყვეტა, მკურნალობის მიყოლა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსები მეტს შრომობენ პოლიტიკის დონეზე ორგანიზაციებისა და საზოგადოების ლიდერებთან, მაშინ, როდესაც პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკოსები უფრო კონკრეტული საზოგადოების დონეზე მუშაობენ, ინდი-

ვიდუალური ცვლილებების მხარდამჭერთა როლში.

8 საფეხური.
შეფასება, (მიმოხილვა) გავლენის შესაფასებლად

რა არის შეფასება?

შეფასება პროექტის, პროგრამის ან ინიციატივის გატარებისა და გავლენის სისტემატური გადახედვაა.

იგი შეიძლება აღქმული იქნეს, როგორც მსჯელობა რაიმეს ფასეულობის დონეზე ამ ნივთის შესახებ ზედმიწევნით ზუსტი ინფორმაციის შეგროვებით, რათა უკეთ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღება გახდეს შესაძლებელი. შეფასების მოქმედებათა შედეგები, ხშირად შეიძლება სასარგებლო იყოს მათთვის, ვინც მსგავსი ცვლილებების განსორციელებას გეგმავს.

იმისათვის, რომ დარწმუნებით ითქვას, რომ განხორციელებული ცვლილებები უკეთესობისკენ სელას გვიჩვენებს და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია ზიანის მომტანი, არაა, არსებითია მათი გავლენის შეფასება.

შეფასების პროგრამა მოითხოვს ნათელ მიზნებს, როცა გარკვევითაა შეთანხმებული სტანდარტები და ინდიკატორები. ეს ყველაფერი განისაზღვრება სტრატეგიის შემუშავების ეტაპზე, როდესაც ძირითადი საზომები ისეა შედგენილი, რომ მიზნის მიმართულებით პროგრესის გაზომვა შესაძლებელია.

შეფასების ერთ-ერთი სპეციფიკური მაგალითია **კლინიკური აუდიტი. მაშინ, როდესაც შეფასებას გააჩნია ტენდენცია ფოკუსირება მოახდინოს პროგრამების უფრო ფართო მასშტაბზე, კლინიკური აუდიტი სპეციფიკური საქმიანობის, დეტალების შეფასების შესაძლებლობებს ფლობს.**

კლინიკური აუდიტი არის პროცესი, რომელიც აგებუ-

ლია ცვლილებებისა და ხელახალი აუდიტის ციკლზე.

შეფასების საფუძვლად მყოფი თეორიის უდიდესი ნაწილი მომდინარეობს ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესების პროცესიდან, მაშასადამე, ხარისხის გაუმჯობესებაში გამოყენებული ტექნიკა შეფასებისადაც გამოიყენება. მხოლოდ ჯანდაცვის პროფესიონალები არ არიან დაინტერესებულნი მათ მიერ გაწეული მზრუნველობის ხარისხით – მედიცინის წარუმატებლობაზე მედიის ინტერესი შეგვახსენებს ამ მოსაზრების ჭეშმარიტებას. ხელმძღვანელობა და მენეჯერები დასაქმებულნი არიან ხარისხის მონიტორინგით, რაც მართვის ერთ-ერთ შემადგენელ ნაწილად აღიქმება როგორც მომხმარებლები, ან როგორც ამომრჩევლები. ზოგადად, საზოგადოება ჯანდაცვის ხარისხისადმი უდიდეს ინტერესს ავლენს და მათ შეიძლება ექიმებისგან განსხვავებული პრიორიტეტები ქონდეთ. მაგალითად, მათ შეიძლება პრიორიტეტთა სიაში უფრო მაღლა განათავსონ გარკვეული ინფორმაცია, მზრუნველობის კომუნიკაციებსა და იმ შედეგებზე, რომლებიც ყოველდღიურ ცხოვრებას აუმჯობესებენ, ვიდრე მზრუნველობის ტექნიკური ასპექტები, რომელიც მათთვის ძნელი შესაფასებელია.

მიუხედავად ამისა, რაოდენობრივი შეფასება მთლიანი შეფასების მხოლოდ ნაწილია. შეფასება, აგრეთვე, მოითხოვს პროგრამების ხარისხობრივ შეფასებასაც, კითხვარების, ინტერვიუების, საზოგადოებისა და პაციენტების გარკვეულ გუნდებთან შეხვედრების გზით.

რა არის შემდეგი ნაბიჯი?

სტრატეგიის შემუშავება უწყვეტი პროცესია,ამიტომაა, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროცესს ისე აღვწ-

ერთ, როგორც სპირალს. შეფასება გამოავლენს, რომ ციკლი გავლენას იქონიებს პრობლემისა თუ საკითხის გაუმჯობესებაზე, რომელზედაც ხორციელდებოდა მუშაობა, მაგრამ კიდევ ძალზე ბეური ნაბიჯია გადასადგმელი და სხვა კავშირებია დასამყარებელი დანარჩენ სტრატეგიულ ციკლებთან. პირველი რაუნდის დასრულების შემდეგ, თქვენ დაგჭირდებათ ხელახლა შეაფასოთ, როგორც საზოგადოების პრიორიტეტები და მათი საჭიროებანი, ისე ეროვნული პრიორიტეტები (რომელიც რაღათქმაუნდა გავლენას იქონიებს ამ შეფასების მნიშვნელოვნობასა და გადაუდებლობაზე). და ხდება მოგზაურობის ახალი ეტაპის წამოწყება.

თავი VII

7.1 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამოქმედო ინსტრუმენტები

ჩვენ ვიყენებთ ტერმინ ინსტრუმენტებს,რათა მოვიცვათ ის ცოდნა,უნარები და საქმიანობა,რაც აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა გასატარებლად პირველადი მზრუნველობის ფარგლებში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედებებისთვის მზაობა.

მოიცავს შემდეგ იარაღებს:

•**ეპიდემიოლოგიას** (ყველა ფორმა + მმართველობითი ეპიდემიოლოგია)

•**ცოდნას:** რუტინული მონაცემების, მიმოხილვისა და დაკვირვებების გამოყენება;

•**კვლევებს** ფაქტების აღმოჩენითა და მათი შეფასებით;

•**ხელმძღვანელობის** უნარებს პაციენტების, საზოგადოებისა და პარტნიორების გაძღოლა, მათზე ზეგავლენის მოხდენა და თანამშრომლობა;

•**პრიორიტეტებს** - დასახვა და განსაზღვრა

ეს არსებითი იარაღები საფუძვლად უდევს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთლიან პროცესსა და განსაკუთრებით აღწერილი სპირალის პირველ ოთხ საფეხურს:
1.ხალხისა და მათი საზოგადოების ჩართვა;
2.ორგანიზაციებს შორის პარტნიორობის ჩამოყალიბება;
3.ჯანმრთელობის ანგარიშების (პროფილების) მომზადება;
4.მაღალ-პრიორიტეტული საკითხების იდენტიფიცირება.
5.შეფასდეს თუ რისი გაკეთებაა საჭირო.
6.საჭიროებების დაკმაყოფილების დაგეგმვა.
7.საჭიროებების დასაკმაყოფილებელ ქმედებათა განხორციელება.
8.გაელენის შეფასება.

7.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედებებისთვის მზადება

ეპიდემიოლოგია, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის საფუძველ

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის მეცნიერული საფუძვლები ეპიდემიოლოგიასა და ბიოსტატისტიკაშია. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში ისწავლება ეპიდემიოლოგია და ბიოსტატისტიკა, ისევე, როგორც ქცევითი მეცნიერებები, გარემო მეცნიერებები და ჯანდაცვის სისტემები, სერვისები და მენეჯმენტი. ამ სფეროში განათლება ძირითად ცოდნას იძლევა, რომელიც პრაქტიკის სამ მიმართულებას უდევს საფუძვლად. ამ ცოდნის საფუძვლების გამოყენებით ეს იარაღი უზრუნველყოფს ყოველდღიური პრაქტიკის მხარდაჭერას.

ეპიდემიოლოგია

ეპიდემიოლოგია განისაზღვრება, როგორც „მოსახლეობის გარკვეულ პიროვნებებში, დროსა და ადგილზე დაავადების გავრცელებისა და მისი დეტერმინანტების შესწავლა“

ეპიდემიოლოგია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცოდნის საფუძველია. იგი გვაწვდის ინფორმაციას, როგორ უნდა მოხდეს რუტინული კვლევებიდან და სტატისტიკიდან მტკიცებულებების გამორჩევა, მათი გაანალიზება და წარმოდგენა.

კვლევის ორი ტიპი არსებობს: აღწერილობითი და ექსპერიმენტული. ტიპიურად,აღწერილობითი ეპიდემიოლოგია გამომდინარეობს რუტინული სტატისტიკიდან, მაშინ, როცა ექსპერიმენტული - მოწყობის ტიპის კვლევისათვის გამოიყენება. ეპიდემიოლოგიის მთავარი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის აღწერა ისე, რომ შესაძლებელი იყოს გარკვეული დროის შემდეგ ამ მაჩვენებლების სხვა მოსახლეობასთან შედარება.

ეპიდემიოლოგია შეიძლება იყოს გამოყენებული შემდეგი საკითხების მოსაგვარებლად:

•ადამიანთა ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღწერა;

•ჯანმრთელობისა და დაავადებების მაგალითების ახსნა;

•დაავადებათა მიზეზების (ეტიოლოგიის) ახსნა ისე,რომ მოხდეს მათი აღკვეთის შესაძლებლობების განსაზღვრა;

•ჯანდაცვის პოლიტიკისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაგეგმვისთვის მტკიცებულებების მოპოვება;

•ჯანდაცვის მომსახურებისა და მკურნალობის ეფექტურობისა და ეფექტიანობის შეფასება.

ეს ჩამონათვალი გვიჩვენებს, თუ რატომაა ეპიდემიოლოგია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროცესის მთავარი იარაღი.

ჩვენ არ ვაპირებთ ეპიდემიოლოგიაზე საგნობრივ საუბარს, რადგანაც იგი მოცემულია უამრავ

სახელმძღვანელო'ში.

73 ცოდნა:

რუტინული მონაცემების, მიმოხილვისა და დაკვირვებების გამოყენება;

კვლევებით, გამოცდილებითა და მონაცემთა ანალიზით მიღებული ც ო დ ნ ა არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რესურსი, მაგრამ დღეს იგი ჭაობშია და ესაჭიროება დრენაჟი, გაწმენდა და განაწილება. ეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე მდგომი 21-ე საუკუნის ამოცანაა.

ჯ.ა. მუირ გრეი

ჯანმრთელობის შეფასება არაა სწორხაზოვანი. არ არსებობს ერთი საზომი, რომელიც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას შეაფასებდა. ჩვენ გვიხდება ინფორმაციის სხვადასხვა წყაროდან საზომთა ერთიანი სახესხვაობის მიმოხილვა, რათა მოხდეს ყოვლისმომცველი (ამომწურავი) სურათის მოპოვება. როგორც უკვე აღვწერეთ, ჯანმრთელობის არასასურველი (ცუდი) მდგომარეობის საზომები (როგორებიცაა სიკვდილიანობა და დაავადებების მაჩვენებელი) ასოცირდება სიღარიბესა და ნაკლებ განათლებასთან. ამგვარ ინდიკატორთა უმრავლესობა ქვეყანაში საშუალოზე დაბალია.

ადგილობრივი ხელისუფლების ჯანმრთელობის პროფილები შერჩევით დონეზე ახდენს ინფორმაციის მოწოდებას ჯანმრთელობაში უთანასწორობის შესახებ. არსებობს წყაროთა მრავალფეროვნება, რომელიც შეიძლება საკმაოდ სასარგებლო აღმოჩნდეს თქვენი პრაქტიკის აღწერაში, ზოგიერთი მათგანი ქვემოთაა მოტანილი.

7.4 მონაცემები ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის

კვლევების სამხილთა აღმოჩენისთვის (იხილეთ ქვემოთ) მნიშვნელოვანია რუტინული ინფორმაციის სანდო წყაროს გამოყენება. ხელმისაწვდომია ეროვნული მონაცემების ნაკრები და ინდიკატორთა ნაკრები, რაც საშუალებას გაძლევთ თქვენს რეგიონში მოიპოვოთ ინფორმაცია ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესახებ. ზოგიერთი ასეთი და კიდევ სხვა რესურსები ჩამოთვლილია ქვემოთ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი სამსახურები ინფორმაციის მონაცემებისა და მოხსენებების მდიდარი წყაროა. ეს მონაცემები საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის უამრავ სხვადასხვა საკითხებში გზამკვლევებს წარმოადგენს ინფორმაციაში და შეფასების იარაღებს გვაწვდიან.

7.5 ინფორმაციის წყაროები ჯანმრთელობის შესახებ ჯანდაცვის უთანასწორობის ინდიკატორების ადგილობრივი კალათი

ადგილობრივი კალათი მოიცავს ინდიკატორების საწყის ნაკრებს,მათი უმრავლესობა ადგილობრივი ხელისუფლების საზღვრებშია, თუმც კი ზოგიერთი ადმინისტრაციულ დონეს ეხება. იგი მოიცავს ჯანმრთელობის სტატუსის ან ჯანდაცვის შედეგების საზომებს, ჯანდაცვის დეტერმინანტთა საზომებს, მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და პროცესის საზომებს.

7.6 აუდიტორული შეფასება (აუდიტის პროფილები)

ტერიტორიის პროფილები გვაწვდის ცხოვრების ხარისხისა და საზოგადოებრივი მომსახურებების მრავალფეროვან სურათს. ინდიკატორები, რომლებიც ცხოვრების ხარისხის ინდიკატორს მოიცავს,ეხება თე-

მებს, როგორიცაა საზოგადოების ერთობა, განათლება, გარემო,ინფრასტრუქტურა, ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა.

7.7ჯანდაცვის შედეგების შემუშავების "ცენტრები". ჯანდაცვის ხელმძღვანელობაპირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციები,ადგილობრივი ხელისუფლება და საავადმყოფოს ღონე - შედარებითი ინდიკატორებია.

7.8სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტი

აქ მოცემულია მონაცემები რიგ სოციალურ, დემოგრაფიულ,ეკონომიკურსა და ჯანმრთელობის საკითხებზეადმინისტრაციულსადა უფრო ქვედა(ადგილობრივ) დონეზე,რომელიც სხვადასხვა სახითაა წარმოდგენილი.

სიღარიბის ინდექსი

ეს არის გრაფიკული შეჯამება, რომელიც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მონაცემებს იყენებს, რათა შეადაროს მოსახლეობა (სხვადასხვა რეგიონში). ინდიკატორები წარმოდგენილია სხვადასხვა ფორმატებით – ობობასებრი დიაგრამა, გისოსების მაგვარი დიაგრამა და ცხრილები.

7.9 მონაცემები ჯანმრთელობაზე ზრუნვის გაუმჯობესებისთვის

პირველადი მზრუნველობის განვითარებამ, შედეგად მონაცემთა მდიდარი ბაზის შექმნა მოიტანა. მონაცემებს გააჩნია პოტენციური ღირებულება ადგილობრივ დონეზე დახმარება გასწიოს დაგეგმვის, პროფილის განსაზღვრის, მართვასა და მონიტორინგში. მონაცემების გამოყენება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზნებისთვის ძალზე მნიშვნელოვანია და ემყარება ადგილობრივ დონეზე მონაცემების შეგროვებას, ანალიზისა და ინტერპრეტირებას.

ზოგადი სამედიცინო მომსახურების ახალი კონტრაქტების შემოტანა მომაეალ'ში, შედეგად გაცილებით მეტ მონაცემს მოგვცემს, რომელთა გამოყენებაც პირველად მზრუნველობაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივების მხარდასაჭერად იქნება შესაძლებელი. ამ ახალ კონტრაქტებში ნებისმიერი პრაქტიკა ანაზღაურდება განსაზღვრული ხარისხის სტანდარტებამდე მიღწევის საფუძველზე, **ხარისხისა და შედეგის ჩარჩოების** მიხედვით. ჩარჩო ხელშეკრულება მიღწევებს შეაფასებს კლინიკური და სხვა შედეგების ინდიკატორების მიხედვით. მოითხოვება ცხოვრების სტილის (მაგ. მოწევა, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე) ფაქტორებისა და ფიზიოლოგიური მონაცემების (მაგ. ქოლესტერინი, სისხლის წნევა) შესახებ ჩანაწერების გაკეთება. პაციენტთა ისტორიის მონაცემები ეროვნულ დონე'ხე დაექვემდებარება ანალიზს, რათა გაწეული პრაქტიკის ანაზღაურების განსაზღვრა მოხდეს. მონაცემები დაექვემდებარება **ხარისხის მართვის სისტემას,** რომელიც ზოგადი პრაქტიკის ანაზღაურების გამოთელას განახორციელებს.

მონაცემთა ხარისხი, ჩაწერა და წარდგენა გაუმჯობესდება დროთა განმავლობა'ში და მომავალ'ში დახმარებას გაუწევს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებს.

ურთიერთობები პაციენტებსა და ჯანდაცვის პროფესიონალთა შორის უფრო მომხმარებელზე ორიენტირებული ხდება. ყურადღება სულ უფრო მეტადაა გამახვილებული მომხმარებელთა საჭიროებების გათვალისწინებაზე. პრაქტიკოსებს მოეთხოვებათ თავად ითაონ პაციენტთა კმაყოფილების ხარისხის შემოწმება.

მზრუნველობის ასპექტები, რომლებიც პაციენტთა მიერ ყველაზე მეტადაა დაფასებული, შემდეგია:

•მომსახურების არსებობა და ხელმისაწვდომობა – ექ-

იმთან ჩაწერა, ლოდინის დრო, ფიზიკური და სატელეფონო კომუნიკაცია;
•ტექნიკური ცოდნა – ექიმის ცოდნა, უნარები და ეფექტურობა;
•კომუნიკაციის უნარები – დროის დათმობა, პაციენტის საჭიროებების გამოკვლევა, მოსმენა, ინფორმაციის გაცემა, გადაწყვეტილებების გაზიარება.
•პერსონალის ატრიბუტები – ჰუმანურობა, ზრუნვა, ნდობა
•მზრუნველობის ორგანიზება – ხელმისაწვდომი მომსახურებების უწყვეტობა

ზოგადი პრაქტიკის შეფასების კითხვარი კითხვარის მიხედვით პირველადი მზრუნველობის შეფასება-მიმოხილვა.

კითხვარები ჯერ კიდევ იშვიათად გამოიყენება. მათი ფართო გამოყენება უამრავი ინფორმაციის წყარო იქნება, რაც პ.ჯ.დ.-ს დაწესებულებებს, სწორი შეფასების შემთხვევაში უამრავ ფასეულ ინფორმაციას მიაწვდის მათი მუშაობისა და მომხმარებლის აზრისა და განწყობის, მიწოდებული სერვისების შესახებ. მაგალითად პაციენტის დატოვება ხმაურიან მოსაცდელ ოთახში კითხვარის შესავსებად, შეიძლება არასასურველი შედეგის მომცემი აღმოჩნდეს. ახალგაზრდა დედების მოსაზრებები (ძალზე მოუცლელნი არიან), ძალზე მოხუცებულები (ნაკლებად გამოდიან სახლიდან) ან შუახნის მამაკაცი (არც ისე ხშირად აკითხავენ) შეიძლება უყურადღებოდ დარჩეს. მცირე მასშტაბის გამოკვლევის მაგალითები სიფრთხილით უნდა იქნეს ინტერპრეტირებული. შედარების მოუმწიფებელი მცდელობები მცდარი გეზის მომცემი შეიძლება აღმოჩნდეს. შემთხვევით ვარიაციებს შეუძლია წლიდან წლამდე განხორციელებული ცვლილებების ახსნა. მიუხედავად ამისა, იარაღების გამოყენებას

შეუძლია წაახალისოს მათზე ზრუნვაში პაციენტის ჩართულობის დონე.

7.10 ზედამხედველობის (მეთვალყურეობის) მონაცემები

პირველადი მზრუნველობა მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვაწვდის ინფექციებსა და საზოგადოებაში ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე. ამ ინფორმაციას საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში რამდენიმე გამოყენება გააჩნია:

•საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაუყოვნებელი ქმედების დაშვება (იდენტიფიცირება, ვაქცინაცია, მენინგოკოკური დაავადება)

•შესაძლო აფეთქების გამოაშკარავება და კონტროლი (მაგ. ყბაყურას მზარდი შემთხვევები, საკვების მოწამვლა)

•საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციის გავლენის მონიტორინგი (მაგალითად, ვაქცინაციით წინასწარ აღკვეთადი დაავადებების დადგენა)

•საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიების გავლენის მონიტორინგი (მაგ. სექსუალური ჯანმრთელობის სტრატეგია, ტუბერკულოზის სტრატეგია).

გარკვეული ინფექციური დაავადებები „აღრიცხვადია" - რაც ჩვეულებრივ ნიშნავს, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედებები შედეგს გამოიღებს ამ შემთხვევის რეგისტრირების შემდეგ. კლინიკოსები დაავადების რეგისტრაციას კლინიკის საფუძველზე ახდენენ; აღრიცხვამდე საჭიროა მიკრობიოლოგიური დასტურის მიღება. კლინიკოსი, რომელსაც ეჭვი გაუჩნდა დაავადებაზე, ინფორმაციას აწვდის **საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადგილობრივ სამსახურს,** გადამდებ დაავადებათა კონტროლს რომ ახორციელებს. აღრიცხვის სისტემა მნიშვნელოვანია, რათა

მოხდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესაფერისი კვლევის ჩატარება და ქმედებების განხორციელება (მაგ. მუცლის ტიფის შემთხვევის შემდგომ),მაგრამ აგრეთვე ისე, რომ დაავადების მონიტორინგი იყოს შესაძლებელი (მაგალითად ყბაყურის შემდგომი შემთხვევა).

დაკვირვებების სხვა სისტემები ეყრდნობა პირველადი მზრუნველობის საზღვრებს მიღმა მოპოვებულ მონაცემთა წყაროს,მაგ. ინფექციის ლაბორატორიული დადასტურება და ქიმიური ინცინდენტის მიმოხილვა.

7.11 კვლევები:
კვლევების გამოყენება ფაქტების მოძიებითა და შეფასებით
ფაქტებზე დაფუძნებული პრაქტიკა

დღეს ცოტა ადამიანი აყენებს კითხვის ქვეშ იმას, რომ პოლიტიკა და პრაქტიკა, სადაც არსებობს ამის შესაძლებლობა, უნდა ემყარებოდეს მაღალხარისხიან კვლევებს, მაგრამ ფაქტებზე დაფუძნებულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ახალი ფენომენია, რომელმაც რეალურად, 1990-იანი წლებიდან აიღო სტარტი. ეროვნული მომსახურების ჩარჩო და მომსახურების მიმწოდებლებთან ხელშეკრულებებიც აგრეთვე, რეალურ ფაქტებზე დაყრდნობით უნდა შეიქმნას. ეს ჩარჩო ხელშეკრულებები განსაზღვრავს მზრუნველობის მიმართულებას, საქმიანობასა და შედეგებს მიმართულებების ყველა ელემენტისთვის, პრევენციიდან, პირველადი, მეორეული და მესამეული მზრუნველობიდან დაწყებული რეაბილიტაციისა და პალიატურ (შემამსუბუქებელ) მზრუნველობამდე. ისინი მიაწვდიან გეგმას,თუ როგორ უნდა მოხდეს მზრუნველობის გაწევა პირველად ჯანდაცვაში. წინადადებები მისი გამაძლიერებელი ფაქტების მიხედვით იქნება დალაგებული.

მტკიცებულება (ფაქტები) უნდა გამომდინარეობდეს

არა მხოლოდ თავად სამუშაოს კვლევებიდან, არამედ ხარჯების ეფექტურობის კვლევებიდანაც. ჯანდაცვის ეროვნული სისტემა, ჯერჯერობით, ფორმალურად არ იყენებს ზღვრული ხარჯების, სარგებლიანობის თანაფარდობას იმისათვის, რომ განსაზღვროს სად მოახდინოს ინვესტიციების განთავსება, მედიკამენტებსა თუ სხვა ინტერვენციებში. მიუხედავად ამისა, პრაქტიკაში, რეკომენდირებულია, რომ ინვესტირება მოხდეს იმ მომსახურებებში, სადაც ხარჯები QALY-ზე (ხარისხთან გათანაბრებული სიცოცხლე წელიწადში) დაბალია.

ისევე როგორც ხარჯებისა და ეფექტიანობის დამადასტურებელი ფაქტები, არსებობს სხვა ფაქტორებიც, რომელთა მხედველობაში მიღებაც საჭიროა მკურნალობის დანერგვისას, მაგალითად რამდენად იოლადაა შესაძლებელი ახალი პრაქტიკის გატარება, რამდენადაა იგი მისაღები პაციენტთათვის. მკურნალობის გაწევაზე გადაწყვეტილება, მხოლოდ ნაწილობრივაა დამოკიდებული ფაქტებზე. გამოცდილებასა და ჯანსაღ აზრსაც ძალზე დიდი მნიშვნელობა აქვს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, ისევე, როგორც ხორციელდება პოლიტიკური და საზოგადოებრივი შეხედულებების მხედველობაში მიღებაც. მაგალითისთვის ავიღოთ შემოწმება პროსტატის ანტიგენზე (PSA). PSA-ზე სისხლის ანალიზი შემუშავდა პროსტატის სიმსივნის არსებობის გადასამოწმებლად. მისი ეფექტურობის დამადასტურებელი ფაქტების უკმარისობაა მიზეზი იმისათვის, რომ მოხდეს მისი რუტინულ გამოყენებაში ჩაშვება. მიუხედავად ამისა, ტესტი ხელმისაწვდომია თუ პაციენტი მოითხოვს მის ჩატარებას, რადგანაც ამაზე საზოგადოების მოთხოვნა არსებობს.

მტკიცებულებებზე (ფაქტებზე) დაფუძნებული ჯანმრთელობაზე ზრუნვა არის საუკეთესო არჩევანი. იგი გვაწვდის ჩარჩოს, მეცნიერული საფუძვლის,

გარანტირებული გადაწყვეტილების მიღებისათვის, როგორც პოლიტიკის ისე პრაქტიკის დონეზე. კვლევის მეთოდოლოგიის სხვადასხვა ტიპები შესაფერისია სხვადასხვა კითხვებისთვის და თითოეულს საკუთარი ადგილი გააჩნია გადაწყვეტილების მიღებამდე მოპოვებულ ინფორმაციაში. ეპიდემიოლოგია ძირითადი მეცნიერებაა, რომელიც ამ მეთოდოლოგიების უმრავლესობის რეალური ხელშემწყობია.

მაგალითად:

შემთხვევა – კონტროლის მეთოდით კვლევა, წესისამებრ ფაქტების „ოქროს სტანდარტად" ითვლება. მიუხედავად ამისა, ისინი ინტერვენციის ეფექტიანობის შეფასების რამდენიმე გზიდან მხოლოდ ერთ-ერთს წარმოადგენს. სადამკვირვებლო და ხარისხობრივ კვლევებს სწორი მტკიცებულებების მოწოდება შეუძლიათ, რომელზეც მოხდება გადაწყვეტილებების დაფუძნება მთლიან, მოსახლეობის დონეზე. არ შეიძლება რაიმე გადაწყვეტილების მიღება მხოლოდ ერთი კვლევის საფუძველზე და, პოლიტიკის შემმუშავებელთა უმრავლესობა და ის ხალხი, ვინც კლინიკურ სახელმძღვანელოს შემუშავებაში იღებენ მონაწილეობას, იყენებენ სისტემური მიმოხილვის შედეგად მიღებულ დამადასტურებელ საბუთებს (ფაქტებს).

ძალზე იოლია ინდივიდუალური პაციენტის გამოცდილების უნიკალურობის დავიწყება, კვლევების ცდების უამრავ აპლიკაციაში. ფაქტებზე დაფუძნებული პრაქტიკის დამატებითი მიდგომაა თხრობაზე (მოყოლილზე) დაფუძნებული. ეს პირველად მზრუნველობაში პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომაა, რომელიც უკვე გაწერილი პაციენტისგან დატოვებულ გამოცდილებას ასახავს. ეს არის ისტორიის ფორმა,

რომელთა გამოყენებაც პრაქტიკოსებსა და პაციენტებს უკეთესი არჩევანის გაკეთებაში ეხმარებათ, იმ კონტექსტის სიღრმისეული გაგებით, რომელშიც პაციენტი ცხოვრობს. საეროო ანგარიშით, ეს საშუალებას იძლევა პაციენტის ცხოვრების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონტექსტი განვითარდეს.

7.12 მტკიცებულებათა მოპოვება და შეფასება

ფაქტებზე დაფუძნებულ პრაქტიკაში მთავარია უნარი - **დასვა სწორი შეკითხვა, მოიპოვო და შეაფასო ფაქტები.**

ფაქტების მოპოვება კითხვათა ფორმულირების უნარს მოითხოვს, სამედიცინო მონაცემთა ბაზაში ძებნისთვის მთავარი სიტყვების და კითხვების იდენტიფიცირებას, რათა მოპოვებულ იქნეს მხოლოდ საჭირო და მაღალხარისხიანი სამედიცინო კვლევები.

დღეს, უკვე სულ უფრო მეტად ხელმისაწვდომია მაღალხარისხიანი სისტემატური მიმოხილვები და მეცნიერული ლიტერატურის მეტა-ანალიზი. ხელმისაწვდომია აგრეთვე რიგი რესურსები, რომელთაც შეუძლიათ დახმარება გაგვიწიონ ფაქტების მოპოვებაში.

თუ ამ წყაროებში არ მოხერხდა იმ ფაქტების მოძიება, რომლებიც გსურდათ, ამ შემთხვევაში სხვა მონაცემთა ბაზაში მოგიწევთ საჭირო ინფორმაციის ძებნა, რომელიც გამოყენებამდე ძალზე კრიტიკულად უნდა შეაფასოთ.

კრიტიკული შეფასება მოითხოვს გამოყენებული ინფორმაციის ხარისხის ყურადღებიან ასახვას. კრიტიკული შეფასების უნარი გვეხმარება მოვიპოვოთ ფასეული და სანდო ინფორმაცია სისტემატურ მიმოხილვაზე, სანამ მივიღებდეთ გადაწყვეტილებას ვიმოქმედოთ, თუ არა, ამ მტკიცებულების მიხედვით. დღესაც კი, სტატიები, რომელთა გამოქვეყნებაც ხდე-

ბა კარგი რეპუტაციის ჟურნალებში, შესაძლოა აღმოაჩნდეს დამაბნეველი და უზუსტო დასკვნის მქონე.

გავრცელებული ცდუნებაა კვლევის შესახებ **სტატიის კითხვისას უშუალოდ შედეგებისკენ სწრაფვა და მეთოდების განყოფილების გამოტოვება., თუ კვლევის დიზაინი შეუსაბამო ან გამოტოვებული, მაშინ შედეგები სანდო არაა.**

გარდაუვალია, რომ ადამიანები ერთი და იმავე ინფორმაციას სხვადასხვაგვარ ინტერპრეტაციას უკეთებენ; ყოველთვის არსებობს ამის სუბიექტური ელემენტი, რომელიც ეფუძნება პიროვნულ ფასეულობებს. სამართლიანი მსჯელობა მთავარი ფაქტორია მტკიცებულების ინტერპრეტირებისა და თქვენს კონკრეტულ სიტუაციაში მისი გამოყენებისას. ფაქტების კრიტიკული შეფასება ფაქტებზედაფუძნებული მიდგომის მნიშვნელოვანი ნაწილია.

კვლევითი ლიტერატურის კრიტიკული შეფასება განსაზღვრე რამდენად სანდოა ეს კვლევა (ქმედითობა)

•განსაზღვრე რას გვეუბნება იგი (შედეგები)

•აწონდაწონე, რამდენად სასარგებლო და მნიშვნელოვანია ეს კვლევა კლინიკოსებისა და პაციენტებისათვის

7.13 სამეცნიერო კვლევები და მათი მნიშვნელობა საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალთა მომზადების პროგრამებში

როგორც სამეცნიერო კვლევის მრავალდისციპლინარული სფერო, "ახალი" მოდერნიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვა შეიძლება განისაზღვროს როგორც ბიოლოგიური, სოციალური და ქცევითი ინტეგრირებული მეცნიერება, რომელიც გამოიყენება ადამიანთა ჯანმრთელობის ფენომენის შესწავლაში. ის ემსახურება ორ ძირითად მიზანს:

•მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა;
•ამ მდგომარეობებისადმი,ორგანიზებული სოციალური პასუხის (ჯანდაცვის სისტემის მოქმედი სტრუქტურის რეალური შესაძლებლობები) დაგეგმვა და მიღებული შედეგების შესწავლა.

საზოგადოებრივ ჯანდაცვას ცენტრალური ადგილი უკავია ჯანდაცვის სისტემაში. უფრო მეტიც, საჭიროა მეტი ძალისხმევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მეცნიერულ დისციპლინებში ინტეგრაციისათვის.

გარკვეული კრიტერიუმებით,თავის საქმიანობაში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ეყრდნობა მოსახლეობას, ემხრობა გლობალური და სოციალური ჯანმრთელობის მოდელს, მოითხოვს სფეროთაშორის მულტიდისციპლინარულ მიდგომას, პრიორიტეტულად მიიჩნევს ჯანმრთელობის მენეჯმენტისადმი სისტემურ მიდგომას, იყენებს სპეციფიკურ კვლევებს, რათა ხელი შეუწყოს ორგანიზებულ ძალისხმევას ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის.

კონცეფციიდან გამომდინარე, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა მოიცავს გაცილებით მეტს, ვიდრე ეს მარტივად, ჯანმრთელობის სისტემის საზოგადოებრივი ნაწილია. მას პირდაპირი შეხება აქვს ეყრდნობა პრაქტიკის პირველადი მზრუნველობის ჯგუფების ერთიანობასთან და შეუძლია შეაფასოს, შეაჯამოს საზოგადოების ჯანმრთელობა. ამისათვის მნიშვნელოვანია, კონტექსტის მიხედვით სწორად იქნას განლაგებული სასურველი პროდუქციის საფუძველი - კვლევა, პროდუქცია სწავლება და ცოდნის გამოყენება - პრაქტიკა;

ფუნდამენტურად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინსტიტუციები უნდა განიხილავდნენ ბალანსს ბიოსამედიცინო და სოციალური მეცნიერების პერსპექ-

ტივებს შორის. სოციალურმა მეცნიერებამ, მედიცინამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მეცნიერების აღქმა მნიშვნელოვნად უნდა მიიჩნიოს.

მიუხედავად ამოცანათა მრავალფეროვნებისა, ყველა შემთხვევაში მიმდინარე რეფორმები შესაბამის საკადრო, თანამედროვე ახროვნებისა და ხედვის პოტენციალის მომზადებას საჭიროებს, ცვლილებები ახალ მიდგომასა და სწრაფ რეაგირებას ითხოვს.

რეფორმების ინტენსივობამ, ჯერჯერობით, ვერ შეძლო საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის სფეროების სრული განვითარება; ნიშანდობლივია, რომ რეფორმების საშიშროებები, ძირითადად, სხვა საკითხებს ეხება და საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის სისტემები და მისი როლი ნაკლებადაა შეფასებული.

7.14 დიპლომისშემდგომი განათლება და წვრთნები.

საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანმრთელობის მუშაკთა მომზადების სისტემა ჯერჯერობით ვერ პასუხობს დღევანდელ სწრაფ სოციალურ ეკონომიკურსა და პოლიტიკურ ცვლილებებს და ტრანსფორმაციებს, რაც უფრო მეტად განსხვავებული და კომპლექსური თეორიისა და პრაქტიკის შექმნის საჭიროებას ითხოვს.

უმაღლესი დიპლომისშემდგომი განათლება, ძირითადად, საუნივერსიტეტო ბაზებზე მოქმედი სკოლების ფუნქციაა. მათი სასწავლო პროგრამები მრავალფეროვანია და განსხვავდება ერთმანეთისაგან: ჯანდაცვის მუშაკის წვრთნა ჰიგიენასა და სანიტარიაში, ჯანმრთელობის პროფილაქტიკური მომსახურების გაუმჯობესებაში, ზრუნვის, ადმინისტრირებისა და ორგანიზაციის შესწავლაში, არასაკმარისია და მოითხოვს სოციალური მეცნიერების სხვა, დამატებითი ასპექტების ჩართვას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სასწავლო პროგრამებში.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლებს მჭიდრო ურთიერთობა უნდა ჰქონდეს სხვა სექტორებთან. სწავლების პოლიტიკისა და მეთოდების საბოლოო შედეგი უფრო პროდუქტიული იქნება სპეციფიკური ცოდნის მქონე კონკურენტუნარიანი სპეციალისტების მომზადებით. უნდა მომზადდნენ პროფესიონალები ფართო ხედვის, რომელთაც შეეძლებათ თავისი საკუთარი მიზნების ინტეგრირება მეცნიერების სხვა სფეროებთან და ასევე, პრაქტიკულ ჯანდაცვასთან.

საზოგადოერივი ჯანმრთელობის სკოლები საკმარისად ვერ იზიდავენ უმაღლესი დონის პროფესორმასწავლებლებსა და დაინტერესებულ სტუდენტებს. მათი დაინტერესება და მოზიდვა შესაძლებელი ხდება იმ შემთხვევაში, თუ სასწავლო კურსები მოიცავს პრობლემურ პროგრამებს, სადაც დამატებულია ეკონომიკის, მართვის, სამედიცინო დაზღვევის, კონფლიქტებისა და კრიზისული სიტუაციების მართვის, ტექნოლოგიებისა (საქმიანობის) და სხვა აქტუალური საკითხები.

რეალობაში, სისტემის პერმანენტული რეფორმირების ფონზე, ჯანმრთელობის ფართო პროფილის პროფესიონალებზე დიდი მოთხოვნა უნდა არსებობდეს. მათ უნდა უზრუნველყონ რეფორმების მხარდაჭერა, მენეჯმენტი და კრიტიკული წვლილი შეიტანონ ცვლილებების ზემოქმედების დანერგვასა და შეფასებაში, განსაკუთრებით, პირველადი ზრუნველობის მიმართულებით.

ამგვარი მიდგომა ითხოვს, ჯანმრთელობა განხილულ იქნას როგორც დინამიური სფერო, რომელსაც წვლილის შეტანა შეუძლია მიმდინარე ცვლილებების პროცესში.

ამ საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფაკულტეტის სტუდენტებისა და მაგისტრებისათვის საჭიროა სასწავლო პროგრამის საფუძვლების მუდმივი განახლება, რამაც უნდა უზრუნველყოს "ახალი" საზოგადოებრივი ჯანმრთელო-

ბის და პ.ჯ.დ.-ს მისიების მკაფიო გაგება, ჯანდაცვის სისტემის მოსახლეობის გაჯანსაღებაზე ფოკუსირება.

საწვრთნელმა პროგრამებმა უნდა უზრუნველყონ პოლიტიკური პროცესის სწორი აღქმა. ამ მხრივ აუცილებელია სხვა სექტორების მნიშვნელობის გააზრება და გამოყენება. სასწავლო პროგრამები უნდა მოიცავდეს ზოგად ანალიზში დახელოვნებას, პარტნიორებთან მოლაპარაკებებში წარმოქმნილი კრიზისებისა და კონფლიქტების დაძლევის, მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებთან (სოციალური, ასაკობრივი და ა.შ.) ურთიერთობის, გასატარებელი ღონისძიებების რეფორმირებასა და სხვა პრობლემების მოგვარების ანალიზს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში განხორციელებულმა ცვლილებებმა აქტუალური და საჭირო გახადა სინთეზი ჯანმრთელობის მუშაკთა ტრადიციულ თეორიულ წრთვნასა და მენეჯმენტს შორის. გამოწვევა ითხოვს ახალ მიდგომას ჯანმრთელობის სფეროში განათლების მიმართ, სადაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები კლინიკური მართვისა და მენეჯმენტის ოსტატობის კომბინაციით სიტუაციის დაბალანსებას უზრუნველყოფენ. მითუმეტეს როცა სამედიცინო ბაზარზე დეცენტრალიზაციის პირობებში ბევრი ახალი "მოთამაშე" გამოჩნდა, რომელსაც დამოუკიდებელი ფუნქციონირება მოუხდება.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დღევანდელი სპეციალისტის განათლება მოითხოვს ფართო საკითხთა და ტექნოლოგიების ღრმა ცოდნას, რომელიც ცხოვრების წესისა და ჯანმრთელობის, გარემოს განვითარების, რისკ-ფაქტორების სწორ გაგებასა და დაბალანსებული მომსახურების ინფრასტრუქტურას ეხება. უფრო მეტიც, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქცია იმ ფაქტების იდენტიფიცირება უნდა იყოს, თუ რომელი ტიპის ინსტიტუცია და მუშაობის რა რეჟიმი მიესად-

აგება ყველაზე უფრო გამოვლენილ საჭიროებებს.

ჯანმრთელობის სფეროში განათლების ახალი კონცეფციისთვის დამახასიათებელია უფრო ფართოდ განსაზღვრული და მრავალისმომცველი როლები. წინსვლის ერთადერთი სწორი გზა მიღებული ცოდნის მრავალფეროვნებაა.

დღესდღეობით, მოქმედი კანონმდებლობა და წესდებები, ზოგადად, განსაზღვრავს პროფესიონალის სტატუსს, თანამდებობრივ ფუნქციებს. რაც პროფესიული კარიერისა და შესაძლებლობების მკაცრი განმსაზღვრელებია. სტატუსის ინტერპრეტაცია სხვადასხვა მოთამაშეთა მიერ როლების განსაზღვრის შედეგია (ვინ რას და სად უნდა აკეთებდეს). იგი გავლენას ახდენს საორგანიზაციო გადაწყვეტილებებსა და ცვლილებებზე. მიმდინარე რეფორმების გარკვეულ ფაზაში აღმოჩნდა, რომ როლები ნაკლებადაა განსაზღვრული და ხშირად გადაფარავს ერთმანეთს.

როლები შეიძლება ასევე განისაზღვროს როგორც ფუნქციათა ჯგუფი, მაგრამ ფუნქციები უფრო ურთიერთქმედებათა შედეგებია, ზოგადად მიღებულ საჭიროებებსა და კონსენსუსს შორის იმ ამოცანებზე, რომლებიც უნდა გადაიჭრას, რათა საჭიროებებს პასუხები გაეცეს.

ფუნქცია არის ის, რაც უნდა გაკეთდეს და არა ის, თუ ვინ უნდა გააკეთოს. განხორციელება კი არის ის, თუ როგორ ასრულებს მუშაკი თავის მოვალეობას, როგორ აანალიზებს არსებულ ფუნქციებსა და როგორ მოიხმარს ცოდნას, ოსტატობას, მიდგომას ამ როლის განსახორციელებლად მიზნის მიღწევის პროცესში.
კონსენსუსი ამ კონცეფციაზე შემდეგნაირად შეიძლება იყოს წარმოდგენილი:
-მიმდინარე პროცესების ზოგადი გაგება, სწორი აღქმა;
-ჯანმრთელობის ძირითადი სექტორის, მოვლის, პრე-

ევენციის, ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და გარემოს დაცვის სამსახურის მდგომარეობის ანალიზი;
-მენეჯმენტის დონე: ეროვნული, რეგიონალური, ლოკალური და ინსტიტუციონალური ქსელის პროდუქტიული გამოყენების შესაძლებლობა.
-სხვადასხვა დონის წვრთნის მიმოხილვები, შესატყვისი ადამიანური რესურსები (წვრთნები კლევებში) და ა.შ.

7.15 კვლევა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

ტრადიციულად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მკვლევარები ნაკლებად იყენებდნენ დაინტერესებულ პოლიტიკის შემქმნელთა საჭიროებების დაკმაყოფილებით, ხოლო თვით რეფორმატორებისათვის, კვლევების შედეგები ხშირად უგულებელყოფილი, ან მეორეხარისხოვნად იყო მიჩნეული.

კვლევა, უმეტესად, კონცენტრირებული იყო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ტრადიციულ დისციპლინებზე – (ეპიდემიოლოგია, ბიოსტატისტიკა) და ჯერ კიდევ არ არის ორიენტირებული ისეთ პრიორიტეტულ სფეროებზე, როგორიცაა ზოგადად მოქმედი სისტემის, სახელმწიფო პროგრამების, ჯანდაცვის ეკონომიკის, დანახარჯების შეფასება, დაზღვევა, ხარისხის გარანტია ეტალონური ტესტირება და სხვა.

მრავალდისციპლინარული და ინტერსექტორული კვლევების პროექტები ჯანდაცვის პოლიტიკოსთა და რეფორმატორების არსენალში კვლავ გამონაკლისია.

ცოდნის ფრაგმენტაცია მწვავე ზღვარს აელებს კვლევის პოტენციურ მომხმარებლებთან, რომლებიც ჩვეულებრივ უზრუნველყოფენ პასუხს პრობლემაზე. ეს სირთულე განსაკუთრებული სიცხადით მანიფესტირებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში.

7.16 მომავლის მიმართულებანი

მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ ახალი ცოდნა შესაძლოა წარმოიქმნას მხოლოდ ჯანმრთელობის სფეროში მიმდინარე კვლევების მეცნიერულ კვლევებად აღიარების საფუძველზე. ეს გულისხმობს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ძირითადი ფაქტორების მნიშვნელობის გამოვლენას, თეორიული და მეთოდოლოგიური გამოწვევების მიღებას, ახალი ცოდნის, კონცეფციის შექმნას. ეფექტური სტრატეგია მოითხოვს, რომ პოლიტიკის შემქმნელები და მკვლევარები ერთმანეთს დაეხმარონ, ერთობლივად მიაღწიონ ძირითად მიზანს.

პოლიტიკის შემქმნელები, ჯანდაცვის პროფესიონალები, გადაწყვეტილებების გასამყარებლად სისტემატურად არ განიხილავენ და არ იყენებენ მკვლევართა მიერ მოწოდებულ ახალ მონაცემებს. ამავე დროს, ბევრი მკვლევარი არ იცნობს ჯანმრთელობის პოლიტიკის ძირითად საკითხებსა და ბუნებრივია, სწორად ვერ აღიქვამს მიმდინარე მოვლენებს. მკვლევარებმა არამარტო უნდა შეისწავლონ მიმდინარე პროცესები, არამედ რჩევა უნდა მისცენ პოლიტიკის შემქმნელებს. მათ უნდა განახორციელონ მიზანმიმართული კვლევა, ახსნან საკუთარი შედეგები პროგრამების დანერგვისათვის, შეაფასონ მთელი სტრატეგიის წარმატება, შეადგინონ სამოქმედო გეგმა სამი მიმართულებით: გადაწყვეტილების მიმღებთათვის, ჯანდაცვის პროფესიონალთათვის და მოსახლეობისათვის (მომხმარებლისათვის).

პოლიტიკის შემქმნელებმა თავის მხრივ უნდა გამოიყენონ ეს შედეგები,რათა წარმატებით მართონ ჯანდაცვის სისტემის სათანადო სამსახურები.

კვლევის პოლიტიკა უნდა ეფუძნებოდეს ახა-

ლი ტიპის ალიანსს პოლიტიკის შემქმნელებსა და მკვლევარ საზოგადოებას შორის. ამ თანამშრომლობაში ყოველ ჯგუფს ექნება ახალი და დამატებითი პასუხიმგებლობა და ორიეე წარმატებას მიაღწევს, თუმცა, საზოგადოება უფრო მეტით ისარგებლებს.

7.17 წვრთნისა და კვლევის სრულყოფა საზოგადოებრივ და პირველადი ჯანდაცვის სფეროში

წვრთნა და კვლევა ეროვნული ჯანმრთელობის განვითარების პოლიტიკაში, არსებითად განსაზღვრულია. კვლევისა და წვრთნის სრულყოფილებისათვის მნიშვნელოვანია:

•შეიქმნას ახალი ცოდნის საფუძველი,რომლის ფესვები, ჯანმრთელობის პოლიტიკის გატარებით გამოწვეულ პრობლემებამდე მიდის;

•კვლევა განხილულ უნდა იქნას როგორც საწვრთნელი ბაზა.

წვრთნის პროგრამებში კვლევის წვლილი ხშირად ისეა აღქმული, როგორც კვლევის შედეგი და არა როგორც კვლევის პოტენციალის კაუშირი კვლევის მეთოდთან. ნათელი მაგალითები არიან **სტუდენტები (მაგისტრები), რომლებსაც ხშირად წვრთნიან, ისე რომლებსაც უფრო სჯერათ და არა ისე რომელთაც შეუძლიათ კრიტიკული აზროვნება.**

წვრთნისას, პოლიტიკის კომპონენტები მნიშვნელოვანია, რადგან საზოგადოება ახლოა განსახორციელებელ მოქმედებებთან, აკადემიური მიდგომა კი შედარებით ვიწროა. რეალურ ცხოვრებას, წვრთნასა და კვლევას შორის ურთიერთობა დადებით გაელენას ახდენს პოლიტიკის განვითარებაზე, რომელიც წარმატებით შეიძლება იქნას დანერგილი.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში

წვრთნა და კვლევა ჯანმრთელობის პოლიტიკის შესაბამისი უნდა იყოს.

"ჯანმრთელობა ყველასათვის" სტრატეგია წარმოადგენს ისეთ პროცესებს, სადაც ჯანმრთელობის პოლიტიკის განვითარება ეფუძნება საზოგადოებასა და პროვაიდერებს შორის თანასწორ დიალოგს. ძალზედ მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის პროვაიდერები ზოგადად და, საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანმრთელობის პროფესიონალები განსაკუთრებით, იწვრთნებოდნენ ჯანმრთელობის პოლიტიკის განვითარებასა და ჯანმრთელობის მენეჯმენტში.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში წვრთნისა და კვლევის პროგრამები უნდა ფოკუსირდებოდეს ძირითად პრიორიტეტზე - მიუკერძოებლობაზე. მიუკერძოებლობა უნდა იქნას მიღწეული ჯანმრთელობაში არსებული უთანასწორობის შემცირებით. უთანასწორობის შემცირება საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში მხოლოდ წვრთნისა და კვლევის საშუალებითაა შესაძლებელი, რომელიც რეალური მდგომარეობის შესახებ მკაფიო დასკვნას იძლევა.

7.18 წვრთნისა და პოლიტიკის, მენეჯმენტის ურთიერთკავშირი

რელევანტურობა წვრთნის საბოლოო მიზანია. წვრთნის პრაქტიკა შესაძლო ცვლილებებთან დაკავშირებით კრიტიკულად გაანალიზებული უნდა იქნას.

წვრთნა ხშირად გამოაკლენს ადამიანის ინტერესებსა და სპეციფიკურ პრიორიტეტებს. მიმდინარე ცვლილებები პრაქტიკულ გავლენასაც ახდენს წვრთნაზე. შედეგად, ადამიანები თავისი ცოდნით „მოძრაობენ" სხვადასხვა ფუნქციებს შორის.

მრავალი პროფესიონალი, რომელსაც მენეჯერის

ფუნქციები აკისრია, არ არის საკმაოდ აღჭურვილი, რათა გაუმკლავდეს შესასრულებელ ამოცანებს: მათ წვრთნიდნენ ერთი როლისათვის, მაგრამ თხოვენ შეასრულონ სრულიად სხვა.

უნდა შეფასდეს ის, თუ რას უნდა აკეთებდეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესიონალი, განისაზღვროს რა დაჭირდება მას მომავალში გასაკეთებლად და შემუშავდეს პროგრამა, რომელიც მას დააოსტატებს. ეს ძალიან მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემაში „მულტისპეციალისტთა“ მართვის ეფექტის შემცირების და ინტერსექტორული მუშაობისათვის.

სწავლების პროცესის მნიშვნელოვანი ასპექტი უკავშირდება მრავალპროფესიულ ერთობლივ წვრთნას, „ერთად სწავლება ერთად მუშაობისათვის“ (მოკლევადიანი კურსები პროფესიული კომპეტენციის ასამაღლებლად).

სასწავლო გარემოს შექმნაში პედაგოგთა როლი გადამწყვეტია: გარდა აკადემიური ხარისხისა, მნიშვნელოვანია მათი პრაქტიკული გამოცდილება, რაც ხელს შეუწყობს სასწავლო პროცესის განხორციელებას გარემოს გათვალისწინებით.

პედაგოგთა, ლექტორთა დიდი ნაწილი ჯანდაცვის სისტემიდან უნდა იყოს მოწვეული. მნიშვნელოვანი დრო უნდა ეთმობოდეს სწავლების ჩატარებას ცალკეულ შემთხვევათა გარჩევით, კონკრეტული პროექტების შემუშავებითა და სიტუაციების გათამაშებით.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლები მუდმივად უნდა განიხილავდნენ სისტემაში არსებულ პრობლემებს, აღიქვამდნენ ახალ სირთულეებსა და უპასუხებდნენ სისტემის მოთხოვნილებებს. ისინი აქტიურად უნდა იყვნენ ჩართული სისტემის რეფორმირების ყველა ღონისძიებაში. იმისათვის,

რომ ეს მოხდეს, სკოლები მუდმივად უნდა ეცნობოდნენ ცვალებად რეალობას. ეს მოითხოვს ორმაგ ძალისხმევას, მონდომებას, თვითანალიზს, შიდა ორგანიზაციული სქემის განახლებასა და დახვეწას.

წვრთნის პროგრამის მთავარი მიზნები საზოგადოების ჯანმრთელობაში უნდა იყოს:

•პროფესიონალების მომზადება ახალი როლებისათვის: ჯგუფის ლიდერები/წევრები, სხვადასხვა დონის მენეჯერები პროექტის/პროგრამის შემუშავება-დანერგვისა და შეფასებისათვის; პოლიტიკის მრჩეველები, „ადვოკატები“ და გამოყენებითი კვლევის სპეციალისტები;

•საგანმანათლებლო სტრატეგიები ფართო საგანმანათლებლო კონტექსტით. ჯანდაცვის პოლიტიკის საკითხების საფუძვლიანი განხილვა, მრავალპროფესიული წვრთნა (ინტერსექტორულ პროექტის გარემოში), სწავლების შეფასება (ეს ძირითადი ფილოსოფიაა - პირადი და სოციალური განვითარება მონაწილეობისა და დემოკრატიის, თანასწორობითა და გლობალური მიდგომით, რომელიც სოციალურ და ბიომეტრულ მეცნიერებას შორის ინტერსექტორულობასა და ბალანსს გულისხმობს).

•წვრთნის ჩარჩოების გაფართოება ტოქსიკოლოგიაში, პირველად მზრუნველობაში,ეპიდემიოლოგიაში,ჰიგიენაში,კვებაში,სასკოლო მედიცინაში,ჰოსპიტალების მენეჯმენტში,ჯანდაცვის ეკონომიკაში,მომსახურების ხარისხის კონტროლში, ადმინისტრირებასა და დაზღვევაში.

7.19 კვლევისა და პოლიტიკის, მენეჯმენტის კავშირი

მეტად მნიშვნელოვანია, თუ როგორ და ვის მიერ არის შედგენილი კვლევის დღის წესრიგი. როგორ არის გავრცობილი კვლევის შედეგები და ვისთვის და რისთვის ტარდება ის, კრიტიკული ანალიზი.

ძირითადი მოთხოვნაა ის, რომ კვლევა იყოს სრულყოფილი და მეცნიერული მეთოდოლოგიის მყარი საფუძველი ჰქონდეს. სხვაგვარად, პოლიტიკის ადმინისტრირების პროცესისათვის, ის არ იქნება სათანადო და შესატყვისი.

დღევანდელი რეალობა გვიჩვენებს, რომ:

1. კვლევისადმი ინტერესი ნაკლებია;
2. პოლიტიკის შემქმნელების მიერ კვლევების შედეგები ხშირად არ გამოიყენება;
3. პოლიტიკა იქმნება იდეოლოგიურად და არა საღი კვლევის საფუძველზე;
4. არასწორად დაგეგმილი კვლევა „აფერხებს" პოლიტიკის შემქმნელებს;
5. კვლევის შედეგები არ არის ეფექტურად გავრცელებული;
6. თვით მკვლევარები ვერ, ან არ ავრცელებენ, ვერ ადასტურებენ თავიანთ შედეგებსა და მოსაზრებებს;
7. უფრო მეტად არსებობს პოლიტიკის ანალიზის ტენდენცია და არა ანალიზი პოლიტიკოსებისათვის.

ხშირად, პოლიტიკა კვლევისაგან დამოუკიდებლად იქმნება. **კვლევა იდეალური მოდელია, პოლიტიკა კი - დასაშვები.** კვლევა და მისი შედეგების განხილვა, ასევე, შეიძლება იყოს სამოქმედო სექტორი, რომელიც გამოიყენება მეცნიერთა და პოლიტიკის შემქმნელთა შეთანხმებისათვის. ეს არის კავშირი ინფორმაციული რესურსებისა და მოსახლეობის მომსახურების საჭიროებას შორის, რომელიც განვითარებისათვის უზრუნველყოფს კონცეპტუალურ ჩარჩოებს. ეს არის მრავალდისციპლინარული მიდგომა, რომელიც იყენებს სოციალურ მეცნიერებებსა და ეპიდემიოლოგიას, ხარისხობრივსა და რაოდენობრივ მეთოდებს.

ჯანმრთელობის სისტემის გავლენის კვლევა (და არა უშუალოდ ჯანმრთელობის სამსახურის კვლევა), ყურადღებას ამახვილებს ჯანმრთელობის სამსახურის ჩარ-

ჩოებს მიღმა მდგომ საკითხებზე. ის არ არის მხოლოდ დისციპლინარული, არამედ, ის ასევე, ურთიერთსექტორულია. ეს თანამონაწილეობის პროცესია, როცა მკვლევარები უკავშირდებიან გადაწყვეტილების მიმღებთ.

კვლევის შედეგების გავრცელება მთავარი პრობლემაა, მნიშვნელოვანია თავიდანვე გაირკვეს პასუხისმგებლობა შედეგების გამოყენებასა და გავრცელებაზე. ეს კვლევის პროცესის განუყოფელი ნაწილია. მნიშვნელოვანია შედეგი „გადამუშავდეს" ქმედებათა სასარგებლო ენაზე.

ცოდნის ფრაგმენტაციის საპირისპირო – მისიაზე ორიენტირებული კვლევაა. ეს კონცეფცია ეხება კვლევას, რომელიც ხორციელდება რეალობის ზოგიერთი ასპექტის მოდიფიცირების, ტექნოლოგიისა და ცოდნის პროდუქციის საშუალებით. რეალობის ეს მოდიფიკაცია არის ზუსტად კვლევის მისია.

თუ ჩატარებულ კვლევას მიმდინარე პროცესებზე გავლენა არ გააჩნია მაშინ მკვლევარებს განათლების მიღებისას, არასაკმარისი წვრთნა გაუვლიათ. კვლევა გამოყენებული უნდა იქნას, როგორც კატალიზატორი პოლიტიკის შექმნისათვის. კვლევა შეიძლება მიმართულ იქნას როგორც დიდი, ასევე მცირე ლოკალურ პრობლემებზე რომელსაც ოპერატიული გადაჭრა ესაჭიროება.

მნიშვნელოვანია ის ვინ განსაზღვრავს კვლევის ობიექტს. როგორი უნდა იყოს სტრატეგია, რომელიც წინ წამოწევს ინტეგრირებად სოციალურ სამეცნიერო კვლევას? ეპიდემიოლოგია, საზოგადოების კვლევის ტრადიციული მეცნიერება, მიმართულია მხოლოდ ლიმიტირებული მიდგომისაკენ, გამოიკვლიოს მცირე რისკფაქტორიანი მოდელები. მნიშვნელოვანია, კვლევა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მოთხოვნათა შესაბამისი გახდეს. იდეოლოგების მიერ დასმული კითხვები ძალზე ფასეულია. განსა-

კუთრებით, როცა კვლევას იყენებენ პოლიტიკის ფორმულირებისათვის და რეფორმების ჩასატარებლად.

ჯანმრთელობის სისტემისათვის აუცილებელი პირობაა, **რომ კვლევას გააჩნდეს მეცნიერული სანდოობა.** კვლევის გეგმა არა მარტო მეცნიერულად უნდა იყოს დასაბუთებული, არამედ ის, ასევე, მომხმარებლის თვალში უნდა გამოიყურებოდეს კარგად დასაბუთებულად. შედეგიც ასევე, დამაჯერებელი და მისაღები უნდა იყოს. ბიოსამედიცინო კვლევაში, ზოგადად, მისაღებია ის ფაქტი, რომ წვრთნის გარეშე ვერ მოხდება პროცესის არსში ჩაწვდომა. ჯანმრთელობის სისტემის კვლევის მრავალი კითხვა ძალზე ადვილი ჩანს. მხოლოდ უფრო ღრმა ანალიზის შემდგომ, ნათელი ხდება, რომ სიტუაცია რთულია. ბანალურია ის, რომ კვლევის მრავალი ნაწილი, რომელზეც ფიქრობენ რომ რთულია და მოითხოვს მეცნიერთა სკრუპულოზურ მუშაობას, ფაქტიურად ადვილი აღმოჩნდება. ეს შესაძლოა დანახულ იქნას ასევე, იმ პირობებში, თუ ვისი კვლევა იძლევა ინფორმაციას პოლიტიკისათვის. კვლევის მიზანი და შედეგებით დაინტერესება გამომდინარეობს თვით პრობლემის გადაჭრის იდეოლოგიიდან.

ჯანმრთელობის სისტემას კომპეტენტურ ადამიანთა რესურსების დეფიციტი გააჩნია, სოციალური მეცნიერება კი დისკრედიტებული იყო ძველი იდეოლოგიის გამო. სოციალურ მეცნიერებაში ახალგაზრდა თაობა არ მიდის, კვალიფიციური მკვლევარების რაოდენობა და მომზადების ხარისხი არასაკმარისია. ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ცოდნა, ხშირ შემთხვევაში, არასაკმარისია დასკვნებისა და გადაწყვეტილებების მისაღებად და ბუნებრივად არსებობს კვლევების ჩატარების მეტი აუცილებლობა.

ხარისხიანი მრავალსექტორიანი კვლევის აუცილებლობა გაცილებით მეტია, ვიდრე "კონსულტაციური"

კვლევის აუცილებლობა.

კვლევის მთავარი მიზანი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში უნდა იყოს:

•გააღრმავოს კავშირი პოლიტიკის შემქმნელებსა და მკვლევარ საზოგადოებას შორის;

•შეამციროს კვლევის შედეგების დაგვიანება, გაზარდოს გავრცელებადობა და უტილიზაცია.

•უზრუნველყოს შედეგების ჩართვა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესიონალთა წვრთნის პროგრამაში.

წვრთნისა და კვლევის კავშირი

პროგრამის მენეჯერთა და პოლიტიკის მრჩეველთათვის საჭირო კომპეტენცია მოიცავს კრიტიკულ ხედვას, კვლევის შედეგების, პოლიტიკისა და პროექტების შექმნისათვის, შეფასებისათვის, დაგეგმვისათვის. იგი აღიქმება, როგორც კრიტიკული აზროვნება და ანგარიშის შედგენის ოსტატობა, ანალიზი და სინთეზი, რათა განხილულ იქნას საკითხი, მომავალში გამოსაყენებელი კვლევის რევიზიის ჩათვლით, როგორ და როდის უნდა იქნას გამოყენებული ექსპერტიზა და შესაძლებელი იყოს სხვადასხვა გადაწყვეტილებისათვის ძირითადი საკითხების მომზადება.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, არსებობს საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანმრთელობის სპეციალისტების წვრთნის საჭიროება, რათა მათ განიხილოს კვლევის კონკრეტული სფეროს ექსპერტის საქმიანობა, მასთან კონსულტაციით წვლილი შეიტანოს პრობლემის გადაჭრის საქმეში.

წვრთნის პროგრამებმა უნდა გააცნოს მათ კვლევის მეთოდოლოგია, პოტენციალი და ღირებულებები. აუცილებელია კვლევის კომპონენტების გამოყენებაც, რათა შესწავლილ იქნას, ზოგადად, წვრთნის პროცესიც. სწავლა ტრადიციული სწავლისაგან კვლევით

განსხვავდება, რადგან ის გვაჩვენებს მეთოდებსა და იარაღს, რათა კრიტიკულად შეფასდეს ის, რაც კეთდება.

კვლევაში სხვადასხვა დონის ჯანმრთელობის პროვაიდერების აქტიური მონაწილეობა განსაზღვრავს კვლევის შინაარსს, ამიტომ, ხშირ შემთხვევაში, სამეცნიერო კვლევა უნდა იქნას ჯანმრთელობის ყველა პროფესიონალის წვრთნის აუცილებელი ნაწილი.

ნებისმიერ სასწავლო პროცესში, სწავლა და ფაქტების გაცნობა (თეორია, პრაქტიკა) ოპტიმალურ გზაა. მწვრთნელის როლია აკონტროლოს და დაეხმაროს ამ მნიშვნელოვან პროცესს, რაც საშუალებას იძლევა, საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის მუშაკებმა ისწავლონ, თუ „როგორ უნდა ისწავლონ". თუმცა, ცნობილია, რომ ზოგადად, სისტემის ცოდნა სწავლების მხოლოდ ერთი ელემენტია. ეს შეიძლება ილუსტრირებულ იქნას კლინიკური მედიცინის მაგალითზე, როდესაც მიმდინარეობს შესწავლა იმისა, თუ როგორ უნდა ჩავატაროთ საექიმო კონსულტაცია. მსმენელმა უნდა შეუთავსოს ერთმანეთს ავადმყოფობის განვითარებისა და პაციენტის შესახებ ცოდნა.

სამეცნიერო კვლევის ხელოვნებაა რთული პრობლემა გადავაქციოთ მარტივ კითხვებად, რომლებიც შეიძლება გაიზომოს და შესწავლილ იქნას. პრინციპები შეიძლება შეთვისებულ იქნას ფორმალური წვრთნებით, მაგრამ არ არსებობს აქტიური მონაწილეობის ალტერნატივა კვლევის გეგმაში. ეს გეგმა სხვადასხვა აკადემიური დისციპლინების მიმართ მეტ ოსტატობას მოითხოვს.

ვიდრე განათლების სათანადო დონე არ იქნება დანერგილი ჯანმრთელობის პრაქტიკოსთათვის, მწვრთნელთათვის და მკვლევართათვის, მიდგომა უცვლელი დარჩება და დახელოვნება არ გაიზრდება. ამიტომ, კვლევის განათლებასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვისას, უნდა გავითვალისწინოთ:

•შეუძლია თუ არა პროგრამას მოამზადოს – პრაქტიკოსიცა და მკვლევარიც?
•რა შინაარსის სასწავლო პროგრამა უნდა იქნას ორგანიზებული?

7. 20 წვრთნა და კვლევა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საუნივერსიტეტო სკოლებში.

ერთის მხრივ, პოლიტიკა ინტერსექტორული და მრავალდისციპლინარულია; მეორეს მხრივ კი, წვრთნა და კვლევა დაკავშირებული უნდა იყოს ერთმანეთთან. ამიტომ აშკარაა,რომ პროცესში ძირითადი პარტნიორები პრაქტიკული ინსტიტუციები და უნივერსიტეტები უნდა მონაწილეობდნენ, რადგან ისინი მრავალდისციპლინარულნი და ინტეგრირებულნი აიან წვრთნასა დაკვლევასთან.

ამ მხრივ,მისაღები განათლების ძირითადი მოდელი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლების შესაბამისი პროგრამებია; ისინი პარტნიორებთან ერთობლივი მუშაობით დგება.

სკოლების მისიებში უნდა დაინერგოს ჯანმრთელობის პრაქტიკულ სამსახურებთან მჭიდრო კავშირები. ერთ-ერთი წინააღმდეგობა ამ კონსტრუქციაში, შეიძლება იყოს მკვეთრად გამოკვეთილი დამოუკიდებლობის ნაკლებობა. პირობები კვლევისას ჩვეულებრივ, ლიმიტირებულია. მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის არასრულყოფილების გამო ხარისხის დონე კითხვის ქვეშაა დაყენებული.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლების სასწავლო პროგრამებთან დაკავშირებულ სხვა საფრთხეებს წარმოადგენს:
•პოლიტიკური დანიშნულება;
•დაფინანსების მდგომარეობა, გარემო პირობების

(პოლიტიკის, სტრატეგიის) ხშირი ცვლილებები;
•თვით ამ ინსტიტუტების თანამშრომლობის სურვილი.

ამას გარდა, საწყისთნელი სასწავლო პროგრამების პროექტირებისას, გათვალისწინებული უნდა იქნეს გარკვეული ფინანსური სახსრები სამეცნიერო კვლევების ჩატარებისათვის. ამ შემთხვევაში, მსმენელებს, სტუდენტებსა და მაგისტრანტებს, სკოლის პარტნიორ ორგანიზაციებთან თანმშრომლობით საშუალება მიეცემათ მიღებული ცოდნა განამტკიცონ შესაბამისი კვლევების ჩატარებით მათ ბაზაზე.

7.21 პაციენტების, საზოგადოებისა და პარტნიორების გაძღოლამათზე გავლენის მოხდენა და თანამშრომლობა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპირალის მოდელში, განვიხილეთ პოლიტიკის შემუშავებისა და სტრატეგიების გატარების უწყვეტად განვითარებადი ბუნება. განვიხილეთ აგრეთვე, ცვლილებების გააზრების საჭიროება როგორც ორგანიზაციების, ისე მთლიანად მოსახლეობის დონეზე. ზოგიერთი კერძო მენეჯერული გამოწვევა, რომელიც ხვდებათ საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი ზრუნვის პროფესიონალებს კარგი საზოგადოებრივი პრაქტიკის გატარებისას, მოიცავს ცვლილებების, ლიდერობის, პრიორიტეტების დასახვისა და პაციენტთა გადაწყვეტილების მიღებაში ჩართვის მენეჯმენტს.

ლიდერობა

ჯანმრთელობასა და ჯანდაცვის სიტემაში ცვლილებების გატარება მოითხოვს ლიდერობას, თუმცა იმის განსაზღვრა, თუ რას უნდა აკეთებდნენ ლიდერები, შეიძლება ცოტა რთული აღმოჩნდეს. თუ პირველადი მზრუნველობის პროფესიონალებს ევალებათ

სისტემის გაძღოლა, ვინ არის (პროფესია) საჭირო და რა უნდა იქნეს გაკეთებული? წინამდებარე სახელმძღვანელოში ამ საკითხზე მზა რეცეპტები მოცემული არაა. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთი მიმდინარე პერსპექტივის მიმოხილვა, შეიძლება დაგვეხმაროს იმის გაგებაში, თუ რა სტილის ლიდერობაა შესაფერისი ამა თუ იმ ადგილობრივი სიტუაციის მიხედვით.

პოინტერი და სანჩესი ლიდერობის აღწერისას ყურადღებას ამახვილებენ შემდეგ საკითხებზე:

•ლიდერობა არის პროცესი, საქმიანობა, რომელიც მოქმედებაში ელინდება;

•ლიდერობა გადაეცემა ინდივიდს

•ლიდერობა ფოკუსირებულია მათზე ვინც მას მიჰყვება

•ლიდერები გავლენას ახდენენ მიმდევრებზე – მათ აზრებზე (კოგნიტური მიზანი), მათ გრძნობებსა (აფექტური მიზანი) და მათ მოქმედებებზე (ქცევითი მიზანი)

•ლიდერობა იქმნება მიზნისთვის.

•ლიდერობა წინასწარგანზრახულია და არა შემთხვევითი.

ლიდერობა და მენეჯმენტი სინონიმები არ არის. **მენეჯერი არის ინდივიდი, ვისაც აქვს საჭირო ცოდნა და ვისაც მიკუთვნებული აქვს ფუნქციები (როლები), მაშინ როდესაც ლიდერობა არის ერთ-ერთი ფუნქცია (როლი), რომელიც მენეჯერს მიეკუთვნება. მხოლოდ იმიტომ, რომ თქვენ იკავებთ უფროსის თანამდებობას, თქვენ ვერ გახდებით ლიდერი და ცხადია, ვერც გავლენიანი ლიდერი. გავლენიანი ლიდერი არის ის, ვისაც გააჩნია გავლენის მოხდენის პოტენციალი.**

ძალაუფლება უამრავი სხვადასხვა წყაროდან მოდის, მაგალითად:

•**ექსპერტის ძალაუფლება:** ინფორმაციიდან, ცოდნიდან, უნარებიდან და შესაძლებლობიდან;

•**მიმართული ძალაუფლება** (გადაგ'ხავნილი): ურთიერ-

თობებიდან და ქსელიდან;

•კომერციული ძალაუფლება: წამხალისებლების (წამქეზებლების) კონტროლით;

•ქარიზმატული ძალაუფლება: ვინმეს პირადი თვისებებიდან გამომდინარე.

ლიდერობის შესახებ რიგი სხვადასხვა თეორია არსებობს. ერთ-ერთი სკოლა ეფუძნება ქარიზმის იდეას – პიროვნების იდეალად დასახვით საყოველთაოდ აღიარებული მახასიათებლებიდან, ლიდერის მახასიათებელ თვისებებად. იდეასთან დაკავშირებული თეორიაა, აგრეთვე, მახასიათებლების (ხასიათის) თეორია. მაგალითად, ლიდერები აღწერილია როგორც: „ხედვის მომწოდებლები", „მნიშვნელობის მომნიჭებელნი", „ნდობის აღმძრელნი" და „წინამძღოლობის" საკუთარ თავზე ამღებნი. მიუხედავად ამისა, განსხვავებულ სიტუაციებს სხვადახვა ტიპის ლიდერები სჭირდება. ამგვარად განსაზღვრული პიროვნულობა შესაძლებელია სულაც არ იყოს ის მიზანი, რომლისკენაც უნდა მიისწრაფოდეთ. ლიდერი არ უნდა აღიქმებოდეს, როგორც ფიგურა, რომელიც ცხენზეა ამხედრებული და ამ საქმიანობას ახორციელებს პიროვნულობით მონიჭებული აბსოლუტური ძალაუფლებით. ჯანდაცვის დაწესებულებებში უფრო გავრცელებული, ჩვეული და მისაღებია მსჯელობა მნიშვნელოვნობის გამო არა პიროვნებაზე, არამედ მთლიან გუნდსა და კონტექსტზე, რომელშიც ისინი მუშაობენ (ალბათობის შემთხვევითობის თეორია).

თანამედროვე თეორიებმა შემოგვთავაზეს **ორი ტიპის ლიდერობა: ტრანსაქციული და ტრანსფორმაციული.** ტრანსაქციული ლიდერობა ცდილობს სტატუს-ქვოს შენარჩუნებას, მაშინ როდესაც ტრანსფორმაციული ლიდერობა ძიებაშია, რათა შთააგონოს და დაასაქმოს ორგანიზაციებისა და ინდივიდების ემო-

ციები. ისინი გამიჯნულნი არიან განსხვაებული ფასეულობით,მიზნებითა და მიმდევართა ბუნებით – მენეჯერული ურთიერთობებით. თანამედროვე მენეჯმენტი ყურადღებას ამახვილებს სიტემათა მიდგომებზე და იყენებს ისეთ კონცეფციებს, როგორიცაა ხედვა, მოწყობა ან სწავლება და მიმდევრებზე ძალაუფლების დელეგირება; ამ დროს აქცენტი კეთდება დიალოგზე, პატივისცემასა და თანამშრომლობაზე. ლიდერობის ამგვარი სტილი მოითხოვს თვითკონტროლსა და სხვათა ძლიერი და სუსტი მხარეების შეფასებას და იმ საკითხსაც, თუ როგორ მოვექცეთ მათ. სულ უფრო მეტად განიხილავენ ორგანიზაციულ კონტექსტს, რომელშიც ადამიანები მუშაობენ და იმას, თუ რა მოეთხოვება ლიდერს სამუშაო სიტუაციაში. მაგალითად, ჯანდაცვის მუშაკთა შესწავლის შემდეგ, აღწერილია **ლიდერთა ოთხი მთავარი მახასიათებელი:**

•სტრატეგიული მიმართულების განსაზღვრა
•გუნდის ფუნქციონირების მონიტორინგი
•გუნდის წევრთა სწავლება (ინსტრუქტირება)
•უშუალო დახმარების გაწევა (ფიზიკური), როდესაც ამის საჭიროებაა.

ლიდერთა ამგვარ შეფასებას მივყავართ რეკომენდაციებამდე, რომელიც ჯანდაცვის სისტემისთვის შესაფერისი და დროულია – უკეთესი იქნებოდა აუცილებელი სტრუქტურებისთვის შესაბამისი ადგილების მინიჭება,კარგად ჩამოყალიბებული და განსაზღვრული როლებით,რათა მხარი დაეჭიროს ნებისმიერს, ვინც არ უნდა მოჰკიდოს ხელი ლიდერის ფუნქციას – ამის შემდეგ,უკვე შეგვიძლია დავეყრდნოთ პიროვნულ მახასიათებლებს. ლიდერთა განსხვაებულ მოლოდინთა მოცემით და აგრეთვე პირველად მზრუნველობაში სხვადასხვა დონეზე ლიდერის ყოლის აუცილებლობით, პირველადი ზრუნვის ორგანიზაციები უნდა აძლიერებ-

დეს ლიდერთა პოტენციალის განვითარების შესაძლებლობას პროფესიონალ და მენეჯერ კადრს შორის, რათა განუვითარონ მათ უკვე არსებული უნარები და მიდგომები, ისევე, როგორც მათი მიმდევრებისაც. მათ შეუძლიათ მხარი დაუჭირონ ლიდერთა გამოკვეთას შტატისა და საზოგადოების წევრები მონიტორინგით, უწყვეტი განათლებითა და განვითარების ხელშეწყობით. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი როლია ადგილობრივი საზოგადოებიდან ლიდერთა განვითარების ხელშეწყობა, რომელთაც შემდეგ შეუძლიათ ადგილობრივი ხელისუფლებისა და დამცველის ფუნქცია იკისრონ. ზოგიერთი მკვლევარი ყურადღებას ამახვილებს, რომ **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების დირექტორებს ევალებათ თავად განივითარონ ლიდერული უნარები ადგილობრივ საზოგადოებაში, რათა მხარი დაეჭიროს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში პ,ჯ,დ,-ს როლს.**

რეკომენდაცია, რომელიც ეხება პირველადი მზრუნველობის ლიდერებს, შემდეგია:

•დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ შიდაპერსონალური ურთიერთობების განვითარებასა და შენარჩუნებას, მიუხედავად ორგანიზაციული საზღვრებისა;

•ფართო შიდაორგანიზაციული ქსელის განვითარება და შენარჩუნება მაღალ-ხარისხიან ლიდერთა გუნდის ჩამოყალიბებისა და განვითარების მნიშვნელოვნობის აღიარება;

•ადგილობრივი მოსახლეობის მიერ მნიშვნელოვნად მიჩნეულ საკითხებთან წარმატებული გამკლავების მეშვეობით, პერსონალურ ლიდერთა რწმენის ჩამოყალიბება.

7.22 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომა მენეჯმენტისადმი

ორივე, ლიდერობაცა და პრიორიტეტების დასახ-

ვაც, მენეჯმენტის პრაქტიკული იარაღებია. ჩვენ არ აღვწერთ მენეჯმენტის თეორიებს დეტალურად, მაგრამ რადგანაც პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციათა ფუნქციები ჯანმრთელობაზე ზრუნვის რესურსთა მართვით შეიცვალა, მოკლედ შევეხებით მენეჯმენტის ერთ-ერთ მთავარ პრინციპს, კერძოდ კი მიდგომასა და პირველად მზრუნველობასთან მის შესაბამისობას. ჰანტერის მიხედვით მენეჯმენტს ოთხი განზომილება აქვს:

•კულტურა, მენეჯმენტის პრინციპები და ფასეულობები: მენეჯმენტი ადამიანების შესახებ, რომლებიც იცავენ ვალდებულებებს საკუთარ თავზე აღებული ფასეულობების, შტატის განკითარებისა და შედეგების მიღწევისადმი;

•მენეჯმენტის სტრუქტურა: ორგანიზაციის მოწყობის ფორმა, მაგალითად ბიუროკრატიული, ღია სისტემა, მატრიცა, ქსელი;

•მენეჯმენტის ტექნიკა: მოიცავს კომუნიკაციის უნარებს, მენეჯმენტს მიზნების მიხედვით, ადამიანების მართვას, ეკონომიკას, ფინანსებს, ბუღალტერიას, დაგეგმვასა და მარკეტინგს, მენეჯმენტის დაპროექტებას, ხარისხის უზრუნველყოფას;

•მოწყობა: შენობები და ორგანიზაციული სტურქტურა.

მენეჯმენტის გააზრება (გაგება) მოითხოვს ქცევითი მეცნიერებების, ძალაუფლების კონცეფციის, პოლიტიკის, ვაჭრობის ცოდნის გამოყენებას. ასევე, ძირითადი მენეჯმერული უნარების გატარება უამრავ სიტუაციაშია შესაძლებელი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მრავალგანზომილებიანი პრაქტიკის მართვის ჩვეული მექანიზმი პირველად მზრუნველობაში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქსელის ჩამოყალიბება იყო. თვით ქსელის ჩამოყალიბება ახალ კონცეფციას არ წარმოადგენს. ჩვენ ყველას გაგვაჩნია ქსელური მუშაობის პროცე-

სის გამოცდილება, იქნება ეს პერსონალური, ფუნქციონალური, სოციალური, თუ ბოლო პერიოდში ძალზე გავრცელებული - ინტერნეტზე დაფუძნებული ურთიერთქმედებები. ბოლო წლებში კლინიკოსებისთვის ცნობილი გახდა ქსელური მუშაობა მომსახურების გაწევაში, ისევე, როგორც პროფესიული განვითარებისას. **ქსელური მუშაობა, თავისი საწყისი საფუძვლით საერთო ინტერესების გამო ან მის ირგვლივ ადამიანების „გაერთიანების“ გზაა.** კავშირი შეიძლება იყოს მარტივი, მაგალითად, პირისპირ, პიროვნებათაშორის ურთიეროთობები,ან უფრო კომპლექსური და მატრიცული, რომლებიც მოიცავს რამდენიმე ფენას – როგორც ობობას ქსელი, სადაც განსახვავებული ადამიანები სხედან თითოეულ კვანძთან, სადაც ქსელი ერთდება და იყენებენ კომუნიკაციების უამრავ სხვადასხვა მეთოდს – სხვადასხვა კვანძი მოქმედებს სხვადასხვა დროსა და განსხვავებული გზებით.

ეგრეთ წოდებული, **“თანამედროვე მენეჯმენტი“** ძალზე პოპულარულია ჯანდაცვაში. მისი თეორიები გამომდინარეობს კერძო სექტორიდან და მიზნების დასახვისას ყოველდღიურად სულ უფრო მეტ აღიარებას მოიპოვებს მენეჯერული ქცევის პრაქტიკაში. ეს მიდგომა ასოცირდება კვაზი-ბაზრების, კონტრაქტის საფუძველზე მომწოდებლებისგან მომხმარებლის გამიჯვნის ჩამოყალიბებით, როგორც საზოგადოებრივ სექტორში ხარჯთა შემცველობის მიდგომა. იგი კონტრასტულად განსხვავდება ტრადიციული ბიუროკრატიისგან, რომელიც აგებულია ცხად სტრუქტურაზე, ანგარიშვალდებულებასა და ბრძანებათა ჯაჭვზე.

ჰანტერი აღნიშნავს, რომ ბაზარი არ არის საუკეთესო მიდგომა, როდესაც საქმე ეხება ჯანდაცვის გაუმჯობესების გრძელვადიანი მიზნებისა და მენეჯმენტის

უფრო შესაფერისი სტილის განხილვას, ანუ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯმენტს. ამ დროს, უფრო უპრიანია მრავალდისციპლინიანი და საზოგადოებაზე დაფუძნებული ქმედებების გამოყენება პირველადი ზრუნვის ცენტრში, რადგანაც იგი ფოკუსირდება ჯანმრთელობის მოპოვებაზე და აერთიანებს ცოდნას, მენეჯერულ უნარებსა და დაგეგმვას, ღია მრავალდისციპლინიანი სისტემების მიდგომაში.

ამ პერსპექტივაზე დაყრდნობით, მიგვაჩნია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯმენტის პრინციპები პირველად მზრუნველობაში მთავარ კონცეფციებს ასახავს და შემდეგნაირად შეიძლება იქნეს შეჯამებული:

- მოსახლეობაზე დაფუძნებული;
- ეხება (ემსახურება) ჯანდაცვისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საჭიროებებს;
- ფოკუსირდება თანასწორობაზე;
- საქმიანობაში რთავს საზოგადოებას, პაციენტებს, პროფესიონალებს, პოლიტიკოსებსა და კორპორაციულ სექტორს;
- იყენებს ცხოვრების მიმართულებების მიდგომას;
- იყენებს პროგრამებს, ფაქტებზე დაფუძნებულ ჩარჩოებსა და ქსელს;
- მუდმივად რთავს საქმიანობაში საზოგადოებას.

7.23 საზოგადოების ჩართვა

პაციენტთა უმრავლესობას სურს, რომ აქტიური როლი ითამაშოს ჯანმრთელობის განმტკიცებაში. მათ სურთ იცოდნენ, თუ როგორ დაიცვან და გაიუმჯობესონ საკუთარი ჯანმრთელობა, როდესაც ავად არიან, უნდათ, რომ ფლობდნენ ინფორმაციას მკურნალობის მეთოდებსა და შესაძლო შედეგებზე და, გარდა ამისა, ეძებენ მზრუნველობასა და სწრაფ და ეფექ-

ტურ რჩევებს ჯანმრთელობის შესახებ, როდესაც მათ ეს ესაჭიროებათ. ადამიანთა უმრავლესობას აგრეთვე, სურს იცოდეს, რისი გაკეთება შეუძლია, რომ დაეხმაროს საკუთარ თავს.

ანგელა კოულტერი, პიკერის ინსტიტუტი.

ზოგჯერ ეროვნული ჯანდაცვის სისტემა პერსონალიების ინტერესებზე ფოკუსირებული უფროა, ვიდრე პაციენტების ინტერესებზე. 2004 – 2005 წლებიდან არსებობდა ამის გამოსწორების მცდელობები. პაციენტის უპირატესობას მნიშვნელოვანი ადგილი დაეთმო, რასაც გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, ექსპერტული ცოდნა, დრო და დამატებითი სტურქტურები მოეთხოვებოდა. ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფდა აუცილებელი უნარების ათვისებისათვის ინვესტიციების განთავსებასა და შედეგად, საქართველო სხვა ქვეყნებს ჯერაც ბევრად ჩამორჩება **პაციენტზე ორიენტირებული მზრუნველობის გაწევაში**. უფრო მეტიც, სტრუქტურა და პროცესი, რომლითაც გარანტირებული უნდა იყოს, რომ მომხმარებლისა და საზოგადოების ხმა მიდის მომსახურების გამწევამდე, ცუდად შექმნილი და გატარებულია. სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის სამსახური რომელიც 1996 წელს შეიქმნა დამოუკიდებელი მაკონტროლებლის სახით, შემდგომ წლებში სახე შეიცვალა და ჩანაცვლებულ იქნა ახალი ტიპის სამსახურით, რომლის მუშაობა მთლიანად დამოკიდებული იყო პაციენტებისაგან შემოსულ საჩივრებსა და სასამართლოს გადაწყვეტილებაზე შემოწმების ნებართვის გაცემით.

პაციენტები და საზოგადოება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპირალის თითოეულ რგოლში უნდა იყვნენ ჩართული. იმის უამრავი მაგალითია, რომ მომსახურება უფრო ეფექტურად იქნა გაწეული პაციენტებისა და სა-

ზოგადოების ამ პროცესში ჩართვის შედეგად; და მართლაც,კომერციულ სამყაროში წარმოუდგენელია ახალი მომსახურების განვითარების, გაწევისა და შეფასების პროცესი, მასში მომხმარებლების ჩართვის გარეშე.

7.24 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროცესის თითოეულ ეტაპზე ადამიანებისა და მათი საზოგადოებების ჩართვა.

ნაბიჯი 1:

ადამიანების, საზოგადოების ჩართვა

პირველადი მომსახურების ორგანიზაციებში საზოგადოების ან პრაქტიკის დონეზე არსებული ამოცანები – მოხდეს იდენტიფიცირება, თუ რა სტრუქტურა და ორგანიზაცია არსებობს უკვე იმისათვის, რომ მასში ჩაერთონ მოსახლეობა და პაციენტები, მაგ: პაციენტთა პანელი, ადგილობრივი ხელისუფლების, კომისია, მოხალისეები თუ პაციენტთა თანამონაწილეობის ჯგუფები. შეიქმნას შესაფერისი სტრუქტურა. პროფესიონალი კადრის, მომხმარებლის ან საჯარო წარმომადგენლების მიერ მოხდეს საჭირო უნარების იდენტიფიცირება. **ტექნიკა** – პროფესიონალებსა და მომხმარებლებს ესჭიროებათ წრთვნები, რათა მომხმარებლების (საზოგადოების) ჩართვით სასურველი შედეგი იქნას მიღებული. მოხდეს იმის იდენტიფიცირება, თუ ვის გააჩნია პაციენტთა ჩართვის შესაბამისი უნარები; აგრეთვე, მონათესავე ადგილობრივი მიმართულებების იდენტიფიცირება, რომელთა მოწოდებაც შეიძლება როგორც პროფესიონალებისა ისე მომხმარებლებისთვის.

ნაბიჯი 2:

ორგანიზაციებს შორის პარტნიორობის ჩამოყალიბება **პირველადი მომსახურების ორგანიზაციებში საზოგადოების ან პრაქტიკის დონეზე არსებული ამოცანები**

– პარტნიორული გუნდების ფორმირებისას, გარანტირებული უნდა იყოს, რომ საზოგადოების წარმომადგენლები (მაგ: ადგილობრივ მოხალისეთა სექტორის წარმომადგენლები, საზოგადოების ლიდერები, პაციენტთა მონაწილე გუნდები) ჩართულნი არიან.
ტექნიკა – იხ. პირველი ნაბიჯი

ნაბიჯი 3:

ჯანდაცვის შეფასების (პროფილის) მომზადება

პირველადი მომსახურების ორგანიზაციებში საზოგადოების ან პრაქტიკის დონეზე არსებული ამოცანები – ჯანდაცვის პროფილი მოსახლეობის ან გუნდების საჭიროებების პროფესიული შეფასებაა. იგი უნდა შემოწმდეს კონკრეტულ საზოგადოებაში, რათა დადგინდეს, რომ კვლევები არის შესაბამისი და მოსახლეობისთვის აზრის მქონე.
ტექნიკა – სამუშაო ცენტრები და ფოკუსირებული გუნდები შესაბამის საზოგადოებაში. საზოგადოებრივ ფორუმებთან, მიმოხილვის კომიტეტთან და ადგილობრივ მრჩეველთა კომიტეტებთან სიახლეების პრეზენტაცია.
ნაბიჯი 4:

ჯანდაცვის მაღალპრიორიტეტული საკითხების იდენტიფიცირება

პირველადი მომსახურების ორგანიზაციებში საზოგადოების ან პრაქტიკის დონეზე არსებული ამოცანები – პრიორიტეტთა დასახვის საჭიროებაში შესულია პროფესიონალთა და საზოგადოების ელემენტები. კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვითაც პროფესიონალები პრიორიტეტებს ისახავენ, მუშაობა საზოგადოებასთან ერთად. პრიორიტეტების შეთანხმების პროცესში ჩართულნი არიან პაციენტები ან საზოგადოების წარმომადგენლები.
ტექნიკა – სამუშაო ცენტრები და ფოკუსირებული

გუნდები საზოგადოების წარმომადგენლებთან ერთად.

ნაბიჯი 5:
შეფასდეს, თუ რისი გაკეთებაა საჭირო

პირველადი მომსახურების ორგანიზაციებში საზოგადოების ან პრაქტიკის დონეზე არსებული ამოცანები – პაციენტების ან საზოგადოების შეხედულებები არსებითია იმის გასაგებად, თუ როგორ ხდება მიმდინარე მომსახურებათა გაწევა და რისი გამოსწორებაა შესაძლებელი.

ტექნიკა – ხარისხობრივ ფორმაში შეფასებისათვის სიტუაციის მქონე ხალხის ინტერვიურება (ზოგჯერ გამოიყენება სწრაფი თანამონაწილეობის შეფასების მეთოდები). დამოუკიდებლად შევსებული კითხვარების მიმოხილვა, რათა განისაზღვროს პაციენტის ან საზოგადოების წევრის შეხედულება შემთხვევითობის პრინციპით. პაციენტების გაძღოლა მზრუნველობის პროცესში.

ნაბიჯი 6:
საჭიროებების დაკმაყოფილების დაგეგმვა

პირველადი მომსზახურების ორგანიზაციებში საზოგადოების ან პრაქტიკის დონეზე არსებული ამოცანები – პაციენტები ან საზოგადოების წარმომადგენლები უნდა იყვნენ დამგეგმავ გუნდში. გეგმების მომზადებისას, ყველა ეტაპზე, გარანტირებული უნდა იყოს პაციენტების (საზოგადოების) ჩართულობა.

ტექნიკა – სამუშაო ცენტრები ან ფოკუსირებული გუნდები. პაციენტთა გამოკითხვები (პანელი). პაციენტთა გაძღოლა მზრუნველობის პროცესში.

ნაბიჯი 7:
საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად შესაბამისი

ქმედებების განხორციელება

პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციებში საზოგადოების ან პრაქტიკის დონეზე არსებული ამოცანები – პაციენტთა შეხედულებების გამორკვევა იმის შესახებ, თუ რას შეუძლია დახმარების გაწევა, მთავარი კომპონენტია, რათა ცვლილებების გატარებაში დაეეხმაროთ პროფესიონალებსა და პაციენტებსაც.

ტექნიკა – წრთვნები პროფესიონალთათვის; ექსპერტი პაციენტები, პაციენტები როგორც მასწავლებლები მუშაობენ კლინიკოსებთან.

ნაბიჯი 8:

მიმოხილვა გავლენის შეფასების მიზნით

პირველადი მომსახურების ორგანიზაციებში საზოგადოების ან პრაქტიკის დონეზე არსებული ამოცანები – უნდა ვეძიოთ პაციენტთა მიერ მომსახურებაზე მიღებული გამოცდილება.

ტექნიკა – პაციენტთა, საზოგადოების მიმოხილვა. სამუშაო ცენტრები ან ფოკუსირებული გუნდები.

ადამიანებისა და მათი საზოგადოებების პროცესებში ჩართვის მეთოდები

პაციენტები ხშირად გვაძლევენ ფასეულ რჩევებს, შეხედულებებსა და ამიტომ უპრიანია, ჩავრთოთ ისინი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. პაციენტთა გუნდების წარმატებული თანამონაწილეობის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ დამყარდეს ურთიერთობები კრიტიკული, მაგრამ თანამშრომლური განწყობით. უკუკავშირი ზოგჯერ მტკივნეულია!

უფრო მცირე მოცულობის პრაქტიკაში (ეფუძნება მცირე რაოდენობის ადამიანთა მიერ შეტანილ წვლილს), პაციენტთა მონაწილე გუნდები გამოიყენება შემდეგი მიზნებისთვის:

•კონსულტაციურ დონეზე საჭიროებების შეფასება;
•აუდიტის პროექტები ან მზრუნველობის ხარისხის

შეფასება;
•სტატეგიული დაგეგმვა პრაქტიკის შიგნით
•ჩართულობის დონის შემდგომი გაძლიერება, მაგალითად რეგულარული საგანმანათლებლო შეხვედრების მოწყობით;
•პრაქტიკის წარმართვა ანგარიშვალდებულების მისაღებად, მაგ: შეხვედრები ყოველწლიური მოხსენების მისაღებად.

პაციენტთა პანელები (გამოკითხვა, აზრის გაგება) – გამოიყენება ჯანდაცვის ადგილობრივი გეგმების თაობაზე, მცხოვრებთა ან პაციენტების შეხედულებების დასადგენად. ისინი შედგება 10-დან 12-მდე ადამიანისგან, რომელთა შერჩევაც ხდება იმისათვის, რომ ასახონ საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკური ნაზავი. დარწმუნებულნი რომ ვიყოთ იმაში, რომ ახალი აზრი გახმიანდება; წევრებს აქვთ ფიქსირებული პირობები და მათი ჩანაცვლება ხდება ახალი პიროვნებებით წლიური პრინციპით (რაღაც პერიოდის გავლის შემდგომ). აგრეთვე, შესაძლებელია, რომ ჩატარდეს საფოსტო გამოკითხვის პანელი, მასში უფრო მეტი ადამიანია შესული, რომლებსაც დაეგზავნებათ კითხვარი, ან ტელეფონის მეშვეობით გამოიკითხებიან. ეს ბოლო ტიპის პანელი სასარგებლოა ისეთი ადამიანების თვალსაზრისის გასაგებად, რომლებიც ძნელად მისადგომ სეგმენტს წარმოადგნენ.

პანელების გამოიყენება:
•გეგმების,რესურსების განთავსებისა და დასახულ პრიორიტეტებზე ადამიანთა შეხედულებების გასაგებად
•კომპლექსური (რთული) საკითხების განსახილველად.

ფოკუსირებული გუნდები წარმოადგენს არაფორმალურ ჯგუფს, როელთაც გააჩნიათ მსგავსი მახასიათებლები და ხვდებიან იმისათვის, რომ განსაზღვრულ პრობლემებსა და საკითხებზე იმსჯელონ

და ერთმანეთს გაუზიარონ გამოცდილება, მაგალითად ართრიტით შეწუხებული ადამიანები. გუნდის წევრობა გამიზნული უნდა იყოს ადამიანთა ისეთი ჯგუფის ჩამოყალიბებაზე, რომლებიც ამ საკითხთან არიან კავშირში თუმცა, სხვა ასპექტების მხედველობაში მიღებაც უნდა მოხდეს, მათ შორის ასაკი, კულტურა, ეთნიკური წარმომავლობა, სქესი, გეგორაფიული მდებარეობა, დაავადების ან უუნარობის დონე.

ფოკუსირებული გუნდები ჩვეულებრივ, 1-2 საათით იკრიბებიან და განიხილავენ წინასწარ მომზადებულ კითხვებს, რომელიც თემასთანაა კავშირში. კარგია, თუ დამკვირვებელი სპეციალურ წრთვნებს გაიყლის იმისათვის, რომ შეძლოს განხილვების ანალიზი, დახმარებასა და მხარდაჭერას გაუწევს ამგვარ გუნდებს.

ფოკუსირებული გუნდები გამოიყენება იმისათვის რათა მოხდეს:

•საზოგადოების სხვადასხვა წევრებში სხვადასხვა სახის გამოცდილების მოპოვება, სპეციფიკური საკითხის გარშემო.

•მონაწილეთა შეხედულებებიდან ახალი ინფორმაციის მოპოვება

პაციენტი, როგორც მასწავლებელი – არის ორდონიანი პროცესი პაციენტთა ფოკუსირებული გუნდების წარმომადგენლების ჩართვა პროფესიონალებთან შეხვედრებში, რათა განხილულ იქნეს თუ რა სტრატეგია მუშაობს მათი თვალსაზრისით უკეთ და სერვისის გაუმჯობესებაზე გაუწიოს რეკომენდაციები.

პირველი ეტაპი: ფოკუსირებულ გუნდებს ან პაციენტებს, რომელთაგან თითოეული განსაზღვრულ სიტუაციაში იმყოფება, დაესმევათ შეკითხვა, თუ რამ იმუშავა მათ შემთხვევაში და რა დაეხმარათ დაავადების მართვაში. მათ უნდა შემოსთავაზონ საკუთარი მოსაზრება, თუ როგორ შეიძლება გაუმჯობესდეს მომსახურება.

მეორე ეტაპი: ფოკუსირებული გუნდების არჩეული წარმომადგენლების იდენტიფიცირება ხდება. მათ სთხოვენ, არ ისაუბრონ თავის პირად გამოცდილებაზე, არამედ თავისი გუნდის შეხედულებები გააცხონ. შემდეგ ისინი ხვდებიან ექთნებს, პროფესიონალებს ან ზოგად პრაქტიკოსებს„ასწავლიან“ მათ პაციენტის თვალსაზრისით კარგი პრაქტიკის გატარებასა და უზრუნველყოფენ საკუთარ წინადადებებს მომსახურების გაუმჯობესების შესახებ. ხდება გეგმის შეთანხმება და გადაწყვეტილების მიღება, თუ რა ნაბიჯები უნდა გადაიდგას შემდეგში. პაციენტები,როგორც მასწავლებლები შეირჩევიან,რათა:

•ნებისმიერი ქრონიკული დაავადებისთვის (ხანგრძლივი კონტაქტი მომსახურებასთან), გააუმჯობესონ მზრუნველობა და მიიღონ მეტი გამოცდილება

•კლინიკური შტატის განათლება, წვრთნა

პაციენტის გაძღოლა (მიმართულების მიცემა) ხორციელდება იქ, სადაც პაციენტი, შტატის წევრი ან მოხალისე მიუძღვება პაციენტს ჯანმრთელობისა და სოციალური მზრუნველობის სისტემაში. სასურველია, რომ „გამცილებელს“ პროცესების შესახებ ცოდნა გააჩნდეს და მისთვის მოსახერხებელი იყოს კითხვის „რატომ“ დასმა. იგი გვაწვდის ობიექტურ, თვალშისაცემ უკუკავშირს,რომელიც საჭიროა იმისათვის,რომ სხვა მიდგომებითაც მოხდეს დაბალანსება, მაგალითად მომსახურების მომწოდებელი შტატის თვალსაზრისის მოპოვებით.

გაძღოლის პროცესი შეიძლება იქნეს გამოყენებული

•რათა შედგეს პაციენტის მოძრაობის რუკა, და რეალურად იქნეს აღქმული, თუ რა ხდება პაციენტის მოგზაურობისას.

•მოხდეს მომსახურების მონიტორინგი და შეფასება

•საჭირო წრთვნების იდენტიფიცირება. მისი გამოყენება აგრეთვე, შესაძლებელია, როგორც წვრთნისა და

განვითარების იარაღი, რათა მოხდეს პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი საკითხების გამორკვევა.

პაციენტის მდგომარეობის მიმოხილვა. მიმოხილვის პროგრამა მოითხოვს ამ საკითხში სტანდარტიზებასა, და ზოგად პრაქტიკაში მის რეგულარულ გატარებას. იგი წარმოებულია შტატის მიერ, მას შემდეგ, რაც პაციენტი ექიმთან იმყოფებოდა, ან კითხვარები გაეგზავნებათ ფოსტის მეშვეობით.. მიმოხილვა მოიცავს ექთნებისა და GP-ების კომუნიკაციურ უნარებსა და საკითხებს,როგორიცაა ხელმისაწვდომობა,ინფორმაციის გაცემა, მანერები და სხვა პრაქტიკული საკითხები.

მას შემდეგ, რაც GP მიიღებს შედეგებს, ხდება პაციენტთა მცირე გუნდის მოიწვევა, რათა ისაუბრონ მიღებული შედეგების ირგვლივ საკითხებზე– რომლებიც გაუმჯობესებას საჭიროებს, იდენტიფიცირებულია, პრიორიტეტები დასახულია და გადაწყვეტილებები დაგეგმილი.

მიმოხილვები გამოიყენება:

•რათა დახმარება გაუწიონ ზოგად პრაქტიკას, მიიღონ ინფორმაცია პაციენტის მოსაზრების შესახებ,

•პაციენტებისგან მიიღონ ინფორმაცია,პაციენტთა პერსპექტივით ხარისხის გაუმჯობესების გზების შესახებ.

თანამონაწილეობის შეფასება - საჭიროებების შეფასებაა, რომელიც იყენებს როგორც ხარისხობრივ, ისე რაოდენობრივ კველევით მეთოდებს. ჩვეულებრივ, იგი ადგილობრივ მცხოვრებლებს რთავს საჭიროებების შეფასების პროცესში. ეს ტექნიკა გამოიყენება რეგიონებში. არსებული დოკუმენტაცია და სადამკვირვებლო მონაცემები, მოწოდებულია ინტერვიუებსა და დაკვირვებებზე დაყრდნობით, რათა აიგოს საზოგადოებრივი ცხოვრების სრული სურათი გეოგრაფიული მდებარეობის გათვალისწინებით.

სწრაფი შეფასება იყენებს შერჩეულ ადამიანებს,

რომელთაც კარგად იციან ეს სფერო (მოქალაქეები და პროფესიონალები) ორივე ჯგუფის დახმარების გამოყენება იმისათვის ხორციელდება, რომ მოხდეს პრობლემების იდენტიფიცირება და გადაწყვეტილებებში შესაბამისი წვლილის შეტანა. ადამიანები შერჩეულნი არიან, რათა წარმოადგინონ ამ არეალის სხვადასხვა გუნდი და მთავარი სტრატეგიაა უმცირესობათა ინტერესების გამორკვევა. ამ მიდგომის მეცნიერული ქმედითუნარიანობა ეყრდნობა „სამკუთხედის“ კონცეფციას, რომლის მიხედვითაც, ერთი წყაროდან მოპოვებული მონაცემი უნდა შეუდარდეს ორ სხვა წყაროდან მოპოვებულ მონაცემებს. სწრაფი თანამონაწილეობის შეფასება გამოიყენება იმისათვის, რომ:

•მოხდეს საზოგადოების პერსპექტივებსა და მის მთავარ საჭიროებების სწორი აღქმა, ამ მიგნებების საქმიანობაში გადმოტანა.

პრიორიტეტების დასახვა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპირალის მოდელში, განვიხილეთ პოლიტიკის შემუშავებისა და სტრატეგიის გატარების უწყვეტი და შემფასებლური ბუნება. განვიხილეთ აგრეთვე, ცვლილებების გააზრების საჭიროება ორგანიზაციისა და მოსახლეობის დონეზე და სტრატეგიებისა და გეგმების შემუშავება მათი განხორციელების მიზნით. ამას მოაქვს მენეჯმენტის გამოწვევები, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის პროფესიონალთა წინაშე დგება: **როგორ დაისახოს პრიორიტეტები.**

ლიდერობის ერთ-ერთი გამოწვევაა რთული გადაწყვეტილებების მიღება. წინა თავებში ჩვენ განვიხილეთ პრიორიტეტთა შეთანხმების საჭიროება და ის, თუ როგორ ეფუძნება ეს გადაწყვეტილებები ფასეულობებს, რესურსებსა და საჭიროებებს. ყოველთვის იდგება რთული გადაწყვეტილებების მიღების საჭიროე-

ბა, რადგანაც რესურსები შეზღუდულია. ჭეშმარიტად, ნათქვამია, რომ ბიუჯეტი უსაზღვროდ ელასტიურიც რომ იყოს, ადამიანების ჯანმრთელობის საჭიროებები და მოთხოვნები რესურსების გამოყენებას უწყვეტად გააგრძელებს. დაბერებული მოსახლეობა, ძვირადღირებული ახალი ტექნოლოგიები და სულ უფრო კარგად ინფორმირებული საზოგადოება გულისხმობს, რომ პრიორიტეტების დასახვის საჭიროება უფრო ინტენსიური გახდა. არსებულ მოთხოვნასა და რისი მიწოდების შესაძლებლობაც რეალურად არსებობს, გარდაუვალად მივყავართ გარკვეულ შეზღუდვებამდე. ის, თუ რის დაფინანსებაზეა მიღწეული შეთანხმება, დამოკიდებულია ფასეულობებზე, რწმენასა და დონეთა ცვალებადობაზე: როგორ ემკურნალობთ პაციენტებს, როგორ ვიღებთ ადგილობრივ პოლიტკურ გადაწყვეტილებებსა და როგორ ვრეაგირებთ მთავრობის პოლიტიკურ ინიციატივებზე.
ადგილობრივი გადაწყვეტილების რთული მაგალითები.

7.25 შეზღუდულ დაფინანსებაზე კონკურენტული მოთხოვნები

განვიხილოთ მაგალითი; წლის დასასრულს არსებობდა დამატებითი 100 000 ლარი ფულადი რესურსი. დაწესებულებამ მოახდინა სამი კონკურენტული არეს იდენტიფიცირება.
•კატარაქტის ოპერაციის მომლოდინეთა სია. კატარაქტის ერთი ოპერაცია ღირს 600 ლარი. ამ სფეროში ინვესტიციის განთავსება ნიშნავდა 140 ოპერაციის ჩატარებას, რომელიც მოხუცებულ ადამიანებს გაუუმჯობესებდა მხედველობას და საშუალებას მისცემდა მათ, დამოუკიდებლად ეცხოვრათ საზოგადოებაში.
•ზრდასრულები, რომლებიც ელოდებოდნენ სასმენი

იმპლანტანტის ოპერაციას. ამ სფეროში ინვესტირება გულისხმობდა, რომ ოთხი ნახევრად, ან საერთოდ სმენის არმქონე ადამიანი შეძლებდა სმენის აღდგენას. თითოეული იმპლანტაციისა და შემდგომი მოვლის ღირებულება 25 000 ლარია.

•დემენცია. 20 პაციენტს, რომელთაც ეს დაავადება აღენიშნებათ, შეეძლებათ მიიღონ მომსახურება მეხსიერების გასაუმჯობესებლად კლინიკაში და დაენიშნოთ შესაბამისი მედიკამენტი. წამლის მიღების შემდეგ 30%-ს აღენიშნება გაუმჯობესება, რაც ცხოვრების ხარისხს სხვადასხვა კუთხით გამოუსწორებთ.

რომელს აირჩევდით თქვენ?

მოცემული საკითხები შეიძლება გავრცელდეს ნებისმიერ მსჯელობაზე, როდესაც ხდება პრიორიტეტების დასახვა.

პასუხისმგებლობების გადანაწილება გადაწყვეტილებების მიღებისას განხილვისას შემდეგ კითხვებს უნდა გაეცეს პასუხი:

მთავრობა: რა ჩარჩოებია დასახული პოლიტიკაში?

ჯანდაცვის სისტემა: რა დონისაა მომსახურებები?

კლინიკოსები: რომელი მკურნალობა უნდა დაენიშნოს ამა თუ იმ პაციენტს?

კორპორაციული სექტორი: რა არის მათი სოციალური პასუხისმგებლობა?

საზოგადოება: რა პრიორიტეტებია მათთვის, მათი საზოგადოებისა და მათი ოჯახებისთვის?

ჩვენ აქ არ ჩავუღრმავდებით დეტალებს, მაგრამ შევეხებით უთანასწორობის ტენდენციას, ირაციონალურ გადაწყვეტილებებს, რომელთა მიღებაც **ეთიკური ჩარჩოს შექმნისას** ხდება. ამ ჩარჩოს განმსაზღვრელი **მთავარი ფასეულობებია ეფექტიანობა, თანასწორობა და პაციენტის არჩევანი.** რაციონალური გადაწყვეტილებები შეიძლება მიღებული იქნეს ამ ფასეულობებზე

დაყრდნობით, ხოლო კლინიკოსები და საზოგადოება აქ მთავარი მოთამაშეები არიან. მიუხედავად ამისა, მაგალითში მოცემულია დილემა, რომელსაც გარდაუვლად წააწყდებიან გადაწყვეტილების მიმღებნი.

დილემა

დასახული პრიორიტეტები – ადგილობრივი დამოუკიდებლობა
ინდივიდუალური საჭიროებები – მოსახლეობის საჭიროება
პრეცენცია (სამომავლო სარგებელი) – მკურნალობა (ახლანდელი სარგებელი)
ინოვაცია – ჩვეულება და პრაქტიკა
პროფესიონალის ხედვა – მენეჯერის პერსპექტივა
პაციენტის უპირატესობა – პროფესიონალის შეხედულება
საფუძვლიანად შემოწმებული მკურნალობის მოწოდება – კულტურის წარმართვა.

ამ სირთულეებთან გამკლავებისას, არსებითია, რომ პროცედურათა სამართლიანობა და ღია გამჭირვალობა პროცესებს დაედოს საფუძვლად, სადაც ყველა: ხალხი, პროფესიონალები, პოლიტიკოსები და მენეჯერები მონაწილეობენ. საჭიროა ღია დებატების გამართვა ამგვარ გადაწყვეტილებათა მიღების ჩარჩო პირობების მიღება და აღიარება, რომ სრულყოფილი არცერთი გადაწყვეტილება არაა.

7.26 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოქმედებათა გატარება

ჯანდაცვაში არსებული საჭიროებებისა და ჯანდაცვის გავლენის შეფასებაზე პასუხისმგებლობის აღება

ჯანდაცვის მომსახურებათა საჭიროებების შეფასება არის მოსახლეობაში ჯერ დაუკმაყოფილებელი ჯანმრთელობისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის

საჭიროებათა იდენტიფიცირების სისტემატური მეთოდი, რათა შემდეგ, ამ მოთხოვნების დაკმაყოფილება მოხდეს. ტერმინი აღწერს მიდგომებს, თუ როგორ უნდა მოხდეს ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროებათა გაგება. ჯანმრთელობის საჭიროებები წარმოადგენს იმ საჭიროებებს, რომელთაც სარგებელი შეუძლია მოიტანონ მომსახურების ან ინტერვენციის განხორციელებით მომსახურების გზაზე (ჯანმრთელობის დაცვა, ჯანმრთელობის შესახებ განათლება, დაავადებათა პრევენცია, დიაგნოზირება, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, პალიატიური ზრუნვა). არსებობს საჭიროებათა შეფასების სამი ელემენტი, ესენია:

•ხელმისაწვდომი მომსახურებების იდენტიფიცირება;
•არსებული პრობლემის მასშტაბების გაგება;
•იდენტიფიცირება, თუ რა გადაჭრის ამ პრობლემას (რა აქცევს მომსახურებას ეფექტიანად, ეფექტურად, თანასწორად, შესაფერისად, ხელმისაწვდომად და მისაღებად).

საჭიროებების შეფასებისას, ეს სამივე ელემენტი უნდა იყოს წარმოდგენილი. არცერთ მათგანს, დანარჩენ სამ ელემენტთან უპირატესობა არ გააჩნია.

ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება მხოლოდ ცუდი ჯანმრთელობის გაზომვის მეთოდი არ უნდა იყოს. აქ მნიშვნელოვანი საკითხია ის, რომ შესაძლებელია, რაიმე გაკეთდეს ამ ცუდ ჯანმრთელობასთან გასამკლავებლად. ჯანმრთელობის საჭიროებების განსაზღვრა სიმძლავრეში გამოხატული სარგებლით, ხაზს უსვამს ჯანდაცვის ინტერვენციების ეფექტურობის მნიშვნელოვნობას და დასკვნას აკეთებს, თუ რა სარგებლის მიღება მოხერხდა.

ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება ცდილობს რეალური საჭიროებების იდენტიფიცირებას უფრო, ვიდრე გამოთქმული მოთხოვნებისა და საჭიროებებისას.

საჭიროება და მოთხოვნა

საჭიროება ხშირად განსაზღვრულია, როგორც **სარგებლის მოსატანად გამიზნული სიმძლავრე.** თუ ჯანდაცვის საჭიროებების იდენტიფიცირება უნდა მოხდეს, ეფექტური ინტერვენცია ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, რომ დააკმაყოფილოს ეს საჭიროებები და გააუმჯობესოს ჯანდაცვა. არანაირი სარგებელი არ იქნება ინტერვენციით მოტანილი, თუ არ არსებობს საკმარისი რესურსი მის გასატარებლად, ან თუ იგი ეფექტური არაა.

საჭიროება შემდეგნაირად შეგვიძლია აღვწეროთ:

საჭიროებები, რომელთაც ვგრძნობთ (ასევე სურვილებსაც უწოდებენ): რომელთაც ადამიანები მიიჩნევენ, ან ამბობენ, რომ სჭირდებათ

საჭიროებები, რომელთაც გამოვხატავთ (აგრეთვე, ეწოდება მოთხოვნა): მოქმედებით გამოხატული საჭიროება, მაგ. ექიმთან ვიზიტი.

ნორმატიული საჭიროება: რომელიც ჯანდაცვის პროფესიონალთა მიერაა განსაზღვრული, როგორც საჭირო.

საჭიროებების შეფასება მოითხოვს ორ მიდგომას:

•რაოდენობრივი მიდგომა, რომელიც იყენებს ეპიდემიოლოგიასა და რენტაბელურობის დამადასტურებელ ფაქტებს: იგი მოიცავს საზოგადოებაში დაავადების ტვირთის ან ჯანმრთელობის დეტერმინანტის შეფასებას. აგრეთვე, არსებული მომსახურებების მიმოხილვას და მათი ეფექტურობისა და რენტაბელურობის იდენტიფიცირებას.

•ხარისხობრივი (ზოგჯერ კორპორატიულსაც უწოდებენ): იგი აერთიანებს დაინტერესებული მხარეების შეხედულებებს, მაგ: საზოგადოება, წარმომადგენლობითი გუნდები, პროფესიონალები გაერთიანებულნი ფოკუსირებულსა და სადამკვირვებლო გუნდებში, მოთხოვნის საზომს იძლევა.

ჯანდაცვის მუშაკები, ჩვეულებრივ, საჭიროებებს განიხილავენ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მომსახურებათა იმ პირობებში, რომელთა გაწევაც მათ შეუძლიათ (ნორმატიული საჭიროებები). მიუხედავად ამისა, საზოგადოებას შეიძლება განსხვავებული შეხედულებები გააჩნდეს იმის თაობაზე, თუ კერძოდ, რა მომსახურებას ეძებენ ისინი და რა არის მათი მოთხოვნა. ჯანდაცვის საჭიროებები აერთიანებს ჯანმრთელობის უფრო ფართო სოციალურსა და გარემო დეტერმინანტებს, როგორიცაა განათლება, დასაქმება, კვება, თავშესაფარი. ზოგჯერ საზოგადოების საჭიროებების აღმოჩენა ხდება თანამონაწილეობით, შეფასებით, რომელიც საზოგადოებათა შეხედულებების, პრიორიტეტებისა და მათი საზრუნავის გამოკვეთის გზაა.

კითხვები, რომელზეც პასუხის გაცემა ჯანდაცვის საჭიროებათა შეფასების ფორმალურ პროექტზე ხდება

1.რაში მდგომარეობს პრობლემა? მოსახლეობის განსაზღვრულ გუნდში მოხდეს ჯანდაცვის პრობლემათა იდენტიფიცირება,.
2.როგორია პრობლემის მასშტაბები და ბუნება? მოსახლეობაში ჯანმრთელობის სტატუსის შეფასების ჩატარება, რომელიც უნდა მოიცავდეს როგორც ცუდი ჯანმრთელობის მქონე ადგილებს, ისე პოტენციური გამოჯანმრთელების შესაძლებლობებს.
3.რომლებია ამ ეტაპზე შემოთავაზებული მომსახურებანი? მოხდეს არსებული მომსახურებების იდენტიფიცირება და გატარდეს ინტერვენციული ღონისძიებები, მათ შორის, სადაც მართებულია, მოხდეს მომსახურებათა მიზნების შემუშავება, ხარისხის, ეფექტურობისა და ეფექტიანობის განსაზღვრა.
4.რა სურთ პაციენტებს, პროფესიონალებსა და დანარ-

ჩენ მოწილეებს? მოხდეს მთელი რიგი ინტერესების მოსმენა და კონსულტაციების ჩატარება.
5.რომელია ყველაზე შესაფერისი და რენტაბელური გადაწყვეტილება? მოხდეს ინტერვენციათა იდენტიფიცირება,მეცნიერული ცოდნის მიმოხილვით. მოხდეს ინფორმაციის მოპოვება და შეფასება.
6.რა რესურსებია ჩართული? საჭიროებათა დაკმაყოფილების კონკურენტულ გზებს შორის არჩევანის გაკეთება(კონკურენტული ინტერვენციები)და მოხდეს გადაწყვეტილების მიღება კონკურენტული პრიორიტეტების განსაზღვრაზე – რესურსები ხომ მუდამ შეზღუდულია.
7.რა რეკომენდაციები და გეგმებია მათ გასატარებლად?
8.საჭიროებების შეფასება იძლევა იმის იმედს, რომ შესაფერისი ცვლილებებია გატარებული? მოხდეს გაუმჯობესებული ჯანმრთელობის იდენტიფიცირება.

7. 27 გაელენის შეფასება ჯანდაცვაზე

გაელენის შეფასება არის ტექნიკა, რომელიც საზოგადოების ჯანმრთელობის პროექტის (მაგ. გზის ახალი კონსტრუქცია), პროგრამების (მაგ. აშკარა საწყისი) ან პოლიტიკის (მაგ. სექსუალური ჯანმრთელობის ადგილობრივი სტრატეგია) გაელენის შესაფასებლად გამოიყენება. იგი ზოგადად გამოიყენება, ეროვნული სისტემის მიღმა არსებული პოლიტიკისა და პროგრამების გასაცნობად, რომლებიც გამომდინარეობს ადგილობრივი ხელისუფლებიდან, რეგიონალური ან ეროვნული მთავრობებისგან, მაგრამ გაელენას ახდენენ ადგილობრიე მოსახლეობაზე. ასევე იგეგმება, ჯანდაცვის სხვადასხვა განყოფილებების მიერ აღებული პასუხისმგებლობა, როდესაც, მაგალითად, ჯანდაცვის ახალი ცენტრის განვითარება, ან

ქირურგიული განყოფილების დახურვა ხდება. შეფასების ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია თანასწორობა.

შეფასება განვითარებადი პროცესია, რომელიც იყენებს რიგ მეთოდებსა და მიდგომებს, რომ დახმარება გასწიოს პოტენციალის იდენტიფიცირებასა და განხილვაში, ან განიხილოს მოცემული მოსახლეობისთვის არსებული შემოთავაზება ჯანდაცვისა და თანასწორობის კუთხით. ეს არ უნდა იყოს სამუშაო საავარჯიშო, რადგანაც პროექტის გავლენით ფორმირებული მოსახლეობის შეხედულებები, პროგრამა ან პოლიტიკა, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული და უნდა მოხდეს მისი გათვალისწინება. როგორც ჯანდაცვის საჭიროებათა შეფასება, ისიც აერთიანებს მეცნიერულ, რაოდენობრივსა და ხარისხობრივ მაჩვენებლებს ადგილობრივ მონაცემებთან და მონაწილეთა ცოდნასა და შეხედულებებთან. იგი ქმნის პროექტის მენეჯმენტის, კვლევისა და შეფასების ელემენტებს.

შეფასება ყურადღებას ამახვილებს ჯანმრთელობის ფაქტორების პოტენციურ გავლენებზე სისტემატურად, რასაც შეიძლება უდიდესი გავლენა ქონდეს პროგრამებისა და პოლიტიკის შემოთავაზებებზე. დეტერმინანტთა ის ტიპები, რომლებიც ჯანდაცვის გავლენის შეფასების მეშვეობით ტარდება, მოცემულია ცხრილში. პირველად მზრუნველობაზე გავლენის მოხდენა და მისი საქმიანობაში ჩართვა რამდენიმე გზითაა შესაძლებელი. პრაქტიკოსი კადრის განსწავლა შეიძლება, რათა მათ დახმარება გაუწიონ ჯანდაცვის გავლენის შეფასების პროცესს. პაციენტებსა და თანამშრომლებს კონსულტაციას გაუწევენ, როგორც საზოგადოების წევრებს. შეფასებული პროექტის ტიპიდან გამომდინარე, შესაძლებელი გახდება პირველადი მზრუნველობის ხელმისაწვდომობასა და მის ხარისხზე გავლენის მოხდენა.

7.28 ჯანმრთელობის გავლენის შეფასებისას აღმოჩენილი დეტერმინანტები

ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის მქონე კატეგორიები: კერძო და ოჯახური გარემო

განსაზღვრული დეტერმინანტების მაგალითები: ოჯახის სტრუქტურა და ფუნქციონირება,პირველადი,მეორეული,ზრდასრულთა განათლება,სამსახური,უმუშევრობა, შემოსავალი, სარისკო ქცევები, დიეტა, მოწევა, ალკოჰოლი,ნარკომანია,ვარჯიშები,აღდგენა,მიმოსვლის საშუალებები (ველოსიპედი, ავტომანქანის მფლობელი)

ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის მქონე კატეგორიები: სოციალური გარემო

განსაზღვრული დეტერმინანტების მაგალითები: კულტურა, მუდმივი ყურადღების გამახვილება, დისკრიმინაცია, სოციალური მხარდაჭერა, ურთიერთობები (სამეზობლო, სოციალური ქსელი, იზოლაცია), საზოგადოება/კულტურა, სულიერი მონაწილეობა, დანაშაული.

ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის მქონე კატეგორიები: ფიზიკური გარემო

განსაზღვრული დეტერმინანტების მაგალითები: ჰაერი, წყალი, საცხოვრებელი პირობები, სამუშაო პირობები, ხმაური, სუნი, ხედი, საზოგადოებრივი უსაფრთხოება, სამოქალაქო გარემო, მაღაზიები (მდებარეობა/სახეობ, /ხარისხი), კომუნიკაციები (გზები, ლიანდაგები), მიწის გამოყენება, ელ. ენერგია, ადგილობრივი, გარემო მახასიათებლები.

ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის მქონე კატეგორიები: საზაოგადოებრივი მომსახურებანი და საჯარო პოლიტიკა.

განსაზღვრული დეტერმინანტების მაგალითები: პირველად/საზოგადოებრივ,მეორად ჯანდაცვის მზრუნველობის,ბავშვებზე ზრუნვის, სოციალური მომსახურებების, დასვენების, მუშაობის, საზოგადოებრივი ტრასპორტის,

კანონისა და წესრიგის, ჯანმრთელობასთან კავშირში მყოფი სხვა საზოგადოებრივი მომსახურების, არასავალდებულო სააგენტოები და მომსახურების შესაძლებლობა, თანასწორობა და დემოკრატია საზოგადოებრივ პოლიტიკაში.

7.29 ცვლილებების დაგეგმვა

ახალი მომსახურებების ან არსებულ მომსახურებებში ცვლილებების შემოტანის პროცესი ძალზე რთულია. ადამიანთა უმრავლესობა საწყის ეტაპზე ეწინააღმდეგება ცვლილებებს იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ეს ცვლილებები სარგებლის მომტანია მათთვის. ცვლილებების მთლიანი პროცესი მდგომარეობს იმაში, რომ ადამიანებს დაეხმაროს ორგანიზაციის ან სისტემის შიგნით შეცვალონ მუშაობისა და, მის გარეთ, სხვებთან თანამშრომლობის მეთოდები. დაგეგმვისა და მართვის უნარი ლიდერობის მთავარი მახასიათებელია. სტრატეგიის შემუშავების პროცესს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მთელი რიგი უნარებისა და იარაღების გამოყენება შემოაქვს. სამუშაო ყურადღებას ამახვილებს პარტნიორების, პაციენტებისა და საზოგადოების მიერ ვალდებულებების აღების პროცესზე და აქ არსებული ბარიერების გადალახვაზე. საბოლოო დოკუმენტი იმდენად სარგებლიანი იქნება, რამდენადაც კარგად მოხდება ვალდებულებების გადანაწილება. **კითხვები, რომელზე პასუხის გაცემაც უნდა მოხდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების გასატარებლი სტრატეგიის შემუშავებისას**

სად ვიმყოფებით ახლა?

ადგილობრივი საჭიროებების შეფასება მხედველობაში თუ იღებს ადგილობრივ და საერთაშორ-

ისო სტრატეგიებსა და ადგილობრივი მოსახლეობის შეხედულებებს.

სად გვინდა ვიმყოფებოდეთ?

ნათლად იყოს დასახული მიზნები და სასურველი შედეგები. განისაზღვროს ადგილობრივი სტანდარტები და შემუშავდეს მისი მხარდაჭერისა და მიზნების მიღწევის ინდიკატორები.

როგორ ჩავრთავთ საქმიანობაში პაციენტებსა და საზოგადოებას?

გარკვევით განისაზღვროს, თუ რატომაა საჭირო და როგორ უნდა მოხდეს ადამიანების ჩართვა ამ პროცესებში. სტრატეგიის ყველა ეტაპზე, სადაც კი ამის შესაძლებლობაა, უნდა მოხდეს პაციენტებისა და საზოგადოების ჩართვა. მოხდეს ბარიერთა განსაზღვრა, რათა გატარდეს ცვლილებები.

როგორ უნდა მოხდეს პარტნიორების ეფექტურად ჩართვა და მათთან კომუნიკაცია?

პარტნიორ ორგანიზაციებში ჩაერთოს ყველა, ვისზეც დასახულ სტრატეგიას ექნება გავლენა – კლინიკოსები, მენეჯერები და სხვა წარმომადგენლები.

მოხდეს იდენტიფიცირება, ვინ იქნება მხარდამჭერი და ვინ მოწინააღმდეგე. შემუშავდეს მოწინააღმდეგეთა დაძლევის მიდგომები. მუშაობის მსვლელობისას ჩართულ მხარეებთან შენარჩუნდეს კონტაქტი.

როგორ შევძლებთ, ცვლილებების განხორციელებას?

ცვლილებათა დაცვა სამუშაოს საზრუნავია და საჭიროა მისი გატარება დაგეგმვის ეტაპზე. აუცილებელი ცვლილებების, რესურსთა გამოყენების შეფასების აღწერა მოცემული უნდა იყოს. მაგ. ახალი მომსახურების შესრულება უნდა მოხდეს გამჭირვალე და ჩამოყალიბებული ფინანსური გეგმით.

როგორ მივხვდებით, რომ ის გავაკეთეთ რისი გაკეთებაც გვინდოდა?

შეფასდეს გავლენა, მოხდეს მიღწევების დემონსტრირება (არსებულ სტანდარტებთან და მიზნებთან მიმართებით), რაც მოხდება რუტინული მონაცემებისა და სპეციალური კვლევების მონიტორინგით, მათ შორის საზოგადოების, პაციენტების გამოკითხვაზე დაყრდნობით.

როგორ შევძლებთ, რომ ცვლილება იქცეს მიღებულ წარმატებულ პრაქტიკად?

პრაქტიკაში განხორციელებული წარმატებული ცვლილებების შენარჩუნებაა საჭირო და, დარწმუნებულნი უნდა ვიყოთ, რომ იგი იქცა რუტინულ პრაქტიკად. რადგანაც, ადამიანებში არსებობს ტენდენცია, დაუბრუნდნენ მუშაობის ჩვეულსა და ძველებურ სტილს.

რაც მოითხოვს იმას, რომ ინდივიდებმა შეცვალონ ის გზები, რომლით სელასაც შეჩვეულები იყვნენ. უწყვეტი განათლება და შესაფერისი მენეჯერული სტრატეგიები, ისევე როგორც იმის კარგად გააზრება, თუ როგორ უნდა მოხდეს ცვლილებების მართვა, ძალზე ეფექტურია.

ეს პროცესი შეიძლება მოითხოვდეს სამუშაო გარემოს უწყვეტ ცვლილებებს მონიტორინგისა და აუდიტის პროცესთან რეგულარული უკუკავშირით, რათა ადამიანებმა აღარ ისურვონ ძველ პარტნიორებთან დაბრუნება.

7.30 ცვლილებათა ფსიქოლოგია

ცვლილებების საფუძველი არის ადამიანთა მართვა და მათი რეაქციების გააზრება, რაც შეუფასებლად ძვირფასია. ევერეტ როჯერის კლასიკური მოდელი, თუ როგორ რეაგირებენ ადმიანები ინოვაციებზე, გვეხმარება გავიაზროთ სხვადასხვა ადამიანის შესაძლო პასუხი ცვლილებაზე. იგი ეფუძნება დაკვირვებებს, თუ როგორ მიიღეს ფერმერებმა ჰიბრიდული ჯიშის თეს-

ლი. მოდელი აღწერს ინოვაციის მიღების განსხვავებულ მაჩვენებლებს, პროდუქციის პრომოციისთვის და ადამიანებს ანიჭებს გარკვეულ სახელს მათი რეაქციის მიხედვით. მოდელი აღწერდა „დაგვიანებით მიმღებთ“ და „მოუქნელებს“. მაგრამ ეს ტერმინი დამამცირებლად ჟღერს, როდესაც რეალურად შეიძლება არსებობდეს მიზეზი, თუ რატომ არ ხდება ინოვაციების მიღება. ინოვაციის შემოტანიდან რამდენად მალე მოხდება ინოვაციის მიღება,მაგალითად,ექიმებმა უნდა გამოუწერონ ახალი და, წესისამებრ უფრო ძვირადღირებული ინჰალატორი ასთმის სამკურნალოდ?

ინდივიდების „შეცვლის ტიპი“ შეიძლება დამოკიდებული იყოს თვით ამ განსაზღვრულ ცვლილებაზე, რომლის მიღებასაც ინდივიდს სთხოვენ. ეს დამოკიდებულია აღქმულ სარგებლიანობაზე, აღქმულ დაბრკოლებებსა და ცვლილებების გატარების მოტივაციაზე. ადამიანები უფრო იოლად იღებენ სიახლეებს, რომლებიც:

•ძველ იდეებთან შედარებით მეტ უპირატესობას ფლობს;
•მიმღები მხარისთვის არსებულ ფასეულობათა სისტემასთან შედარების შესაძლებლობას ფლობენ;
•მზა სახითაა და იოლად გასაგებია მიმღებთათვის (არაა გართულებული)
•ცვლილების გამოხატვა შესაძლებელია ლიმიტირებული საფუძვლებით (ილად გამოსაცდელი)
•სადაც ინოვაციის შედეგები, სხვა პოტენციურ მიმღებთათვის უფრო ადვილად შესამჩნევია

ფარმაცევტული კომპანიები GP-თან მიდგომებში ამ მოდელს იყენებენ. ადგილობრივი გაყიდვების წარმომადგენლებს აქვთ ინფორმაცია GP არის „ადრეული მიმღები“, თუ არა, რაც წინა გამოცდილებაზე დაყრდნობით ხდება. ადრეული მიმღებნი ხშირად ლიდერები არიან საზოგადოებაში შეხედულების ჩამოყალიბება-

ში. პრომოციის ადრეული პროცესისას, პერსონალური ვიზიტები ხორციელდება სწორედ ასეთი GP-ებთან, როდესაც ინოვაციის „დაგვიანებით მიმღებთ“ შეიძლება მხოლოდ დაეგზავნოთ საინფორმაციო ბუკლეტები, რადგანაც ეს უკანასკნელნი არც კი განიხილავენ ცვლილების გატარების შესაძლებლობას, სანამ მათი კოლეგების 80% არ მიიღებს ახალ პროდუქტს.

ნებისმიერი, ვინც გეგმავს ცვლილების გატარებას, ეძებს **„მოკარნახეს “**. ეს არის იდეის გასატარებლად სასურველი მომენტის შერჩევა, საიდანაც უჩვეულო ჩვეულად იქცევა და დამკვიდრდება. ამის დანახვა ცხოვრების უამრავ სფეროში შეგიძლიათ, მაგალითად ახალი ტექნოლოგიები, როგორიცაა მობილური ტელეფონების დამკვიდრება, მოდური ტანსაცმელი და ფეხსაცმელი, წიგნები ან სატელევიზიო პროგრამები, ხშირად იქცევიან **მოკარნახე წერტილად,** რომ მთავრობას მიეღო შესაბამისი ზომები. ფარმაცევტული ინდუსტრია ეძებს ამგვარ წერტილს, რათა GP-ს შესთავაზოს ხელთ არსებული ახალი პროდუქტი და დანიშნულების გამოწერისას სწორედ ეს მედიკამენტი არჩიონ, ან თავად მომხმარებლებს უბიძგონ შეიძინოს მათი წამალი. ქცევის ცვლილებები, ერთგვარად, გადამდები ხასიათისაა, როგორც ინფექციური დაავადება, სოციალური ეპიდემია. ინოვაციის დიფუზიის მოდელის გამოყენებისას, „მოკარნახე წერტილი“ (პუნქტი) ადრეულ მიმღებთა და უმრავლეობას შორის მდებარეობს. იგი თანაბრად ეხება ქცევის ცვლილებას როგორც პროფესიონალთა, ისე საზოგადოების შიგნით.

იგივე ტექნიკის გამოყენებაა შესაძლებელი შტატთან, როდესაც მათ მიერ ცვლილებათა პროცესის გაცლა ხდება. მნიშვნელოვანია ცვლილებათა ტიპებისა და შეხედულების ლიდერთა იდენტიფიცირება. ოპონენტთა აზრების ცოდნაც ძალზე მნიშვნელოვანია,

რადგან თუ მოხდება მათი გადარწმუნება, ოპონენტები ცვლილებების გატარების შეუფასებელ დამცველებად იქცევიან. ცვლილებებზე ადამიანთა ფსიქოლოგიური რეაქციის გაგება მთავარი დამხმარეა, მათ შორის, არსებული წინააღმდეგობის გადალახვაში.

მონაწილეთა ანალიზი ცვლილებების გატარების პროცესის მნიშვნელოვანი ნაწილია, რადგანაც ისინი, ძალისხმევის გასაწევად, პრიორიტეტების დასახვაში დიდ დახმარებას ეწევიან. მონაწილეთა მიერ გაწეული ანალიზის მაგალითი მარტივი მატრიცის სახით მოცემულია ნახაზში. მნიშვნელოვანია მთავარი მონაწილის იდენტიფიცირება, მაგალითად, იმ მონაწილეებისა, რომლებზედაც ცვლილებებს ყველაზე მეტი გავლენა აქვს, ან რომელთაც მნიშვნელოვანი გავლენა გააჩნიათ სტრატეგიის ჩამოყალიბებასა და მის გატარებაზე. იმის გაგება, თუ რამდენად შეუძლია დახმარების გაწევა თითოეულ მონაწილეს, შემდგომში დაგეხმარებათ მიდგომის მოდიფიცირებასა და მათი საქმიანობაში ჩართვის პროცესში.

•ჩართვა. მონაწილე, რომელიც პოზიციის მომხრეა. ძალზე მნიშვნელოვანია მათი მჭიდრო თანამონაწილეობა და მომუშავე გუნდთან თანამშრომლობა;

•მართვა. მონაწილენი, რომლებიც ძალზე მნიშვნელოვან პოზიციას ფლობენ, მაგრამ მხარდამჭერთა რიგში არ არიან. უნდა მოხდეს ინტენსიური მცდელობები, მათი მხარდაჭერის დონის ასამაღლებლად. ამისათვის, უნდა განისაზღვროს ის სარგებლიანობა, რისი შემოთავაზებაც ამ პროექტს უშუალოდ მათთვის შეუძლია და მოხდეს იმის იდენტიფიცირება, როგორ "მივყიდოთ" ეს სარგებელი მათ.

•ადიარება (მიღება). მონაწილენი, რომლებიც მხარდამჭერთა პოზიციაში არიან, მაგრამ ნაკლები მნიშვნელობისანი (მათი გავლენის გამო), უნდა იქნენ მიღებულნი, მა-

გრამ შესაბამისად შემდგომში უნდა მოხდეს მათი მართვა.

•მონიტორინგი. მონაწილენი, რომელთაც ნეიტრალური პოზიცია გააჩნიათ. უნდა მოხდეს მათზე მონიტორინგის განხორციელება, რათა მათი მიდგომის დონე ამ საკითხისადმი არ შეიცვალოს და გუნდის მთლიანობა არ დაარღვიონ..

სტრატეგიაზე დაკვირვების სახელმძღვანელო მატრიცის ორჯერ შედგენა უწევს რეკომენდაციას – ერთხელ უნდა იქნეს განხილული თითოეული მონაწილის გავლენის ხარისხი, ხოლო მეორედ კი განისაზღვროს ხარისხი,რომელიც თითოეულს მიენიჭა ამ სტრატეგიის შიგნით. პირველი მატრიცა მონაწილეთა მიერ შესყიდვების დონის დადგენას ახდენს, ხოლო მეორე კი უკვე სტრატეგიის ჭეშმარიტ მომხმარებლეზე ფოკუსირებს.

7. 31 იარაღები და ტექნიკა, რომელიც პროფესიონალებს შეცვლაში ეხმარება

სისტემათა, სტრუქტურებისა და კულტურის ცვლილებას საფუძვლად უდევს ამ ორგანიზაციების შიგნით ადამიანების ქცევის ცვლილება. არსებობს ცოდნის ორგანო, რომელიც პროფესიონალ შტატს მათი მუშაობის შესრულების სტილის ცვლილებაში ეხმარება.

ჯანმრთელობაზე მზრუნველ პროფესიონალთა ქცევაში ცვლილებების გატარების დასაცავად მრავალი მიდგომა არსებობს, მათ შორის:

•ხელმძღვანელობის გაფართოება
•ლიდერი ადგილობრივი მოსაზრებებით
•კლინიკური აუდიტი და უკუკავშირი
•განათლების გავრცელების არეალი
•უწყვეტი პროფესიული განვითარება
•პაციენტის შუამავლობის მიდგომა
•პაციენტის სპეციფიკური შემახსენებლები

•ფინანსური ბერკეტები/კონტრაქტების გაფორმება.

ეფექტიანობის მიმოხილვამ მოგვცა დასკვნა, რომ ინტერვენციათა უმრავლესობა ეფექტურია ზოგიერთი გარემოებისას და, არცერთი მათგანი არაა ეფექტური ნებისმიერ გარემოებაში. ინდივიდთა და კონტექსტის სადიაგნოსტიკო ანალიზი უნდა ჩატარდეს, სანამ შეირჩეოდეს ინდივიდუალური პრაქტიკოსის ქცევის ცვლილების მეთოდი.

პოტენციური ბარიერის შეფასებაზე დაფუძნებუ ლი ინტერვენცია უფრო ეფექტური უნდა იყოს.

პროფესიული ქცევის შეცვლის მიზნით ინტერვენციის ეფექტურობის დამადასტურებელი ფაქტები

კარგი ფაქტების მხარდასაჭერად:

•მრავალმხრივი ინტერვენცია. სხვადასხვა ბარიერების მიზანში ამოღება, რათა მოხდეს ცვლილებების გატარება, ეს უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთჯერადი და ცალმხრივი ინტერვენცია.

•განათლების გავრცელების არეალის გაფართოება.

•შეხსენების სიტემები. ზოგადად, ეფექტურია მთელი რიგი ქცევებისას.

არსებობს შერეული ეფექტები შემდეგ სფეროებში:

•აუდიტი და უკუკავშირი. მისი გამოყენება შერჩევით უნდა მოხდეს.

•შეხედულებათა ლიდერები. მათი გამოყენება შერჩევით უნდა მოხდეს.

ნაკლები დამადასტურებელი ფაქტები არსებობს იმისათვის, რომ მხარი დაეჭიროს:

•სახელმძღვანელოთა პასიური გავრცელება.

არსებობს ზოგიერთი დამადასტურებელი ფაქტი, რომ გამოყენებულ იქნეს სახელმძღვანელოები, თუ ისინი მორგებულია ადგილობრივ საჭიროებებსა და შემახსენებლებთან ერთადაა გამოყენებული.

დავეხმაროთ ადამიანებს ცვლილებებისას

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზოგიერთ პროგრამას შეუძლია სარგებელი მოუტანოს ადამიანებს ისე, რომ არ იყოს საჭირო მათი შეცვლა (მაგ, სუფთა წყლით მომარაგება). მიუხედავად ამისა, უამრავი პრევენციული პროექტი მოითხოვს საზოგადოებასა და პაციენტების ქცევაში რაღაც ცვლილებების გატარებას. თუ პირველადი მზრუნველობის გუნდის წევრებს არ გააჩნიათ შესაბამისი უნარები, რომ მათ ქცევის ცვლილებაში დაეხმარონ, პროგრამის მიზნები შეიძლება შეფერხდეს.

ცოდნას ყოველთვის არ მიეყავართ „სწორ" ქცევამდე. მაგალითად, უამრავმა მძღოლმა, რომელიც არ იკრავს უსაფრთხოების ღვედებს, იცის რა ემართება ავარიის შემთხვევაში, ასეთ მძღოლს. ერთია ცოდნა, ხოლო სხვაა მისი შესაბამისი ქცევა, ეს ორი ცნება შეიძლება ერთმანეთს აცდეს უამრავი მიზეზით.

რატომ შეიძლება არ იცვლებოდეს ქცევები ?

•ამჟამინდელი ქცევის გამო მიღებული კმაყოფილება
•ცვლილებების სარგებელი ძალზე შორეულია
•სოციალური სიღარიბის ზეწოლა
•რწმენა, რომ ცვლილებას შედეგი არ ექნება
•რწმენა, რომ „მე ვერ შევიცვლები".

ქცევებით უნდა ხდებოდეს რაიმე სახით კმაყოფილების მიღება. ეს კმაყოფილება აფერხებს ცვლილებებს. მაგალითად, მწეველი სიამოვნებას იღებს მოწევით იმ მომენტში; ეს ჯილდო საკმაოდ დიდია, რომ გადაფაროს ხველის ან სუნთქვის უკმარისობის ნეგატიური ეფექტები. ჯანმრთელობისათვის სარისკო უამრავი ქცევას, არ გააჩნია ზეწოლის განმახორციელებელი დაუყოვნებელი ეფექტი. დაავადების გრძელვადიანი რისკი ძალზე შორსაა, რომ საკმარისი აღმოჩნდეს ქცევათა ცვლილების მოტივირებისთვის. ინდივიდისთვის შეიძლება რთული აღმოჩნდეს ქცევის შეცვლა, იმ დროს, როდესაც მას უწევს ამისათვის გუნდს გამო-

ეყოს. თუ პიროვნების თანამშრომლები სადილობისას ალკოჰოლურ სასმელებს სვამენ, რთულია, მხოლოდ ამ პიროვნებამ შეძლოს და თავი შეიკავოს ალკოჰოლის მიღებისგან. ინდივიდი შეიძლება დაგვთანხმდეს, რომ კბილის გამოხეხვა ამცირებს კბილის დაზიანებას და უელის ღრძილებს, მაგრამ შეიძლება შეგვეკამათოს და ამტკიცებდეს: „ჩემ შემთხვევაში დიდი ეფექტი ამას არ ექნება, ჩემი ოჯახის წევრებს ყოველთვის ცუდი კბილები ქონდათ". და ბოლოს, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მოხდა ყველა დანარჩენი არგუმენტის გადალახვა, პიროვნება შეიძლება მაინც მიიჩნევდეს, რომ მას არ შეუძლია შეცვლა. „მე არ გამაჩნია ნებისყოფა"; „მე უკვე სამჯერ ვცადე მოწევის შეწყვეტა".

ადამიანებისთვის იმის თქმა, თუ რა არის მათთვის კარგი არ წარმოადგენს ეფექტურ სტრატეგიას.

7.32 "თვითეფექტიანობა"

ქცევათა ცვლილებების განსახორციელებლად ოთხი წინაპირობაა აუცილებელი.

•თავად უნდა გინდოდეთ შეცვლა
•გჯეროდეთ, რომ შეძლებთ
•გწამდეთ, რომ ცვლილება მოიტანს სასურველ ეფექტს
•იცოდეთ, როგორ უნდა შეიცვალოთ.

თვითეფექტიანობა ნიშნავს, დარწმუნებული იყო საკუთარ უნარსა და ძალებში. მცირე თვითშეფასების მქონე პაციენტთათვის რთულია შეცვლა, რადგან ნაკლები თვითდაჯერებულობა აქვთ თავის ძალებში და ვერ განსაზღვრავენ, რას შეიძლება ელოდნენ. თვითეფექტურობა ძალზე ახლოკავშირშია თავდაჯერებულობასთან და თვითდაფასებასთან. როდესაც პაციენტს გააჩნია დაბალი თვითეფექტურობა, უნდა დაეხმაროთ მის ამაღლებაში.

ამის გაკეთება შეიძლება შემდეგი მეთოდების გამოყენებით:

•სხვის მიერ მიღებული გამოცდილება. შევეცადოთ, დავეხმაროთ პაციენტს,ახსოვდეს ან სცნოს ვინმე სხვა პიროვნების მიერ წარმატებით განხორციელებული ცვლილება. „თუ მან შეძლო, ე.ი. მეც შემიძლია ეს“.

•სიტყვიერი დარწმუნება. ეს შეიძლება მოიცავდეს პაციენტისადმი ნდობის გამოხატვას (დარწმუნებული ვარ შენ ამას შეძლებ), ან დავეხმაროთ პაციენტს წარსული წარმატების აღიარებაში (თუ შეძელით ახალი სამსახურისთვის აუცილებელი წრთვნის წარმატებით გავლა, თქვენ უამრავი რამ შეგიძლიათ).

•წარმატებული პრაქტიკა. წარმატება ამრავლებს და აძლიერებს რწმენას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ დაბალი თვითშეფასების პიროვნებას აღარ შეხვდეს ისეთი გამოცდილების გადატანის აუცილებლობა, რაც გააძლიერებს მის დაბალ თვითწარმოდგენას.

•მიღწევადი მიზნები. ზეამბიციური მიზნები უნდა დაემატოს პაციენტის მიღწევებსა თუ წარუმატებლობას. რეალური, გაზომვადი მიზნების დასახვა წინასწარვე მეტ შანს იძლევა, რომ წარმატებით განხორციელდება და ამით გააძლიერებს პაციენტის თვითრწმენას.

•უკუკავშირი. ფიზიკური უკუკავშირი, რომელიც გეუბნებათ, რომ თქვენ რაღაცას მართებულად აკეთებთ, ზრდის თვითშეფასებას (მაგ. „თავს კარგად ვგრძნობის“ ფაქტორი ვარჯიშების შემდეგ, წაახალისებს მომავალში კიდევ ვარჯიშების სურვილს).

ქცევითი ცვლილებების ეტაპები

ფროჩასკა და დიკლემენტი გვაწვდიან ქცევითი ცვლილების ყველაზე ცნობილ მოდელს. ეტაპები შეიძლება იქნეს ილუსტრირებული რომელიმე პიროვნების მაგალითზე, ვინც თავს ანებებს მოწევას.

ცვლილებათა მოდელის ეტაპები

ცვლილების ეტაპი: წინასწარი ანალიზი

პაციენტის რეაქცია: ამ ეტაპზე, პიროვნებამ არ იცის, რომ მას აქვს პრობლემა. თუმცა, შეიძლება სხვები მიუთითებდნენ მას ამ პრობლემაზე.

თქვენი როლი ცვლილებების მხარდაჭერაში: მოხდეს პრობლემის აღნიშვნა და გამოკვეთა, ხოლო ამის შემდეგ წარმოჩინდეს მასთან ასოცირებული რისკები.

ცვლილების ეტაპი: ანალიზი

პაციენტის რეაქცია: მწეველი ხვდება, რომ მას აქვს პრობლემა. იგი ფიქრობს ამ პრობლემაზე – იგი საკმარისად ცუდია და მოქმედებას საჭიროებს? რა უნდა მოიმოქმედო? ვის შეუძლია დამეხმაროს? ამ ეტაპზე მწეველმა უნდა განიხილოს საკუთარი პრობლემა სხვებთან, მათ შორის მათთანაც ვინც ადრე თავად იყო მწეველი.

თქვენი როლი ცვლილებების მხარდაჭერაში: მოხდეს ინფორმირება, თუ რა ქმედების განხორციელება შეუძლია მას, დახმარების შეთავაზება, იმ „უფლების მომნიჭებელთა“ იდენტიფიცირება, რომელიც აძლიერებს არსებულ ქცევას, მიმართვა იმ ადგილობრივ მომსახურების ცენტრებში, რომლებიც მოწევის შეწყვეტაზე მუშაობენ.

ცვლილების ეტაპი: მოქმედება

პაციენტის რეაქცია: ეს ხდება მაშინ, როდესაც ადგილი აქვს ქცევის შეცვლის მცდელობებს. იგი შეიძლება მოიცავდეს რჩევის ძიებას; მხარდამჭერ პროგრამაში გაერთიანებას; ნიკოტინის აბებს.

თქვენი როლი ცვლილებების მხარდაჭერაში: არჩეულ მოქმედებათა კურსის (მიმართულების) მხარდაჭერა გამხნევებითა და საჭირო ინფორმაციით, დაეხმაროთ, რომ დაგეგმოს საბოლოოდ შეწყვეტის თარიღი.

ცვლილების ეტაპი: მხარდაჭერა

პაციენტის რეაქცია: მას შემდეგ, რაც მწეველი მიაღწევს მოქმედებათა სასურველ დონეს (მაგალითად თავშეკავება), მან უნდა შეინარჩუნოს ეს დონე.

ეს შეიძლება მოიცავდეს სპეციალურ სტრატეგიებს, რომ მოხდეს მაღალ სარისკო სიტუაციების ამოცნობა (მაგ. „როცა შაბათობით ლუდხანაში მიედივარ ბურთის მოთამაშეებთან ერთად, იქ ბევრს ეწევიან“) და სტრატეგიის იმგვარად შემუშავება, რომ მოხდეს მათთან გამკლავება (მაგალითად, როდესაც თამაში დასრულდება, მე თანაგუნდელებს შევახსენებ, რომ არ მომცენ სიგარეტი, იმ შემთხვევაშიც კი თუ ლუდხანაში ამის შესახებ ვთხოვ).

თქვენი როლი ცვლილებების მხარდაჭერაში: მოითხოვება განუსჯელი გაძლიერებისა და მხარდაჭერის მიწოდება.

ცვლილების ეტაპი: რეციდივი (გამეორება)

პაციენტის რეაქცია: მიუხედავად პაციენტის მიერ გაწეული ძალისხმევისა, რეციდივი ხდება და პაციენტების გაფრთხილება უნდა მოხდეს, რომ შესაძლებელია ეს განხორციელდეს. რეციდივის ყველაზე გავრცელებული წამქეზებლებია: მოულოდნელი, არასასურველი მოვლენები, გაქურდვა ან სამსახურის დაკარგვა, პიროვნებათაშორისი პრობლემები, მაგ. ოჯახური უთანხმოებები ან პრობლემები სამსახურში, თანამშრომლებთან, სოციალური ზეწოლა, განსაკუთრებით როდესაც ეს ზეწოლა ხდება პაციენტზე, რომელსაც იგი წინასწარ არ მოელოდა.

თქვენი როლი ცვლილებების მხარდაჭერაში: რეციდივი ნორმალურ მოვლენად მივიღოთ და არა, როგორც სისუსტის მაჩვენებელი ფაქტი; ვისაუბროთ რეციდივების შესახებ და შევხედოთ – რას ისწავლის პაციენტი ამ საუბრებიდან; დავეხმაროთ პაციენტებს ხელახლა დასახონ მოკლევადიანი მიზნები.

7.3.3 გარემოს გავლენა

გარემოს გავლენა ქცევაზე იოლად გადასახედია. პრიორიტეტულია ის მოვლენები, რომლებიც იწვევს ქცე-

ვის ჩაშოყალიბებას, მაგ: მწეველთა გუნდს შეუერთდე სამსახურში შესვენებისას, ვიდრე უფრო არამწეველ გუნდს. შედეგი ქცევების შესაბამისად მიიღება. იგი იქნება სასიამოვნოს მოლოდინით (კვამლის ჩასუნთქვა, ნამცხვარი ფინჯან ჩაისთან ერთად). მაშასადამე ისინი აძლიერებს არჩევანის ამ ჩვევაზე გაკეთებას. „თუ სიამოვნებას მივიღებ (ნამცხვრის ტკბილი გემო) როდესაც ფინჯან ჩაის გავამზადებ, ამას კლავაც გავიმეორებ". მიაქციეთ ყურადღება, რომ მართალია შედეგები ქცევიდან გამომდინარეობს, ისინიც თავის მხრივ ქცევაზე გავლენას ახდენენ. შედეგები ჯილდოს ფორმაა. ისინი შეიძლება ხელშესახები (რეალური) იყოს (მაგალითად, საკუთარ თავს მისცე გარეთ ვახშმობის უფლება, რადგან 1 კვირა არ მოგიწევია), ან ხელშეუხებელი (მაგ. ქება შენი ოჯახის წევრებისგან). ისინი შეიძლება აგრეთვე იყოს შიდა (მაგ. თავს კარგად გრძნობდე დაკლებული 8 კილოს გამო) ან გარე (ექიმი გაქებდეს დაკლებული 8 კილოს გამო). ქცევის ცვლილებების ადრე ეტაპის ჯილდო უფრო ხშირად ხელშესახები და გარეა. თუ ცვლილება პერმანენტულ ხასიათს იღებს და თვითმართვადი ხდება, ჯილდოები ხელშეუხებელი და შიდა ხდება.

ქცევაზე გარემოს გავლენის გადალახვა

წარსულისათვის თავის არიდება – ზოგიერთი პაციენტისთვის, წარსულისთვის თავის არიდება შეიძლება დახმარების გამწევი იყოს ქცევითი მაგალითის დარღვევაში. თუ პაციენტი ყოველთვის ეწევა, როდესაც იგი მიდის ლუდხანაში, ან სხვა სოციალურ საქმიანობის მეძებნს – განსაკუთრებით კი ისეთს, სადაც მოწევა აკრძალულია – შეიძლება პასუხი იყოს.

შეიცვალოს წარსული – პაციენტისთვის, რომელიც ყოველთვის მანქანით მიდის სამსახურში, შეიძლება მოეწყოს ისე, რომ სასიამოვნო გარეგნობის მქონე

კოლეგასთან ერთად ფეხით მიყიდეს სამსახურამდე. ეს სიახლე (სამსახურში მომხლბლაე კოლეგასთან ერთად წასელა), წინ წამოწევს „სეირნობის“ ქცევას.

ეფექტური შედეგების დაწესება – ნებისმიერ ახალ ქცევით მაგალითს უნდა გააჩნდეს დამაკმაყოფილებელი შედეგები, სხვა შემთხვევაში, იგი დიდხანს ვერ იარსებებს. მაგალითად, ვიღაც, ვინც თავს ანებებს მოწევას, შეიძლება იღებდეს დაუყოვნებელ ფინანსურ სარგებელს. მოგვიანებით ეს როლი შეიძლება შეასრულოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებულმა მდგომარეობამ (მაგ. უფრო გამხდარი ხარ, ან უკეთ გამოიყურები).

უფრო ფართო სოციალური და პოლიტიკური გარემო – არსებობს უამრავი ფაქტი, რომ გადასახადების გაზრდა თამბაქოსა და ალკოჰოლზე, მოთხოვნის შემცირებას ეხმარება. ადრე, მთავრობა ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა თამბაქოს რეკლამირება და სპორტის სპონსორობა, რეაგირებას დაგვიანებით ახდენდა. პოლიტიკოსებს ეშინოდათ რომ მიენიჭებოდათ ანტილიბერალების სახელი და ბიუჯეტსაც დააზარალებდნენ. მიუხედავად ამისა, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში მოწევის აკრძალვა, ახდენს იმის ილუსტრირებას, თუ როგორ შეიცვალა სოციალური გარემო – დიდი დოზით, რაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადვოკატობის მეშვეობით განხორციელდა.

ქცევათა ცვლილება, რომელიც ინდივიდებზეა კონცენტრირებული და კონსულტაციებს ეწევა, ძალზე რესურსტევადია და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსს ნაცნობი დილემის წინაშე აყენებს. როდესაც არსებობს მთელი რიგი მტკიცებულებები „ხანმოკლე ინტერვენციების“ სასარგებლოდ (მაგალითად მოწევის ან ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებისთვის), უამრავი პაციენტი მოითხოვს უფრო ხანგრძლივ ვადიან მხარდაჭერას, ინდივიდთა საჭიროებებისა და კონფი-

დენციალურობის გათვალისწინებით“. მარტივი რჩევები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გრანდიოზულ მიზნებზე, ხშირად არაეფექტურია და აუცილებელი არაა, რომ ისინი ემთხვეოდეს პაციენტის ან პრაქტიკოსის საჭიროებებს. ზოგჯერ, ქცევათა ცვლილების მცდელობები შეიძლება მათ ურთიერთობაში წამგებიანიც იყოს. ჯანმრთელობის კონტექსტიდან ამოვარდნილი პრომოციით, ინტერვენცია ნებისმიერ მხარეს (პაციენტი, პრაქტიკოსი) ერთიდაიგივე ბედის იქნება: ძალზე ცოტა გამოეხმაურება მას. პრაქტიკოსებმა, თავისდა საკვალალოდ, შეიძლება აღიქვან საკუთარი შეზღუდული შესაძლებლობები, რომ გაუმკლავდნენ გარემო ფაქტორებს, როგორიცაა გზები, სიღარიბე, განათლების შესაძლებლობა, ოჯახების დაშლა, მაგრამ ქცევითი ცვლილების ორ ნაწილად გახლეჩვა – სოციალური და ფსიქოლოგიური მოდელი, ხშირად არამომგებიანია და ვერაფერში გვეხმარება. ჩვენი დოქტრინაა, რომ ეს მოდელები შეიძლება სასარგებლო გამოდგეს როგორც კლინიკოსებისათვის, ისე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსებისთვისაც. GP ან პრაქტიკოსი ექთანი პაციენტებს ხვდება მიმდინარე პრობლემებით. მიუხედავად ამისა, მათი პაციენტების ფსიქოლოგიური მოლოდინი არაა გამიჯნული უფრო ფართო სოციალური გარემოებებისგან, რომელთაც მოახდინეს მისი ჩამოყალიბება. ამაღლებული მგრძნობიარობა ამ სოციალურ და გარემო ზეწოლაზე, თანამგრძნობი კლინიკოსის ნიშანი დამახასიათებელია, ფსიქოლოგიური მოდელები, რომლებიც ჩვენ აღვწერეთ, იგი ეხება ინდივიდთა ქცევას ისევე, როგორც გუნდისა და ორგანიზაციის მოქმედებას.

რისკი შეიძლება იყოს დაკისრებული ან საკუთარი ნებით გაზიარებული; იგი შეიძლება იყოს ნაცნობი ან გაურკვეველი; კონცენტრირებული ან დროში გაფანტული. ეს მახასიათებლები ზეგავლენას ახდენს ადამიანთა მიერ რისკის შესახებ ინფორმაციის ინტერპრეტირებაზე და იმის მიხედვით მხედველობაში იღებენ თუ არა ისინი რისკს, წყდება მათ მიერ საპასუხო ზომების მიღების ხასიათი. მთელი რიგი, ე.წ. „საბრძოლო ფაქტორებისა“ ახასიათებს იმ რისკებს, რომლებისაც ჩვენ ყველაზე მეტად გვეშინია. ყველაზე გავრცელებული მუქარა, რაც აერთიანებს ყველა ამ ფაქტორს, არის კონტროლის დაკარგვა.– მაგალითად, დამბლის შიში შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს განსხვავებული გამოცდილების მქონე ადამიანებში.

კომუნიკაციის რისკი განსაზღვრულია, როგორც რისკის შესახებ ინფორმაციისა და შეხედულებების გაცვლის ორგვარი გზა, რასაც მივყავართ კლინიკური მენეჯმენტის უკეთეს გააზრებას და უკეთეს გადაწყვეტილებებთან. ეს განსაზღვრება შორდება აზრს, რომ ინფორმაცია პაციენტს გადაეცემა მხოლოდ კლინიკოსისგან, და რომ რისკის მიღება (ან არ მიღება) უკან გადმოეცემა. ინფორმაციისა და შეხედულებების შესახებ ორმხრივი გაცვლა მნიშვნელოვანია, თუ მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილება რისკისადმი ასახავს იმ ადამიანთა დამოკიდებულებას, რომელთაც შედეგთან ერთად მოუწევთ ცხოვრება.

„ფაქტორები, რომელთაც უნდა ვებრძოლოთ“ - რა ახასიათებს იმ რისკებს, რომლებისაც ყველაზე მეტად გვეშინია?

1.არ ჩართო მოხალისეთა არჩევანი

2.მხოლოდ საკუთარი ზომების მიღებით ვერ ავ-

არიდებთ თავს
3.უცნობი ან სიახლე
4.ადამიანის შექმნილი უფრო, ვიდრე ბუნებრივი
5.დამალული და გარდაუვალი
6.ბავშვებისა და მომავალი თაობისთვის საფრთხის შემცველი
7.შემზარავი შედეგები
8.მეცნიერების მიერ არასაკმარისად გამოკვლეული
9.ექვემდებარება საწინააღმდეგო წინადადებებს
10.იდენტიფიცირებად მსხვერპლთათვის ზიანის მიყენება.

არჩევანი დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ ხდება რისკის გადაცემა

ასორმოც მენეჯერს ჰკითხეს, კარდიოლოგიის ოთხი სარეაბილიტაციო პროგრამიდან რომელს გაატარებდნენ, მათი ასარჩევი რომ იყოს?

მონაცემები, კარდიოლოგიაში მიღებული შედარებითი ეფექტურობის შესახებ.

3 წლის განმავლობაში:

A პროგრამამ შეამცირა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 20%-ით

B პროგრამამ გვაჩვენა სიკვდილიანობის აბსოლუტური შემცირება 3%-ით

C პროგრამამ გაზარდა პაციენტთა გადარჩენის მაჩვენებელი 84%-დან 87%-მდე

D პროგრამა გულისხმობდა, რომ 31 ადამიანს სჭირდებოდა სარეაბილიტაციო პროგრამაში შესვლა, რათა აღეკვეთილიყო ერთი ადამიანის გარდაცვალება.

პროგრამა, რომ მომხდარიყო ერთი გარდაცვალების პრევენცია.

D პროგრამა არის პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც სჭირდებოდათ კონსერვატიული მკურნალობა, რათა გადაერჩინათ ერთი სიცოცხლე, ამ

შემთხვევაში 1 31-დან, რაც 3.2% შეესაბამება. დანარჩენ 30-ს არ აღენიშნებოდათ სარგებელი სიკვდილიანობის შემცირების კუთხით. ეს, ცხადია, ფაქტიური შემთხვევითი ცდების ერთი და იგივე შედეგის თანაბარი აღწერილობაა, რომელშიც მკურნალობის ამ ორი მეთოდის შედარება მოხდა.

ხელისუფლებამ აღიქვა პროგრამა, როგორც უდიდესი დამსახურების მქონე და ყველაზე მეტად მისი დაფინანსების სურვილი გამოხატეს, როდესაც სარგებლიანობა გამოიხატა შედარებითი რისკის პირობით (A პროგრამა). 140 ექსპერტიდან მხოლოდ სამმა გააცნობიერა, რომ ოთხივე პროგრამა ერთიდაიგივე კლინიკური შედეგის მომცემი იყო.

7.35 რისკის ენის პრობლემები

ტერმინები, როგორებიცაა „შესაძლებელია", „განსხვავებით„ და „იშვიათი" ელასტიური მნიშვნელობის მქონენი აღმოჩნდა. ერთი პიროვნების მიერ ტერმინ "შესაძლოა"-ს აღქმა, შეიძლება იყოს 10-დან 1 შანსი, როდესაც სხვისთვის იგი ნიშნავს 2-დან 1 შანსს. ნებისმიერმა სხვა პიროვნებამ შეიძლება ამ ტერმინის განსხვავებული ინტერპრეტირება მოახდინოს; „იშვიათი" შედეგს განსხვავებული გაგება აქვს გენეტიკისა და დაბადებამდე ტესტების ჩატარების კონტექსტში, ვიდრე, მაგალითად, ტონზილიტზე ანტიბიოტიკებით მკურნალობის კონტექსტში.

კომუნიკაციის რისკების შემდგომი პრობლემა აისახება განსხვავებული საინფორმაციო ჩარჩოების ეფექტებიდან გამომდინარე. ლოგიკურად, თანაბრად არჩეული სიტუაციები შეიძლება სხვადასხვაგვარად იქნეს წარმოდგენილი, როგორიცაა, მაგალითად, პაციენტისთვის რჩევის მიცემა მათი პროგნოზის შესახებ,

ან სადამკვირვებლო, ან სიკვდილიანობის მონაცემებზე დაყრდნობით.

ფარმაცევტული კომპანიები იყენებენ გაელენიან ტექნოლოგიებს, რომ პროფესიონალებს წარუდგინონ მათი მედიკამენტების ეფექტურობა. მამოგრამის მონაცემათა პაციენტთათვის გაცნობამ, გვაჩვენა, რომ მისი გამოყენების წახალისება მომხდარიყო, მხოლოდ შესაძლო რისკების შესახებ იყო ინფორმაცია მოწოდებული. როგორც უკვე ვნახეთ, ეს ფორმატი გაცილებით „ეფექტურია". შესაძლოა ეს შერჩევითობა წარდგენისას გამართლებადია ზოგიერთ სიტუაციაში, რათა საბოლოო ანგარიშით საერთო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კუთხით მეტი სარგებელი იქნას მიღწეული. თუმცა, ინფორმაციის ამგვარი მოწოდება არაა შეთავსებადი, სწორად ინფორმირებული გადაწყვეტილების გაკეთებასთან.

7.36 ჩარჩოების ჩამოყალიბებისა და სხვა მანიპულაციების ეფექტები

შედარებითი რისკების შესახებ ინფორმაცია, უფრო დამაჯერებელია, ვიდრე აბსოლუტური რისკების მონაცემები. „დანაკარგების" ჩარჩო (მაგ. მამოგრამის არქონისას წამოჭრილი პოტენციური დანაკარგები), გაელენას ახდენს გაშუქების გამოყენებაზე მეტად, ვიდრე ამ ჩარჩოების „მოპოვებაზე".

პოზიტიური ჩარჩოს შექმნა (მაგალითად დაკვირვების (მიმოხილვის შანსი) უფრო ეფექტურია, ვიდრე ნეგატიური ჩარჩოს ჩამოყალიბება (გარდაცვალების შანსები) ადამიანების დარწმუნებისას, სარისკო არჩევანის გაკეთებაში, როგორიც მაგალითად მკურნალობაა.

უფრო მეტი და პაციენტისთვის მეტად გასაგები ინფორმაცია, ასოცირდება მეტ ნერვიულობასა და

ფიქრთან მკურნალობისა და ტესტების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას.

რისკების კომუნიკაციების პრინციპები

•ინფორმაცია უნდა იყოს მარტივი და დაბალანსებული. შედარება „ყოველდღიურ რისკებთან“, რომლებსაც ადამიანები კარგად იცნობენ, შეიძლება რისკების მონაცემების წარდგენაში (გაცნობაში) დაგვეხმაროს. გონივრულია აბსოლუტური და შედარებითი რისკების ფორმატთა გამოყენება.. უნდა მოხდეს პაციენტთათვის ამ პირობების დამსახურებათა უფრო ემპირიული კვლევის გაცნობა ცალკე, ან კომბინირებულად;

•რისკების ინფორმაცია, რომელიც ინდივიდებს ეხება, უფრო ფასეულია, ვიდრე საშუალო მონაცემები მოსახლეობის შესახებ. მაგალითად, ინდივიდის რისკი მომავალში გულის დაავადებაზე, შეიძლება გამოთვლილი იქნეს რისკ-ფაქტორების ინფორმაციის გამოყენებით (როგორიცაა ასაკი, ჰიპერტენზია, ქოლესტერინი, მწეველობა ან დიაბეტი), უკვე მზა სქემების მიხედვით.

•ინფორმაცია გარკვევით უნდა იყოს წარმოდგენილი. ზოგჯერ მხოლოდ რაოდენობრივი მონაცემები შეიძლება იყოს საკმარისი. მნიშვნელოვანია ინფორმაციის ვიზუალური მხარეც. უამრავი პაციენტი ანიჭებს უპირატესობას იოლ დიაგრამას, სხვა რთულ ფორმატებთან შედარებით.

•პაციენტთა უმრავლესობა გამოხატავს სურვილს, რომ მიიღოს ინფორმაცია, მაგრამ არ უნდა მოხდეს მათი გადატვირთვა. ზოგადი პრაქტიკის უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ მას შეუძლია დაუშვას ინფორმაციის განხილვა რამდენიმე კონსულტაციაზე.

საჭიროა, რომ პროფესიონალები აცნობიერებდნენ მათი პაციენტების მიერ ინფორმაციის მიღების საჭიროებას. გამოარკვიონ, რა არის მათი საკუთარი შეხედულებები და როგორ შეუძლიათ მათ შეალა-

მაზონ ის, რისი თქმაც რეალურად უხდებათ; უნდა შეეცადონ გამოიყენონ ის ენა და იარაღები, რომელიც ეფექტური იქნება და, რომელთაც, ისინი იყენებენ ცვალებად გარემოებებში.

7.37 რისკების კომუნიკაცია: მედიის როლი

ჩვენ აღვწერეთ რისკების ინდივიდებთან შეფასება და მათი დაავადებისა თუ არასახარბიელო ჯანმრთელობის რისკი. მიუხედავად ამისა, არსებობს რისკის სხვა პერსპექტივაც: მედიის როლი. SARS -ის ეპიდემიის მსგავსმა მოვლენებმა და უფრო ახლო წარსულში კი ფრინველის, ღორის გრიპის გავრცელების საშიშროებამ, რისკისადმი სიფრთხილე აამაღლა, როგორც საზოგადოებაში, ისე მედიაში. გამოცდილებამ გვასწავლა, რომ გადამდები რისკის არსებობისას, ხშირად, პირველი სიტუაციაა ის, რომელიც დიდ გავლენას ახდენს მთლიანად მოსახლეობაზე, ჯანმრთელობის კრიზისის განმავლობაში.

ჰონკონგში 2003 წლის SARS-ის ეპიდემიის დროს, (ანალოგიური შემთხვევა მოხდა საქართველოში 2006 წელს, როცა ჯანდაცვის მინისტრმა საზოგადოებას აუწყა ფრინველის გრიპის შესაძლო ეპიდემიის და მისი შედეგების შესახებ), მედიამ მთავარი როლი შეასრულა საზოგადების გაფრთხილებაში და შემდეგ კი უდიდესი წვლილი შეიტანა პანიკის ჩამოყალიბებაში, რომელიც ადასტურებდა, რომ დაავადებამ იმატა. მათ უმიზეზოდ ატეხეს განგაში ამ გამოუცნობი დაავადების ბუნების შესახებ, რომელიც აავადებდა ჯანდაცვის მუშაკებს. თანდათანობით, პოლიტიკოსები, პრესა და პროფესიონალები გათანაბრდენენ ერთ დონეზე, რათა ემუშავათ უფრო კონსტრუქციულად და პარტნიორობის პრინციპით, საზოგადოების ინფორმირებისას,

რადგანაც ამ დროისათვის მეცნიერები გაერთიანდნენ, ხოლო ეპიდემია კი შეჩერდა.

მიუხედავად ამისა,იგივე პრობლემას ადგილი ქონდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოტენციური კრიზისის გაშუქებისას. ამის კარგი მაგალითია საზოგადოებაში ფრინველის გრიპისა და ადამიანის გრიპის არევის შემთხვევა.

SARS-დან მიღებული ერთ-ერთი გაკვეთილია, რომ მნიშვნელოვანია კარგად დახვეწილი და შესაბამისი წვრთნის მქონე ინფორმაციის გადამცემთა არსებობა, რომლებიც გამჭირვალენი არიან და მესიჯს ქვეტექსტით არ გადასცემენ, თანაუგრძნობენ მედიას, მოსახლეობაში არსებულ შიშსა და ნერვიულობას და სურთ ახსნან რისკი და გაურკვეველობა.

კარგი ურთიერთობები და გაგება მედიასა და ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის, მთავარია საზოგადოების რისკთან და კრიზისთან დამოკიდებულებისა და მაშასადამე მათი ქცევის დახვეწაშიც. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია,როდესაც პოლიტიკოსებიც ჩართულნი არიან. საზოგადოება პოლიტიკოსებისგან ელის დაცვასა და გაურკვეველობის აღმოფხვრას და იმას, რომ ყველაფერი რასაც მიმოიხილავს მთავრობა, დაყვანილი იქნება ნულოვან რისკამდე. საზოგადოება გრძნობს, რომ გაურკვეველობაში ცხოვრება მიუღებელია, რამდენადაც არარეალური არ იყოს იგი.

მაშასადამე,ძალზე მნიშვნელოვანია ნდობის აგება მედიასა და იმ პროფესიებს შორის,რომელთაც კრიტიკული როლი აკისრიათ ჯანმრთელობის ახალი სიტუაციების რისკსა და გაურკვეველობასთან გამკლავებაში.

რეკომენდირებულია, მოხდეს ჯანმრთელობის საკითხების უფრო დახვეწილი და კომპეტენტური პრეზენტაცია ექსპერტთა მიერ, რომლებიც გასაგებ ენას იყენებენ რისკების ახსნისას.

ჯანმრთელობაზე მზრუნველ ადგილობრივ მუშაკებს, სჭირდებათ კარგი კომუნიკაციაისევეროგორც საშუალება გამოთქვან სათქმელი,ახსნა,რომ ყველა პასუხი არაა ცნობილი, მაგრამ ამის გაკეთება უნდა მოახერხონ საზოგადოების შეშფოთების (პანიკაში ჩაგდების) გარეშე.

ინტერესთა დაცვა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი ტრადიციული და საპასუხისმგებლო როლი, ინტერესთა დაცვა მზრუნველობაა. დაცვის,მზრუნველობის საფუძველია კრიტიკული საკითხების მიმართ ყურადღების გამახვილება და უკეთესი მომსახურებისათვის საზოგადოებისა და რესურსების მობილიზება. ამის გაკეთება შესაძლებელია უკეთესად,როგორც ინდივიდის (მაგალითად წერილი პაციენტის მხარდასაჭერად,რომ მან მიიღოს თავშესაფარი), ან ორგანიზაციის დონეზე, (მაგალითად პრაქტიკოსებსა და ადგილობრივ სამსახურსს შორის გამართული განხილვები), რათა გაუმჯობესდეს ბავშვთა სათამაშო ტერიტორიები.

ინტერესთა დაცვის, მზრუნველობის პროცესი მონაცემებს სტრატეგიული მიზნით იყენებს, ახდენს თანამოაზრეთა იდენტიფიცირებასა და მათთან მუშაობს, უმკლავდება მოწინააღმდეგეებს, მჭიდროდ თანამშრომლობს საზოგადოებასთან და სტრატეგიულად იყენებს მედიას. დაცვის წარმატებული, სასურველი შედეგები არის პაციენტთათვის მეტი ძალაუფლების გადაცემა, ჯანმრთელობის ნაკლებად-დამაზიანებელი ქცევები, პოლიტიკის ცვლილება, უკეთესი მომსახურებანი,უკეთესი ჯანმრთელობა და უკეთესი საზოგადოება. ჯანმრთელობის განათლების, ეპიდემიოლოგიური ანალიზისა და საზოგადოების თანამონაწილეობის ხელშეწყობის გაზრდა. ძალზე პოპულარულ ხერხად იქცა სოციალური მარკეტინგის გამოყენება.

7.38 სოციალური მარკეტინგი

მარკეტინგის ტექნიკისა და მიდგომების გამოყენების სისტემატური პროცესი, იმ ქცევით მიზნების მისაღწევად, რომელიც კავშირშია ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობასთან.

მთავრობის პოლიტიკური დოკუმენტები უნდა წარმოადგენდეს მეურვეულ მდგომარეობას, ყურადღების გამახვილებას ინდივიდუალურ არჩევანზე. სოციალური მარკეტინგით ჯანდაცვის ხელშეწყობა, ძირითადად, ეყრდნობა კომერციულ სექტორში არსებულ გამოცდილებას. მიდგომა ფოკუსირდება ინდივიდებზე, როგორც მომხმარებლებზე, რომელთათვისაც ჯანმრთელობა წარმოადგენს საკმარისად ღირებულ ფასეულობას, თანხების დასაბანდებლად.

სოციალურ მარკეტინგს აქვს სამი მახასიათებელი: გარკვეული „სოციალური მიზნების" მიღწევა (უფრო მეტად, ვიდრე კომერციული სარგებლის) სპეციფიკური ქცევითი მი'ხნებით, რომელიც გარკვევითაა იდენტიფიცირებული და დასახული; ის არის სისტემატური პროცესი, რომელიც მიმართულია მოკლე, საშუალო და გრძელვადიანი საკითხების შესრულებაზე; იგი იყენებს მარკეტინგის მთელ რიგ მიდგომებსა და ტექნიკას („შერეული მარკეტინგი").

„სოციალური სიკეთე (საქონელი)" შეიძლება გამოიხატოს ქცევითი მიზნების გაზომვადი, სპეციფიკური და მიღწევადი ტერმინებით, რომლებიც კავშირშია ჯანმრთელობასა და კარგად ყოფნასთან.

7.39 კლინიკური აუდიტისა და ჯანმრთელობის თანასწორობის აუდიტის გატარება

კლინიკური აუდიტი კლინიკური აუდიტის ციკლი წარმოადგენს წინასწარ განსაზღვრულ სტანდარტებთან შესაბამისობის დადგენას. მოღვაწეობა

განსაზღვრული კრიტერიუმების მიხედვით, შეიძლება მომთხოვნად ისმის, მაგრამ რეალური გამოწვევაა აუცილებელი. შესაბამისობა და საქმიანობის შესრულების ხელახალი შეფასება – სხვა სიტყვებით რომ ითქვას, უნდა დასრულდეს ციკლი.

7.40 კლინიკური აუდიტის რუტინული მაგალითი.

ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებზე გაწეული მზრუნველობის ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი კრიტერიუმია პაციენტების ნაწილი, რომელთა სისხლის წნევაც 150/90-ს (ვერცხლისწყლის სვეტის) ქვემოთაა (დიაბეტის მქონე ადამიანებში 140/85). არსებული მოთხოვნების მიხედვით, ზოგად პრაქტიკოსთა გუნდის საქმიანობის შეფასება და მათი წახალისება ხდებოდა ამ სტანდარტთან შესაბამისობით, 70%-იანი მაჩვენებლის შემთხვევაში. პრაქტიკოსები გაოცებულნი იყვნენ იმ აღმოჩენით, რომ მაჩვენებელი განყოფილებაში მხოლოდ 64% იყო. მონაცემთა უფრო მჭიდრო გადამოწმებით ცხადი გახდა, რომ ღარიბ რეგიონებში ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტების მკურნალობის % დაბალი იყო. გარდა ამისა, ზუსტად ამ საკითხე მომუშავე ექიმ X-ის პაციენტთა მხოლოდ 3% იყო ადეკვატურად გაკონტროლებული.

განსხვავებების შესამცირებლად გამოყენებულ იქნა სხვადასხვა ინტერვენცია,. აუდიტმა მიიღო გადაწყვეტილება, - საქმიანობის მჭიდრო მონიტორინგი განეხორციელებინა. პაციენტებს, ვისი სისხლის წნევაც მაღალი რჩებოდა და, ექიმს არ აკითხავდნენ უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში წერილის საშუალებით დაუკავშირდნენ და სთხოვეს ექიმთან მისვლა. ექიმ X-ს მიაწოდეს ჰიპერტენზიის პროტოკოლი (პრაქტიკული სახელმძღვანელო) და სთხოვეს, უფრო მეტი დრო მიეძღვნა ამ პრაქტიკისთვის. მომზადდა სამ-

იზნე გუნდის პაციენტთა ჩანაწერების ელექტრონული ვერსია, რათა გაიოლებულიყო მათი იდენტიფიცირება კონსულტაციებისას. უფრო მეტი ექთნის მომსახურება მიემართა ამ განყოფილების მხარდასაჭერად.

რეგულარულმა ყოველთვიურმა მონიტორინგმა და შედეგების გაზიარებამ გაუმჯობესება აჩვენა. ექვსი თვის შემდეგ, ექიმ X-ის მონაცემებით, სტანდარტებთან შესაბამისობის 62% მაჩვენებელი იყო, ხოლო განყოფილებაში კი -66%; მთლიანად მიღწეული იქნა 70%-იანი მაჩვენებელი, რაც მიზანს წარმოადგენდა.

სტანდარტების მეშვეობით, კლინიკური მართვის განვითარებაზე მონიტორინგი ხორციელდება ხარისხის რეგულირების სამსახურის მიერ მომსახურების ყველა დონეზე. პაციენტებისა და საზოგადოების ჩართვა საქმიანობაში, როგორც ადგილობრივ, ისე ეროვნულ დონეზე, გამართლებულია. მომხმარებელთა ყოველწლიური მიმოხილვა მონიტორინგის პროცესის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს.

7.41 აუდიტის წარმოება თანასწორობაზე

ისევე, როგორც კლინიკური აუდიტი, თანასწორობის აუდიტიც არაა მხოლოდ ძირითადი სირთულეების გაზომვა, მოსახლეობის სხვადასხვა გუნდებში. ის არის მოქმედება, ზომების მიღება, გაზომვა-შეფასებამდე, ციკლის დასასრულებლად. როგორც კლინიკის აუდიტი, ამ შემთხვევაშიც, იგი წარმოადგენს იარაღს, რომელიც ხელს უწყობს ცვლილებებს. ტექნიკა შემუშავდა, იდენტიფიცირებისათვის, თუ რამდენად სამართლიანად ნაწილდება მომსახურება ან სხვა რესურსები, ჯანდაცვის საჭიროებების მიმართ, სხვადასხვა ჯგუფის მოსახლეობის, ან განსხვავებულ გეოგრაფიულ რეგიონებში. ჯანდაცვაში თანასწორობის აუდიტის

მიზანია დაეხმაროს მომსახურებებს შეამცირონ უთანასწორობა,მომსახურებისას რაც ხორციელდება უთანასწორობის შესახებ ფაქტების გამოყენებით იმ დროს, როდესაც ინვესტიციების, მომსახურების დაგეგმვისა და მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ხდება,რათა მომზადდეს უთანასწორობაზე ქმედებათა გავლენის მიმოხილვა.

მაგალითი, თუ როგორ უნდა მოაგვარონ პირველადი მზრუნველობის გუნდის წევრებმა უთანასწორობა მათ მიერ გაწეული მომსახურების შესაძლებლობაში, მოცემულია ქვემოთ:

•მონიტორინგი, მრავალფეროვანი მოსახლეობის პრაქტიკის მქონეთა საქმიანობაში, რათა პასუხი გაეცეს ისეთ კითხვებს, როგორიცაა – არიან თუ არა დიაბეტის მქონე რეგისტრირებული პაციენტები პრაქტიკოსი მოსახლეობის წარმომადგენლები. ალტერნატივას წარმოადგენს იმის გარკვევა, ხელი ხომ არ მოგვეცარა, უფრო ადრეულ ეტაპზე აღმოგვეჩინა შემთხვევები?

•მომსახურების იდენტიფიცირება,გამიზნული იმ ადამიანებზე,რომელთაც სწავლაში სიძნელეები აქვთ,პრიორიტეტული გუნდები,რომლებიც კლავაც იღებდნენ მომსახურებას,ან რომელიც სტანდარტებს ვერ პასუხობდა.

•ადგილობრივ ფსიქიკურ აშლილობათა გუნდებთან კოორდინირებულ შემთხვევათა მენეჯმენტი, რათა მოხდეს მძიმე ფსიქიკური დაავადებების მქონეთა მკურნალობა.

•„საფუძვლები“ - სწორი ინტერპრეტირება, სწორად თარგმნილი ბუკლეტების გამოყენება იმ პაციენტთათვის, ვინც ქართულად არ საუბრობს.

7.42 შეფასება

როგორ მიეხვედებით, რომ ჩვენს ინტერვენციას სა-

სურველი შედეგი მოაქვს? კლინიკოსებს შეუძლიათ მკურნალობის გავლენის მონიტორინგი ინდივიდ პაციენტებზე დაკვირვებით მოახდინონ, მაგრამ როგორ გამოვიკვლიოთ ახალი მომსახურების პროგრამათა გავლენა? რა იგულისხმება მზრუნველობის ხარისხად? როგორ ხდება მ.ზრუნველობის ხარისიხის ხელშეწყობა?

მზურნველობის ხარისხი და მისი შეფასება ჯანდაცვაში ხარისხი სწორად მოქცევაა, საჭირო დროსა და შესაბამისი პიროვნების მიმართ და შესაძლებლისაგან საუკეთესო შედეგების მიღებას. უფრო ფორმალური ჩარჩო მოწოდებულია მაქდუელის მიერ, რომელმაც ხარისხის ექვსი განზომილება აღწერა:

•**ეფექტურობა** (აღწევს განზრახულ სარგებელს)
•**მიღება** (აკმაყოფილებს გონიერულ მოლოდინს)
•**ეფექტიანობა** (რესურსების ზედმეტი მოწოდება არ ხდება ზოგიერთი პაციენტისთვის, სხვათა მოთხოვნის უგულებელყოფის ხარჯზე)
•**ხელმისაწვდომობა** (ვისაც სჭირდება მომსახურება, მიიღებს მას)
•**თანასწორობა** (რესურსები სამართლიანადაა განაწილებული)
•**შესაბამისობა** (მკურნალობა შეეფერება მის განსაზღვრულ სამიზნე გუნდს)

ცხადია, მხოლოდ ჯანდაცვის პროფესიონალები არ არიან დაინტერესებულნი მათ მიერ მოწოდებული მზრუნველობის გაწევის ხარისხით, მედიის ინტერესი სამედიცინო შეცდომებისადმი შეგვახსენებს ამ ჭეშმარიტებას. მენეჯერებს, სააგადმყოფოებს, ევალებათ ხარისხის მონიტორინგი, როგორც მათ მიერ კლინიკის მართვის შემადგენელი ნაწილი. როგორც მომხმარებლებს, ისე ზოგადად მოსახლეობას, უდიდესი ინტერესი აქვს ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ხარისხისადმი, თუმცა, მათ შეიძლება ექიმებისაგან განსხვავებული პრი-

ორიტეტები გააჩნდეთ, ისინი შეიძლება იძლეოდნენ მკაფიო ინფორმაციას მზრუნველობის კომუნიკაციებსა და შედეგებზე, რომლებიც აუმჯობესებენ ყოველდღიურ საქმიანობას, ვიდრე ზრუნვის ტექნიკურ ასპექტებს, რომლებიც შეიძლება მათთვის რთულად შესაფასებელი იყოს.

შეფასება განისაზღვრა, როგორც **„პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს, სისტემატურად და ობიექტურად შეფასდეს შესაბამისობა, ეფექტურობა და მოქმედებათა გაგრძელება, მათი მიზნების მიხედვით, მაგ. სტრუქტურის, პროცესისა და შედეგის შეფასება, კლინიკური ცდების, მზრუნველობის ხარისხის მიხედვით“.**

საიდან ვიწყებთ ფიქრს, როდესაც ვცდილობთ ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მიწოდების სისტემის შეფასებას?

ავედის დონაბედიანმა გამოყო ოთხი ელემენტი:

- **სტრუქტურა** (შენობები, შტატი, მოწყობილობები)
- **პროცესი** (ყველაფერი, რაც პაციენტს უტარდება)
- **პროდუქცია** (სამედიცინო ინტერვენციის დაუყოვნებელი შედეგები)
- **შედეგები** (ჯანმრთელობის სტატუსში მოპოვებული შემოსავლები)

ამგვარ მაგალითად, ადრეული ეტაპის შეფასება (ონკოლოგიური გასიჯვების პროგრამის მიერ), შეიძლება განიხილავდეს:

- ახალი აღჭურვილობის მოცულობასა და ფასებს (რადიოლოგია, ჰისტოპათოლოგია) შტატსა და შენობას (სტრუქტურა) და ა.შ.
- გასინჯული პაციენტების რაოდენობას, რაოდენობის მაჩვენებელი განსაზღვრულ ასაკში, ჭეშმარიტი და ცრუ შემთხვევების რაოდენობა (პროცესი)

•იდენტიფიცირებული, ვერსიფიცირებული სიმსივნის რაოდენობა, ჩატარებული ოპერაციები (პროდუქტი)
•ჩივილების მაჩვენებელი, ინციდენტთა რაოდენობა, სიჭარბისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (შედეგი).

ეს განსაზღვრება ძალზე გვეხმარება, რადგანაც ინტერვენციათა. უმრავლესობისათვის შეიძლება რთული აღმოჩნდეს მონაცემების მოპოვება ჯანდაცვის ღონისძიებათა შედეგების შესახებ, თუ არ ხდება ძალზე დიდი რაოდენობის ინფორმაციის დეტალურად განხილვა ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში. მაგალითად, ჰიპერტენზიის მართვის ხარისხის შეფასებისას, თქვენ შეგიძლიათ დაეყრდნოთ შუალედურ შედეგებს ან პროცესების გაზომვას (შესაბამისი მოსახლეობის გასინჯვები, მკურნალობა, ადეკვატური კონტროლი). ფართომასშტაბიანი კვლევებით მოპოვებული ფაქტები, რომლებიც გვიჩვენებს, რომ ჰიპერტენზიის კონტროლი ამცირებს გულის დაავადებების შედეგად სიკვდილიანობის მაჩვენებელს, აისახება თქვენი პრაქტიკით მოცულ მოსახლეობაზე. განსაზღვრული დაავადების მქონე ადამიანებისათვის, ზრუნვის გაწევა'ზე ფიქრისას, შეფასება შეიძლება განვიხილოთ განსხვავებული ელემენტების თვალსაზრისით: პრევენცია, დიაგნოზტირება, მკურნალობა და რეაბილიტაცია.

საზოგადოებრივ ჯანდაცვა'ში ფართომასშტაბიანი ინტერვენციების შეფასების ერთ-ერთი პრობლემაა შედეგებზე გავლენის მქონე უამრავი განსხვავებული ფაქტორების დამაბნეველი ეფექტები: "ფონური ხმაური". მაგალითად, მასმედიის კამპანიის გავლენა მწეველობაზე. შეფასება შეიძლება გართულდეს კანონის ზეგავლენის გამო, რომელიც კრძალავს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში მოწევას, ცვლილებებს ატარებს ეროვნულ სასწავლო გეგმაში, გადასახადებს ხრდის სიგარეტზე. ხარისხის მსა საზომები არაა აუცილე-

ბლად ყველაზე მნიშვნელოვანი, მნიშვნელოვანი ელემენტები შეიძლება სულაც არ იყოს იოლად გასაზომი. მნიშვნელოვანია, რომ შეფასების იოლი ხერხების ხაფანგში არ გაეებათ, რადგანაც ეს მოხდება უფრო მნიშვნელოვანი საზომების იგნორირების ხარჯზე. სიძნელეების შემქმნელია,აგრეთვე,ინტერვენციებსა და მისგან მიღებულ შედეგებს შორის დროის ხანგრძლივი მონაკვეთი. მიწოდებაში თანასწორობის შენარჩუნების ინტერესით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა განიხილონ მომსახურების ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით, ღარიბი ჯგუფებისათვის.

საზომთა მაგალითები, რომლებიც შეიძლება შეფასებისას შესაბამისი იყოს
მოწევის შეწყვეტის მხარდამჭერი მომსახურება – მწეველთა რაოდენობასთან, ვინც იყო ვიზიტზე და კონსულტაცია გაიარა. რეცეპტი, რომელიც ჩაანაცვლებს ნიკოტინს მისი თავის დანებების მაჩვენებლები, ხარჯები. მწეველობაში არსებული სიჭარბის ტენდენციები. სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მოწევასთან დაკავშირებული დაავადებების გამო.

იმუნიზაციის პროგრამები –ვაქცინების რაოდენობა. სამიზნე მოსახლეობის პროპორცია. ხარჯები (ვაქცინების განაწილების და ა.შ.) დაავადებათა ინცინდენტების სიხშირე დროთა განმავლობაში.

მკერდის გასინჯვების პროგრამა – ჩატარებული მამოგრამის რაოდენობა. პათოლოგიის აღმოჩენის სიხშირე. მკერდის სიმსივნის ოპერირებისას ნაკლები დადებითი შედეგი. სამიზნე მოსახლეობის დაფარვის პროპორცია, მკერდის სიმსივნის ინცინდენტები (ზრდა არის თუ შემცირება?) გარდაცვალებათა ტენდენციები, მკურნალობის ფასები.

კარდიალური რეაბილიტაციის მომსახურება – პროგრამაში მონაწილეთა რაოდენობა; მიოკარდიუმის

ინფარქტით მიღებულთა რაოდენობა და შესაბამისი მიმართვის მქონეთა რაოდენობა. ინფარქტის შემდეგ რეკომენდირებული ინტერვენციების მიმღებთა რაოდენობა, ფასები; განმეორებითი ინფარქტის მაჩვენებელი; ინფარქტით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი.

ქრონიკული დაავადებების მართვა (მაგ. დიაბეტი ზოგადი პრაქტიკის დონეზე) – ამ დაავადებით რეგისტრირებულთა რაოდენობა; ყოველწლიური შემოწმების მიმღებთა პროპორცია. კარგი ზრუნვის მისაღებ სტანდარტებთან შესაბამისობა. მართვის გეგმის მქონე პაციენტთა რაოდენობა; ფასები; დაავადებასთან დაკავშირებული გართულებების მაჩვენებელი.

7.43 კლინიკური საქმიანობის მართვა

ჩვეული კრიტიკა იმის თაობაზე, თუ რას აკეთებენ ექიმები იმისათვის, რომ ზრუნვის ხარისხი გააუმჯობესონ, არის ის, რომ იგი ითვლება ცუდად კოორდინირებულად და არასრულად. ზრუნვის ცვალებადი ხარისხი, ქვეყნის განსაკუთრებით ღატაკ, ნაკლებად ჯანსაღ, ან ნაკლები რესურსების მქონე რეგიონებში, სისტემის მოღვაწეობის თანამდევი ფაქტებია

ტერმინი **„კლინიკური მართვა“** შეიქმნა, იმ ჩარჩოს აღსანიშნად, რომლითაც ორგანიზაციები ანგარიშვალდებულნი არიან მიწოდებული მომსახურების ხარისხზე. იგი მოიცავს ორგანიზაციას, სისტემასა და მომსახურების მონიტორინგისა და გაუმჯობესების პროცესს.

ქვემოთ ჩამოთვლილია კლინიკური მართვის სხვადასხვა კომპონენტები:

1.პაციენტებისა და საზოგადოების ჩართვა
2.რისკის მართვა
3.კლინიკის აუდიტი

4.კლინიკის ეფექტურობის პროგრამები
5.შტატით დაკომპლექტება და კადრების მენეჯმენტი შტატის ფოკუსირება
6.განათლება, წვრთნა და უწყვეტი პერსონალური და პროფესიული განათლება
ინფორმაცია
7.ინფორმაციის გამოყენება, რათა მხარი დაეჭიროს კლინიკურ მართვასა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვას.

თავი VIII

8.1 ჯანმრთელობის გაუმჯობესება

კარგი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ ერთობლივი ძალისხმევით. პირველადი მზრუნველობა მთავარ როლს თამაშობს არა მხოლოდ კარგი ხარისხის კლინიკური მზრუნველობის გაწევით, არამედ უფრო ფართო საზოგადოების მხარდაჭერით. ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ყოველდღიური მზრუნველობისა და საზოგადოებისთვის გაწეული მომსახურების პაკეტის განუყოფელი შემადგენელი ნაწილია, რომელიც მხედველობაში იღებს არა მხოლოდ პრევენციას, არამედ უშუალო მზრუნველობასა და მხარდაჭერასაც.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საზრუნავია უფრო ჯანსაღი ცხოვრების სტილის ხელშეწყობა, როგორც ჯანმრთელობის უფრო ფართო დეტერმინანტების გამოყენებით, ისე ინდივიდუალურ ქცევაში ცვლილებების ხელშეწყობით. იგი მოითხოვს მჭიდრო თანამშრომლობას პირველადი მზრუნველობის გუნდსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტთა შორის და აგრეთვე პირველადი მზრუნველობის ორგანიზა-

ციებსა და ისეთ პარტნიორებს შორის, როგორიცაა ადგილობრივი ხელისუფლება და მოხალისეთა სექტორი. მაგალითად, ადგილობრივ მოსახლეობაში ჭარბი წონის შემცირებასთან გასამკლავებლად ბრძოლაში, ადგილობრივი სტრატეგიის გატარებაში ჩართულნი უნდა იყვნენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი ცენტრები, მაგრამ აქ, აგრეთვე, უნდა ჩაერთონ სკოლები და მასწავლებლები,რათა სკოლაში ჯანსაღი საკვები მიეწოდოთ. შესაბამისი განათლება მიეცეთ და სკოლის სპორტული ცხოვრებისა და უფრო ჯანსაღი სტილის წახალისება მოხდეს. სკოლის ექთნები იმუშაებენ ბავშვებთან და მათ ოჯახებთან, ჯანმრთელობაზე რჩევების მიცემის მიზნით და, აგრეთვე, ამ საქმიანობაში ჩართავენ ადგილობრივ კერძო სექტორს, რომელიც არანაკლებ როლს შეასრულებს ჯანსაღი არჩევანის გაკეთების პროცესში. კლინიკოსებმა უნდა შეასრულონ როლი, როგორც წონის დაკლების შესახებ მშობლებისათვის რჩევის მიცემით და სიმსუქნის არსებობისას გულის დაავადებებთან დაკავშირებული რისკების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით, ისე საჭიროების შემთხვევაში რეცეპტის გამოწერით ან კლინიკური ინტერვენციებით.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მთავარი ელემენტების პოლიტიკისა და სტრატეგიის საფუძველი:

•ჯანმრთელობისადმი პოზიტიური დამოკიდებულების მხარდაჭერა;

•უთანასწორობის აღმოფხვრა პოზიტიური ქმედებებით, რათამოხდესუთანასწორობისციკლთასაწყისისმოშლა;

•იმ დეტერმინანტების მოგვარება, რომლებიც გაელენას ახდენს ჯანმრთელობაზე, როგორებიცაა - საცხოვრებელი, თუ სამუშაო გარემო.

•განათლებისა და თანამედროვე მიდგომების გამოყენება, როგორიცაა სოციალური მარკეტინგი,

•ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა,რაც განხორციელდება ინდივიდებზე ორიენტირებული განათლებისა და ცხოვრების სტილის შესახებ რჩევების მიცემით;
•ჯანსაღი საზოგადოების შენება და სოციალური კაპიტალის განვითარება.

პრაქტიკაში, ეს გულისხმობს, რომ პ.ჯ.დ. მომწოდებელი ადგილობრივი ორგანიზაციები, ფიქრობენ არა მხოლოდ მათზე,ვისაც ხელი მიუწვდება მომსახურებაზე, არამედ ამ მომსახურების მიღმა დარჩენილთა ბედიღბალზეც, მაგალითად ისინი, ვინც სარგებელი უნდა მიიღოს პრევენციული ინიციატივებიდან. პრაქტიკული საქმიანობის მქონე მუშაკების საზრუნავი იქნება არა მხოლოდ ის, რაც ქირურგიულ განყოფილებაში ხდება, არამედ საზოგადოებრივი მომსახურებებიც, რომელიც მათი მოხალეობისთვისაა შექმნილი, მაგალითად, საზოგადოებრივი პროექტები, დასაქმების შესახებ რჩევის მიცემა და ახალგაზრდობის მომსახურებანი, ინდივიდუალური ექიმის მიღმა მომსახურების ძიება: პაციენტთა კონსულტაცია.
მაგალითი, თუ როგორ შეიძლება ამ მიდგომის პრაქტიკაში გადმოტანა ადგილობრივ დონეზე -თათვის და მათი პრაქტიკისთვის:

8.2 ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მახასიათებლები ადგილობრივ დონეზე.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მახასიათებლები – ჯანდაცვისადმი პოზიტიური გლობალური მიდგომის მხარდაჭერა
პირველადი მზრუნველობიდან აღებული მაგალითი – მთლიანობაში იქნეს აღქმული პიროვნების გადასახედი, სანამ მოხდება ცხოვრების სტილის შესახებ რჩევის მიცემა. მაგალითად, სარგებლისა და ფინანსების

შესახებ რჩევის მიცემა, თუ როგორაა ხელმისაწვდომი შემდგომი განათლების შესაძლებლობები მკურნალობის პარალელურად.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მახასიათებლები – ჯანდაცვაში არსებული უთანასწორობის პრობლემათა მოგვარება პოზიტიური მოქმედებების მეშვეობით და ამ ციკლის მოშლით.

პირველადი მზრუნველობიდან აღებული მაგალითი – ახალგაზრდა დედებისა და მათი ჩვილებისთვის დახმარების გაწევა მხარდამჭერი ჯგუფის მეშვეობით, რომელიც რეგულარულად შეიკრიბება ჯანმრთელობის ცენტრებში, მათი მიმართვა სხვა სააგენტოებსა და მათთვის საჭირო მომსახურეებს.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მახასიათებლები – განათლებისა და კომუნიკაციებისადმი თანამედროვე მიდგომების გამოყენება, რათა მოხდეს ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ინდივიდუალურ და სოციალურ დონეზე.

პირველადი მზრუნველობიდან აღებული მაგალითი – პირველადი მზრუნველობის გუნდისა და ადგილობრივი სკოლების დაკავშირება, ჯანმრთელობის პრომოცია სკოლებში.

ახალგაზრდებზე მორგებული კომპიუტერული პროგრამების არსებობა, მაგალითად, სპორტული გამოსახულებებისა და შეტყობინებების გამოყენება, რომელიც ყურადღებას ამახვილებს დაუცველი სექსის რისკზე, ნარკომანიასა და ალკოჰოლიზმზე. ადგილობრივ კამპანიებში სოციალური მარკეტინგის ტექნიკის გამოყენების გზების ძიება, რათა მოხდეს ისეთი მომსახურებისთვის მიმართვის პრომოცია, როგორიცაა ჩანასახზე ზრუნვა, მოწევის შეწყვეტა და იმუნიზაცია. რეგულარული შეხვედრები უნდა იმართებოდეს სკოლის ექთნებსა და სკოლის ხელმძღვანელობას შორის,

რათა სკოლაში ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსაზღვრა მოხდეს.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მახასიათებლები – ჯანმრთელობაზე ისეთ დეტერმინანტთა გავლენის მოგვარება, როგორიცაა საცხოვრებელი და სამუშაო პირობები,რათა შეიქმნას ჯანსაღი და გამძლე გარემო.

8.3 პირველადი მზრუნველობიდან აღებული

მაგალითი – გარანტირებული იყოს, რომ რჩევების მიცემა საცხოვრებელის შესახებ ხორციელდება, როგორც პრაქტიკის გატარებისას, ასევე ქირურგიაში. ისინი მიუთითებენ ადგილობრივი მთავრობის მიერ თავშესაფრის სარგებლიანობასა ან მოსახლეობისთვის საკონსულტაციო ბიუროებზე.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მახასიათებლები – ჯანმრთელი ცხოვრების სტილის პრომოცია, ინდივიდუალურად ორიენტირებული ჯანდაცვის განათლებისა და ცხოვრების სტილზე რჩევების მიცემით.

პირველადი მზრუნველობიდან აღებული მაგალითი – რუტინული კონსულტაციების განმავლობაში რჩევების მიცემა ყოველდღიურ ცხოვრებასთან სპორტული აქტივობის ინტეგრაციაზე. ადგილობრივ დასვენების ცენტრებში სავარჯიშოდ გაგზავნა. თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტაზე რჩევების მიწოდება.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მახასიათებლები – ჯანსაღი საზოგადოების მშენებლობა და სოციალური კაპიტალის შემუშავება (განვითარება)

პირველადი მზრუნველობიდან აღებული მაგალითი – ადგილობრივი მრჩეველების გაცნობა, მათი ჩართვა საზოგადოებრივ კონსულტაციებში, რაც საზოგადოებასა და ადგილობრივ მხარდამჭერ გუნდებში მოხალისეთა საქმიანობის შემადგენელი ნაწილია.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისადმი მიდგომები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საფუძველია და ასახავს საერთაშორისო ინიციატივებს, რომელიც იკითხება ოტაავასა და ბანკოკის ქარტიებში.

ჯანმრთელობის გაუმჯობესება არაა არჩევანთა ნაკრები. საჭიროა, რომ მიდგომა აერთიანებდეს ინდივიდთათვის მიცემულ რჩევებს,მაშინ,როცა,პარალელურად უნდა ქმნიდეს გარემოს,რომელიც საზოგადოებაში უკეთესი ჯანმრთელობის შემტანია. გაუმჯობესებული ჯანმრთელობა გამომდინარეობს ინდივიდთა ურთიერთქმედების შედეგად, ადგილობრივ, ეროვნულსა და საერთაშორისო (გლობალურ) დონეებზე.

პრევენციას ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია. ჩვენ უკვე აღვწერეთ პრევენციის სამი დონე, ახლა კი მოვიყვანთ პრევენციის პრაქტიკულ შემთხვევას, როგორც კლინიკური პრაქტიკის ცენტრალურ ნაწილს. ვანლესის მოხსენება, ყურადღებას ამახვილებს იმ ფაქტზე, რომ პრევენცია არამხოლოდ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, არამედ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ყველა მუშაკისა და განსაკუთრებით კი პირველადი მზრუნველობის თანამშრომლებისათვის უმთავრესი საზრუნავი უნდა იყოს.

ამ მიდგომას მხარი უნდა დაუჭიროს ახალმა სამართლებრივმა დოკუმენტებმა -

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის უზრუნველმყოფელი მომსახურებების უკეთესი შედეგით მიწოდების, პრევენციის, პირველადი მზრუნველობის, ადგილობრივი ხელისუფლების პასუხისმგებლობების გარანტირებულობის შესახებ, რომლებიც შინაარსობრივად ასახავენ სახელმწიფო ვალდებულებებს.

ხელისუფლებამ უფრო მეტი უნდა გააკეთოს იმისათვის,რომ აღმოფხვრას ჯანდაცვასა და ჯანმრთელობა-

ზე ზრუნვაში არსებული უთანასწორობა და საზოგადოებისთვის იგი მეტად ხელმისაწვდომი გახადოს.

აუცილებელია ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის მომსახურებათა რეორიენტირება, ერთიანი ყურადღების კონცენტრირება, პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე.

ეს გადაწყვეტილებები, თუ მოხდება მათი ამოქმედება, გავლენას იქონიებს როგორც ჯადაცვის მომსახურებისადმი დამოკიდებულებაზე, ისე ამ მომსახურების მომხმარებლამდე მიტანაზე. იგი აამაღლებს პრევენციის პროფილს პირველად და მეორეულ მზრუნველობაში, ისევე, როგორც მოახდენს საზოგადოებაზე დაფუძნებული მზრუნველობის წინსვლას. მიუხედავად ამისა, მუდმივად იარსებებს რისკი, რომ მწვავე დაავადებები ყოველთვის დომინანტურ ადგილს დაიჭერს; მთავრობის მხარდაჭერა იქნება საჭირო, რომ განვითარდეს საზოგადოებაზე დაფუძნებული მიდგომების გატარება, რომელთაც საფუძვლად უდევს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სტრატეგიები. რაც, თავის მხრივ, მოითხოვს მხარდაჭერას რესურსების გადამისამართებითა და სიმძლავრეების გამყარებით ადგილობრივი საზოგადოების შიგნით. ამგვარად, ეს არც ახალი გამოწვევაა და არც ახალი მიმართულება. იგი საზოგადოების განვითარების შესაბამისი ჯანდაცვის ჩამოყალიბება და განვითარებაა.

საზოგადოების განვითარება განისაზღვრა, როგორც აქტიური და გამძლე საზოგადოებების შენება, რომელიც ეფუძნება სოციალურ სამართლიანობასა და ორმხრივ პატივისცემას. ძლიერი სტურუქტურების ცვლილებას, რათა ბარიერების დასანგრევად, რომლებიც ადამიანებს ხელს უშლის იმ საკითხებში მოანწილეობის მიღებაში, უშუალოდ მათ სიცოცხლეზე რომ ახდენეს გავლენას.

8.4 „ჯანსაღი ცხოვრების ცენტრები“

საზოგადოების განვითარების მიდგომის კარგი მაგალითია. ამგვარი დაწესებულებები, ევროპის ბევრ ქვეყანაში ფუნქციონირებენ, საზოგადოებრივ საწყისებზე. მათი დაფინანსება შესაძლებელია მოხდეს შემოწირულობების, კერძო სექტორის, სხვა ინვესტორების თანამონაწილეობით, ლატარიის, სხვადასხვა კონკურსების მეშვეობით. ამ ცენტრების მიერ შემოთავაზებულ პროექტთა სპეციფიკაცია ასახავს სხვადასხვა ადგილობრივი საზოგადოების საჭიროებებს. პროგრამები მოიცავს მთელ რიგ სხვადასხვა ინიციატივას – სკოლებისათვის საგანმანათლებლო თეატრით დაწყებული, მოხუცებისათვის სასეირნო ტერიტორიებისა და ჯანსაღი საკვების მიწოდების ორგანიზაციით დასრულებული. ცენტრების უმრავლესობა მჭიდრო კავშირში იქნება ადგილობრივ, პირველადი მზრუნველობის მომსახურებებთან, რომელიც ახორციელებს ისეთი მომსახურების გაწევას, როგორიცაა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა, მოხუცთათვის - სავარჯიშო კლასები. ზოგიერთ შემთხვევაში კი, პირველადი მზრუნველობის ნაგებობების რეკონსტრუქციაც შეიძლება მოხდეს.

ჯანმრთელობის ცენტრების პროგრამების შეფასება უნდა ხდებოდეს საზოგადოების, პროფესიონალ მკვლევართა მიერ. ამ ღონისძიებების გატარებას სტრუქტურულ, მენეჯერული ცვლილებების გატარება სჭირდება და გრძელვადიანი დაფინანსებით მხარდაჭერა.

სხვა ინიციატივებთან ერთად, ცენტრებს საკუთარი წვლილი შეაქვს ქსელურ მუშაობაშიც, რომელსაც ზოგჯერ "სოციალურ კაპიტალს" უწოდებენ. საზოგადოებრივი კაპიტალის იდეა სასარგებლოა, ადგილობრივი მოსახლეობის მიერ მოპოვებული სარგებლის აღწერისას; მისი მიღება ადგილობრივი საქმიანობის განვითარებითა და მხარდაჭერით მოხდება, რომელიც საქმიანობაში რთავს უამრავ პარტნიორს. კონცეფ-

ცია ეხება „სოციალური ორგანიზაციის შემადგენლებს, როგორიცაა ნდობით აღჭურვილები, სხვადასხვა ქსელები, რომელთაც შეუძლიათ საზოგადოების ეფექტიანობის გაზრდა კოორდინირებული ქმედებების მეშვეობით“. სოციალური კაპიტალი ასოცირდება უკეთეს ჯანმრთელობასთან, რადგანაც იგი საშუალებას აძლევს ღარიბ ჯგუფებს ხელი მიუწვდებოდეთ მატერიალურ რესურსებზე, შეძლებულ ჯგუფებთან დაკავშირების გზით. იგი აგრეთვე შეესაბამება სამოქალაქო საზოგადოების პრინციპებს – კოლექტიურ ან გუნდურ მოქმედებას, საერთო ინტერესების, მიზნებისა და ფასეულობების ირგვლივ, დიფერსიფიცირებული გუნდების მეშვეობით; ისინი შეიძლება აერთიანებდეს მოხალისეთა ორგანიზაციებს, რელიგიურ საზოგადოებებს, ადგილობრივ ბიზნესს, სავაჭრო გაერთიანებებს, პროფესიულ გუნდებსა და სხვებს, ვინც ვალდებულებებს იღებს გადაინაწილოს პასუხისმგებლობები, რაც წინ წაწევს ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

საზოგადოების განვითარების ეს კონცეფცია, სოციალური კაპიტალი და სამოქალაქო საზოგადოება პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკაში შემდეგნაირად გადმოიტანება:

•ჯანმრთელობის მომსახურების შესაძლებლობაში უთანასწორობასა და სოციალურ განსხვავებაზე მკაფიოდ ფოკუსირება;

•პრაქტიკული საქმიანობის შიგნით მუშაობის ახალი გზების დასახვა და პრევენციაზე უფრო მეტად ფოკუსირება;

•ადგილობრივ საზოგადოებებთან უფრო მჭიდრო თანამშრომლობა;

•ადგილობრივ პ.ჯ.დ.-ს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკთა შორის უფრო მჭიდრო თანამშრომლობა. უფრო ხშირი ერთიანი ინიციატივები;

•ჯანდაცვის სხვა პაციენტებთან მუშაობის ახალი

გზები, რაც მოხდება სპეციალური კომისიების მიერ შედეგების მონიტორინგით (პრევენციასა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე ორიენტირებული, პრაქტიკაზე-დაფუძნებული კომისია);
•წრთვნების რეორიენტირება, რათა გარანტირებული იყოს მთელი შტატის მასშტაბით შესაფერისი უნარების ჩამოყალიბება.

რას ნიშნავს ეს პრაქტიკაში?

სიტუაცია 1: არასრულწლოვანთა ორსულობა

ერთ-ერთი გამოწვევაა არასრულწლოვანთა ორსულობის მაღალი მაჩვენებელი (განსაკუთრებით ქვეყნის ეთნიკურ უმცირესობაში) და მასთან დაკავშირებული არასახარბიელო მოვლენათა მთელი ჯაჭვი. არა მხოლოდ ახალგაზრდა, არასრულწლოვანი დედები არიან რისკის ქვეშ, არამედ მათი ბავშვებიც, რომლთა შორისაც ინფექციების, ჩვილთა უეცარი გარდაცვალებისა და საავადმყოფოში განმეორებადი მიღების მაღალი ტენდენციაა.

ფერიდე

ფერიდე 16 წლისაა, მას 1 წლის ვაჟი ყავს. ფერიდე მოულოდნელად დაორსულდა, მეგობართან დაუცველი სექსუალური ურთიერთობის გამო. იგი არ ეუბნებოდა ამ შემთხვევის შესახებ დედას იმ დრომდე, სანამ უკვე ძალზე გვიანი არ იყო. მას უნდოდა ამ ბავშვის გაჩენა, მიუხედავად იმისა, რომ მისი მეგობარი საერთოდ გაქრა, როდესაც ამ არასასურველი ორსულობის შესახებ შეიტყო. მან მიატოვა სკოლა, რადგანაც იცოდა რომ ბავშვი უნდა გაეჩინა. მას ამ საკითხის გამო უთანხმოება მოუვიდა დედასთან და ეხლა შემწეობით ნესტიან სარდაფში უწევს ცხოვრება. ხშირად

იკვებება არასრულფასოვანი საკვები პროდუქტებით, ბევრს ეწევა. ხშირად უხდება ხელმომჭირნედ ყოფნა და წარმოდგენა არ აქვს, საით მიჰყავს ცხოვრების დინებას. ბავშვი საავადმყოფოში რამდენიმეჯერ მოხვდა გასტრეოენტერიტისა და სხვა პრობლემებით.

ფერიდეს ანალოგიურ სიტუაციაში უამრავი არასრულწლოვანია, რომელთაც ესაჭიროებათ მხარდაჭერა პ.ჯ.დ – გან, არამხოლოდ მათი და მათი შვილების ფიზიკურსა და ემოციურ პრობლემებთან გასამკლავებლად,არამედ მათი სოციალური საჭიროებების მოსაგვარებლადაც, როგორიცაა განათლება, თავშესაფარი, ფინანსური და სოციალური მხარდაჭერა. ჯგუფები, რომლებიც უფრო დაუცველნი არიან ამ კუთხით და მეტი ალბათობაა, რომ აღმოჩნდნენ არასრულწლოვანი მშობლის როლში, შემდეგია: დაბალი მოსწრების მქონე მოსწავლეები, დანაშაულებრივ ქმედებებში ჩართული არასრულწლოვანები, ღარიბ რაიონებში მცხოვრები ახალგაზრდები, უსახლკარონი და ზოგიერთი ეთნიკური ჯგუფის წევრები. ფაქტები ადასტურებს,რომ არასრულწლოვანი დედები ხშირად:

•ქალთა კონსულტაციებში დაგვიანებით რეგისტრირდებიან. ხელიდან უშვებენ იმ პერიოდს, როდესაც შესაძლებელია ინტერვენცია პრევენციის მიზნით;
•ეწევიან;
•ორსულობის განმავლობაში აქვთ სტრესული ურთიერთობები
•სახლიდან მიდიან ორსულობისას;
•აქვთ დაბალი (ან საერთოდ არ აქვთ) შემოსავლები
•აჩენენ ნაკლული წონის ჩვილებს,რომელთა შორისაც გარდაცვალების მაღალი მაჩვენებელია;
•მათ ბავშვებში (1-3 წლის ასაკში) უფრო მაღალია სიკვდილიანობის მაჩვენებელი;
•მათი ბავშვები ხშირად ხვდებიან საავადმყოფოებში

უბედური შემთხვევებისა და გასტრეოენტერიტის გამო; •არ იკვებებიან ბუნებრივად (მკერდით).

ახალგაზრდა ქალების ეს დაუცველი ჯგუფიმათი მშობლები და ბავშვები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების მთავარ ორიენტირს უნდა წარმოადგენდნენრომელსაც გააჩნია სპეციფიკური მიზანიგაარღვიოს ის ციკლი. მიუხედავად ამისა, მზრუნველობის ინტერვენციები იწყება პრევენციებით,მათ შორის განათლება და შესაფერისი და ხელმისაწვდომი კონტრაცეფციების მიწოდების მომსახურებით უზრუნველყოფა. ისინი შეიძლება იყოს GP- ში, თუმცა სხვა დაწესებულებებიც იოლად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს (სკოლები, კლუბები და ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებები).

იმ შემთხვევაში, როდესაც ახალგაზრდა ქალს სურს შეინარჩუნოს ბავშვი, საჭიროა სპეციალისტის ყურადღება, რათა დაკმაყოფილებული იყოს მისი საჭიროებები და გარანტირებული მაქსიმალური მხარდაჭერა ორსულობის განმავლობაში და დედობისათვის მზადების პერიოდში. შეიძლება საჭირო იყოს მეანის დანიშნვა, რათა მშობიარობამდე, კლინიკებში მისვლისას, მაქსიმალური გულისხმიერებით მოეკიდონ პაციენტის მდგომარეობასა და რჩევა მოაწოდონ არა მხოლოდ ფიზიკურ ასპექტებზე, არამედ ყოველდღიურ საკითხებზეც.

ერთ-ერთი გზა, რომლითაც მოსახლეობაზე დაფუძნებულ მიდგომას შეუძლია წვლილის შეტანა და პირველადი დახმარების გუნდთა მხარდაჭერა ინდივიდი არასრულწლოვანი დედების საჭიროებების დაკმაყოფილებით, შეჯამებულია ცხრილში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის როლი არასრულწლოვანი დედების მხარდაჭერაში

ფერიდე

პრობლემები: არასრულწლოვანი დედა სოციალური მხარდაჭერის გარეშე.
მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: არასრულწლოვანი დედის საჭიროებების შეფასება ადგილობრივ საზოგადოებაში; თითოეული საკითხის განსაზღვრა, მაგ. კონტრაცეფციით მომარაგება, გადაუდებელი მომსახურება.
ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: ორსულზე მზრუნველობის მომსახურებით უზრუნველყოფა, კლასებში მშობელთა მონაწილეობა და პრაქტიკა.
მშობიარობამდე და მის შემდგომი მხარდაჭერა მეანის GP-ს მომსახურებით
პრობლემები: განათლება;
მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: განათლების სფეროში ხელისუფლების წარმომადგენლებთან მუშაობა, ჯანმრთელობისა და ცხოვრების სტილის სწავლებების სკოლებში შემოტანის შესახებ, როგორიც პრევენციის სტრატეგიაა.
ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: ადგილობრივ სკოლებთან მჭიდრო კონტაქტების დამყარება. საგანმანათლებლო შესაძლებლობებზე ინფორმაციის მოწოდება.
პრობლემები: ნესტიანი საცხოვრებელი
მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ადგილობრივ ხელისუფლებასთან თავშესაფრების მომცემ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან მუშაობა, რათა მოხდეს კარგი ხარისხის თავშესაფრებით უზრუნველყოფა.
ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: თავშესაფრის მისაღებათ მიმართვა ადგილობრივ ხელისუფლებასთან.
პრობლემები: ცუდი, არაბალანსირებული კვება

მოსახლეობის საკითხები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ჯანსაღი კვების ხელშეწყობა ადგილობრივი ეროვნული კამპანიებით. მოხდეს იდენტიფიცირება, იოლად ხელმისაწვდომია ჯანსაღი საკვები, თუ არა.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: რჩევები ჯანდაცვის ვიზიტორისგან/საზოგადოებრივი მუშაკებისგან/დიეტოლოგისგან.

პრობლემები: გამოცდილების ნაკლებობა

მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ფიზიკური აქტივობის სარგებლიანობის ხელშეწყობა სამედიცინო, ადგილობრივი კამპანიებით; ადგილობრივ დამგეგმავებთან მუშაობა უსაფრთხო სათამაშო ტერიტორიების შექმნის შესახებ.

ინდივიდუალური საკითხები პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: რჩევები ჯანდაცვის ვიზიტორისგან პირველადი მზრუნველობის სხვა გუნდებისგან, მათ შორის სოციალური მუშაკებისგან.

პრობლემები: მოწევა

მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: გადამოწმდეს, რომ მოწევის შეწყვეტაში დამხმარე მომსახურებანი ხელმისაწვდომია და შესაფერისი; შეფასდეს მისი გავლენა და უწყვეტად გაუმჯობესდეს ხარისხი.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: მიმართვა მოწევის შეწყვეტაში მხარდამჭერი მომსახურებათა ცენტრებში; ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ყველა პროფესიონალისგან შესაბამისი რჩევებით გაძლიერება.

პრობლემები: ალკოჰოლი

მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: მოქმედებაში მოვიყვანოთ მთელი საზოგადოების მასშტაბის სტრატეგია, რომ მოხდეს ალ-

კოჰოლის ზომიერი სმის მხარდაჭერა და შესაბამისი კულტურის ჩამოყალიბება.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: უსაფრთხო დალევაზე რჩევებისა და კონსულტაციების მოწოდება, განსაკუთრებით ორსულობის განმავლობაში, ალკოჰოლის სმასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ.

პრობლემები: უფულობა

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: მშობელთა მეგობრული დასაქმების მხარდაჭერის განვითარება

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: შესაძლო სარგებელზე ინფორმაციის მოწოდება; სამსახურის ძიების შესაძლებლობები და ბავშვებზე ზრუნვა. სოციალურ მუშაკებთან კავშირები, ვისაც შეუძლია დახმარების გაწევა.

პრობლემები: დეპრესია

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: შემუშავდეს სტრატეგია, რომელიც საშუალებას მოგვცეს განისაზღვროს და მხარი დაეჭიროს დედებს, მშობიარობის შემდგომი დეპრესიით, რაც უნდა გამომდინარეობდეს რესურსებიდან, რომელთაც ეფექტური ინტერვენცია გვაძლევს.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: თუ საჭიროა, მოხდეს მხარდაჭერითა და მკურნალობით უზრუნველყოფა. სოციალური მხარდაჭერის მოწყობა „უპირობო სტარტის“ ადგილობრივი დედებისა და პატარების ჯგუფების მეშვეობით.

ფერიდეს შვილი ასლანი

პრობლემები: საავადმყოფოში ხშირი შესვლა სხვადასხვა ინფექციებით

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ადგილობრივი გარემოს ჯანდაცვის ოფი-

ცრებს შეუძლიათ დახმარება გასწიონ იმ საცხოვრებელთა სტანდარტების შენარჩუნებაში, რომლებშიც არასრულწლოვან დედებს უხდებათ ცხოვრება.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: ბუნებრივი კვების წინ წამოწევა. ჰიგიენის, საკვების მომზადებისა და სხვა საკითხების შესახებ რჩევების მიცემა. სიტუაციის განხილვა პედიატრებსა და პირველადი მზრუნველობის გუნდის წევრებს შორის, თუ მოხდა საავადმყოფოში მიღების განმეორებითი შემთხვევა.

პრობლემები: სათამაშო სივრცის უქონლობა და სტიმულის ნაკლებობა

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ადგილობრივი ხელისუფლება ქმნის ბავშვებისათვის უსაფრთხო სივრცეს.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: მიმართონ ადგილობრივ დედათა და ბავშვთა გუნდებთან და „უპირობო სტარტთან".

პრობლემები: უნებლიე დაზიანებების რისკი

მოსახლეობის საკითხები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ზედამხედველობა.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია:

უნდა ხდებოდეს თუ არა რისკის რეგისტრაცია.

სიტუაციის შესწავლა 2: უსახლკარობა

უსახლკარობას მოაქვს სხვა საკითხთა ნაკრები, რომელიც მოითხოვს დამატებითი მზრუნველობას.. რთული შიდა-ურთიერთობები ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის, პიროვნული უსაფრთხოება, ალკოჰოლსა და ნარკოტიკზე დამოკიდებულობა შეიძლება

მოგვარდეს მხოლოდ სხვადასხვა ჯგუფებთან მუშაობით, განსხვავებულ სექტორებში, რომელთაც გააჩნიათ საჭირო უნარები, მზრუნველობის თითოეულ ინდივიდუალურ საჭიროებასთან გასამკლავებლად.

გაბრიელი

იგი 25 წლისაა, ამჟამად უმუშევარი და უსახლკაროა. მაღაზიის დაყაჩაღების გამო დაჭერილი იყო და გამოშვებულია საცდელი ვადით. იგი ნარკოტიკის მომხმარებელია, კლინიკურად დეპრესიულია და საკუთარ თავს უსარგებლოდ თვლის. გაბრიელი იზრდებოდა ოჯახში, სადაც ძალადობა ჩვეული მოვლენა იყო და ხშირად ხედავდა, მამა დედას რომ სცემდა, გარკვეული პერიოდი მან თავშესაფარშიც გაატარა. დედამ საბოლოოდ მიატოვა მამამისი და წავიდა. მან ძლივს დაამთავრა სკოლა, არასოდეს ჰქონია სამსახური. გასულ წელს იხდიდა სასჯელს ძარცვისათვის, და ეს პირველი შემთხვევა არ ყოფილა – გამოუტანეს განაჩენი, რომელიც გულისხმობდა მისი ბინის დაკარგვას. დღეს იგი დაბნეულია, ის ქუჩაში ათევს ღამეს, როდესაც არ გააჩნია საკმარისი ფული, რომ იშოვნოს თავშესაფარი, სამუშაო და საჭირო სამედიცინო მზრუნველობა.

როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ისე პირველადი მზრუნველობის პერსპექტივით, მნიშვნელოვანია, რომ საჭიროებებზე არსებობდეს კარგად კოორდინირებული პასუხები. ყოველთვის არსებობს საფრთხე (რისკი), რომ ბევრი ადამიანი შეეცდება პრობლემის მოგვარებას, გაბრიელის საჭიროებათა მთლიანი ნაკრების განხილვისა და გააზრების გარეშე, რთული იქნება გაბრიელის მსგავს პაციენტებზე მზრუნველობა.

პრაქტიკოს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდთა შორის მჭიდრო კავშირებს შეუძლიათ შესაბამისი მზრუნველობის გეგმების წარმოდგენა.. ჯანდაცვასა და კრიმინალური სამართლის სისტემებს შორის კავ-

შირები ძალზე მნიშვნელოვანია, მაგალითად, კავშირი ადგილობრივ პატრულსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ან პრაქტიკოს გუნდებსა და ადგილობრივ გუნდებს შორის. კარგ ურთიერთობებს ადგილობრივ, პოლიციასთან, შეუძლია გააიოლოს ოჯახურ ძალადობასთან გამკლავება და იგი უფრო გეგმაზომიერ პროცესად აქციოს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი ჯანდაცვის როლები უსახლკაროთა მხარდასაჭერად გაბრიელი

პრობლემა ნარკომანია

მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: განათლების საფუძველზე შექმნილი პროგრამები მოზარდთა მზრუნველობის სახლის ბავშვებსაც უნდა ეხებოდეს, სადაც უნდა მოხდეს შპრიცების გაცვლის პროგრამის ორგანიზება.. სტრატეგიული მიდგომების თაობაზე არასამთავრობო ორგანიზაციებთან მუშაობა. ადგილობრივი ინიციატივების განვითარების მხარდაჭერა, ნარკომანიის წინააღმდეგ მოქმედ გუნდში ჩაერთონ მშობლები, მოხდეს გავლენის მონიტორინგი, ხიდი გაიდოს ჯანდაცვისა და სოციალურ მუშაკებს შორის. გარანტირებული უნდა იყოს ყველა პარტნიორის - ნდობით აღჭურვილი პირი, სოციალური მუშაკები, მოხალისეთა სექტორი და ეკლესია მონაწილეობაზე.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია:

მთავარ მონაწილეთა იდენტიფიცირება, პირველადი მზრუნველობის მობილიზება და გუნდის დაკომპლექტება წევრებით, რომელთაც შესაფერისი ცოდნა გააჩნიათ.

პრობლემა : დეპრესია

მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: შესაფერისი მომსახურების დაგეგმვა და

სპეციალური მხარდაჭერა.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდთან თანამშრომლობა, შესაფერისი მხარდაჭერა და კონსულტაციები.

პრობლემა : უსახლკარობა

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ადგილობრივ ხელისუფლებასთან პარტნიორული მუშაობა.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: სოციალური მუშაკები, საცხოვრებლის პოვნაში დახმარება და მიმდინარე მხარდაჭერა.

პრობლემები: კრიმინალური სამართლის სისტემასთან კონტაქტი, პოლიცია და პირობითი სასჯელაღსრულების მუშაკები.

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: პოლიციასა მომსახურებასა და პირველად მზრუნველობას შორის კავშირის არსებობა, განსაკუთრებით გათავისუფლებისას.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: მჭიდრო თანამშრომლობა ციხის მომსახურებასთან ინდივიდუალურ საფუძველზე; საზოგადოებისთვის სასჯელაღმსრულებლების გაცნობა.

პრობლემები: ოჯახური ძალადობა

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ადგილობრივ პარტნიორებთან მუშაობა, შემუშავდეს მხარდამჭერი და წინასწარ აღმკვეთი პოლიტიკა, განათლება.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: მთელმა შტატმა იცოდეს ოჯახური ძალადობის შესახებ და თუ რა შესაძლებლობების არჩევანი არსებობს ინტერვენციისთვის, მიმართვისა და კონსულტაციისთვის.

პრობლემა: უმუშევრობა
მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: სოციალურად გარიყული ფენის წარმომადგენლებისათვის სამსახურის დაწყების შესაძლებლობების გაცნობა და დამატებითი მხარდაჭერის აღმოჩენა
ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: რჩევები სამუშაოს ძებნის თაობაზე, ისევე, როგორც შესაძლებელი ხელფასის ოდენობაზე.
პრობლემები: სტომატოლოგის მკურნალობის საჭიროება

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები: ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პრობლემა პატიმრებსა და უსახლკაროთა შორის არის კბილების არასახარბიელო მოვლის დონე და მდგომარეობა, არსებობს სტომატოლოგის მომსახურების შესაძლებლობის საჭიროება. განხილული უნდა იქნეს სტრატეგიული მიდგომა, საჭიროების დასაკმაყოფილებლად.
ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია: სტომატოლოგის შესაძლებელი მომსახურების გაწევა,მათ შორის ჰიგიენის წესების დაცვა.
სიტუაციის შესწავლა 3:

მოხუცებული ადამიანები სოფლებში

სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა 21-ე საუკუნის ერთ-ერთი მიღწევაა. სულ უფრო მეტი ადამიანი ცოცხლობს უფრო მეტს, რაც არ არის დამოკიდებულობის შეცვლის საკითხი. რადგანაც იცვლება მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურა, იგივე ცვლილებები უნდა მოხდეს ჯანმრთელობის შენარჩუნების კუთხით. გარდა ამისა, რადგანაც მოხუცთა რაოდენობა მთლიანად მოსახლეობაში პროცენტულად მატულობს, სოციალური ურთიერთობებიც იცვლება. შტატის

უამრავი მზრუნველი, თავად საპენსიო ასაკს გადაცილებულია, გაზრდილია მოთხოვნაც მზრუნველობის მომსახურების გაწევაზე. ყველანი ვცნობთ და ვაღიარებთ იმ სარგებელს, რაც მოხუცთა დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარის შენარჩუნებას ახლავს თან და, რაც ჯანდაცვისა და სოციალური მზრუნველობის, საზოგადოებებისა და პირველადი მზრუნველობის პროფესიონალთა წინაშე მდგომი გამოწვევაა, შესაფერისი მხარდაჭერის მოწოდება, რათა შესაძლებელი გახდეს ამ სარგებლის შესრულება და გამოყენება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოსახლეობაზე დაფუძნებული და პირველადი მზრუნველობის ინდივიდუალური მიდგომა ამგვარი გარემოებების არსებობისას შეიძლება სინერგიული იყოს, როგორც ეს სიტუაციური მაგალითის შესწავლისასაა მოცემული.

ლუიზა

ლუიზა 78 წლისაა. ის ცხოვრობს პატარა სოფლის საზოგადოებაში და ამ უკანასკნელ დრომდე თავად ართმევდა თავს ყველაფერს, სანამ მცირე გაჟონვა არ დაემართა. ეხლა იგი ხელჯოხის დახმარებით დადის. ლუიზას განზრახული აქვს, რომ იცხოვროს თავის საკუთარ სახლში, მაგრამ ესაჭიროება დამხმარე, რომ გაუმკლავდეს შინაურ საქმეებს. მისი მეზობლები ძალზე კეთილად არიან განწყობილნი მისადმი, მაგრამ დღის მანძილზე ისინი მუშაობენ. კვირაობით, მას მეზობლები ეხმარებიან ეკლესიაში წასვლაში. მასთან სტუმრად და მოსანახულებლად იშვიათად მოდიან. მას ძალზე უყვარს კლუბი მეზობელ სოფელში. ლუიზა დამოკიდებულია ადგილობრივ მოხალისეზე, რომელიც წასაყვანად ზოგჯერ აკითხავს მას, რადგანაც ამ სოფლის მიმართულებით ავ-

ტობუსი არ მოძრაობს. მისი ქირურგი გვერდითა სოფელშია და თუ მის მეზობლებს არ სცალიათ, ლუიზას უწევს კერძო მანქანის დაქირავება, რომ მოხვდეს ექიმთან შეხვედრაზე. სოფლის მაღაზია 2 წლის უკან დაიხურა, რადგანაც ლუიზას თანასოფლელთა უმრავლესობა სოფელში მხოლოდ შაბათ-კვირას ჩამოდის, ახალი ბოსტნეულისა და ხილის შეძენის პრობლემა აქვს. ლუიზა ფლობს სახლს, რომელიც უკვე ძალზე დიდია მისთვის. მის ერთ-ერთ მთავარ სანერვიულოს დაზიანებული სახურავი წარმოადგენს. გარდა ამისა, იგი გათბობას არ იყენებს გადასახადის გამო. გასულ წელს მას ფეხი მოუცურდა ყინულზე და მაჯა მოიტეხა, ასე რომ, იგი ცდილობს ზამთარში ნაკლებად გამოვიდეს სახლიდან, რაც ცოტა არ იყოს დეპრესიულ სიტუაციას უქმნის.

ლუიზას, უამრავი სხვა ადამიანის მსგავსად, სურს იცხოვროს საზოგადოების შუაგულში, საკუთარ სახლში.

როდესაც ადამიანები ბერდებიან, მათი ცხოვრების ხარისხი გაცილებით მეტ მნიშვნელობას იძენს, ვიდრე რაოდენობა, განსაკუთრებით ქრონიკული დაავადებების მართვისას, როგორებიცაა დიაბეტი და გულის დაავადებები. პ.ჯ.დ.-ს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივ სამსახურებს მთავარი როლი გააჩნიათ ინფორმაციის მოპოვებასა და ცხოვრების მხარდაჭერაში. თავის საქმიანობაში მათ უნდა ისარგებლონ ისეთი საშუალებებით, როგორიცაა ფრთხილი ვარჯიშები; მოსეირნე ჯგუფები; ჯანმრთელობის მდგომარეობის რუტინული გადამოწმება; ხელოვნების პროექტები; ხელგარჯილობა, ნაკეთობები, ცეკვები და უწყვეტი განათლების მიღება. ყველა ეს ზემოთ ჩამოთვლილი, მნიშვნელოვანია. ფიზიკური ჯანმრთელობისა და ინდივიდების ჩართვა ამ საქმიანობაში გასაკვირი არაა.

აქტიურობის შენარჩუნება განსაკუთრებით მნიშ-

ვნელოვანია, რათა მოხუცებულნი დაცემისგან იყვნენ დაცულნი, რაც ქვეყნის მოხუცებულ ადამიანთა უუნარობის მთავარი და სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია ადამიანებში, რომელთაც 75 წელს გადააბიჯეს.

ბევრი ასეთი ადამიანი კვდება, ბარძაყის მოტეხილობით. ოსტეოპოროზი ზრდის მოტეხილობის რისკს, როდესაც ეცემა მოხუცებული ადამიანი. სამიდან 1 ქალი და 12-დან 1 კაცი მთლიანი 50-დან, დაავადებულნი არიან ოსტეოპოროზით და ქალების დაახლოებით ნახევარს აქვს ოსტეოპოროზული მოტეხილობის გამოცდილება იმ დროისათვის,როდესაც მათ 70 წელს მიაღწიეს. დაცემის შიშმა შეიძლება მნიშვნელოვნად შეამციროს აქტიურობის დონე. ასაკოვანი ადამიანის დაცემა მანამდე არაიდენტიფიცირებული დაავადების ჩვეული სიმპტომია. **მთავარი ინტერვენციები მოხუცებულ ადამიანთა პრობლემების მოსაგვარებლად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიების სტანდარტებია, რომელიც ამცირებს ამგვარ რისკს.**

რატომაა მნიშვნელოვანი საცხოვრებელი ადგილი?

ლუიზას ისტორია უხარისხო საცხოვრებლის საკითხსაც ეხება. ცუდი ხარისხის საცხოვრებელი მოიცავს მთელ რიგ მახასიათებლებს, რომელიც ჯანმრთელობისთვის საზიანოა – ნესტი, მტვერი, სახლში ცუდი ჰაერი, დაზიანებისა და ხანძრის მაღალი რისკი. ცუდ საცხოვრებელ პირობებსა და ცუდ ჯანმრთელობას შორის კავშირი, არასახარბიელო წრეა.

•ცუდი საცხოვრებელი პირობები და ჯანმრთელობა ასოცირდება სიღარიბესა და მწირ შემოსავალთან;

•ცუდი ჯანმრთელობა ამცირებს შემოსავლების გამომუშავების უნარებს;

•უუნარო ზრდასრული ადამიანების ერთი მესამედი, რომელთაც ჯერ საპენსიო ასკამდე არ მიუღწევიათ, ანაზღაურებად სამსახურებში მუშაობენ;

•ფიზიკურად უუნარო ადამიანების დიდი ნაწილი შეუფერებელ საცხოვრებელშია.

საცხოვრებლის პრობლემაზე რეაგირება მთავარი ელემენტია, რომ შემცირდეს ჯანდაცვაში არსებული უთანასწორობა ნებისმიერი ასაკისათვის. მაგალითად, ცუდი დასახლება დაკავშირებულია იმ ტერიტორიებთან, რომელთაც მომსახურებაზე ხელი არ (ან ცუდად) მიუწვდებათ, ბავშვებისათვის უსაფრთხო სათამაშო, მცირე ტერიტორიები, მოხუცებულთათვის უმნიშვნელო სასეირნო ტერიტორია და ცუდი სოციალური ინფრასტრუქტურა.

არსებობს ჯანმრთელობის მთელი რიგი პირობები, რომელიც უარესდება ცუდი საცხოვრებელი სტანდარტების გამო:

•სიცივე: სასუნთქი (რესპირატორული) ინფექციების, გულის დაავადებების, ჰიპოთერმიის შემცირებული ამტანობა;

•ნესტი და მტვერი: ასთმა, ეგზემა, რესპირატორული პრობლემები;

•სახლის პირობებში ჰაერის დაბინძურება და გადავსება: ასთმა

•მრავალი ადამიანის ერთ სახლში ცხოვრება: ინფექციების გაზრდილი რისკი, ემოციური პრობლემები, ბავშვებისთვის უფრო ცუდი განათლების მიცემა, სოციალური ურთიერთობების გაუარესება;

•ცუდი საცხოვრებელი: შესუსტებული ფსიქიკური ჯანმრთელობა, დაცემა, დაზიანებები, ხმაურთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის გაუარესება;

•ნესტი: დეპრესია ქალებში.

საწვავის უქონლობით გამოწვეული სიღარიბე

მოხუცებულთა ცუდ საცხოვრებელთან დაკავ-

შირებული კიდევ ერთი რისკია - გათბობის უქონლობა განსაკუთრებით სოფლებში,სადაც მოსახლეობა შეშის ღუმელებით სარგებლობს. საწვავის სიღარიბე ერთ-ერთია, რომელშიც ოჯახური ბიუჯეტის 10%-ზე მეტი იხარჯება საწვავში, მათ შორის სახლის გათბობაში. იმ ადამიანთა 50%, ვინც საწვავის სიმცირეს განიცდის, მოხუცებულები არიან, გარდაცვალების ბევრი ფაქტი სიცივესთანაა კავშირში, ასევე გულსისხლძარღვთა და სისხლის მიმოქცევის დაავადებებითაა გამოწვეული,(გაყინვა,გულის შეტევა და რესპირატორული დაავადებები). დადგენილია, რომ ყოველ ზამთარს, როდესაც ზამთრის საშუალო ტემპერატურაზე 1 გრადუსით ნაკლებია, მეტი გარდაცვალების ფაქტს იწვევს. ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია,ვიდრე უამრავი სხვა ფაქტორები,რომლებიც შეიძლება ამ საკითხთან კავშირში იმყოფებოდეს. მათ შორის ცივ საძინებლებში დაძინება, სადაც არაა გათბობა. აგრეთვე, უამრავი ასაკოვანი ადამიანი სიცივის შესაბამისად, თბილად არ იცვამს.

ცივი სახლები ხშირად ნესტიანიცაა. მოხუცი ადამიანები, წესისამებრ, უფრო მეტ დროს სახლებში ატარებენ და, ამ არასახარბიელო პირობის მიმართ უფრო მგრძნობიარენი არიან. ცივ სახლში ცხოვრების გავლენა მოიცავს და გულისხმობს მაღალ სისხლის წნევასა და, აქედან გამომდინარე, გულის შეტევისა და გაყინვის რისკებს, ტემპერატურაში, რომელიც 12 გრადუს ცელსიუსზე ნაკლებია (1 გრადუსი ცელსიუსით ტემპერატურის დაცემა,ზრდის სისტოლიური სისხლის წნევას 1.3 ვერცხლისწყლის სვეტით და დიასტოლურ სისხლის წნევას კი 0.6-ით). ართრიტით მოყენებული ტკივილები იზრდება, რაც თავის მხრივ იწვევს დაცემის რისკის ზრდას, რადგანაც მოქნილობა და თითების ძალა მცირდება სიცივის ზრდასთან ერთად. ცენტრალური და ცალკე გათბობების უკმარისობაც

შეიძლება დაბრკოლებად იქცეს და დაცემის გახშირებაში საკუთარი წვლილი შეიტანოს. ცივი სახლები შეიძლება ნაკლებ სოციალურ კონტაქტსაც გულისხმობდეს, რადგან არავის აქვს სურვილი მიიწვიოს ადამიანები სტუმრად ცივ სახლში, ხოლო სოციალურმა იზოლაციამ შეიძლება დეპრესიის ჩამოყალიბებას შეუწყოს ხელი. ნესტიანი საცხოვრებელი შეიძლება, აგრეთვე, ასოცირდებოდეს გონებრივი ჯანმრთელობის პრობლემებთან.

მარტივი მესიჯები, როგორიცაა „სახლში შეინარჩუნეთ სითბო“ უკეთესი იზოლაციით; „სახელმწიფოსაგან მიიღეთ საწვავის ტალონები“. „ფიზიკურად აქტიურად იყავით“; „აიცერით გრიპზე და მიმართეთ სხვა პრევენციულ ზომებს“.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის როლები დაუცველი მოხუცებულის ფენის მხარდაჭერაში.

ლუიზა

პრობლემები: გაუარესება მისგან დატოვებული უუნარობა.

მოსახლეობის საკითხები: გაუარესასთან გამკლავების სტრატეგიის საჭიროებაა, რომელიც მხედველობაში იღებს სტანდარტებს, მოიცავს პრევენციასა და გაუარესის შემდგომ სპეციალისტ მზრუნველთა მომსახურებას.

პირველადი მზრუნველობის საკითხები: უბნის ექთანთა მხარდაჭერა რეგულარული ვიზიტების მეშვეობით, რაც ემყარება მოხალისეთა სექტორის მხარდაჭერასა და სახლის პირობებში დახმარების გაწევას. სისხლის წნევის რეგულარული შემოწმება. ფსიქოლოგთა რჩევები რეგულარულ ვარჯიშებზე, რათა შენარჩუნდეს ძალა და თავიდან იქნეს აცილებული დაცემა, ისევე, როგორც სისუსტესთან გამკლავება და აქტივობის შენარჩუნება. ასპირინი, რათა მოხდეს სწრაფი, იშემიური შეტევების წინასწარ აღკვეთა.

პრობლემები: მარტო მცხოვრები მოხუცებული
მოსახლეობის საკითხები: რესურსების დაცვაში დახმარება, რაციონალური ხარჯვის ხელშეწყობა.
პირველადი მზრუნველობის საკითხები: მიმართვების გაკეთება, ინფორმაციის მიწოდება მომსახურების არსებობისა და შესაძლებლობის შესახებ.
პრობლემები: ტრანსპორტი
მოსახლეობის საკითხები: გარანტირებული იყოს, რომ მოხუცებულთათვის ხელმისაწვდომობა სტრატეგიულადაა განხილული და ალტერნატივებისათვის რესურსების მოძიება ხდება. მოხდეს ავტობუსების კომპანიებთან შესაძლო მოლაპარაკებები სვლაგეზების ხელახალი დაგეგმვის მიზნით.
პირველადი მზრუნველობის საკითხები: პრაქტიკის განმავლობაში, ტრანსპორტის საკითხების მოგვარება მოხალისე მძღოლთა მომსახურების გამოყენებით.
პრობლემები: ეკოლოგიურად ჯანსაღი საკვების შესაძლებლობა
მოსახლეობის საკითხები: ინოვაციური სქემების განვითარების მხარდაჭერა, მაგ: მოგზაური ავტოფურგონები, რომლებიც ხილსა და ბოსტნეულს ყიდიან გონივრულ (მისაღებ) ფასში.
პირველადი მზრუნველობის საკითხები: „საკვები ბორბლებზე“ მოეწყოს ისე, რომ ჯანსაღი არჩევანიც არსებობდეს.
პრობლემები: GP-თა მოშორებული კაბინეტები ცალკეულ სოფლებში
მოსახლეობის საკითხები: პილოტური ტელესამედიცინო სქემა
პირველადი მზრუნველობის საკითხები: ალბათობის პრინციპზე პრაქტიკოსთა მხრიდან ვიზიტების საჭიროება, მაგრამ ტელემედიცინის კავშირზე დამოკიდებულება სახლსა და კაბინეტებს შორის.

პრობლემები: საწვავის არქონით გამოწვეული სიღარიბე
მოსახლეობის საკითხები: შესაბამისი პასუხისმგებლობის აღება, რომ მოხერხდეს საწვავის სიღარიბესთან გამკლავების სტრატეგიაში მონაწილეობის მიღება. პარტნიორული მუშაობა, რათა გარანტირებული იყოს პასუხისმგებლობების აღება, ჯანმრთელობაზე მზრუნველმა შტატმა ძალზე კარგად იცის, თუ სად და როგორ მიმართოს ძალისხმევა.
პირველადი მზრუნველობის საკითხები: ჯანდაცვის პროფესიონალთა სიფრთხილის გაძლიერება და მეტი ყურადღების გამახვილება მოხდეს ჰიპოთერმიისა და ჯანდაცვის პრობლემების რისკებზე, რომლებიც დაკავშირებულია საწვავის სიღარიბესა და იმ ადამიანებთან, რომლებიც ყველაზე მეტად დაუცველნი არიან ამ სიცივის წინააღმდეგ.

საწვავის სიღარიბის ნიშნების მოძიება სახლში და იმის გააზრება, თუ რა გაუმჯობესებებია შესაძლებელი და რას იძლევა სახლის ენერგიის ეფექტიანობა. გათბობის პროგრამები ხელმისაწვდომია და როგორ უნდა მოხდეს მათი მიმართვა, რომ მიღწეულ იქნეს საბოლოო მიზნამდე – თბილი სახლი და გადასახადების ოდენობის შემცირება – შესაძლებელია ამ შემთხვევაში უფრო იაფი მომწოდებლის მოძებნა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის, მოსახლეობისა და ინდივიდის პერსპექტივები სინერგიულია.

პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციებში რეგისტრირებული მოსახლეობა პრობლემად აღიქვამს არა მხოლოდ მზრუნველობის შესაძლებლობის საკითხს, არამედ, აგრეთვე, იმ საკითხებსაც, რომელიც უშუალოდაა დაკავშირებული მათ კონკრეტულ პრობლემებთან და ცხოვრების პირობებთან.

პირველადი მზრუნველობის რგოლს, იქნება

ეს ცალკე ორგანიზაცია, თუ ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის ექიმის) ოფისი, მნიშვნელოვანი როლი აკისრია, რომლის შესრულებაც მათ ევალებათ მოსახლეობაში და ეს როლი ცდება მხოლოდ პირველადი სამკურნალო მზრუნველობის ფარგლებს.

ჯანდაცვისა და სოციალური უთანასწორობის მოსაგვარებლად განხორციელებული საქმიანობები, ზოგადად და ყოველ კონკრეტულ ადგილზე, მხოლოდ სამინისტროსა და სხვა მისი სააგენტოების საქმე არ არის. პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკოსთა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადგილობრივი სამსახურების პარტნიორულ მუშაობასა და სიფხიზლეს, შეუძლია წამყვანი როლი ითამაშოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და გაუმჯობესების ძირითად საქმეში, რაც მათი პრაქტიკის მოსახლეობაში საქმიანობით იწყება.

საავადმყოფოში ყველა სამედიცინო მიღების 5% გულის შეტევის შემთხვევაა, და გულის შეტევის მქონე ადამიანები, ხშირად ხელახლა ბრუნდებიან საავადმყოფოებში. საავადმყოფოში განმეორებით შესვლის ალბათობა იქ არის ნაკლებ მოსალოდნელი, სადაც პირველადი ჯანდაცვის რგოლები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი სამსახურები სინერგიულად მუშაობენ.

თავი IX

9.1 მომსახურებათა გაუმჯობესება

ეს თავი ეხება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობის სამი მთავარი სფეროდან მეორეს – **მომსახურების გაუმჯობესებას.**

იგი განიხილავს მიდგომებს, რომელთაც ატარე-

ბენ პირველადი ზრუნვის პრაქტიკოსები, რათა გააუმჯობესონ პაციენტებისა და მათ პასუხისმგებლობაში მდებარე ტერიტორიის ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, რაც ეფუძნება პრევენციის იერარქიას (პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია). განიხილავს გულის კორონარულ დაავადებას, სიტუაციური შესწავლის მეთოდით. განხილულია, აგრეთვე, სამედიცინო შემოწმების მეთოდი, სკრინინგი როგორც მეორეული პრევენციის მაგალითი, რომელსაც, ჯანმრთელი მოსახლეობის შემოწმების ეთიკური დილემა ერთვის თან; ინფორმირებული თანხმობის მიცემის საკითხები და პირველადი ზრუნვის ორგანიზაციების დაგეგმვა-მართვაში მონაწილეობის მნიშვნელობა, როლი და მომხმარებლამდე მიტანის პროგრამების განხორციელება.

უკანასკნელი 150 წლის განმავლობაში, იმ უდიდესმა წვლილმა, რომელიც სოციალურმა, ეკონომიკურმა და გარემო ცვლილებებმა შეიტანა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში, უამრავი ადამიანი მიიყვანა დასკვნებამდე, რომ უშუალოდ მზრუნველებს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მცირე გავლენა აქვთ. ეს თვალსაზრისი დღეს გამოწვევის წინაშე დგას. მაგალითად, განსაზღვრულია, რომ XX საუკუნეში, სიცოცხლის ხანგრძლივობის 30 წლიდან დაახლოებით 5 წელიწადი ჯანმრთელობაზე მზრუნველთა დამსახურებაა. ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი, რამაც ეს მონაპოვარი მოგვიტანა გულსისხლძარღვთა დაავადებების დიაგნოზირებისა და მკურნალობის მიღწევებია, რომელსაც, თავის მხრივ, სიცოცხლის გაზრდილ ხანგრძლივობაში საკუთარი 1-2 დამატებითი წელიწადი შეაქვს. გარდა სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდისა, ჯანმრთელობაზე ზრუნვა აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს, მაგალითად ქრონიკული დაავადებების მკურნალობა, როგორიცაა ბარძაყის ძვლის შეცვლა, კატარაქტის მოცილება და ეპ-

ილეფსიის ან დიაბეტის მედიკამენტებით მკურნალობა.

მაშასადამე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის **მომსახურებათა გაუმჯობესება,** საზოგადოების ჯანმრთელობის მთავარი კომპონენტია.

პრევენციის იერარქია (პირველადი,მეორეული და მესამეული პრევენცია). პირველადი ზრუნვის პრაქტიკოსი მაღალ რისკსა და მოსახლეობის დამოკიდებულების შეკავშირებას ცდილობს, და ინდივიდებსა და მოსახლეობას აწვდის მომსახურებას. ეს თავი ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესებაში პირველადი ზრუნვის პრაქტიკოსთა როლს მიმოიხილავს, რაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცოდნისა და უნარების, მათი საკუთარი კლინიკური გამოცდილებისა და უნარების შეერთებით.

რადგანაც ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მასშტაბები დიდია, განვიხილოთ, მხოლოდ ერთი პოზიცია – გულის კორონარული დაავადება (CHD), რათა მოხდეს პირველადი მზრუნველობისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გუნდთა როლების მაგალითის მოყვანა პირველად პრევენციაში (ჯანმრთელობის პრომოცია, დაავადებათა პრევენცია), მეორეულ პრევენციაში (ფაქტებზე დაფუძნებული მკურნალობა) და მესამეულ პრევენციაში (საზოგადოებაში ზრუნვა და მხარდაჭერა).

92 ზრუნვის გაუმჯობესება და მომხმარებლამდე მიტანა.

გულის კორონარული დაავადება, როგორც პრიორიტეტი

CHD გარდაცვალების გამომწვევთაგან ერთ-ერთი უდიდესი მიზეზი და უზარმაზარი ტვირთია არასახარბიელო ჯანმრთელობის, სოციალური და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ხარჯების თვალსაზრისითაც.

CHD არის წინასწარაღკვეთადი დაავადება, რომელიც

ყოველწლიურად უამრავი ადამიანის გარდაცვალების მიზეზი ხდება (საავადმყოფოში ჰოსპიტალიზაციის დაახლოებით 3%-).

CHD ქვეყანაში ჯანდაცვის უთანასწორობაში ერთ-ერთი მთავარი წვლილის შემტანია. არაკვალიფიცირებულ ადამიანთა შორის, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი თითქმის სამჯერ მაღალია, ვიდრე პროფესიონალთა შორის. ეს განსხვავება უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში გაორმაგდა და ამ ნიშნულსაც კი ასცდა.

პრევენციის თითოეულ დონეს გააჩნია მომსახურების მომხმარებლამდე მიტანის ელემენტი, პირველადი პრევენციული მომსახურების წვლილს განვიხილავთ მათ მიერ მოწევის შეწყვეტით შეტანილი წვლილის ილუსტრირებით; მეორეული პრევენციული მომსახურების ილუსტრირებას ჰიპერტენზიის მართვით; ხოლო მესამული პრევენცია კი გულის უკამრისობის მართვით.

პირველადი პრევენცია

პირველადი პრევენცია მიზნად ისახავს დაავადების გამომწვევი პრევენციის ფაქტორთა შემცირებით, რაც ხორციელდება მოსახლეობაში ქცევისა და ცხოვრების სტილის შეცვლის მეშვეობით, მხარდაჭერილია შესაბამისი საჯარო პოლიტიკითა და განათლებით. პირველადი პრევენცია პირველადი მზრუნველობის პროფესიონალთა მნიშვნელოვანი პასუხისმგებლობაა და მისი გატარება ხდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მიერ მისთვის გაწეული, როგორც სადიაგნოსტიკო, ასევე პრევენციის მეთოდოლოგიების შესაბამისად. როდესაც მის პრაქტიკაში (განსაზღვრულ მოსახლეობაში) შემოვლენ ახალი პაციენტები, პრაქტიკოსი, წესისამებრ მათ ჯანმრთელობის შემოწმებას სთავაზობს, ხოლო ჯანმრთელობის შემოწმების უმთავრესი ნაწილია პაციენტის მწეველობის სტატუსისა და ცხოვრების სტილის სხვა ასპექტების დადგენაც,

როგორიცაა ალკოჰოლის სმა, წამალდამოკიდებულება, ფიზიკური აქტივობა და სხვა.

რატომაა მოწევის შეწყვეტაში დამხმარე მომსახურებები პრიორიტეტული ?

რადგან გულის პათოლოგიების უდიდესი გამომწვევი მიზეზია მოწევა, ამიტომ, წარმოდგენილია მოწევასთან გამკლავების ექვს საკითხიანი გეგმა:

•დავეხმაროთ მწეველებს თავის დანებებაში;
•მეორადი მწეველის (კვამლის გამო) დაცვა;
•განათლება და მედია;
•თამბაქოს პრომოციის შემცირება;
•მარკირება და შესაბამისი კანონმდებლობა;
•დაბეგვრა და კონტრაბანდა;

ნებისმიერი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურს მოეთხოვება თამბაქოს კონტროლის სტრატეგიათა ქონა, რომელიც ეფუძნება ამ ექვსსაკითხიან სამოქმედო გეგმას, მოწევის შეწყვეტის მომსახურებასთან ერთად, როგორც ამ ქმედების მნიშვნელოვანი ნაწილი. საერთაშორისო დონეზე შემუშავებულმა სტრატეგიამ - **მოწევა კლავს (1998)** და შემდგომ **თამბაქოს საწინააღმდეგო ჩარჩო კონვენციამ (2003) და "საქართველოში თამბაქოს კონტროლის შესახებ " საქართველოს კანონმა (2003)** მოგვაწოდა მოქმედების ჩარჩო და დაფინანსების წყაროებიც გააჩინა მოწევის შეწყვეტისთვის მხარდამჭერ მომსახურებათა პროგრამების ჩამოსაყალიბებლად.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა სამსახურმა შეაჯამა ქვეყანაში არსებული ფაქტები თამბაქოს მოხმარების შესახებ და მოგვაწოდა სახელმძღვანელო პრინციპები სწრაფი და ხანმოკლე ინტერვენციებისა და პირველად მზრუნველობაში მოწევის შეწყვეტის პროცესების მარ-

თვის შესახებ. GP-ის მიერ მოწოდებული რუტინული რჩევები, რომელიც მან ყველა მწეველ პაციენტს უნდა მისცეს, დადებით შედეგს მხოლოდ 40%-ის შემთხვევაში იძლევა, მათ შორის, ვინც ცდილობს თავი დაანებოს მოწევას; ინტენსიურ ქცევით მხარდაჭერას დამატებული ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია ან ბუპროპიონი, მნიშვნელოვნად ზრდის ინდივიდის შანსს წარმატებაზე

9.3 მოწევის შეწყვეტაში დახმარების მეთოდები (მომსახურებანი)

მნიშვნელოვანი ელემენტია ხელისუფლების მიერ მოწევასთან გამკლავების სტრატეგიაში. რეკომენდირებულია მრავალმხრივი მიდგომა, რომ მხარდამჭერი მომსახურების მიწოდება შესაძლებელთაგან საუკეთესო გზით განხორციელდეს, რათა იგი უფრო მეტ მწეველზე გაერცელდეს და მოწევის შემცირების ყველაზე დიდი მაჩვენებელი იქნეს მიღებული. ეს მოიცავს: პატარა რჩევას, რომ თავი დაანებონ მოწევას; შუა დონის ინტერვენციებს (პირისპირი მხარდაჭერა); და სპეციალისტი გუნდების მიერ მოწოდებულ მხარდაჭერას. ამ მომსახურებათა გაწევა ხდება პირველადი მზრუნველობის გუნდების მიერ, ან უშუალოდ ამ საკითხზე მიძღვნილი **მოწევის შეწყვეტის მომსახურებების შიგნით,** რაც პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციების ან დამოუკიდებელი სექტორის მიერ მოწოდებული მზრუნველობაა.

მოწევის შეწყვეტის მომსახურებების საჭიროების შეფასება

როგორ უნდა გამოიყურებოდეს მოწევის შეწყვეტის მომსახურებათა საჭიროებების შეფასება.

მოწევის შეწვეტისათვის არსებული საჭიროებების შეფასება:

როგორ უნდა გამოიყურებოდეს იგი?

პრობლემის მოცულობა ჯდ. ორგანიზაციათა დონეზე – მწვეველთა პროცენტული მონაცემები, რომელიც მიღებულია ცხოვრების სტილის მიმოხილვათა ადგილობრივი შეფასებებიდან ან მოწვევის სინთეზური შეფასებებიდან; ისინი სხვადასხვა მოსახლეობასა და გეოგრაფიულ რეგიონებზე დაყრდნობით იქნება.

პრობლემის მოცულობა პრაქტიკოსთა დონეზე – პრაქტიკოსის რეგისტრირებული მონაცემები მწვეველთა მაჩვენებელზე. პრაქტიკოსთა შტატის მიერ ადგილობრივი განსხვავებული საზოგადოებებისა და საზოგადოებრივი ადგილების ცოდნა, როგორიცაა რესტორნები ბარები, სადაც მოწვევის მაღალი პროცენტული მაჩვენებელია

რა ეხმარება პრობლემას ჯდ. ორგანიზაციათა დონეზე? – მოწვევის შეწყვეტის მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების ეფექტიანობის კვლევა.

რა ეხმარება პრობლემას პრაქტიკის დონეზე – პაციენტთა თვალსაზრისი, თუ რა დაეხმარება მათ.

დღეს არსებული მომსახურებანი ჯდ. ორგანიზაციათა დონეზე – მომსახურებათა მიმოხილვა პრაქტიკულ მოსახლეობაზე დაყრდნობით. ეროვნული ნდობის ტელეფონი.

დღეს არსებული მომსახურებანი პრაქტიკოსთა დონეზე – არსებული მომსახურების მიმოხილვა, როგორც სისტემის შიგნით, ისე მის ფარგლებს მიღმა.

პრაქტიკოსი შტატის შეხედულებები მიმდინარე მომსახურებებსა ან მომსახურებათა ნაკლებობაზე. პაციენტთა შეხედულებები არსებულ მომსახურებებზე.

პრობლემის მოცულობა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებს შეუძლიათ განსაზღვრონ მწვეველობის მაჩვენებელი რაიო-

ნის ან მოსახლეობის მომცრო ჯგუფების მიხედვით.

სწორი მონაცემების მოპოვება რთულია. ძალზე ცოტა რაიონს აქვს ცხოვრების სტილის თანამედროვე აღქმის შესახებ სწორი ინფორმაცია. ე.წ. მონაცემთა სინთეზური შეფასება ხელმისაწვდომთაგან საუკეთესოა და გამომდინარეობს ეროვნული მაჩვენებლების მონაცემებიდან. ამ მონაცემთა განზოგადება ხდება ადგილობრივ მოსახლეობაზე, რომლებიც განსხვავდებიან ასაკით, სქესით, სოციალურ-ეკონომიკური პირობებითა და ეთნიკურობითაც.

პრაქტიკული დონის მონაცემებს გააჩნია მოწევის მაჩვენებლის არაადეკვატურად შეფასების ტენდენცია. ჩანაწერთა წარმოება არაა ყოვლისმომცველი, რადგანაც ანაზღაურება ამჟამად კავშირშია გულის დაავადებების რისკ-ფაქტორების მქონე ადამიანების, ან უკვე ჩამოყალიბებული გულის დაავადების მქონე ადამიანების აღწერაზე. ზოგიერთი პაციენტი იშვიათად მიდის სამედიცინო დაწესებულებაში და შესაბამისად, არც ხდება მათი მწეველობის სტატუსის განსაზღვრა და ჩაწერა.

რა ეხმარება პრობლემას? ამ კითხვაზე პასუხი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რას გვაჩვენებენ ფაქტები. CHD მომსახურების პროგრამები და სხვადასხვა დონის მიმოხილვები, გაწეული მომსახურების, მოწევის შეწყვეტის დამხმარე მომსახურებათა შესახებ, და მათი ეფექტიანობისა და ეფექტური ხარჯების დამადასტურებელ ფაქტებს ვერ გვაწვდის.

ხელმისაწვდომი მომსახურებანი. საჭიროებების შეფასების მესამე ელემენტი მოითხოვს პირველადი ჯანდაცვის რგოლებიდან ინფორმაციის მოწოდებას. რისი მოპოვებაც ხორციელდება სხვადასხვა წყაროდან, მაგ: პრაქტიკოსი მომწოდებლები, საბოლოოდ, საჭიროებების შეფასება აჯამებს სხვადასხვა წყაროდან მიღებულ

მიგნებებსა და მომსახურებაში გასატარებელ ცვლილებებზე რეკომენდაციებს იძლევა. მისგან მიღებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით ხდება მომავალი ეტაპის – გაუმჯობესების სტრატეგიების შემუშავება.

9.4 ჯანდაცვაში არსებული საჭიროებების დაკმაყოფილების დაგეგმვა

მას შემდეგ, რაც მოხდება შეთანხმების მიღწევა არსებულ საჭიროებებზე, პირველადი ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასების საფუძველზე შეიმუშავებს ადგილობრივ სტრატეგიას მოწევის შეწყვეტის შესახებ. ამის განხორციელება ხდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ, რასაც მხარს უჭერს ჯანდაცვის სხვა ორგანიზაციები, მომხმარებელი. იგი დასახავს სამოქმედო გეგმას, მოწევის შეწყვეტის მომსახურებათა მოწოდებაზე, თუ რას გააერთიანებს ეს მომსახურება, რომელი მედიკამენტებია ხელმისაწვდომი, როგორ იქნება მომსახურება გათელილი იმ მოსახლეობაზე, სადაც ფიქსირდება მწეველობის მაღალი მაჩვენებელი, რა იქნება მომსახურების ხარჯები და აგრეთვე ადგილობრივ სახელმძღვანელოს, რომლის მიხედვითაც მოხდება ფაქტების გადატანა მომსახურების მიწოდების ადგილობრივ კონტექსტში. სტრატეგიას გააჩნია მიზნები და სტანდარტები იქნას წარმატების მისაღწევად.

სანამ სტრატეგიის პრაქტიკაში გატარება მოხდება, იგი განხილული უნდა იქნეს მთავარ მოწილეებთან და დამტკიცდეს აღმასრულებელ მოთამაშეთა მიერ.

მოწევის შეწყვეტაში დახმარება - მომსახურება პრაქტიკოსისა და სპეციალურად მხოლოდ ამ საქმიანობის გამტარებელი მომსახურების მიერაა მიტანილი მომხმარებლამდე. პრაქტიკოსი შტატის მიერ განხორციელებული მომსახურება მხარდაჭერას მოითხოვს

საგანმანათლებლო შტატისგან, რათა პაციენტებს დაეხმაროს მოწევის შეწყვეტაში. ჩვენ ვსაუბრობთ იარაღებსა და ტექნიკაზე, მათ უნდა შეცვალონ პაციენტთა ქცევა. ეს მოდელი შექმნილია თამბაქოზე დამოკიდებული ადამიანებისათვის და, ამ შემთხვევაში, მოწევის შეწყვეტაში ეხმარება მათ. პრაქტიკოსებმა აგრეთვე, უნდა იცოდნენ უშუალოდ ამ მომსახურების პუნქტების შესახებ. ასე, რომ, ყველა პრაქტიკოსს მიაწვდის ინფორმაციას ხელმისაწვდომი მომსახურებებისა და მისი დეტალების შესახებ.

9.5 მიმოხილვა გავლენის შეფასების მიზნით

მომსახურების შეფასება ხდება სტრატეგიაში დასახულ მიზნებსა და სტანდარტებთან შედარებით. ინფორმაციის მოკრება ხორციელდება პრაქტიკოსებისა და მოწევის შეწყვეტაში დამხმარე ადგილობრივი მომსახურებიდან, სტრატეგიაში მოცემული პროტოკოლის მიხედვით, რომელიც წინასწარაა ცნობილი და შეთანხმებული.

სანდრო

სანდრო 50 წელს გადაცილებული მამაკაცია. მას ჭარბი წონა აწუხებს და ძლიერი მწეველია. სულ ახლახანს, მას დაუდგინდა 11 ტიპის დიაბეტი. მკერდის არეში აღენიშნება ტკივილები, როდესაც კიბეზე ადის. სანდრომ GP-ის მიმართა, იგი ადგილობრივ საავადმყოფოში, მიღების მომლოდინეთა სიაშია. GP-იმ ურჩია მას მოწევის შეწყვეტა, თუმცა ეს რთულად შესასრულებელი აღმოჩნდა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის როლი გულის დაავადებთა პრევენციაში. სანდრო – მოწევა

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯან-

დაცვის პროგრამები – მოწევის შეწყვეტაში დამხმარე მომსახურების შექმნა და მონიტორინგი. მოწევის შეწყვეტის შესახებ დარგის პოლიტიკის გატარების ხელშეწყობა და ისეთი საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილების ჩამოყალიბების მხარდაჭერა, სადაც მოწევა აკრძალულია.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია – ინდივიდთა დამოკიდებულებისა და მოწევის შეწყვეტის მოტივაციის დონის შეფასება. მოწევის შეწყვეტის მხარდაჭერა ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიით, თუ შესაბამისი მიმართვა, არსებობს მოწევის შეწყვეტის მომსახურეობაში.

სანდრო – სიმსუქნე

მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – ადგილობრივ ხელისუფლებასთან და სხვა მხარდამჭერ ორგანიზაციებთან ურთიერთობა, რათა შემუშავდეს ჯანსაღი დიეტისა და ფიზიკური აქტივობის მხარდამჭერი ღონისძიებები.

გამოყენებულ იქნას ადგილობრივი მედიასაშუალებები, ჯანსაღი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის პრომოციის მიზნით.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია – მოხდეს მასზე მორგებული რჩევების მოწოდება ცხოვრების სტილისა და ფიზიკური ვარჯიშების დანიშვნის შესახებ, მიამაგრონ ადგილობრივ მოსეირნე ჯგუფებსთუ არსებობს ამგვარი შესაძლებლობა.

სანდრო – გულის კორონარული დაავადება (CHD)

მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – CHD-თვის ადგილობრივი სტრატეგიის შემუშავება და გატარება,

თანასწორობის აუდიტი კარდიალური რევასკულარიზაციის ხელმისაწვდომობაზე.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველო-

ბის ინტერვენცია – ჩატარდეს ადრეული ეტაპის დიაგნოზირება და მოხდეს შესაბამის საავადმყოფოში მიმართვა; მიმდინარე მენეჯმენტის საკუთარ თავზე აღება; გარანტირებული იყოს კარდიალური რეაბილიტაციის მიმართვა და რჩევა.
სანდრო – დიაბეტი
მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – დიაბეტზე ადგილობრივი სტრატეგიის შემუშავება და გატარება.
ჩამოყალიბდეს დიაბეტის რეთინოპატიის შემოწმება.
ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია – განათლება პრევენციასა და თვითმართვაში.
პრაქტიკაში ექთანთა მიერ მართული დიაბეტის კლინიკების შექმნა, სადაც მოხდება დაავადების რეგულარული მონიტორინგი, მხარდაჭერა და რჩევების მიცემა. დიაბეტის რეთინოპატიაზე შესამოწმებლად მიმართვა.
მეორეული პრევენცია
მეორეული პრევენცია მიზნად ისახავს დადგენილი დაავადების განვითარების შეჩერებას ადრეულ სტადიაზე დიაგნოზირებისა, განათლებისა და მკურნალობის მეშვეობით.

9.6 რატომაა ჰიპერტენზიის მართვა პრიორიტეტული ?

ჰიპერტენზია წარმოადგენს უმთავრეს რისკფაქტორს ისეთ დაავადებებში,როგორებიცაა გაჟონვა,CHD და სხვა დაავადებები,მაგალითად თირკმლის დაავადებები და ქრონიკული ანევრიზმა. გულის დაავადებათა ჩამოყალიბების რისკი უშუალოდაა დაკავშირებული სისხლის წნევასთან: სისტოლური სისხლის წნევის ყოველი 20 ერთეულით ან დიასტოლური სისხლის წნევის 10 ერთეულით ზრდა, აორმაგებს გულის დაა-

ვადების მიზეზით გარდაცვალების რისკს.

2002 წლის მსოფლიოს ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მოხსენება განსაზღვრავს, რომ განვითარებულ ქვეყნებში არსებული დაავადებების 11% გამოწვეულია სისხლის მაღალი წნევითა, და CHD-ის შემთხვევათა ნახევარი ამ მიზეზითაა პროვოცირებული.

დაახლოებით მამაკაცთა 40%, ხოლო ქალების 35%-ს აღენიშნებათ მაღალი სისხლის წნევა. არსებობს ეფექტური მკურნალობა, მაგრამ ძალზე ბევრმა ადამიანმა არ იცის, რომ მათ აღენიშნებათ ჰიპერტენზია, ან იციან, მაგრამ არაადეკვატურად მკურნალობენ.

ჰიპერტენზია დაგეგმვისა და პრიორიტეტების დასახვის ჩარჩოში ერთ-ერთი მთავარი მიზანია.

პაციენტთათვის, რომლებსაც აღენიშნებათ მაღალი კარდიოვასკულური რისკი, >160/100 ვერცხ.სვეტი ან >140/90 სისხლის წნევა, რეკომენდირებულია მედიკამენტებით მკურნალობა. აგრეთვე, ეფექტურია ცხოვრების სტილის შეცვლა; ეს მოიცავს წონაში დაკლებას, გაზრდილ ფიზიკურ აქტივობას, მარილისა და ალკოჰოლური სასმელების შემცირებას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სისხლის წნევის კონტროლი და სისხლის მიმოქცევის დაავადების შესუსტება, ეფექტურია დიაბეტის მქონე პაციენტების შემთხვევაში.

სისხლის მაღალი წნევის მქონედ მიჩნეულია პიროვნება, თუ მისი სისტოლიური წნევაა >140 ვ.ს, ან დიასტოლური წნევა >90 ვ.ს, ან თუ ისინი იღებენ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებს. სისხლის წნევა იზრდება ასაკთან ერთად. ქალებში აღინიშნება აშკარა გრადაცია სოციალური ნიშნით, დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური კლასის წარმომადგნელებს გააჩნიათ უფრო მაღალი მიდრეკილება სისხლის წნევის ზრდისკენ. ნაკლები გრადაცია შეინიშნება მამაკაცებში. ჰიპერტენზიის მქონე უამრავი ადამიანი (დაახლოებით მა-

მაკაცთა 80% და ქალთა 70%) არ მკურნალობს, ხოლო მათგან, ვისაც უტარდება მკურნალობა 60%-ს ჯერ კიდევ სისხლის მაღალი წნევა აქვთ.

ჰიპერტენზიის მომოსახურების საჭიროებების შეფასება

როგორ უნდა გამოიყურებოდეს ჰიპერტენზიის მომსახურებათა საჭიროებების შეფასება?
როგორც ზემოთ ითქვა, საჭიროებების შეფასების რეკომენდაციები ახდენს ინფორმაციის მიწოდებას შემდეგი საფეხურისთვის, ხოლო ეს საფეხური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სტრატეგიაა.

ჰიპერტენზიის მომსახურებისთვის საჭიროებათა შეფასების მაგალითი.

პრობლემის მოცულობა პირველადი ზრუნვის ორგანიზაციების დონეზე –ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მიმოხილვა, ადგილობრივი სიტუაციის განსაზღვრა. ხარისხისა და შედეგების ჩარჩოზე დაყრდნობით მიღებული მონაცემები

პრობლემის მოცულობა პრაქტიკის დონეზე –პრაქტიკის მონაცემები ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებისა და ჰიპერტენზიის მკურნალობის შესახებ.

რა ეხმარება პრობლემას პირველადი რგოლის დონეზე – ჰიპერტენზიის მკურნალობის ხარჯთა ეფექტურობისა და ეფექტიანობის ფაქტების კვლევა (ამაში შესული იქნება მედიკამენტები და ცხოვრების სტილის ცვლილება)

რა ეხმარება პრობლემას პრაქტიკის დონეზე – პაციენტთა თვალსაზრისი და შეხედულება, თუ რას შეუძლია დახმარება გაუწიოს მათ.

მომსახურებანი პირველადი რგოლის დონეზე –არსებული მომსახურების, მათ შორის სისტემის გარეთ, მიმოხილვა.

მომსახურებანი პრაქტიკის დონეზე – პრაქტიკის გატარებისას, მოსახლეობაში არსებული მომსახურების

განხილვა. განიხილება მიმდინარე მომსახურებები ან ამ მომსახურებათა ნაკლებობა.
პაციენტთა შეხედულებები არსებულ მომსახურებებზე.

9.7 დაგეგმვა საჭიროებების დაკმაყოფილების მიზნით

საჭიროებების შეფასების საფუძველზე, პირველადი ზრუნვის ორგანიზაცია შეიმუშავებს ჰიპერტენზიის ადგილობრივ სტრატეგიას. იგი გატარებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა წამყვანი CHD), რომელთაც ზედამხედველი გუნდები უჭერენ მხარს. ამგვარად, ჩამოყალიბდება გეგმები ჰიპერტენზიის მომსახურებათა მოწოდების შესახებ, თუ რა შეება ამ მომსახურებაში, როგორ იქნება ეს მომსახურება გამიზნული მოსახლეობასა და დიაბეტის მქონე მაღალი რისკის მატარებელ ადამიანებზე, მომსახურების ფასები და ხარჯები, ადგილობრივი სახელმძღვანელო, რომელიც განახორციელებს ადგილობრივ კონტექსტზე ფაქტებს მოარგებს, რათა მოხდეს მომსახურების გაწევა. სტრატეგია დასახავს მიზნებსა და სტანდარტებს, რომლთა მიღწევისას, წარმატებული შედეგი იქნება მიღებული.

ჰიპერტენზიის დადგენა და მისი კონტროლი პირველადი მზრუნველობის შტატის მიერ ხორციელდება. პრაქტიკოსებმა თავისი საქმიანობისა და სისტემების ადაპტირება უნდა მოახდინონ, რათა გააუმჯობესონ ჰიპერტენზიის მქონე ადამიანებისათვის გაწეული მომსახურება. საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ მხარი უნდა დაუჭიროს ამ ცვლილებას, განათლებითა და წრთვნებით და, აგრეთვე, ინფორმაციის მოგროვებითა და აუდიტით. პრაქტიკოსმა უნდა იმუშაოს პაციენტებთან, რათა დანიშნულ მკურნალობასთან შესაბამისობა გარანტირებული იყოს.

ჰიპერტენზიის სტრატეგიის მთავარი ელემენტები სად ვიმყოფებით ეხლა? – ჰიპერტენზიის ადგილობრივი სტრატეგიის შემთხვევა გამომდინარეობს საჭიროებების შეფასებიდან და უნდა მოიცავდეს:

•ძირითადი პოლიტიკის გამტარებლებს – როგორც ეროვნულ ისე ადგილობრივ დონეზე;

•ჰიპერტენზიის არსებული რაოდენობის შეფასება ადგილობრივ;

•ადგილობრივი ქმედებების პოტენციური სარგებლის განსაზღვრა;

•მიმდინარე საქმიანობის მიმოხილვა და ჩავარდნების იდენტიფიცირება.

სად გვინდა რომ ვიმყოფებოდეთ? – მოგზაურობის მიმართულებას ადგენს სტრატეგიის მიზნები. სტანდარტები, მიზნები და რაიმე ეტაპის გავლის მანიშნებელი პუნქტები უფრო სპეციფიკური ოპერაციული მიზნებია, რომლის მიხედვითაც მთლიანი სტრატეგიისა და მისი ძირითადი შემადგენელი კომპონენტების შეფასება შეიძლება.

როგორ ჩავრთავთ საქმიანობაში პაციენტებსა და საზოგადოებას? – პაციენტთა შეხედულებები საჭიროებების შეფასების მეშვეობითაა მოძიებული. პაციენტების ჩართვა ზედამხედველ გუნდებშიცაა საჭირო;

როგორ დავასაქმებთ და ვიურთიერთებთ პარტნიორებთან? – ეს მოითხოვს „მთლიანად სისტემის" მიდგომასა და მთელი რიგი პარტნიორების ჩართვას სტრატეგიის დაგეგმვაში, ზედამხედველობაში, მის შესრულებაში და დასარწმუნებლად, რომ ინტეგრირებული ქმედება ხორციელდება მოკავშირე პარალელურ სტრატეგიებთან, პოლიტიკასთან და მცდელობებთან, რომ იგი აიგოს არსებულ პარტნიორობაზე, მაგ: ეროვნული მომსახურების ჩარჩოს გატარების პროგრამა ან გრძელვადიანი შემთხვევის მართვის პროგრამა.

როგორ შევძლებთ, ცვლილებების განხორციელებას? ჰიპერტენზიის დადგენასა და მართვისათვის ადგილობრივი სახელმძღვანელოს შეთანხმება ეროვნული სახელმძღვანელოების კონტექსტში. სახელმძღვანელოები ყურადღებას ამახვილებს კარდიოვასკულარული რისკის შეფასების მნიშვნელოვნობაზე, როგორც საფუძველზე, რომლის მიხედვითაც, პაციენტებისათვის ანტიჰიპერტენზიულ მკურნალობაზე პრიორიტეტების დასახვა ხდება.

გატარების გეგმის მომზადება, რომელიც ადგენს ლიდერობას, პრაქტიკის იდენტიფიცირებას ახდენს, აწესებს ადგილობრივ შეხვედრებს, განათლებასა და წრთვნებს, თავის ადგილზე, უკუკავშირით, აუდიტის სისტემას აყენებს, აწარმოებს პაციენტთა ინფორმირებასა და აფასებს ბიუჯეტის გამოყენებას.

როგორ დავადგენთ მივიღეთ, თუ არა ის, რაც გვსურდა? – წარმატების შეფასების ორი ძირითადი წესია:

- შეფასების პროცესი უნდა შემუშავდეს დასაწყისში, სწორედ მაშინ, როდესაც ხდება ინტერვენციის მიზნებისა და გეგმების შემუშავება;
- შეფასების გვერდით უნდა იქნეს დასახული ადეკვატური დაფინანსება. კარგი ხელმძღვანელობა შეადგენს პროგრამის ბიუჯეტის 10%.

კლინიკის აუდიტის პროგრამა და ჯანდაცვის თანასწორობის აუდიტის პროგრამა საჭიროებს შესაბამის ადგილზე განთავსებასა და მოქმედებაში მოყვანას რათა გაუმჯობესდეს პრაქტიკისას მოწოდებული მომსახურებანი.

როგორ შევძლებთ, რომ წარმატებული ცვლილებები მიღებულ პრაქტიკად ვაქციოთ? –

ხშირად, ინიციატივათა დაფინანსება მოკლევადიანია. არსებითია, რომ უწყვეტი დაფინანსების წყაროს არსებობა გარანტირებული იყოს. რაც დღეს უფრო გაიოლებულია, რადგანაც სულ უფრო დიდი ყურა-

დღება ეთმობა გულის დაავადებისა და გაჟონვის რისკის შემცირებას. GP-თათვის ხარისხობრივი ანაზღაურება ამ სიტუაციის ამსახველია.

მესამეული პრევენცია

მესამეული პრევენცია მიზნად ისახავს დაავადების განვითარებისა და თანხმლები ტკივილების აღკვეთას, რომელიც კლინიკურად ახასიათებს ამ დაავადებას. იგი მოიცავს მკურნალობას, კონსულტაციასა და ჯანმრთელობის განათლებას. ჩვენ ვიყენებთ გულის უკმარისობის, როგორც მესამეული პრევენციის მაგალითს. გულის უკმარისობის აღმოჩენითა და მართვით, პაციენტის სიცოცხლის ხარისხი და ხანგრძლივობა შეიძლება გაუმჯობესდეს.

რა არის გულის უკმარისობის გამოკვლევისა და მართვის მთავარი მიზეზი?

გულის უკმარისობათა უმეტესი შემთხვევა CHD-ს შედეგია და დაახლოებით მესამედი კი გამომდინარეობს ჰიპერტენზიული დაავადებისგან. გულის უკმარისობის ინცინდენტი, წელიწადში 1000 მოსახლიდან ერთში ახალი შემთხვევის დაფიქსირებაა. ეს მაჩვენებელი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად –55 წელს გადაცილებულ მოსახლეობაში 1000-ში 10 შემთხვევა აღინუსხება. გულის უკმარისობის დაავადების საშუალო ასაკი 55- 65 წელია. მამაკაცთან ქალის შეფარდება ორი შემთხვევაა ერთთან. სიჭარბის მაჩვენებელი განისაზღვრა ყოველ 1000- მოსახლეზე სამსა და ოცს შორის, საბოლოო ანგარიშით კი, ეს მაჩვენებელი 80-მდე იზრდება 65 წლის ასაკს აღმატებულ ადამიანებში.

გულის უკმარისობას ხშირად არასახარბიელო პროგნოზი აქვს. მიუხედავად იმისა, რომ გულის უკმარისობის დონე სიმპტომების სიძლიერის მიხედვით იცვლება, მაინც ძალზე რთულია გულის უკმარისობის

მქონე ადამიანთათვის განსაზღვრული პროგნოზის გაკეთება, რადგანაც ისინი უეცარი გარდაცვალების მაღალი რისკის მქონენი არიან. CHD-სთან კავშირში მყოფი გულის უკმარისობის მიზეზით გარდაცვალებულთა რაოდენობა დიდია. გულის უკმარისობით გაპირობებული სიკვდილიანობის ყოველწლიური მაჩვენებელი იცვლება 10%-დან 50%-მდე, რაც დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე. არსებობს მტკიცებულებები, რომ გულის უკმარისობის მქონე ადამიანებს აქვთ უარესი ცხოვრება, ვიდრე ადამიანებს, რომლებიც სხვა, ავადობებით აკითხავენ საავადმყოფოს.

გულის უკმარისობის მართვის საჭიროებების შეფასება როგორ უნდა გამოიყურებოდეს გულის უკმარისობის მომსახურებათა საჭიროების შეფასებები?

პრობლემის მოცულობა პირველად დონეზე – ხარისხისა და შედეგების ჩარჩო ხელშეკრულებისგან მიღებული მონაცემები. სტატისტიკიდან მიღებული მონაცემები.

მოსახლეობაზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაკვირვებებიდან მიღებული მონაცემების ექსტრაპოლაცია.

პრობლემის რაოდენობა პირველადი პრაქტიკის დონეზე – პრაქტიკოსთა რეგისტრაციიდან მიღებული მონაცემები გულის შეტევის მქონე პაციენტებისა და მათი მკურნალობის შესახებ.

რა ეხმარება პრობლემას პირველად დონეზე? – გულის შეტევის მკურნალობის შესახებ ეფექტიანობისა და არსებული ეფექტური ხარჯების მტკიცებულებების კვლევა.

რა ეხმარება პრობლემას? პრაქტიკის დონეზე – პაციენტთა შეხედულებები და აზრები, თუ რა დაეხმარება მათ.

მომსახურებანი პირველად დონეზე – არსებული მომსახურებების მიმოხილვა თავის ტერიტორიაზე,

მომსახურებანი უშუალოდ პრაქტიკის დონეზე –მოსახლეობაში პრაქტიკის მომსახურებების არსებული მი-

მოხილვა.
შტატის შეხედულებები ამჟამინდელ მომსახურებებზე. პაციენტთა აზრები არსებულ მომსახურებებზე.

9.8 საჭიროებების დაკმაყოფილებისათვის გეგმის შემუშავება

გულის უკამრისობისას, პირველადი მზრუნველობის გუნდისთვის უმთავრესი საკითხებია, რომ შეათანხმონ და აამოქმედონ მზრუნველობის მოდელები, რათა:
•მოხდეს გულის უკმარისობის მაღალი რისკის მქონე ადამიანების იდენტიფიცირება (მაგალითად, ადამიანები, ვისაც ჰქონდათ გულის შეტევა) ;
•მოხდეს იმ ადამიანთა მდგომარეობის შეფასება და გამოკვლევა, ვისზეც არსებობს გულის უკმარისობის დაავადების ეჭვი;
•შესაბამისი რჩევებისა და მკურნალობის შესახებ დოკუმენტაციის მოწოდება;
•ადამიანებს, რომელთაც დაუდგინდათ გულის უკმარისობა, შესთავაზონ მდგომარეობის რეგულარული გადამოწმება.

გულის უკმარისობაზე ზრუნვა მრავალდისციპლინიანი გუნდის მიერ უნდა იქნეს მოწოდებული, რომლებიც სოციალურ მუშაკებსა და ჯანდაცვის სხვა თანამშრომლებთან ინტეგრირებულად მუშაობენ.

გულის უკმარისობის მართვა გადანაწილებულია ჯანმრთელობაზე მზრუნველ პროფესიონალებში, როგორც პირველად ისე მეორეულ მზრუნველობაში, მართვის გადაწყვეტილებების მიღებისას პაციენტებისა და მათზე მზრუნველების სულ უფრო მზარდი თანამონაწილეობით. როგორც უამრავი სხვა პირობის არსებობისას, პაციენტთა ფოკუსირებული გუნდები გვთავაზობენ, რომ მენეჯმენტში არსებულ ჩავარდნა-

თა უმრავლესობა დაკავშირებულია უხარისხო (ცუდ) კომუნიკაციასთან, პაციენტებსა და მათზე მზრუნველ პროფესიონალებს შორის. სტრატეგიის შემუშავებისა და მისი აღსრულების მნიშვნელოვანი ელემენტია კომუნიკაციების გაუმჯობესება, პაციენტებსა და მათ ჯანმრთელობაზე მზრუნველ შტატს შორის.

მომსახურებათა მიწოდება შემდეგი გეზით ხდება:

•პირველადი მზრუნველობის კონსულტაციის მეშვეობით, რომელიც განხორციელდება ზოგადი პრაქტიკოსის კაბინეტში, რომელიც განსაზღვრულია პრაქტიკული პროტოკოლის სახელმძღვანელოს მიერ და შესაფერისი ფორმა გააჩნია, პაციენტთა შესახებ ინფორმაციის მოსაგროვებლად.

•„გავრცელების დონით“, საავადმყოფოში გულის უკმარისობით მიმართვიანობა„;

•„მრავალდისციპლინიანი მხარდაჭერით საზოგადოების შიგნით“, მათთვის, ვისაც უკვე დაუდგინდა გულის უკმარისობა, მათ შორის სოციალურ მზრუნველობაში სახლის პირობებზე დაფუძნებული ინტერვენციები, ადგილობრივი პალიატიური (შემამსუბუქებელი) მზრუნველი გუნდები მიმდინარე მხარდაჭერის აღმოჩენისა და შემამსუბუქებელი რჩევების მისაცემად, თუ დადგება ამგვარი საჭიროება.

•„გულის უკმარისობის კლინიკათა“ მიერ კვლევების მიზნით. იგი შეიძლება განთავსებული იყოს მეორეულ მზრუნველობაში. ისინი შეიძლება საკმაოდ წარმატებით იყოს მართული ექიმების მიერ, რაც დამოკიდებულია ადგილობრივ გარემოებებზე.

9.9 მიმოხილვა გავლენის შეფასების მიზნით

შეფასება და აუდიტი დამატებით ფულსა და დროს საჭიროებს, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იყოს

გულის უკმარისობის შესამცირებელ ინტერვენციათა გეგმების ბიუჯეტის შედგენისას.

ისევე, როგორც მითითებები, თუ როგორ გადის თითოეული პრაქტიკა ხარისხისა და შედეგების ჩარჩოს, კლინიკური აუდიტის პროგრამის განხორციელებაა საჭირო, რათა გარანტირებული იყოს, რომ პრაქტიკოსს შეეძლება იმის ამოცნობა, თუ როგორ იმოქმედოს და გააუმჯობესოს მომსახურება. გარდა ამისა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური თანასწორობის აუდიტის წარმართავს, რათა დარწმუნდეს, რომ პრაქტიკის დონეზე, პროგრამა ეხმარება, რომ შემცირდეს უთანასწორობა სწორი მიზნების დასახვისას.

კლინიკური აუდიტი არის მზრუნველობის ხარისხის სისტემატური შეფასება და ძირითადი კომპონენტია თანამედროვე მაღალხარისხიან ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში და კლინიკური მართვის მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია. პირველადი მზრუნველობის ყველა პრაქტიკისგან მოელიან, რომ მონაწილეობას მიიღებენ აუდიტში. გარდა ამისა, ზემოთ მოყვანილი ინდიკატორების მიხედვით, **უნდა შეგროვდეს მონაცემები,** რათა შეფასდეს პირველად მზრუნველობაში ხარისხის გაუმჯობესება.

ისინი წარმოადგენს ხარისხის ხელმისაწვდომობის ინდიკატორებას და არა საზომებს:

1.გულის უკმარისობის დიაგნოზის მქონე რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობა და პროცენტი;

2.ადამიანთა რაოდენობა, ვისაც დადასტურებული აქვს გულის უკმარისობა დიაგნოზი ან აღენიშნება მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია და ამჟამად დანიშნული აქვს ანგიოტენზინის გარდამქმნელი ფერმენტი ენზიმის ინჰიბიტორი;

3.გულის უკმარისობის დიაგნოზით პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ოდესმე ჩატარებიათ ექოკარდიოგრაფია.

4.გულის უკმარისობის ასაკის-სქესის-სტანდარტიზებული მიღების პროცენტი, მოცემული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ.
5.გულის უკმარისობის ასაკის-სქესის-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის პროცენტი ადამიანებზე რომელთაც ქონდათ ეს დაავადება ან მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია;
6.გულის უკმარისობის მქონე ადამიანთა რაოდენობა და პროცენტი, რომელთაც პალიტური მზრუნველობის რჩევები მიეცემათ.

ჯანმრთელობის თანასწორობის აუდიტის მაგალითი, პირველადი მზრუნველობის მიერ გულის უკმარისობის მქონე პაციენტთა მართვაზე.

რამდენად ასახავს არსებული მონაცემები ამ ტერიტორიის მოსახლეობის შეხედულებას.

პირველად მზრუნველობაში გულის უკმარისობის მართვისას ჯანდაცვის თანასწორობის აუდიტი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გუნდმა განსაზღვრა გულის უკმარისობის დიაგნოზის მქონე ადამიანთა რაოდენობა. GP-ის მიერ აღრიცხული პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ეს დიაგნოზი დაესვათ, მოსალოდნელზე ნაკლები აღმოჩნდა, მაშინ, როდესაც გულის უკმარისობით, საავადმყოფოში შესვლის პროცენტი ქვეყანის მასშტაბით, ერთ-ერთი ყველაზე დიდი იყო. ამ დაავადებით საავადმყოფოში შესული პაციენტების უმრავლესობა, სასწრაფოს მიერ იქნა მიყვანილი.

შემოწმების (სკრინინგის) პროგრამები

შემოწმებას გამოვყოფთ ცალკე, რადგანაც მას გააჩნია უნიკალური მახასიათებლები მეორეული პრევენციის შემთხვევაში, ჯანმრთელ მოსახლეობას, უტარებს რა გამოკვლევას, ვინც არ ითხოვს დიაგნოზირებას ან მზრუნველობას. დაავადების არსებობაზე შემოწმება, სანამ იგი გამოვლინდებოდეს კლინიკური სიმპტომებით, მიმზიდველია, რადგანაც იგი

გვთავაზობს დაავადების შესაძლო წინასწარაღკვეთას, ამცირებს დაავადებებისა და მის მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების რისკებს. მიუხედავად ამისა, შემოწმებამ შეიძლება მოიტანოს ზიანიც, სარგებელიც, რისკებიცა და ხარჯებიც როგორც ინდივიდებისათვის, ისე შემოწმების მომსახურების მზრუნველთათვის.

მოსახლეობის ჯგუფების შემოწმება, **სკრინინგი,** სამედიცინო საქმიანობის მიერ მოწოდებული პრევენციის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სახეობაა. იგი შეიძლება განვსაზღვროთ, როგორც **სპეციფიკური, სწრაფი შემოწმება,** რომელიც უტარდება მთლიანად მოსახლეობას ან მის განსაზღვრულ ნაწილს, რათა მოხდეს შესაძლო საეჭვო დაავადების იდენტიფიცირება. პირველ ეტაპზე, იგი არ განიხილებოდა როგორც სადიაგნოსტიკო საშუალება. შემოწმება **შეიძლება იყოს „სისტემატური“,** როდესაც მთლიან მოსახლეობაზე ხდება მისი გამოყენება, **“სპეციფიკური”,** როდესაც მოსახლეობის გარკვეულ ნაწილზეა ორიენტირებული ან **„შესაძლო“,** როდესაც უტარდება ინდივიდს.

9.10 მასობრივი გასინჯვა პირველადი მზრუნველობისას.

გასინჯვას, პირველადი მზრუნველობა, ხშირად ცხოვრებისეული ციკლის ყველა ეტაპზე ახორციელებს. პირველადი მზრუნველობა გასინჯვას აწარმოებს სხვადასხვა ხარისხით. მაგალითად, ერთის მხრივ, შეიძლება სისტემატიური გასინჯვების პროგრამის წარმართვა. მეორეს მხრივ, რისკ-ფაქტორებზე გასინჯვა გულის კორონარულ დაავადებების იდენტიფიცირების მიზნით, პირველადი მზრუნველობის მასშტაბით. გასინჯვების ნებისმიერი საქმიანობა შეიძლება ფარული, ეთიკური ხასიათის იყოს. რათა გაიზიარონ სტატისტიკურ ინფორმაციაზე (ალბა-

თობა) დაფუძნებული არჩევანი. პაციენტებს უნდა ესმოდეთ დადებითი "აღმოჩენების" გაელენა, თუ რას შეიძლება მოელოდნენ ამ აღმოჩენებისაგან.

პირველადი მზრუნველობისას ამგვარი საქმიანობის დრო კვლავაც უნდა გაიზარდოს, რადგანაც ფაქტები ადასტურებს, პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამების მაღალ შედეგიანობას. მაგ: მსხვილი ნაწლავების სიმსივნეები.

გასინჯვების სისტემა

გასინჯვა სისტემაა და არა მხოლოდ ტესტი. შემდეგი საჭიროებები უნდა იქნეს გათვალისწინებული, რათა შესაბამისი მომსახურების გაწევა მოხერხდეს.

•მოწვევები და შეხსენების რეგისტრირება;
•სისტემა, რომელიც გადაამოწმებს, რომ შემდეგი ნაბიჯები ნამდვილად გადაიდგა;
•გასინჯვების ტესტები;
•გამოკვლევა;
•ინტერვენცია;
•მონაწილეთათვის ინფორმაციის მიწოდება და დანიშნულება;
•შტატის გაწვრთნა;
•პოლიტიკის შემუშავება;
•ადგილობრივსა და ეროვნულ დონეზე კოორდინირება;
•სტანდარტების დასახვა და მათი შესრულების უზრუნველყოფა;
•კვლევის კონტროლი, ხარისხის გაუმჯობესებისათვის.

გასინჯვა პირველად მზრუნველობაში

დაბადებამდე – მაგ: შესაძლო ჰემოგლობინოპათია; დაბადების შემდგომი – მაგ: ნივთიერებათა ცვლის მოშლა,

როგორიცაა ფენილკეტონურია ან ჰიპოთირეოდიზმი საშვილოსნოს შიდა – მაგ: ზებგერითი განსაზღვრა ზრდის შეჩერებისას ან ანატომიური დეფექტების არსებობის დასადგენად
ბავშვობა – მაგ: ბავშვის ჯანმრთელობის პერიოდული გადამოწმება მხედველობაზე, სმენაზე, მეტყველებასა და შეგრძნებებზე;
ზრდასრულობა – მაგ: კარდიოვასკულარული რისკ-ფაქტორები, დიაბეტიანებისათვის ურინალიზი, თირკმლის ქრონიკული დაავადებები, ხერხემლის სიმსივნე ასაკოვანნი – მაგ: უუნარობა, გონებრივი გადახრები.

გასინჯვების შესახებ პაციენტის ინფორმირება, მის მიერ არჩევანის გაკეთებამდე

მართალია გასინჯვების პროგრამებს შეუძლია მოსახლეობისათვის სარგებლის მოტანა, ყველა მონაწილე ვერ მიიღებს სარგებელს და ზოგიერთმა შესაძლოა ზიანიც მიიღოს. მაგალითად, ინდივიდთა კატეგორიებად დაყოფა და მათი მიკუთვნება მაღალი რისკის ჯგუფებისადმი კავშირშია უკუჩვენებებთან,რაც გამომდინარეობს მარკირებიდან. დიაბეტის ან ჰიპერტენზიის იდენტიფიცირება მოთხოვნებს ქმნის კლინიკურ მონიტორინგსა და მედიკამენტებით მკურნალობაზე, რაც პოტენციურად გულისხმობს გულის შეტევისა და გაჟონვის შიშით ცხოვრებას. ძალზე ბევრ ადამიანს არ სურს ასეთი ფასის გადახდა პერსონალური რისკის დაუდგენელ შემცირებაში.

ინფორმირებულ არჩევანს ან გადაწყვეტილებას გააჩნია ორი ძირითადი მახასიათებელი: პირველი, იგი ეფუძნება კავშირში მყოფსა და კარგი ხარისხის ინფორმაციას და მეორე, შედეგობრივი არჩევანი აისახება გადაწყვეტილების მიმღებთა ფასეულობებზე. მოსახლეობაზე გათვლილი ნებისმიერი პრევენციული სტრატეგია დამოკიდებულია მონაწილეთა რაოდე-

ნობაზე, მათი მთავარი რისკის დონეზე და ტესტირების შემდეგ ამ რისისას მიმდინარე ცვლილებებზე. ინფორმირებული არჩევანის პოლიტიკას, თეორიულად, შეუძლია გაზარდოს შედეგებში უთანასწორობა, რაც მოხდება საკუთარი პრობლემის მცოდნე პაციენტის წუხილის ხარისხის ზრდის ხარჯზე. მეორეს მხრივ, მართალია ინფორმირებული არჩევანის პოლიტიკას შეუძლია შეამციროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანთა განხორციელების ალბათობა, მას შეუძლია აამაღლოს ინტერვენციების ეფექტურობა ადამიანებში, ვინც საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში თანამონაწილეობაზე აკეთებს არჩევანსა და, საბოლოო ანგარიშით, ეფექტური ხარჯების შედეგი მოგეცეს და დააფასოს გაწეული ძალისხმევა. ინფორმირებული არჩევანის პოლიტიკა,პარტნიორობაში პირველად მზრუნველობას აფერხებს და წინ აყენებს პაციენტების ინტერესებს; მას ვინც ეძიებს დახმარებას, რათა შეცვალოს საკუთარი მდგომარეობა და არ შიშობს, რომ აღმოჩნდება პასუხისმგებლობის წინაშე. პირველადი მზრუნველობა კი მოვალეა ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას,მიუხედავად ინდივიდთა მოტივაციისა.

9.11 გასინჯვა გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკის არსებობაზე

რეკომენდაცია - კორონარული მოვლენის აბსოლუტური 10-წლიანი რისკის ყველა პაციენტი (არასასიკვდილო მიკრო ინფარქტით) >30% „უნდა წარმოადგენდეს მიზანს ჩაუტარდეს მკურნალობა“. ადამიანებისათვის, რომელნიც ამ მაჩვენებელში ხვდებიან ან აჭარბებენ მას, შეიძლება განვიხილოთ, როგორც „გასინჯვა მათთვის სასარგებლოა“. თუ ასეთი პაციენტები ეფექტურ მედიკამენტებს იღებენ ქოლესტერინსა და სისხლის

მაღალ წნევაზე, მათი, როგორც ჯგუფის განხილვით, ვასკვნით, რომ შეუძლიათ რისკი, დაახლოებით 30%-ით შეამცირონ 10 წლის მანძილზე. რასაც შეუძლია 30%-ის 10-წლიანი რისკის შემცირება ერთ 21%-იან რისკამდე. მაშასადამე, პაციენტი, რომელიც იდენტიფიცირებულია როგორც მაღალი რისკის მქონე, დადგენილი გასინჯვების კრიტერიუმების მიხედვით, სარგებლის მიღების 9%-ს კანდიდატია (ხოლო 91% არ მიიღებს სარგებელს) 10 წლიანი მკურნალობის შედეგად. სხვანაირად რომ ვთქვათ, გულის კორონარულ დაავადებაზე 10 წლიანი მკურნალობის შედეგად, შეტევის თავიდან აცილება 11-დან 1 პაციენტშია შესაძლებელი.

ვინ რა როლს ასრულებს საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და პირველად მზრუნველობაში გულის ქრონიკული დაავადებების მართვისას?

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თითოეულ სამსახურს თავის ერთ-ერთ, აუცილებლ პრიორიტეტად დადგენილი აქვს CHD-ის მართვა და ყოველ მათგანს უნდა გააჩნდეს შესაბამისი სტრატეგია, მთლიანი CHD მზრუნველობიდან. საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის გუნდის წევრთა მიერ შეტანილი წვლილი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპირალის ჩვენეული მოდელის 5-დან 8-მდე ნაბიჯი, ნაჩვენებია ცხრილში.

რას წარმოადგენს CHD-ში სპეციალური ინტერესების მქონე ?

მას გააჩნია როგორც სტრატეგიული, ისე გამტარებლის როლი, რომელთაგან თითოეული მიზანი მდგომარეობს, მეორეული და მესამეული დონის მზრუნველობის კოლეგებთან თანამშრომლობით, CHD-ის მქონე პაციენტთა მომსახურების განვითარება - ადგილობრივ

დონეზე. გარდა ამისა, კლინიკურ სტრუქტურებთან თანამშრომლობით, ერთობლივი მიმოხილვის მომზადება, გარანტი ხდება ხარისხის უზრუნველყოფისას.

9.12 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპირალი: საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის ჩართულობა პროცესებში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დონეზე ჯანდაცვაში არსებული საჭიროებების შეფასება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შტატი –CHD-ის წარმართვა (წესისამებრ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინფორმაციის ანალიტიკოსი

პირველადი მზრუნველობის შტატი –CHD-ში სპეციალური ინტერესის მქონე და გაწვრთნილი ექთნები.

ჯანდაცვაში პრაქტიკის დონეზე არსებული საჭიროებების შეფასება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შტატი – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მრჩეველი; ინფორმაციის ანალიტიკოსი.

პირველადი მზრუნველობის შტატი – GP-ები, საზოგადოებრივი ექთნები.

საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად გეგმის შემუშავება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შტატი – CHD-ის მართვა (წესისამებრ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონსულტანტი ან სპეციალისტი).

ფარმაცევტი; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი.

პირველადი მზრუნველობის შტატი - GP-ები (ხელმძღვანელობა, CHD-ში სპეციალური ინტერესის მქონე

ფარმაცევტები); წამყვანი ექთნები.

ნაბიჯი8. საჭიროებების დაკმაყოფილების მიზნით საქმიანობა

პირველადი მზრუნველობის შტატი - პირველადი მზრუნველობის გუნდის ყველა წევრი, მათ შორის ფარმაცევტები; სოციალური და სახლის პირობებში მზრუნველი შტატის წარმომადგენლები.

მიმოხილვა, შეფასდეს გავლენა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შტატი – CHD-ის მართვა (წესისამებრ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონსულტანტი ან სპეციალისტი). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინფორმაციის ანალიტიკოსი.

პირველადი მზრუნველობის შტატი – კლინიკის ხელმძღვანელობა, კლინიკის მართვის გუნდი, CHD-ში სპეციალური ინტერესის მქონე GP-ები, სპეციალისტი ექთნები.

რეზიუმე

ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესებაში პირველადი მზრუნველობისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შემავსებელსა და ურთიერთდაკავშირებულ როლები გადამწყვეტია. ამ მიმართებით, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის გასაუმჯობესებლად,ზემოხსენებულმა ორმა დისციპლინამ მჭიდროდ უნდა ითანამშრომლოს. ჩვენ მიმოვიხილეთ მიდგომები,იერარქიული პრევენციის კონცეფციის გამოყენებით,რაც გვიჩვენებს, რომ **მესამული პრევენციაც კი (უკვე დადგენილი დაავადების მართვა), მოითხოვს ამ ორი დისციპლინის თანამშრომლურ მუშაობას და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი გავლენა გააჩნია.**

პირველად მზრუნველობაში მომუშავე ადამიანები მათი პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საჭიროებებზე ახდენს უმთავრესად ფოკუსირებას,

ხოლო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომები ამ ფოკუსირების ცენტრს წარმოადგენს.

X თავი
10.1 ჯანმრთელობის დაცვა

ჯანმრთელობის დაცვა საზოგადოების კეთილდღეობისკენ მიმართული პრაქტიკის სამი სფეროდან ერთერთია. მიმართულება, რომელიც უმკლავდება ინფექციებთან და გარემო საშიშროებებთან დაკავშირებულ დაავადებათა მართვას, პრევენციის ყველა ასპექტის გათვალისწინებით და გადამდები დაავადებების კონტროლით;

•ქიმიური, გარემო და გამოსხივების საშიშროებები;

•ჯანმრთელობის გაუთვალისწინებელი შემთხვევების დაგეგმვა და კატასტროფებზე (ბუნებრივი) შესაბამისი რეგირება.

რატომაა ჯანმრთელობის დაცვა მნიშვნელოვანი?

ჯანმრთელობის დაცვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობიდან ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სფეროა, რადგანაც:

•უამრავ შემთხვევაში, „რაიმესგან" დაუცველობა ან ინფექციური საშიშროებები რისკის მქონე ინდივიდებში პრევენციული ქმედებებით შეიძლება შემცირდეს;

•უამრავი სხვა შემთხვევა,გადამდები დაავადებისგან ან გარემო საშიშროებისგან დაუცველობა რისკის მქონე ინდივიდების კონტროლს არ ექვემდებარება და საზოგადოების დონეზე საჭიროებს ქმედებების განხორციელებას.

მართალია, უამრავი ინფექციის შემთხვევების რაოდენობა წინა საუკუნეებთან შედარებით შემცირდა, რადგანაც მოხდა კვების, სანიტარიული ნორმების, ვაქცინაციისა და ანტიბაქტერიების შემუშავება-განვითარება, მაგრამ ახალი პრობლემებიც ამოტივტივდა

და გადამდები დაავადებებისა და გარემო საშიშროებებით გამოწვეული დაავადებები კლავაც არსებითი მოცულობისაა. ახალი ინფექციები (მაგ. SARS, ფრინველის გრიპი HIV/AIDS) გამოიკვეთა და დაავადება, როგორც გარემო საშიშროებების შედეგი, სულ უფრო მზარდ აღიარებას მოიპოვებს.

უამრავ ინფექციას არ ექცევა შესაბამისი ყურადღება; დადგენილია, რომ წელიწადში ხუთი ინდივიდიდან ერთს ნაწლავური ინფექცია ექნება და, აქედან, მხოლოდ 3% მიმართავს კონსულტაციისთვის GP-ს. ინფექციური დაავადებების მკურნალობა მოსახლეობას ძალიან ძვირი უჯდება, ხოლო ამ ხარჯების უდიდესი ნაწილი პირველად მზრუნველობაზე მოდის. დადგენილია, რომ წელიწადში მოსახლეობის 40% კონსულტაციას გადის GP-სთან, ინფექციებთან კავშირში მყოფი პრობლემების გამო, ბავშვებისათვის გაწეული მთლიანი კონსულტაციების 50% ინფექციებითაა გამოწვეული და ანტიბიოტიკების 80% ინიშნება ზოგად პრაქტიკაში.

გარემოს დაბინძურების წვლილი მთლიან ჯანდაცვაში ჯერ კიდევ არაა გადაჭრილი, თუმცა, დაავადების მთლიანი ტვირთის მხოლოდ 8-9%-ია მათი მიზეზით პროვოცირებული. გარდა ამისა, მთლიან მოცულობაში, გადამდები და გარემო საშიშროებებით გამოწვეული დაავადებები, ალბათ, ყველაზე უთანასწოროდ ნაწილდება, ყველა სხვა დაავადებასთან შედარებით.

მართალია, ჯანმრთელობის დაცვის ზოგიერთი საკითხი მხოლოდ ინდივიდებზე ახდენს გავლენას, მაგრამ ჯანმრთელობის დაცვის საშიშროებანი, ხშირად, უამრავ ადამიანს ეხება.

რამდენიმე ქმედება (მაგალითად, ტუბერკულოზის სამოქმედო გეგმა, სექსუალური ჯანმრთელობის სტრატეგია, C ჰეპატიტის სამოქმედო გეგმა) გეგმავს კონცენტრირებას ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე

და ყურადღებას ამახვილებს მრავალმხრივ მიდგომაზე, რათა ამ საკითხებთან გამკლავება ეფექტურად მოხდეს. მაგალითად, სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები, (STI-ს) პირველად მზრუნველობაში, დიაგნოზირებას, ხელმისაწვდომ გენიტოურინარულ მომსახურებებს საჭიროებს, რომლებიც კარგი გაიდლაინებით უნდა ხელმძღვანელობდნენ და დაკვირვებას აწარმოებდნენ. (დაავადებების გავრცელების განსაზღვრისათვის).

მაგალითები, თუ ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებს, როგორ შეუძლია უფრო მეტი გავლენის ქონა, ვიდრე ინდივიდებს.

ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები: გონორეა, ქლამიდია, ტუბერკულოზი;
მენინგოკოკური დაავადება, აუცრელობის შემთხვევაში გრიპთან დიდი დოზის რისკის კონტაქტები, არაიმუნიზებული ორსულის კონტაქტი ჩუტყვავილასთან.

სისხლის მოწამვლის გაცხადებული შემთხვევები; ქიმიური გაჟონვა, ქათმის გრიპის შემთხვევები.

უფრო ფართო გავლენა

კონტრაქტები, რომლებიც იმგვარად იწარმოება, რომ დაავადებებზე გასინჯვა ახლო კონტაქტით ხდება. ანტიმიკრობული ან იმუნიზაციური პროფილაქტიკა, შეიძლება საჭირო გახდეს სხვათა დასაცავად.
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფრო ფართო კვლევების საჭიროება; რისკის მქონე ადამიანების მიდევნება და შესაბამისი ინტერვენციის ორგანიზება.

პ.ჯ.დ.-ს ზედამხედველობა

გადამდები დაავადებებისა და გარემო საშიშროებების ზედამხედველობა არსებითი და მთავარია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, როგორც პრევენციული, ისე სამკურნალო, სწრაფი ქმედებების განსახორციელებლად.

გარკვეული ინფექციური დაავადებებზე ზედამხედველობა კანონით რეგულირდება და ეს ვალდებულება პირველად რგოლებსაც გააჩნიათ.

10.2 უთანასწორობა და ჯანმრთელობის დაცვა

ჯანდაცვაში არსებული უთანასწორობანი განსაკუთრებით შესამჩნევია ინფექციურსა და გარემო პირობებით გამოწვეულ დაავადებებში. ამ საკითხის მოკავშირე ფაქტორები მოიცავს:

•სოციალურ-ეკონომიკურ გუნდს: გარდაცვალებას, საავადმყოფოში მიღებასა და პირველადი მზრუნველობის მომსახურებათა გამოყენებას ყველაზე გავრცელებულ ინფექციურ დაავადებებზე მუცლის ღრუსა და ნაწლავების, სასუნთქი და გენიტალური ინფექციების არსებობისას; ეს დაავადებები განსაკუთრებით გავრცელებულია ღარიბ მოსახლეობაში. გარემოს უთანასწორობის უამრავი ფაქტი დასტურდება სოციალურ-ეკონომიკური ჯგუფების მიერ.

•HIV ინფექცია ტუბერკულოზი,. ჯგუფებს 40-ჯერ მეტად აღენიშნება ტუბერკულოზი, გონორეა. ქლამიდიოზი სერიოზული ხასიათის შემოტანილი ინფექციები, როგორიცაა მალარია, ტიფი და პარატიფი,ქვეყნის მასშტაბით, რეგიონებისა და რაიონების მიხედვით, არათანაბრადაა განაწილებული და ამ ფაქტს დამაჯერებელი ახსნა არ გააჩნია.

•სექსუალური ორიენტაცია: ჰომოსექსუალებს HIV ინფექციით, გონორეითა და სიფილისით დაავადების უფრო მაღალი ალბათობა აქვთ;

•სოციალურად გარიყული ჯგუფები: ინტრავენური გზით ნარკოტიკების მომხმარებლებს სისხლში წარმოქმნილი აქვთ ვირუსებისა და ძლიერი სისტემატური ინფექციებით დაავადების არსებითად გაზრდილი

რისკი; მოგზაურმა ოჯახებმა ვაქცინაციით აღკვეთადი დაავადებების რისკებიც გაზარდეს; ლტოლვილებს, უამრავი სერიოზულ ინფექციის გადადების საშიშროება აქვთ; პატიმრებიც სისხლში წარმოქმნილი ვირუსების რისკს ატარებენ, როგორებიცაა ჰეპატიტი, ტუბერკულოზი; უსახლკარონიც ინფექციური დაავადების, როგორიცაა მაგალითად ჰეპატიტი გადადების მაღალი რისკის მქონენი არიან, რაც გამოწვეულია მათი ცხოვრებისეული პირობებით; სხეულით მოვაჭრენი STIს-ის გაზრდილი რისკის ქვეშ არიან.

•გეოგრაფიული უთანასწორობა აშაკარაა უამრავი გარემო საშიშროებებიდან გამომდინარე. ამ უთანასწორობის ფაქტებიდან, უმრავლესობა, განსაკუთრებით კი ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენლობა, სექსუალური ორიენტაცია და სოციალური გარიყულობა უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს ინფექციური დაავადების შემთხვევაში, ვიდრე არაგადამდები დაავადებებისას. გარდა ამისა, უამრავი ინდივიდი, შეიძლება რამდენიმე რისკ-ჯგუფს ერთდროულად ეკუთვნოდეს, მაგ: პატიმარი, ნარკოტიკის მომხმარებელი და უსახლკაროა ერთდროულად და ეს ყველაზე ძლიერი ინფექციური დაავადების ბუნებაა მოსახლეობის ქვეჯგუფებში გავრცელება (ადამიანები თავის მსგავს ადამიანებში ირევიან). ამ უთანასწორობათა აღსაკვეთად, მომსახურებების გატარება ქვემოთაა ნახსენები).

მნიშვნელოვანი დაავადებები და სხვა ინფექციები, რომელთა გაცხადება აუცილებელია; ჩამოთვლილთაგან რომელიმე დაავადებაზე ეჭვის გაჩენა ან დადასტურება უნდა ეცნობოს დ.კ.ს.ჯ.ე ც -ს. ინფექციები, რომელიც, დაფიქსირებისთანავე (იმავე დღეს) უნდა ცნობილი გახდეს:

დაავადებები, რომელთა შეტყობინებაც სავალდებუ-

ლოა - ციმბირის წყლული; ქოლერა; დიფტერია; დიზენტერია; ენცეფალიტი; საკვებით მოწამვლა; კეთრი; ლეპტოსპიროზი; მალარია; მენინგიტი; წითელა; მენინგოკოკური სეფსისი; ყბაყურა; პარატიფური ცხელება; შავი ჭირი; პოლიომილიტი; ცოფი; რეციდივული ცხელება; წითურა; ქუნთრუშა, ყვავილი; ტუბერკულოზი; მუცლის ტიფი; ვირუსული ჰეპატიტი (A/B/C/D/E), ყივანა ხველა; ყვითელი ციებ-ცხელება;

დანარჩენი ინფექციები, რომელთა შესახებაც უნდა გაკეთდეს განაცხადი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის მიზნით
ქათმის გრიპი, კამპილობაქტერიოზი, ბოტულიზმი, სალმონელა, SARS, მწვავე კლოსტრიდიუმი, ბაქტერიული პნევმონია, Q ციებ-ცხელება, ფსიტაკოზი, ლეგიონერების დაავადება, ლისტერიოზი.

10.3 პირველადი პრევენცია ჯანმრთელობის დაცვაში

პირველ თავში აღვწერეთ პრევენციის იერარქია. მისი გატარება მართებულია, რადგანაც იგი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის სფეროს წარმოადგენს. პრევენციული საქმიანობა მიზნად ისახავს პიროვნულ ქცევაზე ზეგავლენის მოხდენას, რაც რჩევებითა და მხარდამჭერი მომსახურებების გაწევით მოხდება;

იმუნიზაცია

ინფექციურ დაავადებებზე აცრა ძალზე წარმატებული აღმოჩნდა და ჯანმრთელობის დაცვის განსაზღვრული ინიციატივებიდან ყველაზე ეფექტურიცაა. ეფექტური იმუნიზაციის მომსახურებანი მოითხოვს უამრავი სხვადასხვა პროფესიონალისა და სამსახურის შენატან წვლილს. დღევანდელ სისტემაში, თითოეულ ადგილობრივ ჯანდაცვის ორგანიზაციას, გააჩნია პიროვნება ან პიროვნებები, ვინც პასუხისმგებელია იმუნიზაციის პროგრამები გაატაროს, გაუმჯობესოს ქმედებები ადგი-

ლობრივ დონეზე. ეს პიროვნება იმუნიზაციაზე პასუხისმგებლის (კოორდინატორის) სახელითაა ცნობილი.

იმუნიზაციის თეორიული მიზანია, მიღწეულ იქნეს იმუნიტეტი იმ დაავადებებზე, რომელთა პიროვნებიდან პიროვნებაზე გადადება ხდება (მაგალითად წითელა) და დაიცვას სხვა წყაროებიდან გადამდები დაავადებებისგან (მაგ: ტეტანუსი). ქვეყანაში დასახულია იმუნიზაციის ზოგადი მიზნები, რომელიც WHO-ს მიდგომებს ეფუძნება ესენია:

•95% იღებს ყველა პირველად იმუნიზაციას, მათ შორის წითელას, წითურისა და ყბაყურის აცრებს, ბავშვის დაბადების მეორე დღემდე;

•70%-ს უტარდება ყოველწლიური აცრა გრიპზე, მათ, ვინც 65 წლის ასაკს გადააბიჯა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ბევრი ადგილობრივი სამსახური ჯერ კიდევ ვერ აღწევს მათ წინაშე დასახულ მიზნებს. ამგვარი ტენდენცია შეინიშნება ხშირი დასახლების რეგიონებში, საჭიროა საშუალოზე მეტი აცრები, რათა ყველას აცრა მოხერხდეს. ადგილობრივ სამსახურებს, მათზე მიკუთვნებული ბავშვების უდიდეს ნაწილს, უფრო გვიან უტარებენ ვაქციანციას, ვიდრე გამიზნული იყო ასაკის შესაბამისად ეს გარემოება კიდევ უფრო ზრდის დაავადების ალბათობას. დაგვიანებული ვაქცინაციის შემდგომი შედეგები მკვეთრად აისახება განსაკუთრებით ჩვილებში, ყივანახველისა და გემოფილური გრიპის ისეთ ასაკში განვითარება, როდესაც დაავადება ყველაზე მწვავედ მიმდინარეობს.

დაბალი ან დაგვიანებული იმუნიზაციის გამომწვევი მიზეზებია:

•გარკვეული ვაქცინის მიმართ საზოგადოების ნაკლები ნდობა, მას შემდეგ, რაც მედიის მიერ იქნა გავრცელებული შიში, მაგალითად ყივანა ხველა.

წუხილი და ნერვიულობა შეიძლება უფრო დიდი იყოს. ე.წ. მაღალი სოციალური კლასის მშობლებში;
•ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის არსებული დაბნეულობა ვაქცინის უსაფრთხოების გამო, განსაკუთრებისთ ყივანახველის ვაქცინის შემთხვევაში;
•სოციალურ გასაჭირთან დაკავშირებული ფაქტორები, განსაკუთრებით მოსახლეობის გადაადგილების მაღალი მაჩვენებელი,მარტოხელა მშობელი და დიდი ოჯახი;
•რელიგიასთან,ცხოვრების სტილთან და ეთნიკურ წარმომავლობასთან დაკავშირებული ფაქტორები. აგრეთვე დადგენილ დროზე გვიან იცრებიან ლტოლვილთა შვილებიც.
•პროგრამების ორგანიზების, განხორციელებისა და ანაზღაურებაში დაფიქსირებული პრობლემები.
ქვეყანაში აცრის გრაფიკი, კალენდარი 2006 წელს იქნა გადახედილი. ეს ცვლილებები მოიცავს ყველაზე გავრცელებულ მიმართულებაზე აცრების შემოტანას, რომელიც ძალზე ეფექტური აღმოჩნდა.

იმუნიზაციის გეგმა (კალენდარი)

ასაკი – დაბადების შემდგომი
აცრა – BCG (მხოლოდ მაღალი რისკის ჯგუფებში); ჰეპატიტი B (მაღალი რისკის ჯგუფები)
ასაკი – 2 თვის
აცრა – დიფტერია/ტეტანუსი/პეტრუსი/პოლიო/HIB (DTaP/IPV/Hib); პნევმოკოკური ვაქცინაცია (PCV)
ასაკი – 3 თვე
ვაქცინა - DTaP/IPV/Hib, მენინგოკოკი C;
ასაკი – 4 თვე
ვაქცინა - DTaP/IPV/Hib; პლევმოკოკური ვაქცინა; მენინგოკოკი C.
ასაკი – 12 თვე
ვაქცინა - Hib; მენინგოკოკი C.
ასაკი – 13 თვე

ვაქცინა – წითელა/წითურა/ყბაყურა; პნევმოკოკური ვაქცინა;
ასაკი – 3-5 წელი
ვაქცია – დიფტერიის ტეტანუსისა და პოლიოს წამქეზებლის 1 დოზა
ასაკი – ზრდასრული
ვაქცინა – თუ საჭიროა ტეტანუსისა და პოლიოს წამქეზებლის 1 დოზა; ვაქცინაცია სამსახურებრივი ან ცხოვრების სტილიდან გამომდინარე რისკებიდან;
ასაკი – 65 წელი
ვაქცინა – გრიპი; პნევმოკოკი (სამედიცინო რისკის მქონე ჯგუფები); ვაქცინაცია მოგზაურობამდე.

10.4 ინფექციათა კონტროლი (ეპიდზედამხედველობა) და პირველადი ზრუნვის დაწესებულებები

ინფექციის კონტროლის გამართული პრაქტიკა არსებითია ნებისმიერი ჯანმრთელობაზე მზუნველი დაწესებულებისათვის, მათ შორის პირველადი ზრუნვის განყოფილებისთვისაც (ნებისმიერ პრაქტიკას ესაჭიროება დოკუმენტზე აგებული პორცედურები და პროტოკოლები, მაგ: ინსრუმენტების სტერილიზაცია). სულ უფრო მზარდი ყურადღება და ზრუნვაა მიმართული საზოგადოებაზე, პაციენტებზე, დამატებითი პირობებით, რომელიც მათ ინფექციებისადმი უფრო დაუცველად აქცევს. მსგავსად, პაციენტი შეიძლება აკითხავდეს ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაწესებულებას და თავად იყოს ინფექციის მატარებელი.

ხელის კარგად დაბანის მნიშვნელობა, როგორც ქვაკუთხედი ინფექციის კონტროლში, არ უნდა იქნეს უგულებელყოფილი. რაც შეეხება ჯანმრთელობაზე ზრუნვისათვის შექმნილ შენობებს, გასტროენტერიტის

მქონე მუშაკი არ უნდა დაბრუნდეს სამუშაოდ, სანამ სიმპტომები აღენიშნება,რადგანაც არსებობს ინფექციის გადადების რისკი;

ინფექციის კონტროლზე რჩევები, მაგალითად სველი დამუშავება,დეზინფექცია და იარაღების სტერილიზაცია. ადგილობრივ სამსახურებს გააჩნია თანამედროვე სახელმძღვანელო ინფექციების კონტროლის შესახებ. უნდა არსებობდეს იმუნიზაციის ნათელი და გარკვევით მოწოდებული პოლიტიკა (მაგალითად B ჰეპატიტზე აცრა) მომუშავე შტატის აცრის შესახებ; აგრეთვე შტატის თანამშრომლებმა უნდა იცოდნენ, შემთხვევით ნემსით დაზიანების ან გაჭრის შემთხვევაში რა ზომები მიიღონ.

ინფექციის გავრცელების შეჩერების მიზნით გატარებული სტანდარტული ზომები:

სტანდარტული ზომები, ინფექციის გავრცელების შეზღუდვისათვის

•პირადი ჰიგიენა: ხელის საპნით დაბანა ან ხელის გასაწმენდად ალკოჰოლის გამოყენება. ჭრილობების ან კანზე აქერცლილი ადგილების დაცვა წყალგამძლე საფარით;

•პერსონალური დაცვითი საშუალებების: ერთჯერადი ხელთათმანები და ნიღაბი და აგრეთვე თვალების საცავი.

•დაინფიცირებულ ნარჩენებთან შესაბამისი სიფრთხილით მოქცევა;

•ბასრ იარაღებთან ფრთხილი მოპყრობა;

•სისხლისა და სხეულის სითხის მართვა: ნიმუშების გაუონვის, შეგროვებისა და გადატანისას (ტრანსპორტირებისას);

•მოწყობილობების გაუვნებლობა,მათ შორის გაწმენდა, დეზინფექცია და სტერილიზაცია;

•საავადმყოფოს სუფთა გარემოს შენარჩუნება;

•ინფიცირებადი სამსახურებრივი რისკების თავიდან აცილება და სისხლით გასერისა და ბასრი იარაღით

შესაძლო დაზიანებების მართვა;
•თეთრეულის ყურადღებით მოვლა;
•ინფიცირებული პაციენტების შესაბამის ადგილას განთავსება;
•მოხდეს მრავალჯერადი გამოყენების ინსტრუმენტთა სტერილიზაცია ეროვნული სტანდარტების შესაბამისად, ან გამოეიყენოთ ერთჯერადი მოხმარების ინსტრუმენტები;
•მინიმუმამდე დავიყვანოთ სათამაშოებისა და სათამაშო მოწყობილობების გამოყენება და ისინი, რომლებიც უკვე არის შემოტანილი, გაიწმინდოს ბრძანებებისა და განრიგის მიხედვით.

10.5 სკოლები

ძირითადად, ბავშვები ძლიერები და ჯანმრთელები არიან, თუმცა, სკოლებს შეუძლია ისინი განსაზღვრული რისკის ქვეშ დააყენონ. მაგალითად, სკოლაში მომხდარი ეპიდემიები; ყბაყურის, წითელას, ჰეპატიტების ეპიდაფეთქება და გრიპისსა, თუ გრიპის მაგვარი დაავადება შეიძლება ძალზე სწრაფად გავრცელდეს. ზოგიერთი ინფექცია უფრო ახასიათებს სკოლის ასაკის ბავშვებს, თუმცა, კი მათი გავრცელება სახლის პირობებშიც შეიძლება ხდებოდეს, მაგ. თავის ტილი (კონტაქტი სახლის პირობებში უფრო ხშირია)

სკოლებში მომხდარი ინფექციების უმრავლესობის შესახებ გაჩენილი კითხვების დაკმაყოფილება,იმართება სკოლის ექთნის მიერ საგანმანათლებლო შტატთან თანამშრომლობით, სანამ საქმიანობაში ჩართული არ იქნება **ჯანმრთელობის დაცვის ადგილობრივი სამსახურები** მენინგოკოკური დაავადების შემთხვევაში, სკოლა მიმართავს საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და მისგან შესაბამის მხარდამჭერას იღებს.

რამდენიმე ინფექციისთვის, რეკომენდირებულია, რომ ბავშვები, სიმპტომების არსებობისას სკოლას არ დაუბრუნდნენ, რადგანაც, ამგვარ შემთხვევაში, ინფექცია გაერცელდება. გადამდებ დაავადებებზე რამდენიმე ინფორმაციული ჩამონათვალის შემცველი დოკუმენტი უკვე გამოიცა, სკოლებისათვის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის მიერ. სახელმძღვანელოები, თუ სხვა თვალსაჩინოებანი ინფექციების შესახებ, ხშირად გამოიცემა სკოლებში და ხელმისაწვდომია ჯანმრთელობის ადგილობრივი დაცვის განყოფილებაში.

10.6 მოხუცებულთა მზრუნველობის სახლები, თავშესაფრები

თავშესაფრის მკვიდრნი განსაზღვრულ საშიშროებაში იმყოფებიან: ფონად მიმდინარე ქრონიკული დაავადებები, ფიზიკური სისუსტე და მდგრადობის შესუსტება, გადამდები ინფექციური დაავადებების მაღალი რისკი, რაც მზრუნველობის სახლებში ხშირადაა. გარდა ამისა, დღეს სულ უფრო ხშირად ხდება, რომ რთული სამედიცინო სჭიროებების მქონეთა მკურნალობა (მაგალითად კათეტერიზაცია, ქირურგიული ჭრილობების, ზოგიერთ შემთხვევაში ნაწოლებისა და ტროფიკული წყლულების მოვლა და ა.შ.) ადგილზე ხორციელდება.

მნიშვნელოვანია, დაფუძნდეს ინფექციების საფუძველიანი კონტროლი და ადგილზე ზრუნვისას, ინფექციების კონტროლის შესახებ რჩევების მიცემა მომზადებული პერსონალის მიერ ხდებოდეს. ინფექციების ეფექტური კონტროლის გატარება შეიძლება გაცილებით რთული იყოს შტატის სიმცირის, გონებრივი სირთულეების მქონე მაცხოვრებლებთან გამკლავების გამო..

გარკვეული ინფექციები, მაგ: გრიპი, შეიძლება ძალზე სწრაფად გაერცელდეს და მნიშვნელოვანია,

შტატი აცნობიერებდეს თუ როგორ ამოიცნოს პოტენციური აფეთქების საშიშროება და აცნობოს იგი **ადგილობრივ პასუხისმგებელ სამსახურებს.**

ასაკიანი, სპეციფიკური ყურადღების მომლოდინე კონტინგენტის მოელის პოლიტიკის განხორციელებითმნიშვნელოვანიარომგატარდესროგორცპნევმონიისსეგრიპის ვაქცინაცია, საკუთარი ინიციატივითა და ძალებით.

10.7 საპატიმროები

პატიმრები საზოგადოების განსაკუთრებული კატეგორიაა და მათ გააჩნიათ თავისებურებანი ჯანმრთელობის კუთხით, რომელსაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები უნდა არეგულირებდნენ. მათი ვაქცინაცია არარეგულარულად, არადამაკმაყოფილებლად ხდება, ხოლო მათი ქცევითი მახასიათებელები მაღალი რისკის შემცველია, რაც საპატიმროში ყოფნისას კიდევ უფრო მძაფრდება ადეკვატური პრევენციული მომსახურების უკმარისობის გამო, გასატარებელია შესაბამისი ღონისძიებები და პროგრამები (მაგ: ტუბერკულოზის პრევენციისა და მკურნალობის, თამბაქოს მოხმარების, შპრიცების გაცვლის ნარკომანთათვის ჩანაცვლებითი მკურნალობის, კონტრაცეპტივების გამოყენების და ა.შ.). ამგვარი ინდივიდები, ადრე თუ გვიან, დაუბრუნდებიან საზოგადოებას და მათი სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები საპატიმროებში უნდა დაიწყოს.

10.8 მოგზაურთა ჯანმრთელობა

მართალია, ჩვენ შევძელით მეტი კონტროლი დაგვემყარებინა ინფექციებზე ქვეყნის შიგნით, მაგრამ მოსახლეობა სულ უფრო ხშირად მოგზაურობს. მაშასადამე, შესაბამისად შემოტანილი ინფექციების რაოდენობაც იზრდება. ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში, მოგზაურთა 50%-ს ექმნებათ ჯანმრთელობის პრობლემე-

ბი, რომელიც კავშირშია ამ მოგზაურობასთან, რაც განვითარებულ ქვეყნებში უფრო ნაკლებია, ამგვარ მოგზაურთა დიდი ნაწილი მნიშვნელოვან პრობლემას ქმნის. დაავადება, ყველაზე ხშირად უკვე არსებული სამედიცინო პირობების გართულებით, უბედური შემთხვევებით ან ინფექციებით ხდება. თუმცა, ყველაზე გავრცელებული ინფექცია ნაწლავური ტოკსიკოინფექციებია, რაც განსხვავებულ კვებასთან არის დაკავშირებული. უფრო ეგზოტიკური და სერიოზული ინფექციებია მალარია, HIV, ჰეპატიტი, დიზენტერია, ტიფი, ლეგიონელოზი, დიფტერია, ქოლერა და ცოფი.

მოგზაურობასთან დაკავშირებული პირველადი მზრუნველობის მომსახურებანი დაავადებების პრევენციაში, ყველაზე მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია, რადგან მათი რჩევები ძალზე სასარგებლოა.

10.9 რისკების შეფასება

ინფექციების რისკებზე გავლენას ახდენს:
•სად მიდის მოგზაური
•საცხოვრებელი პირობები
•როდის მიემგზავრება მოგზაური და რამდენი ხნით გეგმავს იქ დარჩენას
•რის კეთებას გეგმავს იქ (სამუშაოს პროფილი, ურთიერთობა)
•რა წინასწარ არსებული სამედიცინო-ჰიგიენური პირობები აქვს მას;
•სამედიცინო დაწესებულებიდან დაშორების მანძილი.

ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი ინდივიდები, ვინც საქართველოში დაიბადა ან და უკვე დიდი ხანია ცხოვრობს, ინფექციური დაავადებების გადადების იგივე რისკის მატარებლები არიან, როგორც დანარჩენი მოქალაქეები, როდესაც ისინი სტუმრობენ

მეგობრებს ან ნათესაებს თავის მშობლიურ ქვეყანაში: მიუხედავად ამისა, უამრავი მოგზაური არ იღებს ადეკვატურ რჩევებს.

რჩევები

•პირადი ჰიგიენა

•საკვებისა და წყლისადმი ყურადღება

•კოღოებისა და მუმლისთვის თავის არიდება;

•უსაფრთხო სექსი, მედიკამენტების გამოყენება და სამედიცინო ზრუნვა: HIV ინფექციის შემთხვევათა აბსოლუტური უმრავლესობა ჰეტეროსექსუალების დამსახურებაა, რომელთაგან თითქმის ნახევარს ეს ინფექცია საზღვარგარეთის ქვეყნებიდან ჩამოაქვთ;

•თავი ავარიდოთ ცხოველების ნაკბენს;

•შესაბამისი (ადეკვატური) სამედიცინო დაზღვევის ფლობა;

იმუნიზაცია

•დროული რუტინული ვაქცინაცია

•A ჰეპატიტი და ტიფის ვაქცინა, ზოგადად, რეკომენდირებულია ნებისმიერი მოგზაურისთვის, ვინც გეგმავს დასაელეთ ევროპაში, ჩრდილო ამერიკასა ან ავსტრალიაში მოგზაურობას;

•ზოგიერთი ვაქცინა რეკომენდირებულია განსაზღვრულ რეგიონებში მოგზაურობისას, დროის რომელიმე განსაზღვრულ მონაკვეთში (სეზონზე), მაგალითად ყვითელი ციებ-ცხელება, მენინგოკოკი, იაპონური B ენცეფალიტი.

•ზოგიერთი ვაქცინა შეიძლება რეკომენდირებული იყოს რაიმე განსაზღვრული ქმედების დამგეგმავთათვის, როგორიცაა აცრა B ჰეპატიტი და ცოფი.

•საშიშროების წინა პროფილაქტიკური აცრა შეიძლება იყოს რეკომენდირებული, მაგალითად აცრა ცოფზე, იმ ადამიანებისათვის ვისაც პოტენციურად

შეხება ექნება ცოფთან (ცხოველების ნაკბენის გამო)

მალარიის პრევენცია

წინა წლებში ქვეყანაში მალარიის მრავალი შემთხვევა იქნა რეგისტრირებული., უმრავლესობა ადამიანებში, რომელთაც არაშესაბამისი ქიმიოპროფილაქტიკა ჩაიტარეს, ან საერთოდ არ მიუმართავთ მისთვის.
მალარიის პრევენცია დამოკიდებულია:
•მოგზაურის და ექიმის/ექთნების/ფარმაცევტების მიერ რისკის გააზრება;
•დაზიანების შემთხვევათა შემცირება ფიზიკური და ქიმიური ზომების მიღებით
•შესაბამისი მედიკამენტებით ქიმიოპროფილაქტიკის ჩატარება;
•მალარიის კლინიკური სურათის დიაგნოზირება დაბრუნებულ მოგზაურში რაც შეიძლება სწრაფად უნდა მოხდეს.

10.10 პერსონალურ ქცევებზე გავლენა

მუცლის ღრუსა და ნაწლავების ინფექციები საკმაოდ გავრცელებულია, და მათი გამომწვევი ზიანის მომტანი ორგანიზმი შეიძლება ადამიანიდან ადამიანს იოლად გადაედოს. ზოგიერთები, როგორიცაა შიგელა, ძალზე გადამდებია, განსაკუთრებით სახლის ან დაწესებულების პირობებში. გადადების ალბათობა შეიძლება მნიშვნელოვნად შემცირდეს, შესაბამისი ჰიგიენური ნორმების დაცვით, განსაკუთრებით ხელების დაბანა საპირფარეშოს შემდეგ და საჭმლის მომზადებამდე. რადგანაც ადამიანთა უმრავლესობა, ვინც გასტროენტიტითაა დაავადებული, არ გადის კონსულტაციას ჯანმრთელობის მომსახურებაში, ეს პრევენციული ინტერვენცია საჭიროებს საზოგადოების ყველა

წევრამდე მიღწევას, სანამ ისინი ავად გახდებოდნენ.

ბოლო წლებში, ქვეყანაში STI-ის შემთხვევათა რაოდენობა საგრძნობლად გაიზარდა (ქლამიდია, გონორეა, სიფილისი, ჰერპესი). აგრეთვე ადამიანები ცხოვრობენ HIV/AIDS ინფექციით, რომელთაგან დიდმა % არ იცის დაავადების შესახებ. STI-ის პრევენციის გასაღები „უსაფრთხო სექსის" პრევენციულ ღონისძიებათა მიღება-დანერგვაში მდგომარეობს, ხოლო მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებს კი განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეთ (სხეულით მოვაჭრები, ჰომოსექსუალები). ჯანმრთელობის სტრატეგია, მოიცავს ეროვნულ კამპანიებს, რომელიც მიმართულია ახალგაზრდობისკენ და მიზნად ისახავს გარანტირებული იქნენ, რომ მათ გაიგეს დაუცველი სექსის რეალური რისკი და დაეარწმუნოთ ისინი პრეზერვატივის გამოყენების სარგებლიანობაში, რათა წინასწარ იქნას აღკვეთილი STI-ი და არასასურველი ორსულობა.

სხვა მაგალითები მოიცავს რჩევასა და მომსახურებას მედიკამენტების უკანონოდ მომხმარებელთათვის, რათა ინექცია თავიდან იქნეს არიდებული, ან სუფთა საინექციო ინსტრუმენტების გამოყენებით შემცირდეს სისხლში HIV და B/C ჰეპატიტების გადადების საშიშროება.

პირველადი ზრუნვის პრაქტიკოსები რეგულარულ კონტაქტში უნდა იმყოფებოდნენ რისკის მქონე პაციენტებთან, ამით მათ უამრავი შესაძლებლობა ექნებათ, დაეხმარონ პიროვნული ქცევების შეცვლაში.

10.11 ანტიბიოტიკორეზისტენტობა

ანტიბიოტიკორეზისტენტობა არაა ახალი, მას შემდეგ, რაც ანტიბიოტიკები იქნა აღმოჩენილი, ისიც

დადგინდა, რომ ზოგიერთი ორგანიზმი უფრო ამტანია, ხოლო ზოგიერთი კი შემდგომში გამოიმუშავებს ამტანობას ანტიბიოტიკების მიმართ. ეფიქრობთ, რომ ანტიბიოტიკების ამტანობა პრობლემაა საავადმყოფოებისათვის, ცნობილია, რომ საავადმყოფოდან გაწერილი პაციენტი სახლში მიდის ამ „ამტანი“ ორგანიზმით და, - სულ უფრო ბევრი ანტიბიოტიკების გამძლე ორგანიზმი ამოტივტივდა საზოგადოებასა და პირველადი მზრუნველობის დაწესებულებებში.

დადგენილია,რომ ანტიბიოტიკების 80%დანიშვნა პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციებში ხდება. ანტიბიოტიკებისადმი მდგრადობა დაკავშირებულია მოსახლეობის რაოდენობასთან,რომელთაც დიდი დოზით ენიშნებოდათ ანტიბიოტიკები. უახლესი ინფორმაცია ყურადღებას ამახვილებს ანტიბიოტიკებისადმი მდგრადობის მნიშვნელოვნობაზე და ხაზს უსვამს დანიშნულებისამებრ მათი გამოყენების აუცილებლობას. ზოგიერთ სფეროში, რჩევის მიცემა შედარებით სწორხაზოვანი იყო, მაგალითად, შევამციროთ ნაკლებად გართულებული შარდსაწვეთი გზების ანთების სამკურნალოდ ანტიბიოტიკებით მკურნალობის ხანგრძლივობა 3 დღემდე. სხვა სფეროებში, მისი გატარება ოდნავ გართულებულია, მაგ: პაციენტი შეიძლება ანტიბიოტიკს სვამდეს ზემო რესპირატორული (სასუნთქი) გზების სამკურნალოდ და შეიძლება მივიღოთ გართულებები ვირუსული ფონით, შესაძლო ბაქტერიული ინფექციის გამო..

ზოგიერთი ორგანიზმი უფრო ამტანია ანტიმიკრობის მიმართ, მაგალითად, სტაფილოკოკის ზოგიერთი E ტიპის (რომელიც გამოყოფს ფერმენტს ენზიმს, გაერცობილ ბეტა-ლაქტაზას, მას უფრო გამძლეს ხდის ანტიბიოტიკების მიმართ და შარდსაწვეთი გზების ინფექციათა მკურნალობას ართულებს). მნიშვნელოვა-

ნია იმის დადგენა, რომ უამრავი ანტიმიკრობის ამტანი ორგანიზმის შემთხვევაში, არსებობს ალტერნატიული თერაპია. ანტიმიკრობული ამტანობის შესახებ რჩევები და მისი მართვა შესაძლებელია, ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მიკრობიოლოგის დახმარებით. იგი ითვალისწინებს ადგილობრივი გამძლე ნიმუშების ცოდნას, მაგალითად, შარდსაწვეთი ინფექციების ყველაზე გავრცელებულ მიზეზებს. ამგვარი სამოქმედო მითითებები, წესისამებრ ადგილობრივი GP-თვის უნდა იქნას ახსნილი.

რისი გაკეთება შეუძლიათ პირველად მზრუნველობა'ში:

•მხოლოდ მას დაენიშნოს ანტიბიოტიკებით მკურნალობა, ვინც მიიღებს აშკარა კლინიკურ სარგებელს;
•პირველ რიგში, გამოყენებული იქნეს მარტივი ჯგუფის ანტიბიოტიკები;
•არ დაინიშნოს ანტიბიოტიკები მარტივი ხველისა და გაციების გამო;
•ვირუსული ყელის ტკივილის დროს არ დაინიშნოს ანტიბიოტიკი;
•გართულებული ცისტიტის არსებობის გარდა, შეიზღუდოს ანტიბიოტიკების დანიშვნა 3 დღემდე;
•ძლიერი ანტიბიოტიკების ფართო გავრცელების თავიდან აცილება;
•ტელეფონით ანტიბიოტიკების დანიშვნის შეზღუდვა, გარდა გამონაკლისი შემთხვევისა.

ღარიბ ან საზოგადოებიდან გარიყულ (მარგინალიზირებულ) ჯგუფებთან მუშაობა

ამგვარი ჯგუფების უმრავლესობა ნაკლებად იღებს პრევენციულ ინტერვენციებს. მართლაც, ზოგიერთები საერთოდ არ რეგისტრირდებიან პირველად მზრუნველობაში. პირველადი მზრუნველობის ფოკუსირებ-

ულნი იყვნენ უფრო მაღალი რისკის მქონე, მაგრამ ხშირად რთულად ხელმისაწვდომ ჯგუფებზე. ინტერვენციები უფრო იოლად წვდება მოსახლეობის იმ ჯგუფებს, რომელთათვისაც ისედაც ხელმისაწვდომია მკურნალობა და შედეგად ღრმავდება უთანასწორობა. იმ ინფექციების პრევენცია, რომლებიც სოციალურად გარიყულ ჯგუფებში უფროა გავრცელებული, საჭიროებს სწორედ ამ ჯგუფებისათვის შექმნილ მიზანმიმართულ მომსახურებებს.

ჯულიეტა
(HIV/AIDS სიტუაციური ამოცანა)

ჯულიეტა 41 წლისაა. იგი 2 წლის წინ წამოვიდა თავის ოჯახთან და ორ ვაჟთან ერთად ზღვისპირა ქალაქიდან. მისი ქმარი, ადგილობრივ ფაბრიკაში მუშაობს. ექვსი თვის წინ მან აღმოაჩინა რომ ორსულად იყო. ორსულის რუტინული კვლევისას დადგინდა, რომ ჯულიეტა დაავადებულია HIV ინფექციით. იგი გაოგნებულია. მას წარმოდგენაც არ ქონდა, რომ რისკის ქვეშ იყო და არ უთქვამს ამის შესახებ თავისი ქმრისთვის. მან არ იცის თუ სად ეძიოს დახმარება.

HIV/AIDS ინფექციის მქონეთა მხარდაჭერაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის როლი

პრობლემა - HIV ინფექციის რისკის წინაშე მყოფ განსაზღვრულ ჯგუფებში მისი პრევენციისა და მართვის ნაკლები გააზრება და ცოდნა.

მოსახლეობის საკითხები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – ბოლო პერიოდში ჰეტეროსექსუალურად გადამდებ დაავადებათა შემთხვევების ზრდა.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია – ჯანმრთელობისა და სოციალური მზრუნველობის პროფესიონალთა შორის ცოდნის

გაღრმავება შესაბამისი წრთვნებით.

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – HIV ინფექციის პრევენციის შესახებ ცოდნის უკმარისობის პრობლემის მოგვარება, განსაზღვრული მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებში, რაც განხორციელდება საზოგადოებაზე დაფუძნებული შესაბამისი ცოდნისა და საგანმანათლებლო პროგრამების მეშვეობით.

პრობლემა – გასინჯვა

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – ნაყოფისა და ორსულის გასინჯვისას ხდება HIV ინფექციის იდენტიფიცირება, მაგრამ ამგვარი ქცევჯგუფების დარწმუნება HIV ინფექციაზე ტესტის ჩასატარებლად, რთულია. შეიქმნას ნაყოფზე გასინჯვების პროგრამები.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია – დღესაც, პირველადი მზრუნველობის უამრავი გუნდი, საკმაოდ ცუდად აღჭურვილია იმისათვის, რომ შესაფერისი კონსულტაციური მომსახურების გაწევა შეძლოს.

HIV ინფექციისას ტესტის ჩატარებაზე მოწოდება;

ტესტის ჩატარებამდე რჩევების მიწოდება და მხარდაჭერა, სადაც არსებობს ამის საჭიროება.

პრობლემა – დედიდან ბავშვზე გადადება.

მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – ამის შემცირება 1%-ზე ნაკლებითაა შესაძლებელი ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების გამოყენებით.

სამედიცინო მონიტორინგი და მოვლენების მიდევნება არსებითი მნიშვნელობისაა.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია – მშობიარობის შემდგომ ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შესაბამისი დანიშნა

პერსონალურად.
მომსახურების კარგი მოდელით უზრუნველყოფა, მაგალითად: გამოყენებულ იქნას ადგილობრივად გაძლიერებული მომსახურებები GP-ის კონტრაქტებზე დაყრდნობით, რათა შემუშავებულ იქნას HIV ინფექციის მართვისა და გასინჯვების პროგრამები.
პრობლემა – კულტურა
მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები –ამაღლდეს ცოდნა ჯანდაცვისა და სოციალური პროფესიონალების მიერ, რომელნიც საჭირო ინფორმაციის მოწოდებას შეძლებენ და HIV ინფექციით დაავადებული ადამიანების მხარდაჭერას.
ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია – მომსახურების კარგი მოდელის მიწოდება, მაგ: გამოყენებულ იქნას ადგილობრივად გაძლიერებული მომსახურებები GP-ის კონტრაქტებზე დაყრდნობით, რათა შემუშავდეს HIV ინფექციის მართვისა და გასინჯვების პროგრამები.
მოხდეს პრევენციული ღონისძიებების გატარება კულტურის შესაბამის, ძნელად ხელმისაწვდომ მოსახლეობაზე გათვლილი პროგრამებით.
მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – არასამთავრობო ორგანიზაციებთან კავშირის მხარდაჭერა და ინფორმირება.
პრობლემა – რესურსების მოზიდვა
მოსახლეობის საკითხები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები – არსებული რეალობის საწინააღმდეგოდ, რომლის მიხედვითაც HIV მკურნალობის ბიუჯეტის უდიდესი ნაწილი ხმარდება ძვირადღირებული მედიკამენტების კომბინაციებს, მოხდეს პრევენციული პროგრამების შემუშავება, რომელიც მოიცავს ძნელად ხელმისაწვდომ გუნდებსა და გაითვალისწინებს მათ კულტურულ თავისებურებებს.

გარანტირებული იყოს, რომ რესურსების მოზიდვა მხედველობაშია მიღებული სექსუალური ჯანმრთელობის სტრატეგიის შემუშავებისას.

მოხდეს HIV ბიუჯეტის გადახედვა და ძვირადღირებულ მედიკამენტთა კომბინაციიდან რესურსები გადაიგზავნოს უფრო ფართო მიდგომების დასაფინანსებლად, მათ შორის პრევენციისა და სოციალური მხარდაჭერისკენ.

ინდივიდუალური საკითხები, პირველადი მზრუნველობის ინტერვენცია – მომსახურების მოდელი, მაგ: გამოყენებულ იქნას ადგილობრივ გაძლიერებული მომსახურებები GP-ის კონტრაქტებზე დაყრდნობით, რათა შემუშავებულ იქნას HIV ინფექციის მართვისა და გასინჯვების პროგრამები.

მეორეული პრევენცია: შესაბამის სიტუაციებსა და ინციდენტებზე რეაგირება

მართალია, მთელს საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში უპირატესობა ენიჭება პირველად პრევენციას, მნიშვნელოვანი პრევენციული ღონისძიებები უნდა გატარდეს, რათა შეიზღუდოს დაფიქსირებული შემთხვევის შემდგომი გავრცელებაც. პოტენციური ინტერვენციები მოიცავს გასინჯვას, პროფილაქტიკას, ქცევების შესახებ რჩევების მიცემას, შემთხვევის ადრეული დიაგნოზირებისა და მკურნალობისათვის შესაბამისი ზომების მიღებას, ინციდენტებისა და აფეთქებების იდენტიფიკაციასა და კონტროლს.

ნაყოფის გასინჯვა

ყველა ორსული ქალის სისხლი უნდა შემოწმდეს აქტიური ინფექციების არსებობაზე, (HIV, B ჰეპატიტი და სიფილისი), რათა შესაძლებელი გახდეს საჭირო ინტერვენცია ბავშვის დაცვის მიზნით (მკურნალობა ჩაუტარდეს დედას და მასთან კონტაქტში მყოფ პირებს). დედებისთვის, რომელთაც დაუდასტურდათ HIV ინფექცია, უნდა იქნეს მიღებული ზომები, როგორ-

იცაა ანტიეტროვირული მედიკამენტები და ძუძუთი კვების თაყიდან აცილება, შეამცირებს ბავშვზე ინფექციის გადადების რისკს 25%-დან 5%-მდე. თუ დადასტურდა B ჰეპატიტის არსებობა, B ჰეპატიტის ვაქცინა + იმუნოგლობულინი ეძლევა ჩვილს, რაც დამოკიდებულია ბავშვის სისხლის ანალიზიდან მიღებულ პასუხზე, თუ რა დონეზეა მასში ინფექცია.

დედის სისხლი წითურას ანტისხეულებზეც მოწმდება, რათა დადგინდეს დედის იმუნიტეტი იმ შემთხვევისთვის, თუ მას მოუწევს წითურას მქონესთან კონტაქტი, რასაც შეუძლია მძიმე შედეგების ჩამოყალიბება. აგრეთვე კეთდება შარდის ანალიზი, რათა დადგინდეს შარდსაწვეთი გზების შესაძლო ინფექცია.

შემოწმება ქლამიდიაზე

ქლამიდია ყველაზე გავრცელებული STI-ია, რომლის შემთხვევების რაოდენობა მყარად აგრძელებდა ზრდას შუა 1990-იანი წლებიდან. სიჭარბე ყველაზე მაღალია ახალგაზრდა, სექსუალურად მომწიფებულ ადამიანებში, განსაკუთრებით 16-24 წლის ქალებსა და 18-29 წლის მამაკაცებში. რადგანაც ადამიანთა უმრავლესობაში ეს ინფექცია სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობს, შემთხვევათა უდიდესი ნაწილი არაა დიაგნოზირებული. გენიტალური ქლამიდიის მკურნალობისა და ყურადღების გარეშე დატოვებას შესაძლებელია მოყვეს სერიოზული ხანგრძლივმოქმედი შედეგები, განსაკუთრებით ქალებში, რადგანაც მათ შეიძლება გაურთულდეთ დაავადება ანალური გზების შესიებით, გარე ორსულობითა და უნაყოფობით. არსებობს დამადასტურებელი ფაქტები, რომ გენიტალური ქლამიდიის აქტიური ინფექციის შემთხვევები, რომელთა აღმოჩენაც რისკის მქონე მოსახლეობის მიზანმიმართული ტესტებით მოხერხდა, შეიძლება მნიშვნელოვნად შემცირდეს

და მას ეფექტური ხარჯების თვისება ახასიათებს.

პროგრამა „აცრილიოთ ჯანმრთელობა“ მოიცავდა ქლამიდიაზე შემოწმების გაცნობის პროგრამას ინგლისში, რომლის მთლიანი ამოქმედება 2008 წელს უნდა მომხდარიყო. ქლამიდიაზე შემოწმების ადგილობრივი მართვა (ორგანიზება, მომსახურების მიტანა და მონიტორინგი) კოორდინირებულია გეოგრაფიულად ძნელად მისაღგომსა და შორეულ რეგიონებში. ქლამიდიაზე შემოწმების პროგრამის სამიზნე მოსახლეობაა:

•25 წლის ქვემოთ ყველა სექსუალურად აქტიური მამაკაცი და ქალი, რომელთაც, ჩვეულებრივ, არ შესთავაზებდნენ ქლამიდიაზე ანალიზს

•25 წლის ქვემოთ ყველა სექსუალურად აქტიური მამაკაცი და ქალი, ვინც გადის გენიტალურ მკურნალობას კლინიკებში

•ასაკის მიუხედავად, ყველა იმ ინდივიდის სექსუალური პარტნიორი, ვისაც ქლამიდიის არსებობა დაუდასტურდა.

შემთხვევითი შემოწმება გენიტალური ქლამიდიის ინფექციაზე, მთლიანად დაწესებულებებში უნდა იყოს შემოთავაზებული: კონტრაცეფციის კლინიკები (მათ შორის GP კაბინეტები); ახალგაზრდების მომსახურების ცენტრები; გინეკოლოგიური განყოფილებები; მშობიარობამდე მომსახურებანი; კოლპოსკოპიური მომსახურებანი; ორსულობის შეწყვეტის მომსახურება და ზოგადი პრაქტიკა. შემოწმება შეიძლება შეთავაზებული იყოს სამიზნე მოსახლეობისათვის სხვა დაწესებულებებშიც, როგორიცაა უნიერსიტეტები, კოლეჯები, საშუალო სკოლები, საპატიმროები და სამხედრო ნაწილები.

საქართველოში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ორგანიზაციითა და პატრონაჟით ქვეყნის რეგიონებში მოქმედებას იწყებს სპეციალიზებული კომპლექსური ლაბორატორიები რომელიც კვლევის

თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით უზრუნველყოფენ ინფექციურ ,ლაბორატორიულ კვლევებს.

10.12 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხი ინფექციათა ინდივიდუალურ სიტუაციებზე

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ მიღებული ზომების მაგალითები,მას შემდეგ,რაც მოხდა შემთხვევის კლინიკური ან ლაბორატორიული იდენტიფიკაცია, შემდეგია:

კუჭნაწლავის ინფექციები

მართალია არ ხდება კუჭ-ნაწლავის ინფექციათა უმრავლესი შემთხვევის შეტყობინება, მათი შემთხვევების დიდი უმრავლესობა, გვარდება პირველადი მზრუნველობის მიერ; ამ დროს გაჩენილი შესაძლებლობა, რომ პაციენტთა თვალში გაძლიერდეს და ამაღლდეს ჰიგიენის მნიშვნელობა, არ უნდა დაიკარგოს. გარდა ამისა, ზოგიერთი ჯგუფი დგას გაზრდილი საშიშროების წინაშე,- სახლის გარეთ გადაედოს კუჭ-ნაწლავის ინფექცია, რომელთაგანაც სერიოზული დაავადების განვითარების დიდი საშიშროების წინაშეა. ამ ჯგუფებს, რჩევა უნდა მიეცეთ, რომ არ იარონ სამსახურებში, სკოლებში ან საბავშვო ბაღებში, გამოჯანმრთელებიდან ვიდრე 48 საათი არ გაიელის, არიან:

- საკვების მწარმოებლები და მომწოდებლები
- ჯანმრთელობაზე მზრუნველი მუშაკები
- 5 წლამდე ასაკის ბავშვები
- ინდივიდები, რომელთაც არ ძალუძთ ჰიგიენის კარგი სტანდარტების დაცვა.

დანარჩენი ინფექციები, რომელთა დროსაც სახარბიელო არაა სამსახურში, სკოლაში თუ საბავშვო ბაღში გამოცხადება, მოცემულია ცხრილში.

ინფექციები, რისკ-ჯგუფები და კარანტინის ხანგრძლივობა:

მიკოზი,დერმატოფიტოზი – კარანტინი საჭირო არაა.
ჩუტყვავილა – სკოლები, საბავშვო ბაღები; ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მუშაკები; გამონაყარის გამოჩენიდან 5 დღე;
დიარეა-ღებინება (მათ შორის სალმონელა, კამპილობაქტერია) – სკოლები/საბავშვო ბაღები; საკვების მომწოდებელნი; ჯანმრთელობაზე მზრუნველი მუშაკები; არასახარბიელო ჰიგიენის მქონე ჯგუფები. – უკანასკნელი შემთხვევიდან (ღებინება) - 48 საათი; ნუშურების ანთება
თავის ტილი
A ჰეპატიტი – ექთნები, არასახარბიელო ჰიგიენის ადამიანები; საკვების მომწოდებლები; ჯანდაცვის მუშაკები – 7 დღე სიყვითლის გამოჩენიდან
HBV/HCV/HIV – ჯანმრთელობაზე მზრუნველი მუშაკები – მუშაკებმა ეს უნდა განიხილონ სამსახურის ხელმძღვანელობასთან;
გრიპი – სკოლა,საბავშვო ბაღი – გამოჯანმრთელებამდე;
გრიპი – ჯანდაცვის მუშაკები – სიმპტომების დაწყებიდან 5 დღის შემდეგ;
ყბაყურა – სკოლა, საბავშვო ბაღი – გამონაყარის გაჩენიდან 5 დღე
ყბაყურა – სკოლა, საბავშვო ბაღი – შესიებული გლანდების დაფიქსირებიდან 5 დღე;
ტრიქოფიტია – სკოლა, საბავშვო ბაღი – სანამ მკურნალობაა საჭირო
წითურა – სკოლა, საბავშვო ბაღი; ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მუშაკები – გამონაყარის გაჩენიდან 5 დღე;
სკაბიესი (მუნი) – მზრუნველი სახლები; სკოლა, საბავშვო ბაღი – მკურნალობის დასრულებამდე;

ქუნთრუშა – სკოლა, საბავშვო ბაღი გამონაყარის გაჩენიდან 5 დღე
ფსორიაზი – ჯანდაცვის მუშაკები – ინფექციების მაკონტროლებელ გუნდთან განხილვა;
ერითემა – სკოლა, საბავშვო ბაღი
ერითემა – ჯანმრთელობაზე მზრუნველი მუშაკები - ინფექციების მაკონტროლებელ გუნდთან განხილვა;
ტიფი/პარატიფი – ყველა – რჩევა დ.კ.ს.ჯ.ე.ც.-დან
ყივანახველა – სკოლა, საბავშვო ბაღი – მკურნალობის დაწყებიდან 5 დღე

სექსუალური ურთიერთობით გადამდები ინფექციები

მართალია უსაფრთხო სექსუალური ურთიერთობა STI-თა გაკონტროლების მთავარი საშუალებაა, ადრეულ სტადიაზე დიაგნოზირება, მკურნალობა და კონტაქტების გამოკვლევაც ჯანმრთელობის მომსახურებათა ინტერვენციების მნიშვნელოვანი და მთავარი ელემენტებია. უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრების გზავნილთა გაძლიერება ამგვარი რისკის ქვეშ მდგომი ინდივიდებისათვის, ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგან ხელახალი დაინფიცირებაც შესაძლებელია. მიმდინარე პოლიტიკა უნდა ახორციელებდეს ამგვარი მომსახურებების მომხმარებლამდე უფრო ეფექტურ მიტანას, რაც მოხერხდება ბარიერების შესუსტებით, პირველად მზრუნველობასა და სექსუალური ჯანმრთელობის მომსახურებათა შორის.

ტუბერკულოზი

ყველა დროის რეკორდული შემცირების შემდეგ – 1970 წლიდან,დღეს ყველაზე მეტია. შემთხვევათა დაახლოებით 70% სოფლის რაიონებში ფიქსირდება პატიმრებში კი ყველაზე მეტია დაავადებულთა პროცენტი. ჯანდაცვის სამინისტრომ სამოქმედო გეგმა წამოიწყო

– პროგრამა, რომელიც დღემდე მხარდაჭერილია საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ. გამოიცა სახელმძღვანელოები, პრევენციისა და მკურნალობისათვის. გარდა პრევენციული ქმედებებისა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხი TB-ის ინდივიუდალურ შემთხვევებზე, მდგომარეობს პაციენტის კონტაქტების გამოკვლევაში, რათა მოხდეს შესაძლო წყაროს იდენტიფიცირება (და დაცული იქნენ არაინფიცირებულნი), მათ, ვისაც შეძენილი აქვთ TB (მკურნალობის მიზნით), მათი, ვისაც ინფექცია შეიძლება ფარულად უვითარდებოდეს (ქიმიოპროფილაქტიკისათვის) და არა-იმუნური კონტაქტები (ვაქცინაციისთვის). მრავალმედიკამენტიანი (" დოტსის სტრატეგია"), თერაპია და ზომები, რათა მიღწეულ იქნას მაქსიმალური შედეგები.

სხვა ინფექციები

ინფექციების სხვა შემთხვევები, რომლებიც შეიძლება კონტაქტში მყოფთა პროფილაქტიკას საჭიროებდეს, არის მენინგოკოკური დაავადება ჰემოფილუს ინფლუენზა (ანტიბიოტიკი და ვაქცინაცია), პერტუზი (ანტიბიოტიკი და ვაქციანცია) A ჰეპატიტი (ვაქცინაცია ან იმუნოგლობულინი), B ჰეპატიტი (ვაქცინაცია + იმუნოგლობულინი), HIV (ანტივირუსები). ჩუტყვავილა (იმუნოგლობულინი), დიფტერია (ანტიბიოტიკები და ვაქცინაცია) და ქათმის გრიპი (ანტივირუსი). ზოგიერთი სპეციფიკური საშიშროება შეიძლება საჭიროებდეს ინტერვენციას, რათა დაცული იქნენ შემთხვევისაგან, მაგალითად ცოფი (ვაქცინაცია + იმუნოგლობულინი), დიფტერია (ანტიტოქსინი), ტეტანუსი (ვაქცინაცია).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხი მენინგოკოკურ დაავადებაზე

•საავადმყოფოში სწრაფი მიღება და იმაში დარწმუ-

ნება, რომ მიღებამდე პაციენტს მიეცა ბენზილ-პენიცილინი;

•ახლო კონტაქტში მყოფ პირთათვის პროფილაქტიკის მოწყობა. მჭიდრო ქიმიოპროფილაქტიკის მიზანია ინფექციური მიმდინარეობის აღმოფხვრა ახლო კონტაქტების მთლიანი ქსელიდან და, ამგვარად, შემდგომი შემთხვევების წინასწარ აღკვეთა.. ქიმიოპროფილაქტიკა რაც შეიძლება სწრაფად უნდა ჩატარდეს. ახლო კონტაქტები განსაზღვრულია, ადამიანებისთვის, რომელთაც ქონდათ ახლო და ხანგრძლივი კონტაქტი, დაავადების დაწყებამდე 1 კვირით ადრე. იმის განსაზღვრა, თუ ვინ არის ახლო კონტაქტში, წესისამებრ ჯანმრთელობის დაცვის ადგილობრივი გუნდის მიერ კეთდება, მაგრამ ჩვეულებრივ, ისინი რთავენ ოჯახის წევრებს, მეგობარ გოგონას, ბიჭს, რეგულარულ ძიძებსა და, ზოგჯერ, თანამაცხოვრებელ სტუდენტებსაც. საკლასო ოთახებს, საბავშვო ბაღებსა და სხვა სოციალურ კონტაქტებს არ სჭირდებათ ქიმიოპროფილაქტიკა.

•ახლო კონტაქტების ვაქცინაცია, თუ ინფექცია გამოწვეულია ვაქცინით წინასწარ აღკვეთადი ტიპის ბაქტერიით. ამგვარი ვაქცინაციის მიზანია, წინასწარ იქნეს აღკვეთილი დაგვიანებული მეორეული შემთხვევა. ვაქცინაცია ნაკლებად საჭიროა, რადგანაც ქიმიოპროფილაქტიკა მიზნად ისახავს ადრეული, მეორეული შემთხვევის პრევენციას. ვაქცინაცია უნდა შეეთავაზოს ზემოთ ჩამოთვლილი კონტაქტებიდან ყველას.

•მენინგოკოკური დაავადების შესახებ ინფორმაციის მოწოდება მშობლებისა და სასწავლო დაწესებულებებისთვის. რისი მიზანიცაა ნებისმიერი შესაძლო მეორეული შემთხვევის შედეგის გაუმჯობესება (გარანტირებული იქნება, რომ ამ შემთხვევისთვის სწრაფად მოხდება სამედიცინო ყურადღების მოძიება და რომ ეჭვის შესაფერისი ინდექსია შენარჩუნებული), აგრეთვე,

რათა აღიკვეთოს ჭორები და ნერვიულობა, რისკებისა და საჭირო ქმედებების ყურადღებიანი ახსნით.

10.13 დაავადებათა ეპიდაფეთქებისა და ინცინდენტების მენეჯმენტი

ინფექციების აფეთქებისა და ინცინდენტის მენეჯმენტი ჯანმრთელობის დაცვის პასუხებიდან ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტია. ინფექციების აფეთქება შეიძლება განისაზღვროს ლაბორატორიულად დიაგნოზირებულ ინფექციებზე რუტინული დაკვირვებებით (როდესაც ცნობილია ორგანიზმი, მაგრამ არაა ცნობილი წყარო), ან ნათელი გახდეს საზოგადოების მოხსენებების საფუძველზე (როდესაც ცნობილია საფრთხე, მაგრამ არა ორგანიზმი) ან ფორმალურ თუ არაფორმალურ სინდრომებზე დაკვირვებით (როდესაც ჯერ არცერთი არაა ცნობილი). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხი, რომელიც, წესისამებრ შემდეგ ნაბიჯებს აერთიანებს:

•დადასტურდეს, რომ არსებობს ინფექციის აფეთქება, მაგ. გადამოწმდეს, რომ ეს არ ხდება დადგენის მეთოდებში ცვლილებების გამო;

•დადასტურდეს დიაგნოზი, კლინიკის ლაბორატორიის კრიტერიუმების გამოყენებით, რათა შეიქმნას და ჩამოყალიბდეს შემთხვევის განსაზღვრება;

•გატარდეს დაუყოვნებელი მაკონტროლებელი ზომები, მაგ: რომ შემცირდეს შემთხვევების გავრცელება;

•შემთხვევების აღმოჩენა-დადგენა რათა მოხდეს ინცინდენტების დათვლა და გამოკვლევაზე გაცილებით რეპრეზენტატიული, მოზრდილი გუნდები წარდგნენ;

•შემთხვევების შესახებ ძირითადი მონაცემების შეგროვება, მრავლისმომცველად შედგენილი კითხვარის გამოყენებით;

•აღწერილობითი ეპიდემიოლოგიის გამოყენებით აღიწეროს შემთხვევა პიროვნების, ადგილისა და დროის მითითებით;
•შეგროვილი ინფორმაციიდან ჰიპოთეზის დაშვება,მაგ: საქმიანობის შესახებ;
•ჰიპოთეზის შემოწმება, ხშირად ფორმალური შემთხვევების კონტროლის ან კოჰორტული კვლევებით;
•მიგნებების შუქზე შემდგომი მაკონტროლებელი ზომების გატარება;
•ეფექტის მონიტორინგი, რათა დაზღვეულნი ვიყოთ, რომ ინფექციის აფეთქება შეჩერებულია

ჯანმრთელობის დამცველი სპეციალური გუნდები მწვავე ქიმიური ან რადიოაქტიული საშიშროებებისა და ქრონიკული გარემო საშიშროებების კვლევებსა და მართვაშიც არის ჩართული; აგრეთვე, სხვა სააგენტოებიც შეიძლება ახორციელებდეს ზოგიერთი ინცინდენტის მართვას:. საშიშროებებს შეიძლება ადგილი ქონდეს ჰაერიდან, წყლიდან, საკვებიდან, მიწიდან და შეიძლება იყოს აგრეთვე გაჟონვის, აფეთქების, ხანძრის, გამონაბოლქვის შედეგი. ქიმიური და რადიოაქტიური საშიშროება შეიძლება აგრეთვე აბინძურებდეს ან აზიანებდეს მზრუნველს, მათ შორის მათ სხეულს, ტანსაცმელსა და აღჭურვილობას. ზარალი შეიძლება მოითხოვდეს გამოსწორებას, გასუფთავებას, ანტიდოტს, მხარდამჭერ მკურნალობას ან ინტენსიურ მზრუნველობას. სიტუაცია შეიძლება საკმარისი აღმოჩნდეს იმისათვის, რომ მომართოს ადგილობრივი NHS, გამოაცხადს „უმრავლესობის ინცინდენტად“ და იხელმძღვანელოს მათი წინასწარ მომზადებული გეგმის მიხედვით.

პანდემიური ინფლუენზა (გრიპი)

განმეორდება თუ არა გრიპის კიდევ ერთი ძლიერი

პანდემია?, მაგრამ როდის მოხდება ეს?“ ინფექციების მზარდი აფეთქება, როგორც ველურ, ისე შინაურ ფრინველში გრიპის მიმართულების „ქათმის გრიპის“ H5N1 ვირუსის, “ღორის გრიპის” გამოჩენამ დაძაბულობის ზრდა გამოიწვია, ამიტომ - გრიპისათვის მზადება და დაგეგმვა ყველა დონეზე ინტენსიურად მიმდინარეობს.

გაერთიანებული სამეფოს ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ მოწყობილი გრიპის პანდემიის გაუთვალისწინებელი შემთხვევისათვის შედგენილი გეგმა, ახდენს ეროვნული ჩარჩოს მოწოდებას გრიპის პანდემიაზე ინტეგრირებული პასუხის გაცემის მიზნით. გეგმა გვაწვდის სამოქმედო მარშრუტს მომზადების ტიპსა და იმ პასუხებზე, რომელთა გამოყენებაც საჭირო გახდება გრიპის პანდემიის სხვადასხვა ფაზაში. ეს ფაზები შექმნილია მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ.

პანდემიური გრიპი

შიდაპანდემიური პერიოდი

ფაზა 1: ადამიანებში არაა აღმოჩენილი რამიე ახალი ქვეტიპის გრიპის ვირუსი;

ფაზა 2: ადამიანებში არაა აღმოჩენილი რამიე ახალი ქვეტიპის გრიპის ვირუსი, მაგრამ ცხოველების ცირკულირებადი გრიპების ქვეტიპები ადამიანთა დაავადების მნიშვნელოვანი რისკია.

პანდემიური განგაშის პერიოდი

ფაზა 3: გაჩნდა ადამიანთა ინფექცია ახალი ქვეტიპით (ტიპებით), მაგრამ არ ხდება ადამიანიდან ადამიანზე გადადება;

ფაზა 4: ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადადების მცირე მოცულობისა და შეზღუდული რაოდენობის ფაქტები;

ფაზა 5: დიდ ჯგუფებზე გადადება, მაგრამ ადამიანიდან ადამიანზე გადადებით ვირუსის გაერცელება

ლოკალიზებულია.

ფაზა 6: ზოგად მოსახლეობაში, ვირუსის გაზრდილი და მყარად ფესვგადგმული გადადება.

პოსტპანდემიური პერიოდი.

ამგვარი შემთხვევის გეგმა მოიცავს პანდემიის პოტენციურ გაკვეთილებს პირველად მზრუნველობაზე,.

პირველად მზრუნველობაში პანდემიური გრიპის ეფექტები

ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ახალი კონტაქტებია მოსალოდნელი გრიპის მაგვარი დაავადებების გამო, შესაძლოა, კონსულტაციაზე მისულთა რაოდენობამ კვირაში 1000-ს გადააჭარბოს 100 000-დან მთავარი პანდემიური პერიოდის განმავლობაში (ძირითადია დაახლოებით 30, ხოლო კონსულტაციების პიკი უკანასკნელი წლების განმავლობაში სეზონურ გრიპებზე იყო კვირაში 200-250 100 000-დან.)

•დაეუშვათ, რომ გართულების დონე იქნება 10%, ამ რაოდენობის ნახევარი, გართულების გამო, მიმართავს GP-ს, შედეგად, პრაქტიკოსი, პანდემიის პიკისას, კვირაში 100 000 პაციენტიდან 50-250-ის მიღებას უნდა ელოდეს, სხვადასხვა გართულებებით.

ცხადია, სანამ არ მოხდება პანდემია, შეუძლებელია გაირკვეს, თუ რა ასაკობრივ ჯგუფს შეეხება იგი, როგორი იქნება მისი კლინიკური მიმდინარეობა, თუმცა გრიპის პანდემიას ახასიათებს უფრო მძიმე დაავადებების გამოწვევის თავისებურება, ვიდრე სეზონურ გრიპებს. გეგმის მიხედვით შემდეგნაირადაა განსაზღვრული: ერთიანად, კლინიკებზე პაციენტთა მოზღვავების ოდენობა იქნება მოსახლეობის 25%, რომელთა ჯანმრთელობაზეც გავლენას იქონიებს აყადმყოფობის ერთი ან მეტი ტალღა, თითეული 15 კვირაში (სეზონური გრიპის შემთხვევაში ანალოგიური მაჩვენებელი 5-10%-ია). გარდაცვალების მოსალოდნელი მაჩვენე-

ბელი იმერყევებს 0.37-2.5%-ს შორის. ამ მაჩვენებლის მიღება მოხდა 1957 წლის გამოცდილებაზე დაყრდნობით. საერთო სიკვდილიანობა საგრძნობლად იცვლება ასაკთან ერთად: გარდაცვალების ფაქტების სულ ცოტა, მესამედი, ხდება 65 წლამდე ასაკში, ხოლო არაპანდემიურ წლებში ეს მაჩვენებელი 5 %-ია.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თითოეულ სამსახურს მოეთხოვება პანდემიური გრიპის კოორდინაცია და, პანდემიის შემთხვევაში, შესაფერისი გეგმის ქონა, რომელიც სრულ შესაბამისობაში იქნება დ.კ.ს.ჯ.ე.ც.- ს მიერ მოწოდებულ გეგმასთან, ადგილობრივი პირობების გათვალისწინებით. გეგმები უნდა მოიცავდეს დაწესებულებებს, პოტენციურად ინფიცირებული ადამიანებისთვის მომსახურების გაწევის გეგმებს, მომუშავე ჯგუფების ანტივირუსებით მკურნალობას სიმპტომის გამოვლენიდან 48 საათის განმავლობაში, ინფექციის კონტროლს, პერსონალურ დამცავ აღჭურვილობებს; პირველადი მზრუნველობისა და სასწრაფო განყოფილების ურთიერთქმედების მართვას.

გარდა ამისა, პაციენტებში გრიპისა თუ ნებისმიერი გართულების მართვის მეთოდოლოგიებს (მას შემდეგ რაც გამოჩნდება ეფექტური ვაქცინა პანდემიური ტიპის ვირუსის წინააღმდეგ) რჩევებს ფრინველის ღორის გრიპით დაბრუნებული მოგზაურის მართვისა და ამ სიტუაციის მქონე პიროვნების კონტაქტების მართვის შესახებ.

10.14 გარემოს ჯანმრთელობა

გარემოს ჯანმრთელობა მოიცავს ფიზიკური, ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გავლენას გარემოში ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლის ხარისხზე. ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები გარემოს ჯანმრთელობისას მოიცავს:

•ატმოსფეროს ჰაერის ხარისხს, მაგ: ტრანსპორტის გამონაბოლქვს, სამრეწველო დაბინძურებას, ოზონის მდგომარეობას;
•ოთახის ჰაერის ხარისხს, მაგ: პასიური მწეველობა, ალერგენები, ქიმიური ნივთიერებები;
•უსაფრთხო წყლის, მაგ: პესტიციდები, სამრეწველო დაბინძურება;
•მიწის ან ნიადაგის დაბინძურებას, მაგ: ყოფილი სამრეწველო ტერიტორიები, ჩამარხული ნარჩენების ტერიტორიები;
•მაიონიზებელი გამოსხივების საშიშროებას მაგ: სამედიცინო ნარჩენები, ატომური ნარჩენები
•არამაიონიზებელი რადიაციის საშიშროება, მაგ: მობილურები, რადიო სიხშირეები, ულტრაიისფერი სხივები.

არსებობს უამრავი ცნობილი ქიმიური ნივთიერება და შენაერთი, რომელთა უმრავლესობა, რეგულარულად, სავაჭროდ გამოიყენება. ყველა მათგანს არ გააჩნია ტოქსიკურობის მახასიათებლები და, აქედან გამომდინარე, რთულია ჯანმრთელობაზე მათი გავლენის მონიტორინგი, რადგანაც, ინდივიდუალური საშიშროების დონე ძნელად გასაზომია და დაავადებათა შედეგები, როგორიცაა სიმსივნე, გამომდინარეობს მრავალფაქტორული და ხანგრძლივი მიზეზების ზემოქმედების შედეგად. მიუხედავად ამისა, იმის მაგალითად, თუ რამდენად მნიშვნელოვანი შეიძლება იყოს ეს ქიმიური ნივთიერებანი, შეგვიძლია მოვიყვანოთ ჰაერის დაბინძურებით ჯანმრთელობისათვის შესაძლო რისკი, რომელიც იწვევს კარდიოვასკულური დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციასა და ზოგ შემთხვევაში გარდაცვალებასაც; ქრონიკულ რესპირატორული დაავადებები - ბავშვებში მწვავე ასთმის განვითარების 30%- მიზეზია; და გარკვეული ტიპის სიმსივნეთა რისკის ზრდასაც განაპირობებს. საზოგადოებრივმა ჯანდაცვამ, მომავალში

უნდა ჩამოაყალიბოს და შეიმუშავოს სულ უფრო მეტი მნიშვნელობის მქონე კომპონენტის დადგენის საკითხები.

გარემოს დაბინძურების კონტროლი მრავალი დარგისა და ინსტიტუციის პასუხისმგებლობაშია და, ჩვეულებრივ, ეფუძნება, **ინტეგრირებული პრევენციას და კონტროლს,** აგრეთვე, ხარისხის სტანდარტების დასახვას, როგორებიცაა სავალდებულო მოთხოვნები ხარისხიან სასმელ წყალზე ან არასავალდებულო კანონების სამიზნეები ჰაერის ხარისხის შესახებ. გარდა ადგილობრივი ხელისუფლებისა, სხვადასხვა სააგენტოა ჩართული, მათ შორის **გარემოს დაცვის სამინისტრო,** სურსათისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტრო **(სასმელი წყლის ხარისხის ინსპექტირება) და სურსათისა და საკვების უსაფრთხოების სამსახური.**

საზოგადოებრივი ან პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების წინაშე გარემოს საკითხები ჩვეულებრივ წამოიჭრება, რომელიმე მწვავე და აშკარა ინცინდენტის გამო (მაგ: ქიმიური ხანძარი, ან ქიმიკატების გაჟონვა, კვებითი მოშხამვები, ინფექციურ დაავადებათა წყლისმიერი ეპიდაფეთქებები), ან ადგილობრივი საკითხების მოსაგვარებლად, როგორიცაა ქრონიკული, ადგილობრივი საშიშროებით გამოწვეული რისკი (მაგ: ნარჩენების სამარხი ადგილები ან ტერიტორიები, სადაც ხდება ნაგვის დაწვა). საზოგადოების წუხილი შეიძლება ამაღლდეს ადგილობრივად ცუდი ჯანმრთელობის მაჩვენებლებისა და მათი რაოდენობის ზრდით, მაგ: სიმსივნით დაავადებულების რაოდენობის ზრდა.

მწვავე დაავადებებზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პასუხი მოიცავს არსებული დაბინძურებების გაწმენდის შესახებ რჩევებს დამცავი აღჭურვილობის საჭიროებებზე, რჩევებს საზოგადოებისთვის (მაგ: სახ-

ლში დარჩით,არ დალიოთ აუდუღარი წყალი),რჩევების ევაკუირების საჭიროებაზე, სამედიცინო კონტრზომებზე და ნებისმიერ, ხანგრძლივ მოქმედ შედეგებზე,რაც ამ საშიშროებას შეიძლება ახლდეს თან. ქრონიკული საშიშროების შესახებ, წესისამებრ, არსებობს დრო უფრო სისტემური და ძირფესვიანი ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევების ჩასატარებლად, თუმცა არ უნდა დაგვაეიწყდეს,რომ კომუნიკაციის რისკების აღქმა და მათ მიმართ მედიის დამოკიდებულება ისევე მნიშვნელოვანია,როგორც რისკების მეცნიერული შეფასება, როდესაც შეინიშნება წუხილი საზოგადოების მხრიდან. გარემო ჯანმრთელობა, თავისი ფართო გაგებით, აგრეთვე გულისხმობს საცხოვრებლის, პროფესიულ ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას,გამძლეობის განვითარებას,ურბანულ რეგენერაციას,სოციალურ ჩართვას, დაგეგმვას, ენერგიასა და ხმაურს. ტრადიციულად, ეს საკითხები ადგილობრივი და ეროვნული მთავრობის პასუხისმგებლობაშია.

10.15 ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაგეგმვა სტიქიური მოვლენებისა და მასიური კატასტროფების დროს

ჯანმრთელობაზე გადაუდებელი ზრუნვის დაგეგმვა მზადდება ნებისმიერი შემთხვევისათვის, რომელიც:

•საზოგადოების ჯანმრთელობისათვის სერიოზული საფრთხეა

•იწვევს ჯანდაცვის მომსახურე ცენტრების საქმიანობის მოშლას, ან შეფერხებას;

•იწვევს იმდენად დიდ ზიანს,რომ ჯანმრთელობის მსახურთა მიერ სპეციალური დაწესებულებების ჩამოყალიბებას საჭიროებს;

ამგვარი შემთხვევები შეიძლება მოიცავდეს:

•სტიქიურ უბედურებას, მაგ: წყალდიდობას;

•მთავარი ძირეული მომსახურებების მოშლა, მაგ: საწვავის უკმარისობა, წყლით მომარაგების მოშლა;
•ფართომასშტაბიანი უბედური შემთხვევა, მაგ: დიდი სატრანსპორტო ავარია;
•დაავადებათა პანდემია, მაგ: გრიპი;
•ტერორისტული აქტი, მაგ: აფეთქება, ან ბიოლოგიური, ქიმიური თუ რადიოაქტიური ნივთიერებების გაშვება;
განსაკუთრებულ შემთხვევებთან გამკლავება მოიცავს ოთხ საფეხურიან ციკლს:
•პრევენცია: პოტენციური რისკის იდენტიფიცირება და მისი მინიმიზირების მცდელობა;
•მზადყოფნა: მოიცავს გეგმების მომზადებასა და წრთვნებისა და ვარჯიშების ჩატარებას ამგვარ შემთხვევებზე რეაგირების მიზნით;
•პასუხი: გრძელდება იმდენხანს, რამდენიც საჭიროა სწრაფი ინტერვენციებისათვის;
•აღდგენა: რამდენადაც შესაძლებელია სწრაფად დაბრუნება ცხოვრების ნორმალურ რიტმში.

10.16 ორგანიზაციული საკითხები

ყველა სახის კატასტროფებთან ბრძოლისათვის, მზადყოფნა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების ერთერთი მნიშვნელოვანი და განსაზღვრული ვალდებულებაა. მას უნდა გააჩნდეს ეროვნული, რეგიონული და ადგილობრივი ფუნქციები, რომელიც, ერთიანი სამოქმედო გეგმის გარდა, გადანაწილებული უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადგილობრივ სამსახურებზე,რათა საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელი იყოს სწრაფი, ადეკვატური რეაგირება და ურთიერთდახმარება რეგიონებისა და რაიონების მიხედვით. მას უნდა გააჩნდეს შესაძლო ყველა სახის შედეგზე რეაგირების სამოქმედო

გეგმები, შეთანხმებული, როგორც ცენტრალურ, ასევე ადგილობრივ ხელისუფლებასთან. ამ გეგმების უმნიშვნელოვანესი ნაწილი სხვა სამსახურებსა და უწყებებთან შეთანხმებული მოქმედებაა

ჯანმრთელობის დამცველი ადგილობრივი გუნდებისა და პირველადი მზრუნველობის გუნდთა პასუხისმგებლობები

ჯანმრთელობის ადგილობრივი დამცველი გუნდები

ძირითადი მომსახურებანი – მისი მეშვეობით უნდა შეიქმნას და შენარჩუნდეს სადამკვირვებლო სისტემები; ინფექციური დაავადების ინცინდენტისას მოხდეს არსებული ტენდენციების გაანალიზება; პასუხი ინფექციების ინდივიდუალურ შემთხვევებზე; აფეთქების არსებობა მიზეზთა გამოკვლევა და კონტროლი, კავშირი ინფექციური დაავადებების კონტროლში ჩართულ სხვა ორგანიზაციებთან; ადგილობრივი ხელისუფლების, პირველადი მზრუნველობის შტატისა და საზოგადოებისთვის რჩევების მიწოდება; სკოლებისა და თავშესაფრებისათვის მხარდაჭერის აღმოჩენა; გარემო საშიშროებების გამოკვლევა, ინფექციის პრევენცია, კონტროლი და მკურნალობის ხელშეწყობა; ჯანმრთელობის პრომოციისა და პრევენციული პროგრამები; სწავლა და პერსონალის,მოსახლეობის წვრთნები სამოქალაქო თავდაცვის სამსახურებთან ერთად.

არჩევითი მომსახურებანი

იმუნიზაციის კოორდინირება; HIV პრევენციის კოორდინირება; ტუბერკულოზის მჭონესთან კონტაქტში მყოფთა წვრთნა; განსაკუთრებული შემთხვევების ფართო დაგეგმვა.

10.17 ადგილობრივი პირველადი მომსახურების გუნდები

ძირითადი მომსახურებანი – პაციენტებისათვის

რჩევების მიცემა ინფექციის პრევენციაზე, მაგ: პირადი, კვების ჰიგიენა, მოგზაურთა ჯანმრთელობა და უსაფრთხო სექსუალური ურთიერთობა; ინფექციური შემთხვევებისა და სერიოზული დაავადებების ადრეული დიაგნოზირება და მკურნალობა; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხელმძღვანელობისათვის შემთხვევების შეტყობინება; შესაფერისი დიაგნოსტიკური მაგალითების მიწოდება; იმ პაციენტებისათვის რჩევების მიცემა და პროფილაქტიკა, ვინც კონტაქტში იყო დაავადებულთან, ან დგანან რაიმე ინფექციური ან გარემო საშიშროებების წინაშე; საკუთარი წვლილის შეტანა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის იმ ინცინდენტების მოგვარებაში, რომლებიც მათზე მიკუთვნებული მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ახდენენ გავლენას; იმუნიზაციის მომსახურების გაწევა და პრომოცია; გასინჯვებში მონაწილეობა;

ჩართული ორგანიზაციები და ინდივიდები

.GP-ები, ექთნები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი სამსახურების ეპიდემიოლოგები ეპიდთანაშემწეები ვირუსოლოგები, სკოლის ექთნები, ფარმაცევტები,საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი სამსახურები, სხვა.

მეორეული მზრუნველობა:

ინფექციონისტები, ექიმი პროფილაქტიკოსები; მიკრობიოლოგები; საავადმყოფოს ინფექციების კონტროლის სპეციალისტები; ფტიზიატრები ექთნები;

ჯანმრთელობის დაცვის სხვა დაწესებულებები:

სხვადასხვა დონის ლაბორატორიები, ქიმიური, ბიოქიმიური, ფიზიკური, საგანგებო სიტუაციებისა და კატასტროფების მართვის სამსახურები;

ადგილობრივი ხელისუფლება

რაიონის საკრებულო, გამგეობის ყველა სამსახური, რწმუნებულები

საკვებისა და სურსათის უვნებლობის (სტანდარტების) სამსახური; უნივერსიტეტები და კოლეჯები; გარემოს, საკვებისა და სასოფლო საქმიანობის უწყებები, წყლის, კანალიზაციის საზედამხედველო კომპანიები თავისი ლაბორატორიებით.

თავიXI
11.1 განათლება და სამუშაო ძალის განვითარება

ამ თავში უფრო დეტალურადაა განხილული საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის სამუშაო ძალის როლების გადაკვეთის შემთხვევები, ორივე მიმართულებაში, რომლები იცვლება და პრაქტიკულად ფართოვდება სტრუქტურული რეორგანიზიის გამო, მაგრამ ამასთანავე იკვეთება პროფესიული განვითარებისა და განათლების ახალი შესაძლებლობები. საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკოსებს, რომელთაც ესმით მათი დისციპლინის (საგნის) სირთულე, შეუძლიათ უფრო ეფექტურად მოახდინონ ერთმანეთის რესურსების მობილიზება.

ამას გარდა, ქვეყნის მთელ რიგ უნივერსიტეტებში შეიქმნა ამ კატეგორიის მუშაკთათვის ,როგორც საბაკალავრო, ასევე სამაგისტრო და პროფესიული გადამზადების მოკლევადიანი სასწავლო პროგრამები.

2007 – 2008 წლიდან უფრო მეტად გამოიკვეთა თანამშრომლობის აუცილებლობა პ.ჯ.დ.-ს და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას შორის. ეს არის „ახალი ტიპის თანამშრომლობა," რაც შემდგომი ხელშეწყობის შემთხვევაში, მნიშვნელოვან წივლს შეიტანს ადგილობრივ დემოკრატიული პროცესების განვითარებასა და მოსახლეობის თანამონაწილეობაში, რათა მომხდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაქსიმიზირება.

რატომ ხდება, რომ ხშირად, ამგვარი თანამშრომლობები უყურადღებოდ რჩება?

ზოგად პრაქტიკასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას შორის ურთიერთობების ფილოსოფიაში მთავარი ინდივიდუალურსა და კოლექტიურ თანამშრომლობას შორის ეთიკური ბალანსის დაცვაა. არასწორი ორგანიზაციის პირობებში, პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკოსებისათვის, პაციენტის დამცველის, მედიატორისა და მომსახურების დამგეგმავის როლები შეიძლება იკვეთებოდეს და კონფლიქტში მოდიოდეს ერთმანეთთან. ყოველთვის არსებობდა GP, ვისაც ესმოდა, როგორც თავისი, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების როლი ჯანდაცვის უთანასწორობასთან გამკლავებაში. პირველადი მზრუნველობის ისტორია საესეა ამგვარი თანამშრომლობისა და ამ პროფესიების აქტივისტების მიერ შეტანილი წვლილით, რომლებიც შეჭირვებული მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის ერთობლივად მუშაობდნენ. დღესაც, პრაქტიკოსი გუნდების უმრავლეობა ითვალისწინებს ამ თანამშრომლობის მნიშვნელობას და განაგრძობს საქმიანობას „კაბინეტის კარს მიღმა, რათა საკუთარი პაციენტების ჯანმრთელობის დეტერმინანტები განსაზღვროს“ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალებთან ერთად. ადრე მოქმედი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტმა თავი დაგვამახსოვრა ქვეყნის ტერიტორიაზე ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემური სამსახურის შექმნით, ადგილობრივი რგოლების ანგარიშგების სისტემის (სასწრაფო შეტყობინება, ყოველთვიური რუტინული პატაკები ეპიდსიტუაციის შესახებ). ორგანიზებითა და პ.ჯ.დ.-ს სისტემასთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

თუმცა, ისიც უნდა ითქვას, რომ სისტემაში გატარებული ზოგადი პოლიტიკის გამო, ზოგიერთი

პ.ჯ.დ-ს სამსახურები ნაკლებად გამოდიოდნენ მხარდამჭერთა როლში, რადგანაც GP-ები, მიუხედავად მათთვის ურთიერთთანამშრომლობისა და ურთიერთვალდებულებების მუდმივი საწვრთნო პროგრამების ორგანიზებისა, საკმარისად განსწავლულნი არ იყვნენ, რომ გამოსულიყვნენ ჯანმრთელობის ძირითადი სერვისების, მოსახლეობისათვის განმათლებლის როლში, რადგანაც ვიწრო ხედვა გააჩნდათ ჯანმრთელობის პრომოციის შესახებ და საზოგადოების განვითარების საქმიანობაში კი მწირი გამოცდილება.

ჯერჯერობით, დღესაც, პირველადი მზრუნველობის მომწოდებელთა უმრავლესობა ჯანდაცვის ზოგადი პოლიტიკიდან გამომდინარე, ანტიპათიურად არის განწყობილი სოციალურ ინტერვენციებისადმი, რომელიც ხორციელდება ჯანმრთელობის პრომოციის სახით, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც ამგვარი შესაძლებლობის ფასი, საკუთარ ტრადიციულ როლზე ნაწილობრივ მაინც უარის თქმაა.

უმრავლესობა ემხრობა სამედიცინო პრაქტიკის იმ ფორმას, რომელიც დაავადებას უფრო მკურნალობს, ვიდრე აწესრიგებს ქცევას მისი თავიდან ასაცილებლად. ამგვარი გამოწვევა უთანასწორდება უფრო ფართო სოციალურ როლზე უარის თქმას და სამედიცინო პრაქტიკის უფრო ოკლე განსაზღვრებას. სხვა რომ არაფერი, ქცევების მაგალითები სოციალურად განპირობებული უფროა, ვიდრე პრაქტიკით განსაზღვრული. გამოწვევა სწორი ბალანსის დაცვაა ინდივიდის დამოუკიდებლობასა და ჯანდაცვის საჭიროებებს შორის, რაც ფართო საზოგადოებაში გარდაუვალადაა პოლიტიზებული.

ვიმედოვნებთ, რომ სისტემის ახალმა კონცეფციამ, უნდა გააძლიეროს -თა როლი, ზოგადად საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან ურთიერთობაში. ქრონიკუ-

ლი დააეადებების მართვაზე გაზრდილი ყურადღება იწვევს პირველადი მზრუნველობის მუშაკთა აუცილებელ ჩართვას, როგორც პირველად, ისე მეორეულ პრევენციაში და ეს სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს. მათ ინფორმაციის პრომოციასა და არჩევანის გაკეთებაში დახმარების გასაწევად ახალი უნარები ესაჭიროებათ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სასწავლო დაწესებულებებმა უნდა შექმნან ისეთი სასწავლო პროგრამები, რომელთა მეშვეობითაც, პირველადი მზრუნველობის მუშაკებს აქტიური წვლილის შეტანა შეეძლებათ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემათა გადაწყვეტაში. მაგალითად, სპეციფიკური მომსახურების მომხმარებლამდე ეფექტური მიტანა, ცხოვრების სტილის, ქცევების შესახებ რჩევების მიცემით და სხვა.

თუ ჯანდაცვის სამსახურებს ევალებათ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზნების განხორციელება, მათ უნდა გააძლიეროს მუშაობა პირველადი მზრუნველობის მუშაკთა მხარდასაჭერად, რადგან მათ მნიშვნელოვანი როლი აკისრიათ საზოგადოების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში მთელ ტერიტორიებზე.

პირველადი მზრუნველობის ექთნები, ამ როლის შესასრულებლად, ყველაზე კარგად უნდა იყვნენ მომზადებულნი, ამიტომ საექთნო წვრთნის პროგრამების გატარება სასწავლო დაწესებულებების მიერ მეტად აქტუალური და მნიშვნელოვანია.

11.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამუშაო ძალა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციების მიმოხილვისას, შესაძლებელია სამუშაო ძალის დონეების აღწერა: **•სპეციალური განათლების მქონე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები,** რომლებიც მუშაობენ სტრატეგიულ დონეზე (ზოგადი პოლიტიკა, სტრატეგია,

ჯანმრთელობის ინტერვენციების დაგეგმვა და გახორციელების ხელშეწყობა, მეთოდური გაძღოლა), მაგ: **დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის ხელმძღვანელობა, უნივერსიტეტების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლები.** ეს პროფესიონალები ფლობენ სპეციალურ ცოდნასა და უნარებს, რაც მოეთხოვება **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებს .**

•საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსები: ისინი, ვინც კონკრეტულ სამუშაო არეალში, საკუთარი დროის უდიდეს ნაწილს პრევენციულ პრაქტიკაზე ხარჯავენ, მაგ: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონული და რაიონული ადგილობრივი სამსახურების ექიმი ან ექთანი პრევენციონისტები, გარემოს დაცვის, სოფლის მეურნეობის მუშაკები, სოციოლოგები. ეს ადამიანები შეიძლება იყენებდნენ კვლევებიდან მიღებულ აღმოჩენებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინფორმაციას ან ჯანმრთელობის პრომოციის უნარებს განსაზღვრულ სფეროებში;

•სხვა სფეროებში მოღვაწე ფართო სამუშაო ძალა: ნებისმიერი პიროვნება, ვისაც აკისრია ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და უთანასწორობის შემცირების მორალური ფუნქცია, მაგ: ადგილობრივი თვითმმართველობის სამსახურების წარმომადგენლები, მასწავლებელები, სოციალური მუშაკები, სხვადასხვა სოციალური სამსახურების მენეჯერები. ეს კატეგორიები მოიცავს ჯანდაცვის ხელშემწყობ საკადრო რესურსს, რომელიც პირდაპირ ან ირიბად, თავად ახდენს საზოგადოებისთვის რჩევების მიცემას, რომელთაც უნარი აქვთ, მომსახურების გაწევაში ნებისმიერს დაეხმარონ, ვისაც სჭირდება მხარდაჭერა განავითარონ უფრო ჯანსაღი ცხოვრების სტილი. აშკარაა, რომ პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკოსების, მათ შორის ექთნების კატეგორიებად დაყ-

ოფა ხდება ინტერვენციაში მათი ჩართულობის დონის მიხედვით, დაწყებული სკოლების ჯანმრთელობის მუშაკებით, აცრის პროგრამათა წამყვანით დასრულებული.

მრავალმხრივ წარმართული განვითარება შლის ამ სამ დონეს შორის არსებულ ისედაც პირობით საზღვრებს. ხაზს უსვამს არსებული გამოწვევის მასშტაბებს, რომლის დროსაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი სამუშაო ძალის წინაშე დგას. ეს მზარდი, მრავალდისციპლინიანი ჯგუფები მთელ რიგ სფეროებში უნდა მუშაობდნენ: ინტელიგენცია, ჯანდაცვის პრომოუტერები, ფსიქოლოგები, ფარმაცევტები, სტომატოლოგები, გარემოს დაცვის, სოფლის მეურნეობის მუშაკები, სხვა. პირველადი მზრუნველობა სამომავლოდ სწორედ ერთ-ერთ ასეთ სფეროდ უნდა იქცეს.

მეორეს მხრივ, ზოგადი სამუშაო ძალის დივერსიფიკაცია ამ დონეზე ცოდნის განსაკუთრებული სფეროს განვითარების საშუალებას იძლევა ექიმებსა და ექთნებისათვის. „სპეციალური ინტერესების მქონე პროფესიონალები", მომავალში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკაზე ფოკუსირებულნი უნდა გახდნენ. ზოგადი პრაქტიკები, სხვა სამედიცინო ორგანოები თანდათანობით აღიარებენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცოდნისა და უნარების სასიცოცხლო მნიშვნელობას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ გაწეული ძალისხმევის ინტენსიფიცირება წვრთნის ადრეულ სტადიაზე, მომავალში, გაელენას იქონიებს ამ მესამე დონეზეც. დღესდღეობით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი და უფრო მოქნილი მოდელებია საჭირო, რომელიც მხედველობაში მიიღებს საჭირო ცოდნისა და გამოცდილების რთულ ნაზავს, თუ იარსებებს პოლიტიკური ნება და საკმარისი სიმძლავრეები მის გასავითარებლად.

11.3 პირველადი მზრუნველობის გუნდების ცვლილება

2000 წლის ჯანმო-ს მოხსენებამ პირველად მზრუნველობას, პ.ჯ.დ –ს, „ჯანდაცვის მომსახურებაში“, მეტად მნიშვნელოვანი ადგილი მიუჩინა. ეს წარმატება ნაწილობრივ, ზოგიერთ ქვეყნებში, პირველადი მზრუნველობის სექტორის სიძლიერით იყო გაპირობებული, კერძოდ კი, ჯანდაცვის სხვადასხვა პროფესიონალების გაერთიანებით, საზოგადოებაზე დაფუძნებულ მიდგომის გუნდებში.

მოთამაშეთა ცვლილება

წინამდებარე ჩამონათვალში, მოცემულია მუდმივად ჩართული ადამიანების ჩამონათვალი. დანარჩენი გუნდები ასრულებენ მზარდ ან არსებით როლებს. ისინი უნდა მოიცავდნენ ძნელად მისადგომ ტერიტორიებზე მოღვაწე ექთნებს ფსიქოლოგებს, სოციოლოგებს. ფართოდ უნდა იყოს აღიარებული სოციალური მუშაკის, როგორც გუნდის წევრის, ერთერთი მთავარი მოთამაშის როლი. თავისთავად, უდიდესი მნიშვნელობის მქონეა ჯანდაცვისა და სოციალური მუშაკების კოორდინირება და უკუკავშირი, განსაკუთრებით ხანდაზმული მოსახლეობის შემთხვევაში. მიუხედავად ამისა, მომზადებული შტატისა და ფინანსირების მუდმივი უკმარისობა და ორმხრივად არარეალური მოლოდინები, ზოგჯერ, მჭიდრო თანამშრომლური ურთიერთობების განვითარებას აფერხებს.

პირველადი მზრუნველობის გუნდი

სახელწოდება –ზოგადი პრაქტიკის გუნდი, ,ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი

კვალიფიკაცია – სამედიცინო ხარისხი, ბაკალავრის შემდგომი განათლება რამდენიმე წლიანი სპეციალური წვრთნით, ლიცენზირებითა და აკრედიტაციით

დაქირავებულია – ინდმეწარმე, თვითდასაქმებული, ხელფასის მქონე ან უხელფასო
ფუნქციის მოკლე აღწერა – რუტინული სამედიცინო მომსახურებისა და პრევენციული საქმიანობის გაწევა. პაციენტის მიმართვა პირველადი და მეორეული მზრუნველობის გუნდის სხვა წევრებთან.
სახელწოდება –ექთანი (სამკურნალო კაბინეტი)
კვალიფიკაცია –ექთანი დამატებითი წვრთნებით
დაქირავებულია – ზოგადი პრაქტიკა
ფუნქციის მოკლე აღწერა –დაწესებულებებში ექიმებთან ერთად მუშაობს. ატარებს სამკურნალო პროცედურებს, მაგ: დანიშნულებბების შესრულება, მანიპულაციები, ფლებოტომია, საორგანიზაციო სამუშაოები, პრომოცია, ქრონიკული დაავადებების მართვა
სახელწოდება – უბნის ექთანი
ფუნქციის მოკლე აღწერა –„მიმაგრებულია“ პრაქტიკას. გააჩნია სპეციალისტის უნარი მოელის, დაავადებათა მართვის, ჭრილობების (წყლულების) და ა.შ.
კვალიფიკაცია –ექთანი დამატებითი წვრთნების რამდენიმე დონით.
დაქირავებულია – ადგილობრივი პ.ჯ.დ –ს მიერ
სახელწოდება – მეანი ექთანი, ბებიაქალი
კვალიფიკაცია – პატრონაჟსა და მეანობაში სპეციალურად გაწვრთნილი
ფუნქციის მოკლე აღწერა – სრულადაა პასუხისმგებელი მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ორსულების ჯანმრთელობაზე, აქვს ზოგადი პრაქტიკა
სახელწოდება – პრაქტიკის მენეჯერი
კვალიფიკაცია –სპეციალური წვრთნები მენეჯმენტში
დაქირავებულია – ზოგადი პრაქტიკა
ფუნქციის მოკლე აღწერა – სტრატეგიული გეგმების შემუშავება და გატარება, დაკომპლექტების ხელშეწყობა, ფინანსებისა და IT-ის ოპერაციული პასუხისმგებლობანი

ფუნქციის მოკლე აღწერა – მიღება და ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობები (მაგ.დოკუმენტაციის წარმოება,ანგარიშგება, შესყიდვები).

11.4 მოსალოდნელი ცვლილება

დემოგრაფიული და ორგანიზაციული ცვლილებების შედეგად მოსალოდნელია სამუშაო ძალის ფართო ზრდა. შესაბამისად, გაზომვა რთულია, რადგანაც სამუშაოს წარმოების ნიმუშები დროთა განმავლობაში იცვლება. მაგალითად, GP-ები დღეს გაცილებით იშვიათად სტუმრობენ პაციენტებს ბინაზე. მიუხედავად ამისა გაიზარდა კონსულტაციების პროცენტი ოფისებში და ახალი ტექნოლოგიების დანერგვამ კი შესაძლებლად აქცია მომსახურების გაწევა სამედიცინო დაწესებულებებს გარეთ მომხდარიყო.

11.5 ცვლილებები განსაზღვრულ როლებში

პირველადი მზრუნველობის გუნდს,პ.ჯ.დ-ს დღევანდელი მოთხოვნებით (ახალი ხელშეკრულებები) მთავარი როლი მიენიჭა პრევენციული მომსახურების კოორდინირებაში, (იმუნიზაცია). ტექნოლოგიური მიღწევები, პროფესიონალთა ქვესპეციალობები, პაციენტთა უპირატესობა ადგილობრივ მომსახურეობებზე, ისევე, როგორც ხელისუფლების სურვილი შეეკვეცა ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები, კელავაც გამოიწვევს ჯანმრთელობაზე მზრუნველთა გადმოყვანას მეორეული მზრუნველობიდან პირველადში.

უახლოეს მომავალში, ზოგადი ზრუნვა სულ უფრო მეტად იქნება გაწეული ზოგადი ექთნების მიერ. აშკარაა, რომ ექთნები პირველ ეტაპზე (ადეკვატური განათლების მიღების შემთხვევაში) გაუმკლავდებიან

საჭირო დახმარების დიდ ნაწილს, ისევე, როგორც წარმოადგენენ პოტენციურ ლიდერს პირველადი მზრუნველობის გუნდებში. მათ უნდა გაიკვალონ გზა, როგორც პ.ჯ.დ. - ს მზრუნველობის მართვის ახალმა ფორმამ.

მომავალ წლებში, ფარმაცევტები, სოციალური მუშაკები და სხვები GP-ის მონოპოლიას პირველადი მზრუნველობის ლიდერობაში სერიოზულ დახმარებას გაუწევენ და ამავე დროს, გაუწევენ მეტოქეობასაც.

11.6 ექთნები საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და პირველად მზრუნველობაში

საზოგადოებრივი ჯ.დ ექთნის პროფესიის განვითარება კვლავაც აქტუალურია, რადგან მათი როლი მოიცავს მთელ რიგ მნიშვნელოვან ფუნქციებს. მათი პასუხისმგებლობები ერცელდება ბავშვებსა და ახალგაზრდა ოჯახებზე, მოიცავს იმუნიზაციის ორგანიზაციის პროცესს, ჯანმრთელობის პრომოციასა და ფიზიკური ან ემოციური რისკის ქვეშ მყოფი პაციენტების იდენტიფიცირებასს, დახმარებას, ქრონიკული დაავადებების მართვას. სკოლის ექთნების როლიც მეტად მნიშვნელოვანია ბავშვთა ჯანმრთელობის პრომოციაში, მაგ: ცხოვრების ჯანსაღ სტილზე პაციენტთა წაქეზება, განსწავლა. სპეციალურმა პროგრამებმა ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშესაწყობად, უნდა მოახდინოს **ხუთი შედეგის იდენტიფიცირება (იყო ჯანმრთელი, იყო უსაფრთხოდ (დაცული), ისიამოვნო ცხოვრებით და მიაღწიო მიზნებს, შეიტანო პოზიტიური წვლილი და დატკბე ეკონომიკური კეთილდღეობით),** რომლებიც მოითხოვება ბავშვებისა და ახალგაზრდებისათვის, რათა მათ ზრდასრულობაში პოზიტიურად გადასვლა მოახერხონ. პ-ჯ.დ.ს ექიმები, ექთნები და ბებიაქალები უნდა განიხილებოდნენ მთავარ მოთამაშეებად, ყვე-

ლაზე დაუცველი ფენის შედეგების გაუმჯობესებაში. მთავარი გამოწვევები განსაზღვრავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკის აქტუალურ როლსაც. ისინი იდეალურ პოზიციაზე იმყოფებიან იმისათვის, რომ აიღონ უფრო ფართო, საზოგადოებაზე დაფუძნებული პასუხისმგებლობები, მაგალითად, პრევენციის პროექტებში. უფრო მეტიც, მათ შეუძლიათ ჯანმრთელობის პრომოციული საქმიანობის ინტეგრირება საზოგადიებასთან, სადაც მეორეული პრევენციის პასუხისმგებლობა, ძირითადად საავადმყოფოებს აქვს დაკისრებული.

2008 წლის პ.ჯ.დ.-ს (ოჯახის ექიმთა) მუშაობის განრიგში შეტანილმა ორგანიზაციულმა ცვლილებებმა ექთნობის განვითარებასაც უნდა შეუწყოს ხელი. GP-ებმა, თავისი საქმიანობის მხარდამჭერად ხელშეკრულებებით უნდა დაასაქმონ ექთნები რაც შემდეგ წლებში ექთანთა რაოდენობის გამრავლებას გამოიწვევს. GP-თა უახლესი კონტრაქტები კვლავაც ქმნის ექთნების რაოდენობის ზრდისათვის ხელსაყრელ გარემოს, მართონ მსუბუქი და ქრონიკული დაავადებები. პირველადი მზრუნველობის ექთანთა როლის მყარი დივერსიფიკაცია, საკმაოდ რევოლუციურია, ხორციელდება რა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკულ საქმიანობაში ჩართვით. მათი პოტენციალი, ჯანმრთელობის პრომოციაში მეტად განვითარდება. ნაწილობრივ, ეს გამოწვეული იქნება იმ ფინანსური წამქეზებლებით, რომელიც GP-თა ახალი კონტრაქტებითაა შემოტანილი.

11.7 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნობის მთავარი ფაქტორები

•გამოარკვიოს და იცოდეს, თუ რა არის მოსახლეობის საჭიროება, არამხოლოდ მასზე მოკუთვნებულ ან ექი-

მის კაბინეტთან მომლოდინე ხალხში, არამედ მთელ საზოგადოებაში;
•გადაამოწმოს და დარწმუნდეს, რომ მომსახურება ხელმისაწვდომია მათთვის, ვინც ყველაზე მეტად საჭიროებს მას;
•ისწავლოს სხვებთან მუშაობა – და არა მხოლოდ ჯანდაცვის მომსახურეებთან, რათა გაუმკლავდეს ჯანმრთელობის უფრო ფართო დეტერმინანტებს.
•ადგილობრივი მოსახლეობა ჩართოს თავის საქმიანობაში;
•მზად იყოს რეაგირება მოახდინოს ინფექციური დაავადებების აფეთქებებსა და ჯანმრთელობის სხვა საშიშროებებზე;
•გამოყენოს ეფექტური პრაქტიკის დამადასტურებელი დოკუმენტები.

11.8 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლი პირველადი მზრუნველობის ორგანიზაციებში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები, სხვადასხვა ორგანიზაციული თუ სტრუქტურული შეუსაბამობების გამო ამჟამად, არასათანადოდ არიან ჩართულნი ერთიანი სისტემის ფუნქციონირების ძირითად პროცესებში, მაგრამ მათ უნარებზე მოთხოვნა, სისტემის დონეებზე, თანდათანობით იზრდება. სისტემის წარმატებულმა რეორგანიზაციამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უნარების მქონე პირველადი მზრუნველობის პროფესიონალების საჭიროება მეტად უნდა გამოკვეთოს. მჭიდრო თანამშრომლობამ გარკვეული კავშირები უნდა შექმნას, რადგან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალების გარეშე, პ.ჯ.დ-ს შესაძლებლობები მაინც შეზღუდული იქნება. პირველადი მზრუნველობის უწყვეტმა განვითარებამ,

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფუნქციათა გაფართოებამ, განსაკუთრებით კი პრაქტიკაზე დაფუძნებული საქმიანობების ხელახალმა გამოკვეთამ, კიდევ უფრო უნდა გააძლიეროს ამ ურთიერთობის საჭიროება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის დღევანდელი როლი ასახავს პრაქტიკის რამოდენიმე მთავარ სფეროს და, მისი ამოცანებიც, ამ მთავარი სფეროს მიხედვითაა რანგირებული. ამ ფუნქციათა უმრაველესობის განხორციელება, რაც შესაძლებელია მხოლოდ პირველადი მზრუნველობის კოლეგებთან და ადგილობრივ ხელისუფლებასთან თანამშრომლობით. რადგანაც, -ები იღებენ კონკრეტულ, ძირითადად, პირველადი მზრუნველობის (მკურნალობის) ჩატარების პასუხისმგებლობას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე მდგომი გამოწვევაა, განიხილონ, თუ მათი უნარების გამოყენება ყველაზე ეფექტურად შესაძლებელია თუ არა ისეთ სფეროებში, როგორიცაა ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება, მიღებული ინფორმაციის ანალიზი, ეფექტურობის მიმოხილვა და სხვა. ამისათვის კი, უფრო დიდი ერთობლივი სიმძლავრეები იქნება საჭირო, ვიდრე დღეს არსებობს. პირველად მზრუნველობას კი კარგი ადგილი უკავია იმისათვის, რომ განაეითაროს ეს ახალი როლები, გაავრცელოს საჭირო უნარები.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პ.ჯ.დ.-ს ერთობლივი სასწავლო ცენტრები უნდა მოეწყოს თითოეულ რეგიონში. ისინი შექმნიან პრაქტიკასთან მიახლოებულ გარკვეულ ქსელს, სადაც შესაძლებელი იქნება რესურსების ერთობლივი მოზიდვა და თანამედროვე დონისა და მოთხოვნების საწვრთნო პროგრამების განხორციელება. ისინი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკებს, GP-ებს, ექთნებს, პირველადი მზრუნველობის გუნდების სხვა წევრებსა თუ იმათ ვინც

ეძიებს გზებს, ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად და უთანასწორობის შემცირების ახალ შესაძლებლობებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესიონალის საქმიანობის მთავარი სფეროები

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმოხილვა და შეფასება

არსებული საჭიროებებისა და მომსახურებაში უთანასწორობის შეფასება, სამოქმედო არეების იდენტიფიცირება ადგილობრივ მოსახლეობაში, ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებზე ზედამხედველობის სისტემის შექმნა. **უთანასწორობის ადგილობრივი კალათის მონიტორინგის განხორციელება.**

თანასწორობის აუდიტი და ყოველწლიური მოხსენების მომზადება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის პრომოცია და დაცვა – ადგილობრივი მოსახლეობისათვის გაშუქების, იმუნიზაცია, ვაქცინაციის პროგრამების ამუშავება მიწოდების პასუხისმგებლობა, ეპიდზედამხედველობა და გარემოს კონტროლი. ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ინიციატივების,ჯანდაცვის შედეგების შესაბამისი გაზომვის მოსახლეობაში გავრცელება.

ჯანდაცვის მომსახურებათა განვითარება და უთანასწორობის შემცირების ხელშეწყობა – ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად ადგილობრივი მიზნების შემუშავება და უთანასწორობის შემცირება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლიდერობის წვლილის განმტკიცება.

პოლიტიკისა და სტრატეგიის შემუშავება და გატარება –ადგილობრივი ჯანდაცვის სტრატეგიის შემუშავება, რჩევების მიცემა ეფექტურ, ფაქტებზე გაწეული მომსახურების მომხმარებლამდე მიტანის შესახებ.

სტრატეგიული ლიდერობა – გაძღოლა, პარტნიორობა

ჯანდაცვის დღის წესრიგში მონაწილეობა.
საზოგადოებაში და საზოგადოებისათვის მუშაობა – ლიდერის როლი ადგილობრივ საზოგადოებაში, მისთვის ხანგრძლივმოქმედი, უთანასწორობასთან გამკლავების სტრატეგიის შემუშავება.
კვლევა და განვითარება –მენეჯერებთან და ადგილობრივ ხელისუფლებასთან ერთად, ინფორმაციული საფუძვლების შექმნა;
საკუთარი თავისა და ადამიანური რესურსების განათლება და უწყვეტი პროფესიული განვითარება სასწავლო პროგრამები
ეთიკური მართვა – პირველადი მზრუნველობის ეფექტური ლიდერობა, მათ შორის მენეჯმენტი და შტატის განვითარება.

11.9 საგანმანთლებლო შესაძლებლობები

რამდენიმე ინიციატივაა შესაქმნელი პრაქტიკის მოდერნიზირების, სამუშაო ძალის დივერსიფიცირების, სამომავლო მიზნების შესრულების გარანტირებისათვის. ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალური ორგანიზაცია ერთგული უნდა იყოს განათლების მოქნილი სისტემებისა, რაც უნარების გაღრმავების საწინდარია. განათლების მოდელი, რომელიც გულისხმობს საწერთნელი მოდელის შეფასებასა და გარკვევით მოცემული სტანდარტების მიხედვით აკრედიტაციას. ეს ჩარჩო მოქნილი კარიერისა და უნარების გაღრმავების კონცეფციის დემონსტრირებას მოითხოვს. იგი საშუალებას აძლევს კომპეტენციაზე დაფუძნებული უნარების მქონე შტატს, განავითაროს საკუთარი კარიერა, ორგანიზაციის მოთხოვნებისა და საჭიროებების დაკმაყოფილების პარალელურად. კარიერის გზა სისტემის შიგნით პრაქტიკის ყველა დონეზე და მის მიღმაც

განვითარებას საჭიროებს - პროფეისონალ გუნდებთან, აკადემიურ ჯგუფებთან, დამქირავებლებთან და საზოგადოებასთან ურთიერთობით.

ცვლილებები ანაზღაურების ახალ სისტემაში, რომელიც სხვადასხვა დისციპლინაში შექმნის გადახდის შედარების საშუალებას, განსაზღვრავს ცოდნისა და უნარების იმ აუცილებელ კრებულს, რომელიც ნებისმიერ სამსახურში მოითხოვება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციფიკური კომპეტენციები უნდა შემუშავდეს ინტელექტუალურ სფეროებში, რამაც შესაძლებლად უნდა აქციოს პრაქტიკოსთათვის კარიერის ჩარჩოს დაგეგმვა. შეფასება მოხდება ცვლილებათა მიხედვით. მიდგომა დაგვეხმარება სხვადასხვა დისციპლინებს შორის თანასწორობის დადგენაში და ნათლად გამოაჩენს თუ რა კომპეტენციები მოეთხოვება ზოგადად ჯანდაცვას. საჭირო განათლების, ცოდნისა და ახალი უნარ-ჩვევების მიღების შემთხვევაში, იოლად დასანახია, თუ როგორ მიმოდიან პ.ჯ.დ.-ს პრაქტიკოსები დისციპლინის შიგნით და აღმასვლით კარიერაში.

ცვლილებების მიღება-აღიარება ზოგად პრაქტიკაში, რეალურად, როგორც არჩევითი, ასევე სავალდებულოა, რადგან იგი განაპირობებს კარიერულ წარმატებასა და შემოსავლებს. ჩვენი აზრით, მომავალში, პირველადი მზრუნველობა მოახდენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებების აღსრულებისათვის ახლებური ინსტიტუციების შექმნას, რომელთათვისაც განსაზღვრული უნდა იყოს საჭირო კომპეტენციები. რაც, სხვადასხვა დისციპლინის ჯანდაცვის პროფესიონალებს საშუალებას მისცემს მოახდინონ დამატებითი წვრთნების საჭიროებათა იდენტიფიცირება. თუ ძალზე რთული და ბიუროკრატიული არ იქნება ეს პროცესი, ამგვარი ჩარჩოები დაეხმარება მათ მულტი-

დისციპლინარულ მუშაობაში.

საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში სპეციალური ინტერესების მქონე GP შესაძლო კომპეტენციები

ა)საზოგადოების ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება(ინფორმაციის ინტერპრეტირება და სტატისტიკა).

თქვენ უნდა შეგეძლოთ,

ადგილობრივ მოსახლეობაში დაფიქსირებული ყველაზე გავრცელებული დაავადების მიზეზთა აღწერა;

1.რუტინულად ხელმისაწვდომი მონაცემების გამოყენება, რათა მოხდეს თქვენი პრაქტიკის მოსახლეობის ჯანმრთელობის აღწერა და მისი შედარება, სხვა მცირე რაოდენობის მოსახლეობასთან;

2.დაავადების სტანდარტიზებული პროცენტის საჭიროების გაგება;

3.სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსსა და ჯანდაცვის საჭიროებას შორის კავშირის გააზრების დემონსტრირება;

4.განსხვავებული რისკების შეფასების მნიშვნელობა არსებულ მოსახლეობაში, მათ შორის სოციალურ-ეკონომიკური, ეთნიკური და გენეტიკური ფაქტორებისაც,როდესაც ხდება სპეციფიკური დაავადების გენეზისის ან პირობების კვლევა;

5.უთანასწორობისა და დისკრიმინაციის ამოცნობა და მისი გავლენა ჯანმრთელობაზე;

ბ)ჯანმრთელობის პრომოცია, დაავადებათა პრევენცია (მათ შორის მასობრივი გასინჯვები).

თქვენ უნდა შეგეძლოთ,

1.მოახდინოთ ჯანდაცვის პრობლემების ანალიზება რისკ-ფაქტორების პირობით, მათ შორის თავიდან აცილებადი, შედარებითი და აბსოლუტური რისკების განხილვაც;

2.ეფექტური პროფილაქტიკური გასინჯვების პროგრამის მახასიათებელების აღწერა;

3.ქცევითი ცვლილებების თეორიული მოდელებისა და მათი მართებულობის გაგება ჯანდაცვის პრომოციის პრაქტიკაში;
4.ბავშვთა იმუნიზაციის პროგრამებში ჩადებული პრინციპების გაგება;
5.ინფექციური აფეთქების მენეჯმენტის ზოგადი პრინციპების დაფასება და, გადამდები დაავადების კონტროლისა და ჯანმრთელობის დაცვის სააგენტოში კონსულტანტის როლის გაგება;
6.ამ ქვეყანაში სამსახურებრივი დაავადების მთავარი მიზეზების აღწერა და მათი პრევენციის მიზნით შემუშავებული მიდგომები;
7.საზოგადოებაში ჯანმრთელობის უფრო ფართო დეტერმინანტებზე პასუხის გაცემის მნიშვნელობის გაგება,მაგ: საცხოვრებელი,სამსახური და განათლება.

გ) პრიორიტეტების დასახვა და რაციონალიზაცია. თქვენ უნდა შეგეძლოთ:

1.სისტემის ორგანიზაციის თანამედროვე ცოდნის დემონსტრირება;
2.განსაზღვროთ კრიტერიუმები, რომლითაც გაუძღვებით შეზღუდული რესურსების ლოკაციასა და რაციონალურ გამოყენებას;
3.აღწეროთ ეთიკური დაძაბულობა, რომელიც ახასიათებს და თან ერთვის ექიმის მუშაობას.

დ)ჯანმრთელობის მომსახურებისა და კლინიკური მართვის შეფასება.

უნდა შეგეძლოთ:

1.ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში „ხარისხის“ ბუნების შესახებ განსხვავებული პერსპექტივების გაგებისა და აღქმის დემონსტრირება;
2.შედეგების შეფასების განსხვავებული გზების აღწერა, ხარისხობრივი ზომების აღიარება, პაციენტის შესაძლებლობა და ცხოვრების ხარისხი, როგორც

ჯანდაცვის ინტერვენციის მთავარი შედეგი
3.იმის გაგება, თუ შეფასების, აუდიტისა და სტანდარტული მოწყობის პრინციპები როგორ გეხმარებათ თქვენი საკუთარი პრაქტიკის ხარისხის გაუმჯობესებაში.

ე) კრიტიკული შეფასების უნარები და ფაქტებზე დაფუძნებული მედიცინა. უნდა შეგეძლოთ:

1.კვლევების სხვადასხვა ტიპში დაინახოთ ძლიერი მხარეები და მისი შეზღუდვები, რათა კვლევების ხარისხი კრიტიკულად იქნას შეფასებული.
2.კერძო ინტერვენციის შესაფასებლად, ეფექტურობის მადასტურებელი ფაქტების შემოწმება, მაგ: მედიკამენტები, ქირურგიული პროცედურები;
3.რთული კლინიკური თუ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემა აქციოთ შეკითხვად, რომელზეც პასუხის გაცემა შესაძლებელი იქნება;
4.გაუძღვეთ ლიტერატურის მიმოხილვას, გადახედოთ პირველადსა და მეორეულ კვლევებს ელექტრონულ მონაცემთა ბაზის გამოყენებით, რათა განსაზღვროთ კვლევის სტრატეგია და შეაჯამოთ მისი შედეგი;
5.პაციენტს კლინიკური რისკი აუხსნათ ამომწურავ ციფრობრივ პირობებში;

ვ) ლიდერობის უნარები.
უნდა შეგეძლოთ:

1.კარგი კომუნიკაციების პრინციპების ჩაწვდომა;
2.სტრატეგიული პრიორიტეტების გახმიანება;
3.გუნდური განვითარებისათვის შესაძლებლობების იდენტიფიცირება;
4.გარემოს ცვლილებებთან ადაპტაცია.

11.10 საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკოსთა მთავარი კომპეტენციები.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსები მოსახლეობაზე ზრუნავა: გარემო, სოციალური, ორგა-

ნიზაციული, საკანონმდებლო ინტერვენციების გამოყენება; პრევენცია საზოგადოების ორგანიზებული ძალისხმევით; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მეცნიერებათა გამოყენება (მაგ: ეპიდემიოლოგია/სამედიცინო სტატისტიკა); უნარები ჯანდაცვის მომსახურებებში, მოხსენებებისა და პოლიტიკის შემუშავებაში; მოსახლეობისა და მათი ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ინფორმაციის ანალიზი; ადმინისტრაციული ქსელების გამოყენება: ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის პროცესების ხელმძღვანელობა, მოხალისე ორგანიზაციებთან მუშაობა.

პირველადი მზრუნველობის პროფესიონალები

სიებში რეგისტრირებულ ინდივიდებზე ზრუნვა მოელის უწყვეტობის უზრუნველყოფა, სამედიცინო, ტექნიკური ინტერვენციების გამოყენება; ფართო კლინიკური წვრთნების ჩატარება და დაავადებების ადგილობრივი ნიმუშების ცოდნა; უნარები კლინიკის მენეჯმენტში და ინდივიდებთან კომუნიკაცია; დეტალური პრაქტიკის ანალიზი,დაავადებათა რეგისტრირება და ინდივიდთა შესახებ ინფორმაციის შეგროვება; ქსელების გამოყენება, რომლებიც კლინიკური უფროა ვიდრე მენეჯერული: ჯანდაცვისა და სოციალური მზრუნველობის მომწოდებლებთან თანამშრომლობა.

XII თავი
12.1 მომავლის გამოწვევები

ჩვენ ვეცადეთ გამოგვეკვლია პირველადი მზრუნველობისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ურთიერთქმედება. საკანონმდებლო მარეგულირებელი გარემო, რომელსაც პირველად მზრუნველობასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას შორის თანამშრომლობა უნდა გაეძლიერებინა, ხშირად ყურადღების მიღმა

რჩებოდა. მართლაც, არსებობს მიზეზები, რის გამოც, სისტემის შიგნით მათი უთანხმოებები სამწუხარო რეალობაა. ორგანიზაციულ პრობლემებს, არასწორი პოლიტიკის მიზნებს ეს ურთიერთობები ადვილად შეუძლია შეასუსტოს. მნიშვნელოვანია, აგრეთვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამუშაო ძალის შეზღუდული სიმძლავრეები, რომლის მეშვეობითაც, ამ სამსახურმა მხარი უნდა დაუჭიროს თავის კოლეგებს პირველად მზრუნველობაში. გამოვიკვლიეთ ძირეული პრინციპები, რომელთა დაცვა გადაუდებლად საჭირო და აუცილებელია, რადგან ეს ორი დისციპლინა სტრატეგიულ პოზიციებს ინარჩუნებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და კეთილდღეობაში.

რა ტიპის პირველადი მზრუნველობაა საჭირო მოსახლეობისათვის ?

ჩვენ უკვე აღნიშნეთ, რომ პირველადი მზრუნველობის მნიშვნელობა ჯანდაცვაში, კარგახანია აღიარებულია. 1978 წელს, ალმაატაში გაცხადდა, რომ იგი წარმოდგებოდა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“ მომსახურების მთავარ მომწოდებლად. **პირველადი მზრუნველობა „ეფუძნება პრაქტიკულად, მეცნიერულად და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებს, რომლებიც უნივერსალურად ხელმისაწვდომია ადამიანების სრული თანამონაწილეობითა და იმ ფასად,რისი გადახდაც საზოგადოებასა და ქვეყანას შეუძლია“**

დიდი ყურადღებითა და,ამავე დროს,ფრთხილად იქნა განსაზღვრული მისი მხარდამჭერების მიერ. დეკლარაციების ეპოქის სოციალური და პოლიტიკური მიზნები საბოლოოდ გაიფანტა,თუმცა ისინი ჯანდაცვის სოციალურსა და ეკონომიკურ დეტერმინანტს წარმოადგენს. ე.წ. „შერჩევითმა პირველადმა მზრუნველო-

ბამ“ და დაბალფასიანი ინტერვენციების პაკეტებმა, როგორიცაა ზრდის მონიტორინგი,ორალური რეჰიდრაცია, ძუძუთი კვება, იმუნიზაცია, განათლება, ოჯახის დაგეგმვა. საკვებით მომარაგების პროგრამებმა, ცალცალკე, ზოგიერთი კუთხით დაამახინჯეს კიდეც ალმაატას სულისკვეთება. არსებობს ფუნდამენტალური განსხვავება ჯანმრთელობაზე მრავალსექტორიან პრევენციულ, დეცენტრალიზებულ დაბალ დანახარჯიანსა (დაბალი ხარისხის) და კურაციულ მზრუნველობას შორის, რომლის სამიზნეს წარმოადგენს მოსახლეობის ყველაზე ღარიბი და გარიყული სეგმენტი, განსაკუთრებით, თუ ეს მზრუნველობა მოწოდებულია პროგრამით, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დანარჩენი სისტემის პარალელურად რომ მიმდინარეობს.

მოსახლეობის პერსპექტივით, პირველადი მზრუნველობის მთავარი არგუმენტი ეთიკური ხასიათისაა: წუხილი თანასწორობის შესახებ, ხელმისაწვდომობის გარანტირება, ძალზე რთულია. დიფერენცირებული ხელმისაწვდომობის კარგად გამოცდილი ფორმაა ე.წ. „ინვერსიული პრევენციის“ ეფექტი, სადაც საზოგადოება, არასახარბიელო ჯანმრთელობის რისკის ქვეშაა და, ნაკლებად მიუწვდება ხელი, პრევენციული მომსახურების სრულ პაკეტზე. მომხმარებელთა გადასახადების კლება პირველად მზრუნველობაში გვიჩვენებს, რომ მოსახლეობა სულ უფრო მეტ სარგებელს პრევენციაში ეძებს.

პირველადი მზრუნველობის ფუნქციები ხშირად განსაზღვრულია ოთხი ძირითადი მახასიათებლით: იგი **შწყვეტი, ყოვლისმომცველი, პირველი კონტაქტის** დონეა და ახდენს სხვა სახის მზრუნველობის **კოორდინირებას.** ეს მაკოორდინირებელი ფუნქცია ხაზს უსვამს მეორე ფუნქციასაც: **ეკონომიკურ პრობლემებს ეფექტიანობასა და ეფექტური ხარჯების შესახებ.**

სისტემების შედარებამ, რომელშიც პირველად მზრუნველობაზე ორიენტირება აშკარაა, გვიჩვენა რომ, სარეგისტრაციო სიების მქონე ქვეყნები უფრო ოჯახის ექიმების მომსახურებით სარგებლობენ, რომლებიც კარიბჭის მცველის როლში გამოდიან, ჯანმრთელობაში უფრო უკეთესი შედეგების, ნაკლები ხარჯებისა და მოსახლეობის უფრო მეტ კმაყოფილების მომტანნი არიან. ევროპის ქვეყნებში, პირველადი მზრუნველობის მიმოხილვამ, ყურადღება გაამახვილა მის სარგებლიანობაზე, გუნდური მუშაობის, თანამშრომლობის სახით,რომელიც მეორეული დონის მზრუნველობასთან მჭიდრო უკუკავშირის დამყარებასა და პაციენტის რეაგირების ხარისხის ზრდის უზრუნველყოფაში მდგომარეობს. გარდა ამისა,კიდევ ერთხელ დადასტურდა,რომ **მონიტორინგისა და უწყვეტი მოვლის ეფექტური განხორციელება მხოლოდ სხვადასხვა პროფესიონალი გუნდის კოორდინირებული ძალისხმევითაა შესაძლებელი.**

ეფიქრობთ, უფრო მეტის გაკეთებაა შესაძლებელი, რათა გაუმჯობესდეს ეფექტიანობა მომსახურების მომხმარებლამდე მიტანით. კლინიკური საქმიანობის უფრო მეტად საზოგადოებაში გადატანით, ნაკლები სივრცე რჩება პრევენციული საქმიანობისათვის. იმ პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკოსებისთვისაც კი, ვინც ამგვარი მუშაობის ვალდებულებები გაითავისა, საკმაოდ რთული შესასრულებელი აღმოჩნდა ასეთი ტიპის სამუშაო, როდესაც ფინანსური გარემო არანაირი წამქეზებლის მოწოდებას არ ახორციელებს. ფაქტების უკმარისობა, უამრავი პრევენციული ინტერვენციის მხარდასაჭერად, შემდგომი კვლევების საჭიროებას უსვამს ხაზს. საუკეთესო პრაქტიკის გატარების მცდელობათა წარუმატებლობის მიზეზები სცდება კვლევების ხარისხსა და შემდგომ, ტექნიკურ მტკიცებულებებს დააგროვებს, რაც შეიძლება სულაც

არ იყოს სასარგებლო. ინტერვენციების გატარების წინაშე მდგომ ბარიერებს მოაქვთ წარუმატებლობა რაც სრულფასოვან პასუხს ვერ გასცემს სხვადასხვა საქმიანობის ალტერნატიულ დანახარჯებს. მაგალითად, პირველადი მზრუნველობისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამშრომლობის მზარდი როლი გულისხმობს, მცირესაგან **"რაღაცის" კეთებას.**

ჯანდაცვის სისტემის საერთაშორისო საზღვრებს მიღმა გატანის სირთულე, ფართოდაა აღიარებული. მზრუნველობა საზოგადოების დონეზე, ნებისმიერი სისტემის შიგნით, ასახავს ამ კონკრეტული ქვეყნის განსხვავებულ ისტორიულსა და კულტურულ კონტექსტს. პირველადი მზრუნველობის ცალსახა მოდელის უნივერსალურად გამოყენება შეუძლებელია. მაშასადამე, ზემოთ მოცემული პრინციპები განსხვავებულ გამოხატულებას პოულობდა სამყაროს სხვადასხვა ნაწილში. მაგალითად, წყნარი ოკეანის დასავლეთ რეგიონში, თანასწორობის, საზოგადოების ჩართულობის, პრინციპები; შიდასექტორული საქმიანობისა და შესაბამისი ტექნოლოგიების არსებობა ხელმისაწვდომ ფასად პროეცირებულია ჯანმრთელობის პირველადი მზრუნველობის სისტემისთვის. მიუხედავად ამისა, საუკეთესო პირველადი მზრუნველობის თეორიის პრაქტიკაში გადმოტანისას, მაგალითად ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკა ზოგიერთი გამოწვევების დემონსტრირებას უფრო წარმატებით ახდენს ("ფეხშიშველა ექიმები"). ჯანმრთელობაზე ხელმისაწვდომი და იაფი ზრუნვის სიმცირე უამრავ ჩინელს სტოვებს პირველადი მომსახურების კარს მიღმა. გაზრდილი ფასები, დაბერებული საზოგადოება, არასახარბიელო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა და ამ სისტემის სუსტი ადმინისტრირება გამოწვეულია მცირე ანაზღაურებითა და ზოგადად, მწირი დაფინანსებით. ამიტომაა, რომ ამ

სისტემის მუშაკები საკუთარი მწირი შემოსავლების გაზრდას კორუფციული ქმედებებით ცდილობენ, კერძოდ, ფარმაცევტულ კომპანიებთან გარიგებით ახორციელებენ მათი მედიკამენტების გამოწერას, წამლების გაყიდვასა და მომსახურებაში ფულის აღებას. ასეთ პირობებში ადამიანები არ მიდიან იქ სამკურნალოდ, თავს არიდებენ ოპერაციებს, ნაადრევად სტოვებენ საავადმყოფოებს, რადგანაც მათ არ შეუძლიათ თანხის გადახდა გაწეულ მომსახურებაში. ოჯახებს ხშირად უწევთ რთული არჩევანის გაკეთება მოხუცებული ნათესავების მზრუნველობის შესახებ და შეიძლება დიდი ვალიც დაედოთ დიდი თანხების გადახდის გამო.

12.2 განვითარება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის დანერგვა და განვითარება პირველად მზრუნველობაში, რთულ გამოწვევებს წამოჭრის. „პირველადი მზრუნველობის მიერ მართული“ სისტემა ცდილობდა წარმატებული რეფორმები მოეხდინა. ტერმინი „პირველადი მზრუნველობა“ აერთიანებს ზრუნვას, რომელიც მოწოდებულია პირდაპირ, ზოგადი (ოჯახის) პრაქტიკის მეშვეობით. ამ ორგანიზაციებს მოსახლეობის წინაშე აქვთ გარკვეული, ხელისუფლების პოლიტიკის მიერ გაცხადებული პასუხისმგებლობები და ამავე დროს, წარმოადგენენ დე-ფაქტო ჯანდაცვის დამოუკიდებელ ორგანიზაციებს ან ჯგუფებს. ამ სისტემაში “შესვლის” უფლება თითოეული მოქალაქისათვის, უფასო და გარანტირებული უნდა იყოს, რაც, დღესდღეობით, მხოლოდ ოცნებადაა ქცეული. ეს საკითხი ჯერ კიდევ უწყვეტი განხილვის პროცესშია და განიცდის მუდმივ ცვლილებებს.

ჯანდაცვის სისტემის პერმანენტული რეფორმირების ფონზე, ყოველი შემდგომი ახლად მო-

წოდებული მოდელის წარუმატებლობა წინა წარუმატებელი მოდელის დამსახურებაა და ეს წამოჭრის ახალახალ პრობლემებსა და კითხვებს. რატომაა მეორეული მომსახურების პირველად მზრუნველობაზე ან პირიქით გადასვლა ასე რთულად მისაღწევი? იმიტომ ხომ არა, რომ პრობლემის ერთი ნაწილი მდგომარეობს ზოგადი პრაქტიკის „მცირე ბიზნესის" დღეს მოქმედ მოდელში?, პ.ჯ.დ.-ს პრაქტიკის რა მეწარმეული უნარი გამოვლინდება შემდგომში? მოხდება პოლიტიკის კანონებისადმი ადაპტაცია?. სამედიცინო მომსახურების რა ტიპის კონტრაქტები უნდა გამოჩნდეს, მომავალში? გაჩნდება კი შესაბამისი დოზის ფინანსური წამქეზებლები და შესაბამისი სიმძლავრეები ამ სისტემისათვის, რომ მოხდეს სამართლიანი ინვესტირება მომსახურებაში? დღესდღეობით ისღაა დარჩენილი, რომ სისტემამ უთანასწორობის პირობებში მუშაობა გააგრძელოს.

ისტორიულად, პირველადი მზრუნველობა ორგანიზებული იყო პატარა ტერიტორიების ირგვლივ. ამ მოდელის სიძლიერე იყო მათ მიერ გაწეული მომსახურების უწყვეტობა, უცვლელ მოსახლეობაში, პატარა ტერიტორიაზე. დღეს,სულ უფრო მეტად გაუგებარი გავლენის მქონე საკითხებმა,ნელ-ნელა გააუფერულა ადგილობრიობის კონცეფცია, განსაკუთრებით ქალაქებში. მომსახურება და ხალხი, ვინც ამ მომსახურებას ეწევა, დღეს ებრძვის „წყვეტილ" მომსახურებასა და ცდილობს, რაც შეიძლება უკეთ მიიღოს ფრაგმენტული მზრუნველობა. ამასთან ერთად,პირველადი მზრუნველობაც.

მასშტაბების გაზრდის უამრავი გზა არსებობს. პრაქტიკოსთა ჯგუფებს, რომლებიც ოპერირებენ ცენტრებიდან და აგროვებენ მენეჯერულ რესურსებს, რათა მიაღწიონ მასშტაბის ეფექტს, შეუძლიათ მომსახურობათა გაწევა უამრავ სხვა მომსახურებასთან

ერთად, რომლებიც ამჟამად, მეტად დანაწევრებულები არიან, როგორც მეორეულ მზრუნველობაში, ასევე დამოუკიდებლად მოღვაწეობენ. მაგ: ფარმაცევტები, სტომატოლოგები, ოფთალმოლოგები, ოტორინოლარინგოლოგები და სხვა. გარკვეული ნების არსებობის შემთხვევაში, ადვილი შესაძლებელია ისინი ერთ გუნდად ჩამოყალიბდნენ, რაც მათ საქმიანობას მეტ შინაარს შესძენს და მოსახლეობისთვისაც უფრო ხელსაყრელი იქნება მომსახურების ერთ დაწესებულებაში მიღება. თვით დაწესებულებისთვის კი უფრო გაადვილდება რესურსების მოძიება, ერთიანი შესყიდვების წარმოება და სხვა უამრავი სიკეთე.

ამგვარ მოდელებს შეუძლია გამოიწვიოს უამრავი მომსახურების გასვლა საავადმყოფოებიდან, შეიძლება გაჩნდეს შესაძლებლობა, შესაბამისად აღიჭურვონ, რათა უკეთ გაუმკლავდნენ ჯანდაცვის უთანასწორობას. მოზრდილ ორგანიზაციებს შეჯირეებულ რეგიონებში შეუძლიათ მთელი რიგი პირველადი მზრუნველობის მომსახურებათა მოწოდება, მოგვაწვდიან უფრო გონივრულ მონაცემებს, რომელზე დაყრდნობითაც დაიგეგმება სხვა მომსახურებანი, მათ შორის სპეციფიკური საჭიროებანი,ამ ორგანიზაციებს შეუძლიათ უშუალო კავშირის შექმნა სოციალურ მომსახურებებთან და საზოგადოებაზე დაფუძნებულ მოხალისე ორგანიზაციებთან ერთად, რომლებიც განსაზღვრულ ჯგუფებში ჯანდაცვის პრომოციით არიან დასაქმებულნი.

მიუხედავად ამ სიკეთეებისა, ამ გზას შეუძლია ეროვნული სისტემის ძირეული ელემენტების ფარულ პრივატიზაციამდე მიგვიყვანოს, რაც უკვე მოხდა. ჰოსპიტალურ სექტორში და ახლა ამ პროცესმა პირველად რგოლშიც გადმოინაცვლა. არსებობს მთელი რიგი დამადასტურებელი ფაქტები, რომ კერძო კომპანიები უფრო ძვირადღირებულ მზრუნ-

ველობას უწევენ მომხმარებლებს, რომლებიც სულაც არაა ყოველთვის ეფექტური ან მაღალი ხარისხისა და, მათი უმრავლესობა, პირველ რიგში, თავის მოწილეთა წინაშე უფრო არიან ანგარიშვალდებულნი.

და მაინც, მთლიანი გადასახადების საფუძველზე დაფინანსებული მომსახურება სულ უფრო რთულად შესანარჩუნებელი ხდება და პოლიტიკის პირობებში მოძრაობის მიმართულება კი, როგორც ჩანს, კარგადაა გამაგრებული გარედან შემოსული ტრანშებით.

12.3 როგორი უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მომავალში ?

ეპიდემიოლოგ ჯეფრი როზის ახსნა საკმაოდ ცნობილია გაწეული პრევენციის ორი მიდგომის შესახებ. მაღალი რისკის სტრატეგია მიზნად ისახავს, რომ დაიცვას ის ინდივიდები, რომლებიც რისკის უმაღლეს წერტილში იმყოფებიან. მოსახლეობაზე დაფუძნებული სტრატეგია კი მიზნად ისახავს რისკის ფაქტორების, საფუძვლიანი მიზეზების შემცირებას, რომლებიც მთელ მოსახლეობაზე გაელენას ახდენს. მაღალი რისკის სტრატეგია თავს არიდებს საქმიანობაში იმათ ჩართვას, ვინც არაა სპეციფიკური რისკის მატარებელი. ინტერვენციები შესაბამისია სამიზნე მოსახლეობისათვის და ეს სტრატეგია, რეგულარულად შეხამებულია სამედიცინო მზრუნველობის ხასიათსა და ორგანიზებასთან. მიუხედავად ამისა, მაღალი რისკის სტრატეგიას მცირე გაელენა გააჩნია მოსახლეობის ქცევაზე და, მაშასადამე, ზღუდავს ჩვენ უნარს ვიწინასწარმეტყველოთ ინდივიდების მომავალი. მოსახლეობაზე დაფუძნებული სტრატეგიები, მეორეს მხრივ, ქცევითი და დანარჩენი რისკ-ფაქტორების მთლიანობაში გათვალისწინებით, მოსახლეობას უდიდეს სარგებელს სთავაზობს (თუმ-

ცა, ინდივიდთა მიერ მიღებული სარგებელი შეიძლება მცირე აღმოჩნდეს – ეს ე.წ. **პრევენციის პარადოქსია).**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტები ამტკიცებენ, რომ მოსახლეობის სტრატეგიებით მოღვაწეობა ეფექტურია, მაგრამ უახლესი ფაქტები მეტყველებს, რომ როუზის დიქოტომია არც ისე ნათლადაა მოჯრილი. დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნები, ჯერ მხოლოდ მარტივი პოლიტიკის გატარებას უნდა დასჯერდნენ, როგორიცაა მოწევისა და კვების შესახებ პოლიტიკაში გატარებული ცვლილებები. მიუხედავად ამისა, მდიდარ ქვეყნებს შეუძლიათ სტრატეგიები გაატარონ, რომლებიც გათვლილია ინდივიდებზე და შედგენილია ძირითადი რისკების საფუძველზე. ამგვარ ქვეყნებს ეს სტრატეგიები უდიდეს სარგებელს მოუტანს სამედიცინო ინტერვენციებიდან, რომელთა მომხმარებლამდე მიტანა პირველადი მზრუნველობის მიერ ხდება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკის ადგილიც ცვლილებას განიცდის. უახლოეს წარსულში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მენეჯმენტის შემზღუდავ სინონიმად აღიქმებოდა. დღესაც, მთელი რიგი სპეციალობები თავის მახასიათებლებს კარგავს და საჭიროებს ხელახალ ფოკუსირებას არა მხოლოდ მომსახურეობათა საკითხებზე, არამედ მოსახლეობის ჯანმრთელობის უმთავრეს დეტერმინანტებზეც. მაგალითად, ადგილობრივ მთავრობასთან პარალელური მუშაობა. მიღებულ პროგრესზე დაყრდნობით, ყოველთვის შესაძლებელი იქნება არსებული ჩავარდნების დაფიქსირება. უმრავლეს ქვეყანაში, მოსახლეობაზე დაფუძნებული ინიციატივები და ხარისხზე დაფუძნებული ჩარჩოები ნაწილ-ნაწილ იქნა გატარებული. უფრო მეტის გაკეთებაა შესაძლებელი, რომ გავუმკლავდეთ ჯანდაცვის უთანასწორობას. მაგალითად, მათი ახალი კონტრაქტების მიხედვით, პირველა-

დი მზრუნველობის პრაქტიკოსებსა და ორგანიზაციებს შეიძლება ანაზღაურება მიეცეთ იმისათვის, რომ გაუმკლავდნენ ბავშვებში გადაჭარბებული სიმსუქნის პრობლემას. მეორეს მხრივ, თავისუფალ საბაზრო ეკონომიკაში, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ჯანდაცვის პრომოციის პრაქტიკა შეიძლება განხილულ იქნეს როგორც უაღრესად მოძველებული მეურვეული და კოლექტიური იდეოლოგიის მატარებელი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსებზე შეიძლება განხორციელდეს ზეწოლა, რათა მათ მოიცვან ისეთი მიდგომებიც, როგორიცაა სოციალური მარკეტინგი და ყურადღება გაამახვილონ ინდივიდის უფლებებსა და მოქალაქეების მოთხოვნებზე, რათა მოითხოვონ მეტი ძალაუფლება და დახვეწონ გაწეული მომსახურებანი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომები, რომლებზეც ჩვენ გავამახვილეთ ყურადღება, აერთიანებს საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და პირველად მზრუნველობას სისტემურად, საზოგადოებაში ფესვგადგმული და დახვეწილი უნარების მქონე პროფესიონალებზე დამოკიდებულებით. პირველადი მზრუნველობა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ორივე მრავალი დისციპლინის მქონეა. პირველადი მზრუნველობის ექთანთა ახალი ტიპები პასუხისმგებლობას იღებენ მართონ ზოგიერთი დაავადებები, გაუძღვნენ გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების რუტინულ მზრუნველობას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკოსები გამოკვეთენ არასამედიცინო საფუძვლის მქონე უამრავ სფეროს. გაერთიანებული მუშაობის ბევრი მომხრე ავითარებს და გეაწვდის ახალ ჰიბრიდებს. ბოლოს და ბოლოს, გამოიკვეთება თაობა, რომელიც ჩართული იქნება ადგილობრივ თანამონაწილეობრივ დემოკრატიაში, რათა მოახდინოს **მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაქსიმიზაცია?**

WHO-ს მიხედვით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კომპეტენციები, განსაკუთრებით კი ის, თუ როგორ უკავშირდებიან ისინი ქრონიკული დაავადების მართვას, მზარდი მნიშვნელოვნების იქნება 21-ე საუკუნის გლობალურ ჯანდაცვის სამუშაო ძალაში.

12.4 თანამედროვე პირველადი ჯანდაცვა, ამოცანები, პრობლემები

ნებისმიერი ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ფესვები საკუთარი ისტორიიდან მოდის, რომელიც, თავის მხრივ, დაკავშირებულია პოლიტიკურსა და კულტურულ ფილოსოფიასა და რწმენასთან. 1920 წელს,ალმაატას დეკლარაციამდე დაუსონმა (დიდი ბრიტანეთი) თავის მოხსენებაში პირველად წარმოადგინა „პირველადი" და „მეორადი" ჯანდაცვა, ასევე, მომავალი ჯანდაცვის ცენტრებისა და პირველადი ჯანდაცვისმისი ძირითადი ფუნქციების ზოგადი კონცეფცია.

ჯანდაცვის სისტემები ისტორიული განვითარების პროდუქტია და, ამიტომ, ქვეყნების მიხედვით, ძალზე განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. მიუხედავად განსხვავებებისა, მათ გარკვეული მსგავსებაც გააჩნიათ, რაც, ძირითადად, მათში ფუნქციების დონეების მიხედვით განაწილებაში გამოიხატება.

-თვითმოვლა (პერსონალური)
-პირველადი პროფესიული მოვლა პირველი დონე (პ,ჯ.დ, ზოგადი პრაქტიკოსები,ოჯახის ექიმები ექთნები,)
-სპეციალისტების მოვლა,
-სპეციალიზებული მოვლა. (ჰოსპიტალური მომსახურება)

ნებისმიერი ჯანდაცვის სისტემას გადასაწყვეტი აქვს, თუ როგორ იმუშავებს თითეული საფეხური და რა ურთიერთდამოკიდებულება იქნება მათ შო-

რის პაციენტის უწყვეტი მოლის უზრუნველსაყოფად. თითოეულ საფეხურს თავისი საკუთარი განსაკუთრებული როლი უნდა ჰქონდეს და, ამავე დროს, მხარდაჭერილი უნდა იყოს შესაბამისი რესურსებით, ორგანიზაციითა და განათლებით. ამასთანავე, ისეთი მნიშვნელოვანი მიმართულება, როგორიც დაავადებათა პრევენციაა, შესაძლოა ერთობლივი ძალისხმევით ხორციელდებოდეს. მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც მოქმედებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ეროვნული შემოსავალი და მისი სამართლიანი გადანაწილებაა.- ვინ და (რატომ) ართულებს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაწევასა და ორგანიზებას და რაში მდგომარეობს მისი როლი?

რა მომსახურებები უნდა იყოს გაწეული პირველად ჯანდაცვაში,ვინ და რა სახსრები უნდა მოიხმაროს? - როგორ ურთიერთობს პირველადი ჯანდაცვა, ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემის სხვა დონეებთან?

რომელი მეთოდებია ეფექტური პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მაკოორდინირებელი როლის გამოსასწორებლად?

ჯანდაცვის სისტემას არ შეუძლია „შექმნას" ჯანმრთელობა, მაგრამ ძალუძს მისი "გამოსწორება", ხელშეწყობა ავადობისა და ნაადრევი სიკვდილიანობის პრევენცია.

განმსაზღვრელი ფაქტორებია: სოციალური და ფიზიკური გარემოცვა,ინდივიდუალური ქცევა და სამედიცინო მომსახურება,რაც ხელს უწყობს ადამიანის გენეტიკური სტრუქტურის შესაძლებლობების გამოვლინებას.

ცნობილია, რომ ჯანდაცვის მომსახურება არ არის „ხელოვნური" სტრუქტურა, რომელიც შეიძლება სურვილის მიხედვით, ადვილად მოწესრიგდეს, რადგან იგი მჭიდროდაა დაკავშირებული საზოგადოებრივ პოლიტიკასა და ეკონომიკასთან.

პირველად ჯანდაცვას, უნარი შესწევს შეამციროს ჯანდაცვის დანახარჯები (ეფექტურობა), განახორციელოს მაკოორდინირებელი ქმედებები და გაზარდოს გულისხმიერება, ამაეე დროს, შეამციროს არასასურველი ეფექტები დაკავშირებული უთა ნასწორობასთან, სამდივნო დახმარების მიღებაში.

ამავე დროს, ჯანდაცვის მომსახურების ტექნოსტრუქტურების სწრაფმა ზრდამ შეუქცევადად შეცვალა სამედიცინო პრაქტიკის კურსი და ჰოსპიტალური და სპეციალისტების მომსახურება დომინანტური გახადა.

ვერც ერთი ქვეყანა ვერ გაექცევა კონფლიქტის მზარდ მოთხოვნებს, ჯანდაცვის ღირებულებებსა და საზოგადოების შესაძლებლობებს შორის. პირველად ჯანდაცვაზე არჩევანის გაკეთება არა მარტო მის ნაკლებ ფასთანაა დაკავშირებული, არამედ მის პოტენციალთან, - კოორდინირება და ხელმძღვანელობა გაუწიოს მიღწევადობის უწყვეტ, ხანგრძლივ მოვლას, ქრონიკული დაავადებების, ეკონომიკური და სოციალური უთანასწორობის, მავნე ზემოქმედების შემცირებას ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

პირველად ჯანდაცვას გავლენა აქვს მომსახურების ხარისხზეც, სისტემის ხარჯებზეც, ფასებზეც, და, ზოგადად ჯანმრთელობის შედეგებზეც. პირველად ჯანდაცვაში ზოგადი პრაქტიკოსების საქმიანობის ეფექტურობის შეფასებისას, აღმოჩნდა, რომ:

1/ მაღალია პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ექიმებზე ხელმისაწვდომობა, რამაც ხელი შეუწყო ჯანდაცვის გაუმჯობესებას მრავალი პარამეტრის მიხედვით და სამედიცინო მომსახურების მოხმარების შემცირებას, თავის მხრივ, ამ უკანასკნელმა გამოიწვია ფასების შემცირება ჯანდაცვის სისტემაში (შეამცირა ფასების ზრდის ტემპები).

2/ სხვა სპეციალისტებთან შედარებით, ზოგად პრაქ-

ტიკოსებს ერთდროულად მეტი დაავადებებისას, შეუძლიათ დახმარების გაწევა,იაფად და იგივე ხარისხით.

3/ ზოგადი სპეციალისტების წამყვანი როლის გამო, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზება მოხდა დდი გზის გავლის შემდგომ რამაც,გავლენა იქონია შედეგებზე და გაზარდა კომპენსაციის,კაპიტაციის,ჯგუფური პრაქტიკის,პერსონალური უწყვეტობის ეფექტები. ზოგად პრაქტიკოსებს უნარი აქვთ იგივე შედეგებს მიაღწიონ,რასაც აღწევენ სხვა სპეციალისტები. ხშირი ვიზიტებისა და ჩარევების გამო, ისინი პაციენტს ხვდებიან, ამიტომ შესაძლებლობა აქვთ დააგროვონ საჭირო გამოცდილება და შეინარჩუნონ უკვე შეძენილი უნარჩვევები.

ნებისმიერი მოდელი (რომელიც არ უნდა აირჩიოს ქვეყანამ), უნდა იყოს პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული, მოიცავდეს ზოგადი პრაქტიკოსების მეტ-ნაკლებად წამყვან როლს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ჰოსპიტალური სექტორის მომსახურების თანმხვედრ ოპტიმიზებას.

პირველადი ჯანდაცვის ბირთვია: ა/ ზოგადი პრაქტიკოსები. ბ/ ექთნები გ/ ფარმაცევტები დ/ მენეჯერები ე/ დამხმარე პერსონალი და ვ/ სხვა სპეციალისტები. ზოგადი პრაქტიკოსი(ოჯახის ექიმი) ექიმი სპეციალისტია მომზადებული დისციპლინების პრინციპების თანახმად.

ზოგადი პრაქტიკოსები ახორციელებენ თავის პროფესიულ საქმიანობას ჯანმრთელობის ხელშეწყობით, დაავადებათა პრევენციით, მედიკამენტების უზრუნველყოფით, ხანგრძლივი ზრუნვითა და დაავადების შემსუბუქებით.

პრობლემების 90%- ზე მეტი მოცულია ზოგადი პრაქტიკოსების მიერ.

ზოგად პრაქტიკოსებს იყენებენ „ბარიერად", რათა არ დაუშვან ჯანმრთელი ხალხის არასაჭირო ვიზიტები სპეციალისტებთან და გადაუგზავნონ სპეციალ-

ისტებს დააეადებათა მაღალი პრევალენტურობის „გაფილტრული''' მოსახლეობა.

სპეციალისტების დიაგნოსტიკური საქმიანობა მოიცავს ეჭვების შემცირებას, ალბათობების შესწავლასა და შეცდომების აღნუსხვას. ზოგადი პრაქტიკოსების დიაგნოსტიკური საქმიანობები კი მოიცავს ეჭვების გაჩენას, შესაძლებლობების შესწავლასა და საშიშროებების აღნუსხვას.

მოსახლეობისათვის, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, მხოლოდ საჭირო ცოდნისა და გამოცდილების მქონე ზოგადი პრაქტიკოსი,რომელიც პასუხს გასცემს მოთხოვნების 95% და საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტების დაახლოებით 6% გადაუგზავნის სპეციალისტებს, იშვიათი პათოლოგიებისა და ნატიფი დიაგნოსტირების საჭიროების შემთხვევაში, სამკურნალო პროცედურების ჩასატარებლად.

ექთნები თანამედროვე ჯანდაცვის "ხერხემალი", უმრავლესი სერვისების გამწევნი ფარმაცევტები–მედიკამენტები(რაციონალური ხარჯვა) სამედიცინო დანიშნულების საგნების მიმწოდებელნი.

მენეჯერები – მაორგანიზებელი რგოლი, აქტივების, ადამიანური და ფიზიკური რესურსების მართვა, საფინანსო საქმიანობა, შესყიდვები. პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერები პროფესიონალები არიან, რომლებიც ხელმძღვანელობენ და ახორციელებენ პირველადი ჯანდაცვის პროცესის ორგანიზებას.:

მენეჯერები შეიძლება იყვნენ ფინანსების, მარკეტინგისა და ადამიანური რესურსების სპეციალისტები. მენეჯერები, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ფიქრობდნენ საქმიანობის ორგანიზაციაზე და აქედან გამომდინარე, ზრუნვა უხდებათ:

-ხელმძღვანელობაზე;

-სტრატეგიაზე;

-სისტემაზე;
-მოლაპარაკებებზე;
-გუნდურ მუშაობაზე, ორგანიზაციის ეკონომიკურსა და ფინანსურ განვითარებაზე.

მენეჯერებს შეუძლიათ დაგეგმვისას ითანამშრომლონ ფარმაცევტების ჯგუფებთან, რომლებიც ხელს შეუწყობენ მედიკამენტების რაციონალურ ხარჯვას.

პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტი განვითარების ადრეულ სტადიაზე იმყოფება.

პირველადი ჯანდაცვის სხვა მუშაკები
სტომატოლოგები, სოციალური მუშაკები, ფიზიოთერაპევტები, თერაპევტები,
გუნდური მუშაობა
ჯგუფური პრაქტიკა
"ყველა გუნდი არის ჯგუფი, მაგრამ ყველა ჯგუფი არ არის გუნდი".

გუნდური მუშაობის პრინციპები, სულ უფრო მნიშვნელოვანი ხდება პაციენტებისათვის, იმიტომ, რომ იგი საშუალებას აძლევთ, ერთდროულად რამდენიმე სპეციალისტის უნარჩევევებით ისარგებლონ.

მოქმედი პირები პირველადი ჯანდაცვის სისტემებში

1/ პაციენტები (ან მათი ოჯახები),მომსახურების მომხმარებელი მოსახლეობა (საზოგადოება ფართო გაგებით),

2/ მომსახურების გამწევნი და დაწესებულებები: ჯანდაცვის ცენტრები და საავადმყოფოები (ზოგი პირდაპირ ამყარებს კონტაქტს პაციენტთან, ზოგს ხელი მიუწვდება პირველი კონტაქტის მომწოდებლებთან; და მომავალ მომწოდებლებთან).

3/ სასწავლო და სამეცნიერო დაწესებულებები.

4/ ჯანდაცვის ინდუსტრია (საკონსულტაციო-დიაგნოსტიკური,ფარმაცევტული და ტექნოლოგიური ინდუსტრია)

5/ ჯანდაცვის ფინანსისტები და დამზღვევები;

6/ მთავრობის წარმომადგენლები (საერთაშორისო, ეროვნული, რეგიონული და ადგილობრივი);

არაფორმალური ძალაუფლება, მთავარი მოქმედი პირების მთავრობის, დამზღვევებისა და სპეციალისტების ხელშია; არაფორმალური ძალაუფლების ძირითადი წყაროა:

1/ საკუთრება და ფინანსური რესურსები;

2/ ცოდნისა და ინფორმაციული რესურსები;

3/ სოციალური და პოლიტიკური მხარდაჭერა.

პ.ჯ.დ.-ს რეფორმამ უნდა უზურნველყოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება:

1/ გაზარდოს ზოგადი პრაქტიკოსების როლი.

2/ ზოგადი პრაქტიკოსების (მომსახურების პაკეტის) და სხვა პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლების პროფილის გაფართოება,

3/ მოახდინოს პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული რესურსების ცვლილებებისა და სისტემის კონტროლის სტიმულირება, რომელიც აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის წამყვანი როლის განსაზღვრაში.

1996 წლის ჯანდაცვის რეფორმის შესახებ ლუბლიანას ქარტია, გამიზნული იყო ჯანდაცვის სისტემის სპეციფიკურ კონტექსტში რეფორმირებისათვის. მ-სოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ევროპული რეგიონის 49 წევრმა მოიწონა **ქარტიის ძირითადი დებულებები.**

ჯანდაცვის სისტემა უნდა იყოს:

1) მართული ფასეულობებით,

2)გათვლილი ჯანმრთელობაზე,

3)კონცენტრირებული მოსახლეობაზე,

4)ფოკუსირებული ხარისხზე,

5)დაფუძნებული სწორ ფინანსირებაზე,

6)პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია ხაზს უსვამს პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობას, რადგან მიაჩნია რომ იგი ყველაზე უკეთ ერგება მოსახლეობის, დამზღვევების, მომწოდებელთა ჯგუფებისა და პოლიტიკის შემქმნელთა ინტერესებს.
ამავე დროს:

ა/ როცა საქმე ეხება ჯანდაცვის დაგეგმვის პროცესებს პირველადი ჯანდაცვის სამეცნიერო ბაზა ხარჯთეფექტურობის შესახებ ძალზე მწირია.

ბ/ მრავალი ჩარევა ზოგადი პრაქტიკოსების დღიურ საქმიანობებში, მოკლებულია სამეცნიერო საფუძველს.

გ/ პირველადი ჯანდაცვის არსი უფრო ფართოა, ვიდრე მოსახლეობის საჭიროებებზე მარტივი რეაგირება.

დ/ ზოგადი პრაქტიკოსების ძირითად ფუნქციად რჩება - უპასუხონ ინდივიდუალური პაციენტების ჩივილებს.

ზოგადი პრაქტიკოსების ანაზღაურების ძირითადი მეთოდებია, კაპიტაციის მეთოდი, ხელფასები და გაწეული მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურება.

"ბევერიჯის" სისტემის მქონე ევროპის ქვეყნებში, გადახდა ძირითადად, **ხ ე ლ ფ ა ს ე ბ ი ს** და **კ ა პ ი ტ ა ც ი ი ს** საშუალებით ხდება, მაშინ როცა "ბისმარკის" სისტემის მქონე ქვეყნებში, ჭარბობს **გ ა წ ე უ ლ ი მ ო მ ს ა ხ უ რ ე ბ ი ს** შესაბამისი ანაზღაურების მეთოდი (ირლანდიისა და ჰოლანდიის გამოკლებით, სადაც ზოგადი პრაქტიკოსების ანაზღაურება კაპიტაციის მეთოდით ხდება).

ქვეყნების უმრავლესობას გადახდის შერეული მეთოდები აქვთ, მაგრამ ის ქვეყნები, სადაც გადახდის დომინანტური საშუალებაა გაწეული, მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურებაზე, თითქმის არასოდეს იყენებენ გადახდის შერეულ მეთოდებს.

ანაზღაურების სამიეე სახე სხვადასხვა წახალისებებით უზრუნველყოფას ითვალისწინებს. კაპიტაციის საშუალებით, ზოგადი პრაქტიკოსები იღებენ ანაზღაურებას, ყოველი რეგისტრირებული პაციენტისათვის. კაპიტაცია ვარაუდობს, ექიმების წახალისებას შემოსავლის გაზრდით, პაციენტის მიერ გადასახდელი ფასების შენარჩუნებას, ერთი სული მოსახლის საფასურზე ნაკლებ.

ზოგადი პრაქტიკოსები, რომელთაც ხელფასებს უხდიან, ანაზღაურებას, ძირითადად, ყოველთვიურად იღებენ, იგი გამოთვლილია ყოველწლიური, საყალდებულო სამუშაო საათების რიცხვიდან.

ხელფასების გადახდის სისტემა მიზნად ისახავს პაციენტების მიერ გადასახდელი ფასის მინიმუმამდე დაყვანას;

გაწეული მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურება ნიშნავს, რომ ზოგადი პრაქტიკოსები საფასურს იღებენ ყველა მანიპულაციისა და შესრულებული პროცედურისათვის (კონსულტაცია, იმუნიზაცია, დანიშნულების გაცემა და სხვა), რადგან ანაზღაურება უკავშირდება გამომუშავებას, ზოგადი პრაქტიკოსები დაინტერესებულები არიან გამომუშავება მაქსიმალური იყოს (გაიზარდოს ქმედებების რაოდენობა). როდესაც ექიმები სრულიად დააკმაყოფილებენ მოლოდინს, რომელსაც ანაზღაურების ზემოთ ხსენებული სახეობები ითვალისწინებენ, ხელფასებითა და კაპიტაციის მეთოდით ანაზღაურება მკურნალობას იქნება დაქვემდებარებული, ხოლო გაწეულ მომსახურებაზე დამოკიდებული ანაზღაურება მოხმარდება მკურნალობის გარდა გაწეული მომსახურების ანაზღაურებას.

ხელფასებისა და კაპიტაციის მეთოდით გადახდის შემთხვევაში, ზოგადმა პრაქტიკოსებმა იციან თანხის რაოდენობა, რომელსაც მათ გადაუხდიან (პერსპექტიული);

გაწეული მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურების დროს თანხის ოდენობა გაწეული მომსახურების შემდგომ,

ხდება ცნობილი (რეტროსპექტიული ანაზღაურება).

ანაზღაურების სისტემა მოქმედებს ზოგადი პრაქტიკოსების სამუშაოს არჩევასა, და მათ სამუშაო ადგილებზე დატოვებაზე. შემოსავლის ვარიაბელობა ხელფასის დროს ნაკლებია, ვიდრე კაპიტაციისა და გამომუშავების დროს. მაგალითად, იმ რეგიონებში, სადაც მოსალოდნელია მცირე შემოსავალი, ზოგადი პრაქტიკოსები მეტი ენთუზიაზმით დათანხმდებიან ხელფასიან სამუშაოებზე მუშაობას.

პრაქტიკა ადასტურებს, რომ ზოგადი პრაქტიკოსები, ვისაც გაწეული მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურება აქვთ, გაცილებით მაღალი ხარისხის პირველად დაცვას ახორციელებენ, ვიდრე ზოგადი პრაქტიკოსები, ვისაც ხელფასის ან კაპიტაციის საშუალებით აქვთ ანაზღაურება. თუმცა, იქ, სადაც კაპიტაციის მეთოდებია გავრცელებული, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ჯანდაცვის ბიუჯეტის კონტროლირება უკეთესია.

ანაზღაურების მოქმედების შესახებ კვლევები ჯანდაცვის გამოსავლებზე, დამაჯერებელი დასკვნების გაკეთების საშუალებას არ იძლევა.

ასევე არ არის გამოკვლეული, თუ რა კავშირშია ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა საჭიროებების დროს, ანაზღაურების სხვადასხვა სახეობასთან. კვლევები ცხადყოფს, რომ მოსახლეობის კმაყოფილება ერთნაირია ზოგადი პრაქტიკოსების ხელფასით ანაზღაურებისა და გაწეული მომსახურების შესაბამისი ანაზღაურების შემთხვევაში.

მტკიცებულებები ანაზღაურების სისტემების მოქმედების შესახებ იმდენად მყარი არ არის, რომ განხილული და გამოყენებული იყოს პოლიტიკის კონტექსტში.

ზოგადად, კვლევების ნაკლებობა ნიშნავს:

V რომ პოლიტიკის შემქმნელებს, არ გააჩნიათ სახელმძ-

ღვანელო პრინციპები ანაზღაურების სისტემების შესახებ,
2/ რომ ხშირად, შეხედულებები განსხვაებული ანაზღაურების სისტემების დამსახურებებზე, დიდი იდეოლოგიით მართული აბსურდია.

პოლიტიკოსები და ხანდახან ეკონომისტებიც ეთანხმებიან იმ აზრს, რომ ანაზღაურების გზები მოქმედებს ზოგადი პრაქტიკოსების ქცეებზე. არსებობს დამადასტურებელი ფაქტები, რომ მტკიცე ეთიკურ სისტემას შეუძლია გააბათილოს ან სრულიად გააქროს ექიმების ეკონომიკური სტიმულები, ფასიანი დიაგნოსტიკისა და თერაპიული მკურნალობის გზით ხელოვნურად გაიზარდონ შემოსავალი.

12.5 კაპიტაციის მეთოდი

ანაზღაურება ერთ სულ მოსახლეზე გაწეული სამედიცინო მოქმედებებისათვის. კაპიტაციის მეთოდის თეორიული შესაძლებლობებია:
1/ ექიმებმა შეიძლება მოახდინონ ჭარბი რეფერალები;
2/ მეთოდი მოიცავს ზოგად პრაქტიკოსებში პრევენციული შეხედულების ჩამოყალიბებას, რომ იგი გამოიმუშავებს მეტს, თუ მის პრაქტიკაში მეტი ავადობის აღრიცხვასა და მკურნალობას ექნება ადგილი.
3/ადმინისტრაციული პროცესები უფრო მარტივია.
4/ განხორციელებული მომსახურების ფასეულობა უმნიშვნელოა და შემოსავალი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენმა ადამიანმა მოისურვა მის პაციენტთა სიებში ჩაწერა (მოსახლეობა ექიმებზე მეტად დიდ როლს თამაშობს სპეციალისტების შემოსავლის განსაზღვრაში).
5/ კაპიტაციას ბუფერული მოქმედება აქვს ექიმებს შორის კონკურენციის წინააღმდეგ.
6/ პაციენტთა სიები გაურკვეველ ურთიერთობებს აფუძნებს, არა მარტო მომხმარებლებთან, არამედ სხ-

ებთანაც (რაც საშუალებას იძლევა, საჭიროების შემთხვევაში იმ პირებთან კონტაქტების შესაძლებლობას, რომელიც არ არის პაციენტთა სიებში).

იმის გამო, რომ პაციენტთა სიები დაკავშირებულია მეტი პაციენტის მოცვასთან, იგი ასოცირდება ზოგადი პრაქტიკოსების გეოგრაფიულ განთავსებასთან.

ზოგად პრაქტიკოსებს, როგორც უკვე ითქვა, ეკონომიკური დაინტერესება გააჩნიათ, რომ შეინარჩუნონ პაციენტთა მაქსიმალური რაოდენობა. ამ თვალსაზრისით, წამყვანი მნიშვნელობა აქვს პაციენტთა კმაყოფილებას. რადგან უკმაყოფილება გამოიწვევს პაციენტთა რიგებში მყოფთა რაოდენობის შემცირებას.

ევროპულ ქვეყნებში, ზოგადი პრაქტიკოსების პაციენტთა სიების რაოდენობის შენარჩუნება სხვადასხვაგვარად ხორციელდება. მაგ, ჰოლანდიაში, ზოგადი პრაქტიკოსები, დაავადებათა ფონდებიდან იღებენ, 1600 სახელმწიფო დაზღვეულზე სრულ ტარიფს, ხოლო ამ რაოდენობის გადაჭარბების შემთხვევაში, იღებენ ნაკლებ ტარიფს. ზოგად პრაქტიკოსებს შეუძლიათ ამოირჩიონ "იოლი" ავადმყოფები და არ დაინტერესდნენ "რთული" პათოლოგიებით, მაგრამ უმეტეს ქვეყნებში, მაგ ესპანეთში ფასები დამოკიდებულია სოციალურ მდგომარეობაზე, ასაკზე (0-1 და >65 წელზე), და გეოგრაფიულ მდებარეობაზე.

ზოგადი პრაქტიკოსების კაპიტაციის მეთოდით გადახდა არ უნდა იქნას არეული კაპიტაციასთან,რომელიც ხორციელდება ჯანდაცვის ორგანიზაციებში, როგორც ამერიკასა და შეიცარიაში და, რომელსაც ახორციელებდნენ დიდ ბრიტანეთში, ადრე არსებული ფონდების მფლობელები. რაღა თქმა უნდა გარკვეული მსგავსება არის ამ ორ კაპიტაციის მეთოდს შორის,მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ექიმების ანაზღაურება მსგავსი გზით ხდება.

კაპიტაცია ანაზღაურების ერთ-ერთი სახეა (იგი ყოველთვის არის ერთ-ერთი, როდესაც ანაზღაურების შერეული სახეობა გვაქვს).

კაპიტაციის საშუალებით გამოითვლება დანიასა და ირლანდიაში (დაბალი კლასის მომსახურება), იტალიაში, ჰოლანდიასა და ესპანეთში (მთლიანი ხელფასის 10%) და დიდ ბრიტანეთში, ფინეთში, ნორვეგიასა და შვედეთში მოქმედებს (ექსპერიმენტული) ექიმთა პერსონალური პროგრამა, რომელიც ახორციელებს ერთ სულ მოსახლეზე დაფუძნებულ ანაზღაურებას.

კაპიტაცია გულისხმობს პაციენტის სიებსა და „მეკარიბჭის" როლს. "მეკარიბჭეობა" დაკავშირებულია ეფექტურობასთან, რადგან იგი ზღუდავს არასაჭირო და ძვირიანი სპეციალისტების მომსახურების ზედმეტ გამოყენებას, მაშინ, როცა, პაციენტების რეგისტრაციის მიზანია პრაქტიკოსებზე პასუხისმგებლობების დაკისრება.

კაპიტაციის მეთოდით გადახდა შეიძლება გამოყენებული იყოს ექთნებზეც, როგორც ეს ესპანეთში ხდება, სადაც ექთნებს ვარიაბელური ანაზღაურება აქვთ ჯანდაცვის ცენტრში რეგისტრირებული პაციენტების საერთო რაოდენობის გათვალისწინებით.

კაპიტაცია ასოცირდება მძლავრ პირველად ჯანდაცვასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოსწორებასთან.

12.6 ხელფასი

ექიმებს შეუძლიათ მომსახურების პერსონალური ღირებულების მინიმუმამდე დაყვანა:

1/ დაბალი რისკის პაციენტების შერჩევის,

2/ რეცეპტების გამოწერის,

3/ გადაგზავნების წარმოების (რეფერალი),

4/ კონსულტაციის დროის შემცირების საშუალებით, თეორიულად, ხელფასების შემთხვევაში, ოპტიმალური

სამედიცინო მომსახურების გაწევა დამოკიდებულია პერსონალზე და არ რეგულირდება ანაზღაურების მექანიზმით. ამ შემთხვევაში, შეფასება ხდება კოლეგიალური მსჯელობითა და არა პაციენტის კმაყოფილებით.

კმაყოფილების დამკვიდრებას უბიძგებს დამატებითი („შავი ფული" „ჯიბიდან") გადახდა, აჩქარებს უსრუნველყოფის პროცესებსა და ზრდის სასურველი მომსახურების შესაძლებლობას.

სახელფასო სისტემა, ადმინისტრაციული ჩართულობის თვალსაზრისით, უფრო მარტივია, ვიდრე სხვა სისტემები. სპეციალისტების გეოგრაფიული გადანაწილება ყოველთვის მეტყველებს ცენტრალური დაგეგმვის მართებულობაზე.

არ არსებობს პირველადი ჯანდაცვის საუკეთესო მოდელი, რომლის კოპირებაც შესაძლებელია. პირველადი ჯანდაცვის განხილული მოდელები, შესაძლოა დაგვეხმაროს ძირითადი საკითხების გაგებაში. მაგრამ არასაკმარისი ინფორმაციის შემცველი ჯანდაცვის პოლიტიკის კანონების გამზადებული პაკეტი, რომელიც დაბოლოვდება კარგი პირველადი ჯანდაცვის სისტემით. ყველა ქვეყანამ უნდა ამოირჩიოს საკუთარი გზა, თავისი ისტორიის, კულტურის, სიმდიდრისა და სოციოპოლიტიკური გარემოს გათვალისწინებით. მიმოხილვა ნებას გვაძლევს ვივარაუდოთ:

1.პირველადი ჯანდაცვა, ჯანდაცვის სისტემის ფუძეა. მაგრამ პირველადი ჯანდაცვის სამეცნიერო ბაზა ღარიბია, ფასების შეღავათიანობის, კონკურენტუნარიანი ალტერნატივების მტკიცებულებების მიმართ.

2.ზოგადი პრაქტიკოსები, პირველად ჯანდაცვაში, უკეთესი რეპუტაციისა და ავტორიტეტისანი, წამყვანი რგოლია სხვა სპეციალისტებთან შედარებით. ექთნების, მენეჯერებისა, და კადრის სხვა წევრების

პოზიციები უფრო სუსტია, რაც გარკვეულწილად, შეფასებაა მათი მნიშვნელოვნებისა და რეპუტაციისა.
3.ძალზე ცოტაა ცნობილი პტაქტიკის ორგანიზების, ანაზღაურების, სამუშაო ძალის დაგეგმვის განსხვავებული გზების მოქმედებებზე. ზოგად პრაქტიკოსებს ესაჭიროებათ მინიმალური დატვირთვა, იმისათვის, რომ შეინარჩუნონ თავიანთი ცოდნა და გამოცდილება. ზოგან - ზოგადი პრაქტიკოსების ექთნებით ჩანაცვლება, თანასწორობასა და უკეთესი ჯანმრთელობის შედეგებს იძლევა.
4.ზოგადი პრაქტიკოსები, სხვა სპეციალისტებთან შედარებით, ერთდროულად ზრუნავენ მრავალი სხვადასხვა დაავადების შემთხვევაში, ისე, რომ ხარისხს არ აფუჭებენ და ხშირად მათი მომსახურება ნაკლები ღირს. ზოგადი პრაქტიკოსების „გეით ქიფერობას" ყველაზე ნეგატიური წინასწარი შეფასება ჰქონდა, რომელიც მეცნიერულად არ დადასტურდა (რადგან ისინი გარკვეულწილად „ფილტრავენ" სპეციალისტებთან კონტაქტის სურვილის მქონე მოსახლეობას). სპეციალისტებს, პირიქით, წინასწარ საკმაოდ მაღალი შეფასება ქონდათ, რადგან დაავადებათა მაღალი პრევალენტურობის მდგომარეობებში მუშაობენ.
5. არაფორმალური პოლიტიკური ძალაუფლება ექსი ძირითადი პარტნიორის - მთავრობის, დამზღვევების, სპეციალისტების, პაციენტების, სასწავლო და კვლევითი დაწესებულებებისა და ჯანდაცვის ინდუსტრიის დაჯგუფების ხელშია.

ძირითადი წყარო არაფორმალური პოლიტიკური ძალაუფლებისა არის: საკუთრება და ფინანსური რესურსები, განათლება და ინფორმაციული რესურსები, სოციალური და პოლიტიკური მხარდაჭერა.

ერთობლიემა მოქმედებამ შეიძლება შეცვალოს ჯანდაცვის პოლიტიკა ორი გზით: ურთიერთქმედების

შესახებ კანონების მოდიფიკაციითა და რესურსების განთავსებისა და გადანაწილების საშუალებით. 5.ევრო გაერთიანებაში ოთხი ქვეყანაა, რომელთაც ძლიერი ზოგადი პრაქტიკა და სოციალური დაფასების, საკმარისი ანაზღაურების, მაღალი წარმომადგენლობითობის, კარგი განათლებისა და კვლევისა თუ სხვა სპეციალისტებთან კარგი თანამშრომლობის პოზიტიური რგოლი გააჩნია. ეს ქვეყნებია დანია, ჰოლანდია, ესპანეთი და დიდი ბრიტანეთი.

12.7 რესურსებითა და კანონებით მხარდასაჭერი ათი ძირითადი ქმედება:

ა/სპეციალისტებზე ხელმისაწვდომობის ლიმიტირება და ზოგადი პრაქტიკოსებისათვის „გეით ქიფერობის" ზომიერი ფუნქციის მინიჭება.
ბ/ მაკოორდინირებელი ფუნქციის მხარდაჭერისა, და ბაზისური მახასიათებლების ხაზგასმა, როგორიცაა: კოორდინაცია, ხანგრძლივობა და მასშტაბურობა.
გ/საჭირო რაოდენობის ფინანსური და სამედიცინო რესურსების მობილიზაცია განთავსებაჯრაც პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებს საშუალებას მისცემს უპასუხონ პაციენტთა მეტ ზოგად პრობლემას - ქრონიკული დაავადებები და მოსახლეობის ავადობა (გადაჭრან პაციენტთა მთელი რაოდენობის 90%-ის პრობლემები პირველადი ჯანდაცვის კომპეტენციის ფარგლებში).
დ/კაპიტაციის მეთოდის, როგორც ანაზღაურების მეთოდის, დაფუძნება (ფულადი წახალისება, სტიმულირება) პაციენტთა სიის შემოღება (შესაძლებლობა იმუშაო საზოგადოებასთან).
ე/ პირველადი ჯანდაცვის პროფილის გაფართოება.
ვ/ გადაწყვეტილებების მიღების დამოუკიდებლობა (დეცენტრალიზაცია), პროფესიული ქსელების შექმ-

ნის ტოლფასი მხარდაჭერა.
ზ/ სავალდებულო პროფესიული სწავლება პ.ჯ.დ.-ში).
თ/ განათლების პროდუქტირებისა და გაერცობის ხელშეწყობა.

ზოგადმა პრაქტიკოსებმა, თვითონ უნდა შეძლონ მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღება, პაციენტთა ნებისმიერ პრობლემასთან დაკავშირებით. ზოგად პრაქტიკოსებს სპეციალისტების მსგავსი, ან უკეთესი ხელფასები უნდა ჰქონდეთ, ამიტომ მათ უკეთესი გამოცდილება და სამეცნიერო ბაზაზე დაყრდნობილი ცოდნა მოეთხოვებათ. ეს ზოგადი პრაქტიკის სპეციფიკური მახასიათებელია.
&/ ზოგად პრაქტიკოსთა ასოციაციები არაფორმალური პოლიტიკური ძალაუფლება და რეპუტაცია.

ამ მდგომარეობას განაპირობებს თორმეტი ძირითადი მიზეზი:
ა/ პროფესიული დამოუკიდებლობა;
ბ/ ყოველდღიურ პრაქტიკაში პირველი კონტაქტის უფლების მონოპოლიზების სამეცნიერო დასაბუთება;
გ/მულტიდისციპლინარული ჯგუფების არსებობა;
დ/ ფართო პოლიტიკური დავალებები;
ე/ ცოდნის (კვლევების) პროდუქტირება;
ვ/ ინფორმაციული კონტროლი (დაბალი და მაღალი ტექნოლოგიების გამოყენების საშუალებით);
ზ/ეროვნული ჯანდაცვის ფასებზე კონტროლი, ზეგავლენა;
თ/ ჯანდაცვის ინვერსიული (სრულად აღსაქმელი) კანონის რიევრსიის (ცვლილებების) ხელშეწყობა;
ი/მოსახლეობის კმაყოფილება;
კ/ ლობირება (არა მარტო გამომუშავების საკითხების მიმართ);
ლ/ ადგილობრივი ზოგადი პრაქტიკოსების, თვითმაკოორდინირებელი მმართველობის ხელშეწ-

ყობა, ქსელების მსგავსი მოწყობის საშუალებით; მ/სამედიცინო განათლების უწყვეტობის განვითარება და ხელახალი აკრედიტაციის ხელშეწყობა.

10. კვლევები არაფორმალური პოლიტიკის წყაროა, რადგან ისინი ზრდის ცოდნისა და ინფორმაციის რესურსებს. ეროვნული და საერთაშორისო, სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციები ეხმარებიან კვლევებს, ფონდებისა და ბაზისური ნიმუშების წარმოებით, მაგალითად, როგორიცაა კლასიფიკაციები და სხვა.

11. პრობლემები. სუსტი კოორდინაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებთან, საავადმყოფოებთან და სოციალურ სექტორთან.

პასუხები თანმხლები ავადობის პრობლემურ საკითხებზე.

12. ღარიბთა ჯანდაცვად აღიქმა: შეძლებული მოსახლეობა ირჩევს სპეციალისტთა მომსახურებას.

ზემოთ მოყვანილი დასკვნები, საერთო სიტუაციის გარკვეულ კონტურებს ქმნის, სადაც პირველადი ჯანდაცვა წამყვანია ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და დაბალანსების თვალსაზრისით.

ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის განვითარების უზრუნველსაყოფად ხელისუფლებამ და პროფესიულმა ასოციაციებმა, უნივერსიტეტების ჯანდაცვის სკოლების, სამეცნიერო-კვლევითი, დამზღვევ ორგანიზაციათა, პაციენტებისა და ჯანდაცვის ინდუსტრიის მეშვეობით, ამ პროცესებს აქტიურად უნდა შეუწყონ ხელი.

მრავალი კრიტიკული კითხვა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების საკითხთან დაკავშირებით კვლავაც უპასუხოდ არის დარჩენილი.

ყოველივე ამას მივყავართ დასკვნამდე, რომ არცერთმა ქვეყანამ არ უნდა ისარგებლოს მეორის მაგალითით, როგორც რეცეპტით. გადაწყვეტილებების მიღება მოქმედი პირებისა და დაინტერესებული მხარეების ძირითადი კომპეტენციაა.

12.8 თანამედროვე პირველადი სამედიცინო მზრუნველობის საფუძვლები.

ცნება "პირველადი სამედიცინო მომსახურება", "პირველადი ჯანდაცვა" ტრადიციულად გამოიყენებოდა პაციენტის პირველი კონტაქტის აღსანიშნავად ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან. ამ გაგებით ის აერთიანებს მომსახურებას, რომელსაც მოსახლეობას უწევს ჯანდაცვის პერიფერიული სამსახური ზოგადი პროფილის ექიმების, მედდებისა და დამხმარე სამედიცინო მუშაკების მეშვეობით. 1978 წელს ქ. ალმა-ათაში პირველადი სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო კონფერენციაზე ამ ცნებას დაემატა ორი სხვა მნიშვნელობაც: **ძირითადი სამედიცინო მომსახურება,** რომელიც სულ ცოტა რვა ელემენტისაგან შედგება და **სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა,** რომელიც სამართლიანი მიდგომით, დარგთაშორისი საქმიანობითა და ჯანდაცვის პროცესში მოსახლეობის აქტიური მონაწილებით ხასიათდება.

პირველადი სამედიცინო მზრუნველობა – გულისხმობს გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა კონტროლს, რაციონალურ, სამედიცინო (პროფილაქტიკურ) განათლებას, ბაზისური მედიკამენტებით (ძირითადი წამლებით) უზრუნველყოფას, იმუნიზაციას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონტროლს, გავრცელებული დაავადებებისა და ტრავმების პრევენციასა და მკურნალობას, ხარისხიანი სასმელი წყლით უზრუნველყოფის ხელშეწყობასა და ძირითადი სანიტარიული ნორმების კონტროლს.

პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) - არის ზოგადი, უწყვეტი კოორდინირებული პერსონალური დახმარება. გულისხმობს ზოგადი პრაქტიკის, (ოჯახის) ექიმის პასუხისმგებლობას დიაგნოსტიკისა და მკურნალო-

ბის ვიწრო ტექნოლოგიურ ჩარჩოებში, პრევენციას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებას, ფსიქოლოგიურ გამოკვლევას, ინფორმაციის მოპოვებას დაავადების, მისი პრევენციისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ დიაგნოსტიკა და დასაბუთებული მკურნალობა კვლავაც გარკვეულ ძალისხმევას საჭიროებს, სხვა ამოცანები, რომელიც პირველად ჯანდაცვას ეკისრება, ასევე უდიდეს მნიშვნელობას იძენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაში.

პირველადი ჯანდაცვის კლინიკური შინაარსით განსაზღვრა უმთავრესად ითვლება, თუმცა არსებობს სხვა დეფინიციებიც ორგანიზაციული, ფუნქციური, პროფესიული და აკადემიური პერსპექტივების თვალსაზრისით. ჯანდაცვის ორგანიზატორები პირველად ჯანდაცვას "ჰოსპიტალის გარეთ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების" დონედ მიიჩნევენ. შესაბამისად პირველადი ჯანდაცვის (თემის, უბნის დონეზე) სამსახური უფრო დაბალტექნოლოგიური დახმარებაა, ვიდრე მეორეული (კონსულტანტი და სპეციალისტი) და მესამეული ჯანდაცვა (ჰოსპიტალური მომსახურება). ამგვარი დახმარება უზრუნველყოფს საზოგადოებრივი (სახელმწიფო) რესურსების ჯანდაცვის სამსახურებს შორის რაციონალურ განაწილებას განსაზღვრული პროფესიული, ეკონომიკური, ინსტიტუციური და პოლიტიკური სტრუქტურისა და პასუხისმგებლობის სახით. პროფესიული თვალსაზრისით პირველადი ჯანდაცვა ეფუძნება ჰუმანიზმის პრინციპებს, მოიცავს სპეციალურ პროცედურებსა და მეთოდებს. ასეთი განსაზღვრა გამოსადეგია პროფესიის მხოლოდ ერთი სეგმენტისათვის (მაგალითად, ზოგადი პრაქტიკა, საოჯახო მედიცინა). არსებობს კიდევ ერთ განმარტება,

რომელიც პირველად ჯანდაცვას მიიჩნევს აკადემიურ დისციპლინად, რაც გულისხმობს პიროვნულ პირველად სამედიცინო დახმარებას.მიუხედავად იმისა, რომ ზემოთ მოცემული განსაზღვრებები გარკვეულ პერსპექტივასა და ცალკეულ მიზნებს ასახავს,დამაჯერებლად გამოხატავს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ყოველდღიურ საქმიანობასა და ურთიერთობას პაციენტთან.

პერსპექტივიდან გამომდინარე,პირველადი ჯანდაცვის მიზნები შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად:

1)პირველადი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
2)ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
3)პაციენტის პერსონალური მხარდაჭერა დაავადების ყველა სტადიაში;
4)ინფორმაციის მიწოდება დიაგნოზის, მკურნალობის, პრევენციისა და პროგნოზის შესახებ;
5)ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება;
6)ავადობისა და ინვალიდობის პრევენცია დაავადების გამოვლენის, განათლების, ქცევის შეცვლისა და პრევენციული მკურნალობის გზით;
7)ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება.

ზემოაღნიშნული ამოცანების გადაწყვეტას ძირითადად ემსახურებიან პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ექიმები, ამდენად მათი საქმიანობა მოიცავს არა მარტო ექიმის ჩვეულებრივი მოვალეობის შესრულებას, არამედ საზოგადოებრივ ჯანდაცვით ღონისძიებებსაც, რომელიც მიმართულია დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მისი პროფილაქტიკისაკენ.

ორგანიზაციული თვალსაზრისით, ეს საქმიანობა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში უნდა განხორციელდეს.

ტერმინი **პირველადი ჯანდაცვა** – გულისხმობს საქმიანობას, სამსახურს, რომელსაც უნარი უნდა შესწევდეს

განახორციელოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ხელშემწყობი ღონისძიებები: მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება საჭიროების შესაბამისად, პროფილაქტიკა, პირველადი დიაგნოსტიკა,მკურნალობა,რეაბილიტაცია.

12.9 პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ამოცანები

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ძირითადი ამოცანებია:

პირველად მზრუნველობაზე დაფუძნებითინფორმაციის გაცვლითა და გლობალურ სიტუაციაში კონსენსუსისა და ტენდენციების ანალიზით ,განსაზღვროს საკუთარი ფუნქცია და როლი ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში;

მოახდინოს პრობლემების საჭიროებათა იდენტიფიცირება, დასახოს გზები მათ გადასაჭრელად; მოსახლეობის ცალკეულ ჯგუფებში რეკომენდაცია გაუწიოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე აქცენტების გაძლიერებასა და გაუმჯობესებაზე.

მიუხედავად დახმარების მოცულობისა, პირველადი ჯანდაცვის სამსახური უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების უმნიშვნელოვანესი უბანი (რაიონულ დონეზე), რომელიც მჭიდროდ ითანამშრომლებს სხვა სტრუქტურებთან.

სამსახურს დიდი მნიშვნელობა აქვს იმიტომაც, რომ იგი უნდა აგროვებდეს საჭირო ინფორმაციას ქვემოდან ზემოთ მიმართული დაგეგმვისა და გადაწყვეტილებათა გამოტანის მიზნით, ხელს უწყობდეს სხვა სექტორთა ჩართვას ამ პროცესში - პრიორიტეტების განსაზღვრაში, სამედიცინო ჩარევის საჭიროების დადგენაში. პირველადი ჯანდაცვის სამსახური მოსახლეობის მომსახურების სფეროს დინამიკური რგოლი უნდა იყოს. ამდენად, სწორედ ამ დონეზე შეიძლება

განხორციელდეს ისეთი ღონისძიებები, რომელთაც ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და გაუმჯობესების პროცესში მაქსიმალური სარგებლობის მოტანა შეუძლიათ მოსახლეობისათვის.

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.

რადგან პირველად ჯანდაცვის სამსახურის როლი, ფუნქცია და ორგანიზაცია დაკავშირებული უნდა იყოს, როგორც მთლიანად მოსახლეობისა, ასევე კონკრეტული ჯგუფების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან, მისი ფუნქციონირება და მართვა უნდა გაუმჯობესდეს და გაძლიერდეს მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების ხელშეწყობით და გათვალისწინებული სამუშაოს მოცულობა დაბალანსდეს აუცილებელ რესურსებთან.

12.10 განვითარების ძირითადი ამოცანები

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ადმინისტრაციული მოწყობის მიხედვით შესაძლებელია - ცენტრები) ფუნქციის განხილვა განსაკუთრებულ სიფრთხილეს მოითხოვს, რადგან უდიდესი პოტენცია-

ლის მიუხედავად, იმ ორგანიზაციული ფორმით, როგორითაც ისინი დღესაა წარმოდგენილი (სოფლის ამბულატორია, საფერშლო-საბებიო პუნქტი, ჯანპუნქტი), ხშირად ფუნქციონირებენ, როგორც მარტივი სამედიცინო დაწესებულებები.

სქემატურად პირველადი ჯანდაცვის სამსახური უნდა განთავსდეს რაიონული ჯანდაცვის სისტემის "შუაში", დაფინანსდეს იმ პირებისა და ორგანიზაციების მეშვეობით, რომელთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების პერსპექტივა დამოკიდებულია ჯანდაცვის სამსახურის ფუნქციონირების ხარისხზე; აუცილებელია აგრეთვე მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების თანადგომა. საზოგადოებაზე აქცენტირებული ფუნქცია უნდა განისაზღვროს არა ცალკეულ დაავადებულზე, არამედ ავადობის აღმოცენებისა და განვითარების ხელშემწყობი მიზეზების გაკონტროლებაზე.

ამდენად, პირველადი ჯანდაცვის სისტემას უნდა დაეკისროს ჯანდაცვის, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ფუნქციები, რათა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივ სამსახურებთან ერთად შეძლოს დახმარება გაუწიოს ლოკალურ საზოგადოებრივ ჯგუფებს, ითანამშრომლოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურთან, ჩაერთოს სოციალური დახმარების ქსელში, რომელიც შედგება ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და დაცვის მრავალი სტრუქტურისაგან. ეს სამსახურები შეიძლება ინტერსექტორული საქმიანობის წარმმართველი, ამასთან უმწეოთა და ლტოლვილთა ეფექტური დამცველი გახდეს.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის პროფილაქტიკური და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ფუნქციების დაკისრება არ ნიშნავს მკურნალობის ფუნქციების შეზღუდვას ან შემცირებას, პირიქით, ხშირად საჭიროა მათი ფუნქციების გაფართოება, რათა შესაბამისად

დაკმაყოფილდეს საზოგადოების მოთხოვნები. ისეთ სფეროებში, როგორიცაა ქრონიკული სნეულებანი, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვა, ფსიქიატრია, სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებები. არსებობს დიდი პერსპექტივა, რომ ჯანდაცვის ცენტრებმა წამოიწყონ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და განვითარებისათვის საჭირო ღონისძიებები, რომელიც ხელს შეუწყობს საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსის ფორმირებასა და ხანგრძლივად შენარჩუნებას.

პჯდ მიზანია სამკურნალო, პროფილაქტიკური, ჯანდაცვის განვითარებისა და გაუმჯობესებისათვის საჭირო ღონისძიებების თანმიმდევრული განხორციელება ჯანდაცვის ცენტრის მოქმედების არეალში საზოგადოების მოთხოვნილებების შესაბამისად.

დაკისრებული ამოცანების მოცულობა შეიძლება დროთა განმავლობაში შეიცვალოს, იგი დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სპეციფიკურ ვითარებებზე, შექმნილ კონკრეტულ ეპიდსიტუაციაზე, მაგრამ არც ერთი მათგანი არ უნდა იყოს უგულველყოფილი.

12.11 პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირების ხელშეწყობა (თემის მონაწილეობა)

ამ ფუნქციების შესასრულებლად მიზანშეწონილია: 1.რაიონის დონეზე ჩამოყალიბდეს დამხმარე კომიტეტი (საბჭო), რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების მიერ შეგროვილ მონაცემებზე დაყრდნობით, განსაზღვრავს ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროებებს დროის კონკრეტული მონაკვეთისათვის, ხელს შეუწყობს დაფინანსებას და მოახდენს ნებისმიერი პერსპექტიული პროექტის საგანმანათლებლო კომპონენტების კოორდინაციასა და ცხოვრებაში გატარებას;

2.ჩარევამდე გაანალიზდეს სიტუაცია სტრატეგიის ფორმირებისა და დაგეგმვის მიზნით;
3.ჩამოაყალიბდეს მონიტორინგისა და შეფასების სისტემა.

ტერმინი **პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი** მიესადაგება ყველა სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც ატარებს პროფილაქტიკურ, დიაგნოსტიკურ, სამკურნალო,სარეაბილიტაციო,ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიებებს და უფრო მეტ ფუნქციას ასრულებსვიდრე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური იზოლირებულადმაგრამ სხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებთან შედარებით ტექნიკურად ნაკლებსრულყოფილია.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრმა, როგორც ფუნქციებით მოსახლეობასთან ყველაზე ახლოს მყოფმა სამედიცინო დაწესებულებამ, უნდა:
-დააკმაყოფილოს ადგილობრივი მოსახლეობის მოთხოვნები და საჭიროებები;
-განახორციელოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის საჭირო პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებები;
-ითანამშრომლოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურთან, სხვა სექტორებთან ლოკალურად განსახლებული მოსახლეობის ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე;
-იმუშაოს,როგორც ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობმა რგოლმა და არა მხოლოდ სამედიცინო დახმარების დაწესებულებამ;
-ცენტრის სამოქმედო ტერიტორიაზე მოსახლეობას გაუწიოს ხარისხიანი და თანაბარი სამედიცინო მომსახურება;
-დააკმაყოფილოს საზოგადოების ნაკლებად მოცული ნაწილისა და მაღალი რისკ-ჯგუფის ინტერესები;
-ითანამშრომლოს ოჯახებთან, ცალკეულ პირებთან და მთელს საზოგადოებასთან, თემთან;

-მოსახლეობას სრულყოფილი ინფორმაცია მიაწოდოს ავადობის შესახებ.

მაღალი რისკ-ჯგუფები მოიცავს: ახალშობილებს, ბავშვებს, მოზარდებს, ქალებს, ორსულებს, ხანდაზმულებს, ინვალიდებს, უმწეოებსა და ქრონიკული დაავადების მქონე პირებს,მიგრანტებსა და ლტოლვილებს.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ამოცანაა დაადგინოს ასეთი ჯგუფები და ცალკეული ინდივიდები.

შეზღუდული რესურსების პირობებში,მაღალი რისკ-ჯგუფების მიზნობრივი მომსახურება ერთადერთი გზაა ჯანდაცვაში თანასწორობის მისაღწევად,აგრეთვე დახარჯული რესურსების მაქსიმალური უკუგებისათვის.

თანასწორობა ჯანდაცვაში არის "უნივერსალური მოცვა, როცა სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება საჭიროებების შესაბამისად".

12.12 პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ცენტრების) ორგანიზაციული მოწყობა

სამედიცინო მომსახურების 3 დონე:

1.პირველადი სამედიცინო მომსახურება – საწყისი დონე,სადაც ჯანდაცვის რგოლები დაკომპლექტებული იყო ექიმით და ექთნით რომელიც ემსახურებოდა 2000-2500 ადამიანს (რამოდენიმე სოფელს). ასეთ რგოლებს შორის მანძილი არ იყო 5-10 კმ-ზე მეტი. (მიღწევადობა 15 წუთი) სტრუქტურულად ეს გუნდი "ბრიგადა" "ექვემდებარებოდა ამბულატორიულ- პოლიკლინიკურ გაერთიანებას, რომელიც კურირებდა რამდენიმე ასეთ პირველად სტრუქტურას.

2.მეორეული სამედიცინო მომსახურება – მიზნობრივი დონე. რგოლი დაკომპლექტებული იყო პოლიკლინიკის ჯგუფურად მომუშავე ექიმებით (სპეციალისტებით).

ბრიგადები საჭიროებისას სარგებლობდნენ მათი მომსახურებით, სხვა სპეციალიზებული (ლაბორატორია, რენტგენი) სამსახურებით.

3.მესამეული დონის სამედიცინო მომსახურება ხორციელდებოდა ზოგადი პროფილის რაიონულ, სამხარეო საავადმყოფოებში,აგრეთვე საუნივერსიტეტო კლინიკებში.

ჯანდაცვის სამინისტრო, დარგში სახელმწიფო პოლიტიკის გამტარებელი, თავისი რაიონული და რეგიონული სამსახურებით,(სხვადასხვა დროს სხვადასხვა სახის) არეგულირებდა მათ საქმიანობასა და ფუნქციებს მიზნობრივი პროგრამების მეშვეობით, უზრუნველყოფდა ოპერატიულ კავშირს სამედიცინო დაწესებულებებს შორის. სამინისტრო და ადგილობრივი ხელისუფლება ხელს უნდა უწყობდა ამ საქმიანობას.

12.13 პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი – სამედიცინო საქმიანობის კოორდინატორი

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრს უნდა შეეძლოს სამედიცინო მომსახურების საბოლოო ინტეგრაცია. შახელმწიფო ვერტიკალური პროგრამების მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. თუმცა სახელმწიფო თანდათანობით,პრევენციული (ეპიდზედამხედველობის) პრგრამების გარდა უარს ამბობს პროგრამულ მართვაზე და ახალი ხელშეკრულებების მეშვეობით არეგულირებს პირველადი ჯანდაცვის დონის საქმიანობას. ფრო მეტიც, ზოგად პრაქტიკოსებს სრული დამოუკიდებლობა მიანიჭა და ისინი 2009 წლიდან "ინდმეწარმის სამართლებრივ-ორგანიზაციული ფორმი ფუნქციონირებენ.

არსებობს აგრეთვე პროექტებსა და პროგრამებს შორის ინტერსექტორული თანამშრომლობის აშკარა ნაკლებობა. ამის შედეგია საქმიანობის დუბლირე-

ბა, რესურსების არაეფექტური გამოყენება, ხარჯების ზრდა, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის შემცირება და სხვ.

ამ და სხვა პრობლემათა გადასაჭრელად პირველად სამედიცინო სამსახურებს შეუძლიათ გააერთიანონ რესურსები და უფრო ეფექტურად (შექმნან კორპორაციები- ერთიანი მმართველობით, შესყიდვებით, მომარაგებით) და იმუშაონ ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დასაძლევად, გაზარდონ ადგილობრივი ჯანდაცვის პოტენციალი. თუ ერთი და იგივე დაწესებულებები და კადრები შეასრულებენ მარტივ ურთიერთდაკავშირებულ ფუნქციებს, დახმარება გაეწევა მოსახლეობის უფრო მეტ ნაწილს, ამასთან, გაიზრდება არსებული თანხების ეფექტურად ხარჯვის შესაძლებლობაც.

ინტეგრაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. ეს უფრო ეფექტური და ნაკლებხარჯიანი იქნება, რაც სამსახურის კერძო სექტორში გადასელისას მისაღებია.

სისტემის ასამუშავებლად საჭიროა:

•ყველა სექტორის შეთანხმებული მუშაობა და მობილურობის შენარჩუნება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის დონეზე პრიორიტეტების განსაზღვრისას და მოქმედების გეგმის შერჩევისას;

•პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში სწავლების სპეციფიკური სისტემის ჩამოყალიბება და ამ გზით პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება, სწავლების კურსში მომსახურების ინტეგრირებული პაკეტის გათვალისწინება. მასში შევა პირველადი სამედიცინო დახმარებითა და დაავადებათა პროფილაქტიკით დაკავებულ მუშაკთა ძირითადი ფუნქციები და პასუხისმგებლობა. (პაკეტი პერიოდულად უნდა გად-

აისინჯოს, შემოწმდეს მისი შინაარსი, განხორციელების მეთოდები, შესაბამისობა ჯანდაცვის საჭიროებებთან). სწავლება განხორციელდება როგორც ადგილობრივ, ასევე ცენტრალურ დონეზე;

•სწავლებასთან ერთად, ჯგუფური მუშაობის უზრუნველსაყოფად პრაქტიკული საქმიანობის პროცესში საჭირო უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება სხვათა დახმარებით (სწავლება უშუალოდ ძირითადი ფუნქციების შესრულებისას, სწავლება საკუთარ მონაცემებზე დაყრდნობით);

•ამოცანების წარმატებით გადასაჭრელად პროცესში მონაწილე პირთა შეხედულებების, საქმისადმი დამოკიდებულების პოზიტიური გარდაქმნა, საკუთარი ფუნქციის მნიშვნელობის დეტალურად გაცნობიერება;

•ადამიანური და მატერიალური რესურსების რაციონალური გამოყენება;

•ზოგადი პრაქტიკის ექიმების, ექთნების მომზადების სისტემის დახვეწა.

პირველადი სამედიცინო დახმარება სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის გაუმჯობესებისა და საჭირო ღონისძიებათა დუბლირების აღმოფხვრის მნიშვნელოვანი ეტაპია. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრზე დაფუძნებულ სისტემას, როგორც საზოგადოებასთან პირველადი კონტაქტის რგოლს, ეფექტური ფუნქციონირება შეუძლია სამედიცინო სამსახურების ოპტიმალური გამოყენებით.

12.14 საჭიროა მკაფიოდ გამოიკვეთოს:

1.ურთიერთკავშირი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებსა და უფრო დაბალ რგოლებს შორის რაიონულ დონეზე;
2.თითოეული დონის რგოლის ფუნქციები სამედიცინო მომსახურებაში.

როცა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციები უგულველყოფილია და მარტივ დაავადებათა მკურნალობა ხორციელდება საავადმყოფოებსა და სპეციალიზებულ ცენტრებში, სამედიცინო მომსახურების ხარჯი მნიშვნელოვნად იზრდება. ნაწილობრივ ეს განპირობებულია საავადმყოფოში სამედიცინო მომსახურების მაღალი ფასით. ყოველივე ეს კი იწვევს რესურსების არაეფექტიან გამოყენებას. ამის აღმოსაფხვრელად ცენტრებმა უნდა განახორციელონ ადეკვატური პირველადი სამედიცინო მომსახურება და პროფილაქტიკური საქმიანობა.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ქსელი,რომელიც ფუნქციურად დაკავშირებულია რაიონული ჯანდაცვის სისტემასთან, ორგანიზებული უნდა იყოს ისე, რომ გაუმჯობესდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მოცვა,რაც ხელს შეუწყობს თანასწორობას. ცენტრი უნდა ახორციელებდეს მრავალმხრივ, ინტეგრირებულ სამედიცინო-დიაგნოსტიკურ, სამკურნალო, პროფილაქტიკურ, სარეაბილიტაციო მომსახურებას და სამოქმედო ტერიტორიაზე პასუხისმგებელი იყოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე.

ტერიტორიის გეოგრაფიულ მდებარეობაზე, მოსახლეობის სიმჭიდროვესა და ადგილობრივ ინფრასტრუქტურაზე დაყრდნობით, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მოქმედების არეალი რაიონის ან ზონის შედგენილობაში უნდა შედიოდეს და თითეული ცენტრი ემსახურებოდეს დაახლოებით 2-5 ათას მოსახლეს, საქმიანი, პარტნიორული ურთიერთობა უნდა ჰქონდეს საზოგადოებრივი ჯანდცვის ადგილობრივ სამსახურთან, რაიონის ხელმძღვანელობასთან და მისი საქმიანობა შეესაბამებოდეს ქვეყნისა და მხარის საზოგადოებრივი და ეკონომიკური განვითარების ამოცანებს. ცენტრის პასუხისამგებლობა უნდა

ერცელდებოდეს მრავალ დაქვემდებარებულ რგოლზე - სოფლის დონეზე არსებულ პუნქტებზე, რომლებიც დაკომპლექტებულია საშუალო სამედიცინო პერსონალით. ცენტრს კავშირი უნდა ჰქონდეს საკრებულოსთან, რათა ამ უკანასკნელმა თავისი კომპეტენციისა და შესაძლებლობის ფარგლებში დახმარება გაუწიოს დაკისრებული ფუნქციების შესრულებაში.

12.15 სპეციალისტთა ინტეგრაცია

პირველადი ჯანდაცვის თითოეული ადგილობრივი პუნქტი უნდა ემსახურებოდეს განსაზღვრული ტერიტორიის მოსახლეობას და ფუნქციების შესაბამისად, მოიცავდეს სამედიცინო დახმარებისა და ჯანდაცვის ყველა ასპექტს.

ზოგადად, ჯანდაცვის პრობლემებს აქვს ფსიქოლოგიურ-სოციალური მახასიათებლები. ამდენად, საჭიროა გლობალური მიდგომა კონკრეტული პირის სამედიცინო მომსახურებისადმი საზოგადოებისა და ოჯახის თანადგომის გათვალისწინებით. ამ მიზნის მისაღწევად ექთნები, ექიმები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები, პროფილაქტიკური განათლების სპეციალისტები, ფსიქოლოგები, ინტეგრირებულნი უნდა იყვნენ მრავალ დისციპლინურ რგოლში, რათა შეძლონ საერთო პრობლემების გადაჭრა.

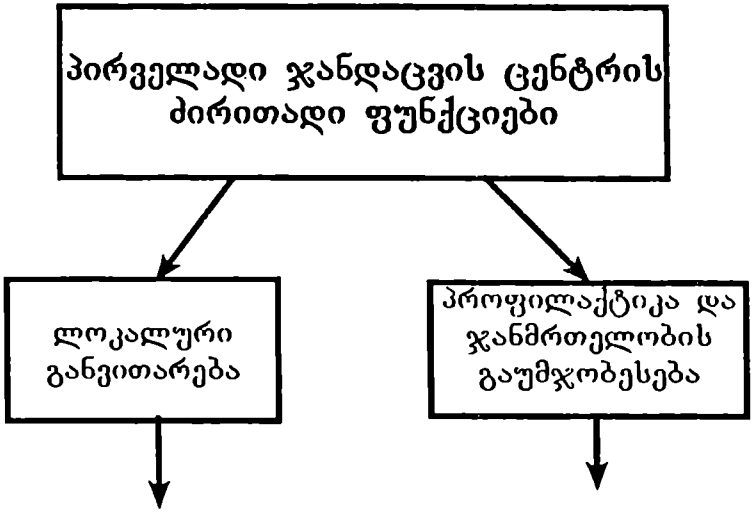
მმართველობა და ადმინისტრაცია უნდა ცდილობდეს გააერთიანოს: სამკურნალო, პროფილაქტიკური და საზოგადოების განვითარებისათვის საჭირო ქმედებები; ჯანდაცვის, სოციალური და ფსიქოლოგიური პრობლემები;

პირველადი სამედიცინო მომსახურება.

მომსახურების სისტემა

•24 საათიანი საინფორმაციო ხაზი (დახმარების

მიღების შესაძლებლობა 24 საათის განმავლობაში)



-ლოკალური თანამშრომლობის ფორმირება მუნიციპალურ დონეზე

ინდივიდები

თანამშრომლობა ადგილობრივ ორგანიზაციებთან

- რისკ-ჯგუფები

(მოქალაქეთა ჯგუფები, თემი, სოციალურ-ეკონომიური,

უმწეოთა ჯგუფები

კულტურული და რეკრეაციული ორგანიზაციები)

- თანამშრომლობა სამხარეო საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან

ლიდერობა ჯანდაცვის განვითარებაში - პარტნიორული თანამშრომლობის ინტერსექტორული საქმიანობა ფორმები.

საჭიროებებიდან გამომდინარე,ცენტრი ახორციელებს

ამბულატორიულ მომსახურებას, პაციენტთა მოვლას, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამხარეო ხელისუფლების (მმართველობის) ძირითადი პარტნიორი სახელმწიფო (ცენტრალური) და მუნიციპალური პროგრამების განხორციელებაში.

პოლიტიკური და სამართლებრივი ჩარჩოები: გარემო, რომელიც იძლევა საქმიანობის განხორციელების შესაძლებლობას

ქვეყანაში უნდა ჩამოყალიბდეს იმგვარი სამართლებრივი სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების სტრატეგიული ფუნქციის შესრულებას, ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას მთლიანად.

იურიდიულმა უწყებებმა უნდა შექმნას ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციონირების სამართლებრივი უზრუნველყოფის საფუძველი. განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიანიჭოს იმ ქმედებებს, რომელზეც პასუხისმგებელია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი, ხელი შეუწყოს მის მართვასა და დაფინანსებას. მხედველობაში მისაღებია პოლიტიკური და იურიდიული სქემის შემდეგი კომპონენტები:

12.16 მოცვის არეალი, მოსახლეობა;

თანასწორად მოცვის უზრუნველსაყოფად და ჯანდაცვის ცენტრის მუშაობის შესაფასებლად უნდა არსებობდეს პოლიტიკური და სამართლებრივი საფუძველი, რომელიც მოსახლეობის ჯანდაცვაზე ძირითად პასუხისმგებლობას ცენტრს დააკისრებს. ეს პასუხისმგებლობა გარანტირებული უნდა იყოს სისტემატური ზედამხედველობითრასაც ჯანდაცვის ცენტრიმიუხედავად საკუთრების ფორმისა განახორციელებს მანამ, სანამ წარმატებული პირველადი სამედიცინო მომსახურების

პროგრამები არ მოიცავს ყველა ფენას. ამდენად,ნაკლებად მოცული ადამიანები დაინტერესებულნი იქნებიან როგორც საკუთარი, ასევე მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებით.

ხელმისაწვდომი დანახარჯებით თანასწორობის უზრუნველყოფის. ზედამხედველობა შესაძლებელია კარგად ორგანიზებულ სისტემაში, რომელიც უნდა დაეფუძნება ჯანდაცვის ცენტრების საქმიანობას.

უახლოეს მომავალში თანასწორობის გარანტიაა:
1.საზოგადოებრივი დაზღვევა, რაც შესაძლებელია ცენტრზე დაფუძნებული სისტემით – პირველადი სამედიცინო მომსახურების რგოლში ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექიმის, ექთნისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკის გაერთიანებით;
2.ინტეგრირებულ მომსახურებასა (ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, პროფილაქტიკა, რეაბილიტაცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა) და საზოგადოებაზე ორიენტირებული სხვა ქმედებები.

დადგენილ უნდა იქნეს ჯანდაცვის ცენტრამდე მიღწევის დრო (რეგიონში მაქსიმუმ 15 წუთი).

სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა პირობითად უნდა დაიყოს რეგიონულ (სამხარეო) დონეებად, საშუალოდ 200 000 ,400 000 მოსახლით.

12.17 პასუხისმგებლობა.

სისტემის რეფორმირების ფუნქციათა განსაზღვრას თავის დროზე არ მოჰყვა უფლება-მოვალეობათა მკაფიო გადანაწილება. ამდენად, ჯანდაცვის სამსახური (ყველა აღგილობრივი დონის) დღევანდელი სახით არის წარმოდგენილი. მას არა აქვს საჭირო რესურსები და არც უფლება, თვითონ

დაგეგმოს მომსახურების ფორმები და მოცულობა.

პროგრამებსა და პრიორიტეტებს ადგენს ცენტრალური დონე, აღჭურვილობასა და რესურსებს კი შეიძენს თვით დაწესებულება.

მიზნების მისაღწევად პოტენციალის რეალიზაციისათვის აუცილებელია ჯანდაცვის სამსახურების მართვის ფორმებისა და გზების განმტკიცება, აგრეთვე ტექნიკური და საზოგადოებრივი ურთიერთობების გაღრმავება. ყოველივე ამის უზრუნველსაყოფად კი რაიონულ დონეზე საჭიროა ადეკვატური მენეჯერული უნარი და შესაძლებლობები, რათა დაიგეგმოს, განხორციელდეს და შეფასდეს გაწეული მომსახურება, ამავე დროს უფრო ზემდგომ დონეებზე დახმარების გასაწევად საჭიროა მენეჯერული უნარი დაბალი დონეების ზედამხედველობის სისტემის შესაქმნელად.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საჭიროა სამართლებრივი საფუძველი - საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც მას აღიარებს რაიონულ ადმინისტრაციულ რგოლად და მიანიჭებს გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად გამოტანის უფლებას. ამგვარად, ცენტრს უნდა ჰქონდეს გადაწყვეტილებათა გამოტანისა და პროგრამების განხორციელების სათანადო კანონიერი მექანიზმები. სასურველია, რომ ასეთი სქემა მიესადაგოს არა მხოლოდ ჯანდაცვის, არამედ ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ სხვა სექტორებსაც. ეს ხელს შეუწყობს საზოგადოების მონაწილეობას ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის განხორციელებაში.

დეცენტრალიზაციამ უნდა აამაღლოს ადგილობრივი დონის პასუხისმგებლობა, უზრუნველყოს საზოგადოების მაქსიმალური ჩართვა გაზრდილ ინტერსექტორულ თანამშრომლობაში. დეცენტრალიზაცია არ ნიშნავს იზოლაციას. საჭიროა უწყვეტი კავშირები სხვადასხვა

დონეებს შორის. ამ კონტექსტში ჯანდაცვის ცენტრების პასუხისმგებლობათა და მოვალეობათა აღიარება ხელისუფლების მხრიდან მეტად ეფექტური იქნება.

ამ ეტაპზე ქვეყანაში სრულდება პოლიტიკური და ადმინისტრაციული სტრუქტურების ჩამოყალიბება, მმართველობის სხვადასხვა დონის ადგილობრივი ორგანოს გადაწყვეტილებები ზემოქმედებას მოახდენს საზოგადოებრივ სამსახურებზე, მათ შორის ჯანდაცვაზეც, რადგან ის უნდა აკონტროლებდეს ადგილობრივ ბიუჯეტს.

ასე რომ, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებმა უნდა დახვეწონ არა მარტო პროფესიული, არამედ ორგანიზაციული საქმიანობაც და მათ ფუნქციებში შევიდეს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის სრულყოფის საკითხების სწავლებაც, რადგან მათ მიერ მიღებული გადაწყვეტილებანი ზემოქმედებას ახდენს სამედიცინო მომსახურებაზე კონკრეტულ არეალში.

დეცენტრალიზაციის საფუძველზე ადგილობრივ ხელმძღვანელობას პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს ჯანდაცვის წლიური ბიუჯეტის განსაზღვრაზე. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების თანამშრომლებს, რომლებიც ამზადებენ და ადგილობრივ საკრებულოს წარუდგენენ ჯანდაცვის წლიურ ბიუჯეტს, უნდა ჰქონდეს რაიონულ მუნიციპალურ პროგრამათა დაგეგმვის, განხორციელებისა და შეფასების უნარი. ჯანდაცვის ბიუჯეტის თითეული ნაწილი უნდა აღირიცხოს და ანგარიში წარედგინოს ზემდგომ სტრუქტურებს, რისთვისაც აუცილებელია მართვის ინფორმაციული სისტემის ეფექტური გამოყენება და უკვე მიღებული შედეგების მართებული შეფასება.

დეცენტრალიზაციის პირობებში მნიშვნელოვანი ამოცანაა საქმიანი ურთიერთობის ფორმირება ადგილობრივ საკრებულოებს, სამედიცინო პერსონალსა და

12.18 დეცენტრალიზაცია და მოვალეობათა გადანაწილება.

ბოლო წლებში გატარებული ცვლილებების შემდეგ სამედიცინო მომსახურებაზე პასუხისმგებლობა დაეკისრა - ჯანდაცვის პირველად რგოლებს, რომელთა ადმინისტრაციული ზედამხედველობა დამქირავებლის, (სადაზღვევო კომპანია, ან სხვა), მიერ ხორციელდება. ყოველდღიურ საქმიანობას წარმართავს პირველადი რგოლის ექიმი, რომელიც ანგარიშვალდებულია მხოლოდ დამქირავებლის წინაშე გამოდის, რომ ადგილობრივ ხელისუფლებას პირდაპირი ზემოქმედების მექანიზმები მათზე არ გააჩნია, რაც ჩვენი აზრით დაუშვებელია.

შესაძლებელია ადგილებზე შეიქმნას რაიონული კომისიები ჯანდაცვის კომისიაში, რომლის თავმჯდომარე მერი ან გამგებელი იქნება, შეელენ მუნიციპალური საბჭოს წევრები, ჯანდაცვასთან დაკავშირებული არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები, ექიმები. კომისია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამათა დაგეგმვის, განხორციელების, მონიტორინგისა და შეფასების რეკომენდაციებს უნდა იძლეოდეს.

ახალ ვითარებაში, პირველადი ჯანდაცვის სამსახურები მეტ დროს დაუთმობენ ადმინისტრაციული საკითხების, აგრეთვე კლინიკური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტას.

ადგილობრივმა მმართველობამ მნიშვნელოვნად უნდა შეცვალოს დაგეგმვა და დაფინანსება ადგილობრივი პრობლემების, სამუშაო განრიგისა და ფორმების გათვალისწინებით. სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება უნდა მოხდეს არა მარტო შესრულებული სამ-

უშაოს ხარისხისა და მოცულობის მიხედვით, არამედ ზოგიერთ კონკრეტულ შემთხვევაში მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვითაც ანუ ერთ სულ მოსახლეზე წინასწარ გარკვეული თანხის გამოყოფით (კაპიტაციის მეთოდი).

სადაზღვევო პრინციპების დანერგვისას სახელმწიფო მოსახლეობისათვის შეიძენს გარჯვეული მოცულობის მომსახურების პაკეტს, ანუ დაზღვევას.

საზოგადოების მონაწილეობა დამოკიდებულია სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობაზე – მოსახლეობაში, თემში ხშირად არიან პირები, რომელთაც აქვთ სასარგებლო იდეები სამედიცინო პროგრამების შემუშავებისა და განხორციელების შესახებ. თავის მხრივ, მედპერსონალს უნდა ჰქონდეს საჭირო ცოდნა და გამოცდილება, რომ შეძლოს შემოთავაზებული წინადადებების რაციონალურად გამოყენება.

სამედიცინო პროგრამების დაგეგმვაში საზოგადოების აქტიური ჩართვა დეცენტრალიზაციის წარმატებით განხორციელების ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია. ამ გზით შესაძლებელი იქნება მოსახლეობის მაქსიმალური რაოდენობის სამედიცინო მომსახურება თანასწორობის პრინციპით.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი გახდება უმნიშვნელოვანესი რგოლი, სადაც საზოგადოება შეძლებს განსაზღვროს თავისი უფლებები,მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენაში, სტრატეგიის შერჩევაში, პროგრამათა განხორციელებასა და შეფასებაში. მომავალში აუცილებელია მუშაობის წარმართვა თანამშრომლობისა და ერთობლივი პასუხისმგებლობის პრინციპით. ჯანდაცვის ცენტრის მართვის კომიტეტის (საბჭოს) ამგვარი მუშაობა აბსოლუტურად თანხვდება დეცენტრალიზაციის თანამედროვე პრინციპებს.
12.19 მართვის სტრატეგია.

ცენტრის საქმიანობა უნდა დაეფუძნოს მოცემულ ტერიტორიაზე მცხოვრებთა ჯანდაცვის საჭიროებათა ანალიზს და საზოგადოებასთან ერთად პასუხისმგებელი იყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. თუ ამგვარ მიდგომას საყოველთაო მხარდაჭერა ექნება, ეს მოგვცემს რაიონული ჯანდაცვის სისტემის ხანგრძლივი წარმატების გარანტიას.

12.20 დაგეგმვა და დაპროგრამება.

დაგეგმვა უნდა დაეფუძნოს ჯანდაცვისა და პრიორიტეტებისა და მიზნების განსაზღვრას, სამოქმედო გეგმის შედგენას, განხორციელებასა და შეფასებას, მომსახურე პირთა პასუხისმგებლობის დაკონკრეტებას. საქმიანობა აგრეთვე უნდა მოიცავდეს მოსახლეობის ავადობის შესახებ მონაცემების შეგროვებასა და გაანალიზებას. მონაცემები უნდა შეგროვდეს დადგენილ ვადაში დამტკიცებული სამედიცინო ფორმების მიხედვით და გადატანილ იქნეს რაიონის რუკაზე. ეს ნათლად წარმოაჩენს პრობლემათა ტიპებსა და მათ ტერიტორიულ განაწილებას. ყოველწლიურად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებთან ერთად, ცენტრები უნდა ამზადებდნენ მოხსენებას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რაც მათ სამომავლო პრიორიტეტების განსაზღვრასა და სამუშაოთა დაგეგმვაში დაეხმარება.

პრიორიტეტების განსაზღვრისას აუცილებელია მოსახლეობის პრობლემებისა და აზრის გათვალისწინება. შედეგიანი ერთობლივი საქმიანობა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსახლეობა ინფორმირებული იქნება და მისი ძალისმევა წარმართება ჯანდაცვის ამოცანების გადაჭრისაკენ.

ამგვარი მიდგომა განსაკუთრებით კარგ შედეგს

იძლევა წყლისმიერი ინფექციების, დიარეის, ტუბერკულოზის პროფილაქტიკის, სხვა სოციალურად საშიში ინფექციების თავიდან აცილების, სატრანსპორტო ტრავმათა კონტროლის საქმეში.

12.21 ქმედითობის ხელშეწყობა.

აუცილებელია ცენტრის საქმიანობის ხელშეწყობა რაიონის, მხარის ადმინისტრაციის მხრიდან. მხარის სათაო სამედიცინო დაწესებულებებმა ცენტრს ინფორმაცია უნდა მიაწოდონ მკურნალობის უახლესი მეთოდების შესახებ, რაც საშუალებას მისცემს გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი.

12.22 ინტერსექტორული თანამშრომლობა.

ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციები გაცილებით სცილდება სამკურნალო დაწესებულებისას. იგი კავშირს ამყარებს განათლების, აგროსამრეწველო, წყალმომარაგების, ვაჭრობის, საზკვებისა და სხვა სექტორებთან. ამგვარი კავშირების დასამყარებლად აუცილებელია საქმიანი ურთიერთობები, კონსულტაციები, პროპაგანდისტული ნიჭი და შესაძლებლობები.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციების გაზრდა გამოიწვევს საზოგადოების მონაწილეობის გააქტიურებას სასკოლო პროგრამების განხორციელებაში, ინვალიდთა, ტრავმირებულთა, ფსიქიატრიულ პაციენტთა მოვლა-პატრონობის გაუმჯობესების საქმეში. ყველა ზემოჩამოთვლილი ქმედება საზოგადოებაზე ორიენტირებული მომსახურებაა, ამდენად მოსახლეობა უნდა მონაწილეობდეს დაგეგმვაში, შეფასებასა და მონიტორინგში.

12.23 ხელმძღვანელობის უნარის ფორმირება.

ცენტრის ხელმძღვანელმა (მენეჯერმა) ხელი უნდა შეუწყოს გადაწყვეტილებათა გამოტანაში სპეციალისტთა ფართო სპექტრის ჩართვას, ცენტრის მუშაობის ხარისხის გაზრდას, ინტერსექტორულ ინიციატივათა გამომუღავნებასა და მოტივაციას.

განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს კონკრეტულ საჭიროებათა შესწავლაზე, რათა ყველა ნაბიჯი განისაზღვროს სიტუაციის შესაბამისად.

გარდა მმართველობითი უნარისა, ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჰქონდეთ კლინიკური მუშაობის გამოცდილება, რომელიც მიღებულ გაიდლაინებს დაეყრდნობა სათანადო ცოდნა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემათა გადაჭრის უნარი.

12.24 უწყვეტი განათლების ხელშეწყობა.

უწყვეტი განათლება ხელს უწყობს ახალი უნარჩვევების ფორმირებას.

ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჩამოუყალიბდეთ საზოგადოების საჭიროებებზე დაფუძნებული ორიენტაცია, კომუნიკაბელურობა, რათა შეძლონ გააანალიზონ ღონისძიებათა განვითარების აუცილებლობა და მასთან დაკავშირებული პროცესები, გამოიმუშაონ გაწეული მუშაობის მონიტორინგისა და შედეგების შეფასების უნარი. ყოველივე ამას ითვალისწინებს სწავლების პროგრამები, რომლებმაც ხელი უნდა შეუწყოს არა მარტო თანამშრომელთა ცოდნის გაღრმავებას, არამედ მუშაობის პროცესში პერიფერიაში წარმოჭრილი პრობლემური საკითხების გადაწყვეტასაც.

რეგიონული (სამხარეო) მმართველობის ორგანოები ხელს უნდა წყობდეს სწორედ შესაბამისი უწყვეტი სწავლების კურსების მოწყობასა და დამხმარე

პროგრამათა შექმნას.

12.25 ადამიანური რესურსები.

ცენტრში მომუშავე კადრების მაღალკვალიფიციურობა პროგრამათა წარმატებით განხორციელების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია.

შესაძლოა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებთან ახლებური მიდგომის საფუძველზე ცენტრმა გააფართოვოს ფუნქციონირების ჩარჩოები.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის კადრები მუშაობენ შემდეგ სფეროებში:

1.საორგანიზაციო-ადმინისტრაციული პროგრამების შედგენა და განხორციელება;

2.სამედიცინო მომსახურება, პირველადი სამედიცინო დახმარება;

3.დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვა (ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით);

4.ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, პროფილაქტიკა;

5.სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება, ანალიზი, მოკლე და გრძელვადიანი პროგნოზის გაკეთება.

ამ შემთხვევაში კადრები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს შემდეგნაირად:

ა) ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, ოჯახის ექიმი;

ბ) ექთანი (ფერშალი);

გ)საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი.

გარკვეულ ეტაპზე მათ შეიძლება დაემატოს სხვა პროფილის კადრები, მაგალითად, ლაბორანტი, სტატისტიკოსი, პროფილაქტიკური განათლების სპეციალისტი, სოციოლოგი (სოციალური დაცვის მუშაკი) და სხვ.

არ შეიძლება ყველა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრისათვის კადრების სტანდარტული სქემის გამოყ-

ენება. ადგილობრივი გეოგრაფიული პირობებიდან და საჭიროებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ცენტრს უნდა მიეცეს თავისუფლება, რათა მოქნილად იმუშაოს მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად.

ცენტრის საქმიანობა მაქსიმალურად უნდა შეესაბამებოდეს მოსახლეობის საჭიროებას, იყოს ხელმისაწვდომი და თანხებს ეფექტურად იყენებდეს ადეკვატური მკურნალობის, ქრონიკულ პაციენტებზე მუდმივი ზრუნვის, მოსახლეობის მაღალ რისკჯგუფებთან მუშაობის დროს.

ვერტიკალური სახელმწიფო ცენტრალური პროგრამების (ტუბერკულოზი, იმუნიზაცია, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებთან ბრძოლა, აივ ინფექცია-შიდსი, იოდის დეფიციტით გამოწვეული დარღვევები, ნარკომანია და სხვ.) განხორციელება ინტეგრირებული უნდა იყოს დეცენტრალიზებული პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციებში, ხოლო ვერტიკალური პროგრამების რესურსების ნაწილი მიესადაგებოდეს მუნიციპალური პროგრამების რესურსებს. ამასთან, აუცილებელია ადგილობრივი კადრების კვალიფიკაციის ამაღლება და საჭირო უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება, მათი აღჭურვა საჭირო ხელსაწყო აპარატურით, სამედიცინო დანიშნულების საგნებითა და მედიკამენტებით.

12.26 ორგანიზაციული სისტემები და სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა

თუ მკაფიოდ არ იქნება განსაზღვრული ჯანდაცვის ცენტრის როლი მხარის/რაიონის სამედიცინო მომსახურებაში, ცხადია, გაურკვეველი დარჩება მისი ადგილი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაშიც. ამ საკითხთან მიმართებაში საჭიროა 4 მნიშვნელოვანი ელემენ-

ტის განხილვა. ესენია:

1.ორგანიზაციული სტრუქტურა და დახმარების არეალი.

ყველა დაწესებულება ურთიერთდაკავშირებული უნდა იყოს ერთმანეთთან, რაიონული სისტემა წარმოდგენილ იქნეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის, მცირე ჯანდაცვის პუნქტებისა და სკოლის სამედიცინო პუნქტების სახით. ამ გზით შეიქმნება კორპორაცია, ქსელი, რომელიც ჯანდაცვის ცენტრს გაუადვილებს მოსახლეობის მომსახურებას.

ცენტრმა რომ მაკავშირებელი ფუნქცია შეასრულოს, აუცილებელია საკომუნიკაციო სატრანსპორტო საშუალებები, რომელთა მეშვეობით სამედიცინო სამსახური დაუკავშირდება მოსახლეობას და ამდენად, უფრო მეტად დააკმაყოფილებს მის მოთხოვნილებებს.

მაკოორდინირებელი ფუნქციის შესრულება შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანდაცვის ცენტრი უკეთეს მომსახურებას შესთავაზებს მომხმარებელს. ეს წინ გადადგმული ნაბიჯი იქნება რაიონის ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფის პროცესში (პაციენტი არ უნდა მიიღტვოდეს საავადმყოფოსაკენ, სადაც მას გაუწევენ ძვირადღირებულ სამედიცინო მომსახურებას). ამდენად, რაიონული სისტემის მაკოორდინირებელი როლის დაგეგმვისას აუცილებელია საფეხურებიანი სტრუქტურის არსებობა, თითეულ საფეხურზე საჭირო სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

რაიონულ საავადმყოფოებთან კავშირი აუცილებელია, რადგან მცირე სამედიცინო პუნქტების დამოუკიდებლად მართვა, მიზანშეწონილი არ არის. ტექნიკური თანამშრომლობის გარდა, ურთიერთობა საჭიროა როგორც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის

ტექნოლოგიის სრულყოფის, ასევე მართვის საკითხების გადასაწყვეტად.

2.სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა.

სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა არა მარტო უწყვეტობას ასახავს სამედიცინო დახმარების დონეებს შორის, არამედ სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის ურთიერთობასაც ასახავს. კონფიდენციალურობა, ლოკალურ პრობლემათა გააზრება, თითეული ინდივიდის თუ ოჯახების ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება შეიძლება მიჩნეულ იქნეს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობად. ამ მიზნის მიღწევის ელემენტარული პირობაა სამედიცინო მომსახურება განახორციელოს ერთი და იმავე პერსონალმა. შესაძლოა ჩამოყალიბდეს მუშა ჯგუფები ოჯახის ან კონკრეტული ტერიტორიის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მიზნით.

3.მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

მედიკამენტები არა მხოლოდ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, არამედ შეესაბამებოდეს მოსახლეობის საჭიროებებსა და მოთხოვნილებებს.
არსებობს მედიკამენტების შესყიდვის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამა, რომლის მეშვეობითაც რაიონებში შედის დიდ პარტიად ნაყიდი მედიკამენტები და რეალიზატორს ეძლევა მცირედი მოგების შესაძლებლობა. შემოსავლის მიღების ასეთი მექანიზმი განსაზღვრავს მომავალ წარმატებას ცენტრისათვის და მოსახლეობისათვისაც, თუმცა ფინანსური დაგეგმვისა და მართვის მექანიზმების სიმცირე ან არარსებობა, აგრეთვე გაუთვალისწინებელი ინფლაცია მნიშვნელოვან წინააღმდეგობად რჩება.

4.ხარისხის უზრუნველყოფა პაციენტის დაკმაყოფილება.

მომსახურების ხარისხიანობის განსაზღვრისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ მომხმარებლის შეხედულებები და წინადადებები.

ხარისხის უზრუნველსაყოფად აუცილებელი არ არის რთული ტექნოლოგიები და პროცედურები. ამისათვის საჭიროა საიმედო და ეფექტური სამედიცინო მომსახურება, რაც გაზრდის ხელმისაწვდომობასა და უწყვეტობას.

სამედიცინო პერსონალმა უნდა გამოავლინოს პაციენტის პრობლემების გაგების, თანაგრძნობისა და დახმარების უნარი, რათა მან თავი უსაფრთხოდ იგრძნოს.

12.27 ჯანდაცვის ცენტრების დაფინანსება.

ხორციელდება სხვადასხვა წყაროდან. რადგანაც ჯანდაცვის ცენტრები ძირითადად განეკუთვნება საზოგადოებრივ სექტორს, მას უმეტესად აფინანსებს სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანიების შუამავლობით. სხვა წყაროა მომხმარებელთა დაბეგვრა ზოგიერთ ,ხელშეკრულების ზეით გაწეულ მომსახურებაზე. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მოსახლეობას რეალურად არ სურს გადაიხადოს იმ მომსახურების საფასური, რომელიც ხანგრძლივი დროის შემდეგ (პრევენციული ღონისძიებები) გააუმჯობესებს მის ჯანმრთელობას. ამდენად, აშკარაა, რომ საზოგადოებამ უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა ისეთი მომსახურების დაფინანსებაზე, როგორიცაა იმუნიზაცია, ხარისხიანი სასმელი წყლით უზრუნველყოფა, სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა და ა.შ. ანუ ყველაფერი ის, რაც "საზოგადოებრივი კეთილდღეობის" კატეგორიას განეკუთვნება. ხელმისაწვდომობა და თა-

ნასწორობა მიღწეულ უნდა იქნეს არსებული თანხების ეფექტური გამოყენებით.

ინფორმაციის აუცილებლობა. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია ინფორმაციის შეგროვება და მისი მიწოდება მოსახლეობისათვის გადაწყვეტილების მიღების მიზნით.

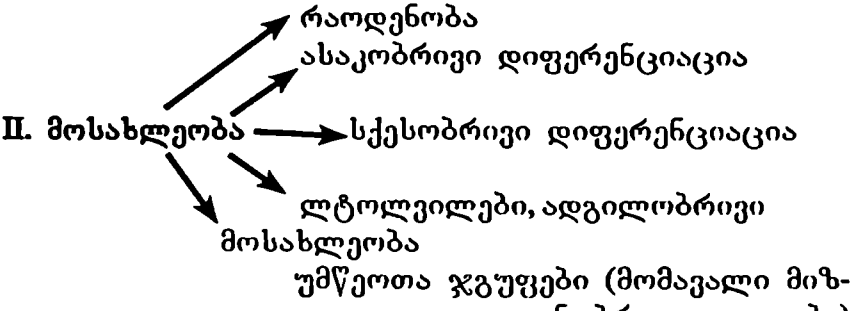
I. საჭირო ინფორმაცია

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ
- ოპტიმალური სამედიცინო მომსახურების სახეებისა და ღირებულების შესახებ

უნდა შეგროვდეს:
1.ინფორმაცია სამოქმედო არეალისა და მოსახლეობის საქმიანობის პროფილის შესახებ;
2.დაგეგმვისა და მართვისათვის საჭირო ინფორმაცია;
3.დახმარების განხორციელების პროცესის სისტემატურობის უზრუნველყოფისათვის საჭირო ინფორმაცია;
4.აქტიური კვლევისა და გეგმის შედგენისათვის საჭირო ინფორმაცია.

მოცვის არეალი. უნდა განისაზღვროს სამოქმედო ტერიტორია და გაანალიზდეს:
•გეოგრაფიული მახასიათებლები – მდებარეობისა და კლიმატის თავისებურებები;
•ეკონომიკური მახასიათებლები - მოსახლეობის დასაქმების დონე (უმუშევრობა), შემოსავალი, სამრეწველო ნარჩენებით დაბინძურება, ეკოლოგიური სიტუაცია;
•სოციალურ-კულტურული პროფილი რელიგიური შეხედულებები, მოსახლეობის აზრი სამედი-

ცინო სისტემაზე, ქცევის ტიპები;
•საყოფაცხოვრებო - წყალმომარაგების ქსელის,ელექტროქსელის, გზისა და კომუნიკაციების მდგომარეობა;
•სკოლებისა და ჯანდაცვის დაწესებულებათა რაოდენობა, ხელმისაწვდომობა, განლაგება;
•ჯანმრთელობისათვის მავნე ბუნებრივი ან ადამიანის მიერ გამოწვეული ფაქტორები.



გარდა ამისა, აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებათა არსებობა, მათი ხელმისაწვდომობა და საზოგადოების ჯანდაცვის პროფილის განსაზღვრა.

ზემოთ ჩამოთვლილი ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ უნდა დადგინდეს ყველაზე გავრცელებული და ხშირი დაავადებები, მათდამი ყველაზე მგრძნობიარე ჯგუფები, სიცოცხლისათვის ყველაზე საშიში ფაქტორები, ეკოლოგიური და ინდივიდუალური ჯანმრთელობის საფრთხე.

ამასთან ერთად აუცილებელია შობადობის,სიკვდილიანობის შესახებ ინფორმაციის მოპოვების მონაცემთა შეგროვების რეგისტრაციის სისტემის გაუმჯობესება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფილის დასადგენად საჭიროა ჩატარდეს სპეციალური ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები, ამასთანავე მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის სარისკო კონტაქტების, საცხოვრებელი პირობების უკეთ გასაცნობად კავშირები

დამყარდეს მოსახლეობასა და ჯანდაცვის ცენტრის თანამშრომლებს შორის.

აუცილებელია ისეთი რისკ-ფაქტორების განსაზღვრა, როგორიცაა თამბაქოს წევა, ალკოჰოლის მოხმარება, ქცევები, დასაქმების ტიპები და სხვ.

12.28 ჯანდაცვის დაგეგმვა და განხორციელება პრიორიტეტების განსაზღვრა

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჰქონდეს საზოგადოების პრობლემების განსაზღვრისა და "დიაგნოსზირების", ჯანდაცვის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემების დადგენისა და ყველაზე მგრძნობიარე ჯგუფების განსაზღვრის შესაძლებლობა და უნარი. ამ ამოცანების გადაჭრა მეტ შედეგებს გამოიღებს, თუკი ჯანდაცვის რესურსები ეფექტურად და მიზანშეწონილად იქნება გამოყენებული. სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს დემოგრაფიული სიტუაციის, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, აგრეთვე ტრავმატიზმის რისკ-ფაქტორებთან ასოცირებას. ამასთან, თანამშრომლობა აუცილებელია ჯანდაცვის პრობლემების ინტერპრეტირებისა და პრიორიტეტების განსაზღვრისათვის. ამის შემდეგ დგება ჯანდაცვის ცენტრების სამუშაო გეგმა, რომელიც ზუსტი უნდა იყოს და მასში გათვალისწინებული ღონისძიებები სისტემატურად ხორციელდებოდეს. შეზღუდული რესურსები გამოყენებულ უნდა იქნეს მიზნობრივი, აგრეთვე მაღალი რისკ-ჯგუფებისა და ოჯახების ჯანდაცვისათვის.

პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის ცენტრისა და მოსახლეობის წარმომადგენელთა ერთობლივი მუშაობის შედეგია. შემდეგი ეტაპია რეალური მიზნების დადგენა. უნდა გამოიკვეთოს

ინდიკატორები:
1.არსებული რესურსები;
2.საქმიანობის ხელშემწყობი პირობები;
3.მოსალოდნელი შედეგები.

შედეგებზე დაყრდნობით ცენტრს შესაძლებლობა ეძლევა, დასახოს პროგრამის მიზნები და ამოცანები, შეაფასოს მიმდინარე პროცესი, უზრუნველყოს გეგმის განხორციელების დროულობა.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მართვის პროცესში დირექტივები არ უნდა მოდიოდეს ზედან. ცენტრის ხელმძღვანელობა თავად უზრუნველყოფს მისი სამოქმედო არეალის მოსახლეობის მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა დააკმაყოფილებას ანუ მოქმედებს დამოუკიდებლად.აუცილებელია მონაცემების დეტალური შეგროვება, დამუშავება და ანალიზი. ამასთან, ცენტრის თანამშრომლებს უნდა შეეძლოთ მათი საფუძვლიანი გააზრება და ინტერპრეტაცია, რათა ჩატარებული მიზანდასახული ანალიტიკური მუშაობის საფუძველზე, მოკლე და გრძელვადიანი პროგნოზის გათვალისწინებით შესაძლებელი გახდეს გადაწყვეტილებათა გამოტანა.

დასკვნა

საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკა კვლავაც გააგრძელებს განმოვითარებასა და ცვლილებას. ჩვენ ვეძებდით ისტორიულ საფუძვლებსა და მიმდინარე ორგანიზაციულ კონტექსტს, მიდგომები, აღვწერეთ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპირალის პრინციპებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის იარაღები და მათი გამოყენება - პრაქტიკის სამ სფეროში. შემდგომ, აღვწერეთ წვრთნის პროგრამები, რომლებიც საფუძვლად უნდა დაედოს პრაქტიკას. პირველადი მზ-

რუნველობა არ შეიძლება დარჩეს ერთ ადგილას, იგი გარდუვალად გაივლის რეფორმებს, რადგანაც ქვეყანა იმავე ძალადობას განიცდის ჯანდაცვის სისტემაზე, რასაც დანარჩენი მსოფლიო. არც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დღევანდელი სისტემა შეიძლება ამ ძალების მიერ ხელშეუხებელი დარჩეს. მათ წინაშე უამრავი გამოწვევაა, რომ პირველადი მზრუნველობის პრაქტიკაში ისეთი საკითხები, როგორიცაა მდგრადობა, თანასწორობა და საზოგადოების საჭიროებანი, ყოველდღიურ საქმიანობად აქციონ. მათი განსხვავებული პერსპექტივების მიერ წარმოდგენილი შესაძლებლობები, კულტურაში, რომელიც ფოკუსირდება ჯანდაცვაზე როგორც უფლებაზე ჯანმრთელობაზე ზრუნვა უფასოა, როდესაც ამის საჭიროებაა და გატარებულია მოსახლეობაზე დაფუძნებული მიდგომა, რომელიც პრევენციის პრომოციას ახდენს, ისევე, როგორც არეგულირებს, რომ არ ხდებოდეს მკურნალობასა და ზრუნვის რესურსების უნიათო გაფლანგვა.

ლიტერატურა:

1. ო. გერსმავა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი, 1998
2.ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2007. სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი, 2008
3.ქართული სამედიცინო პორტალი WEB: http://medportal.ge/
4.დ. ხორავა, თ. კვირტია, დევნილთა სპეციფიკური ტრავმატიზმი და სამედიცინო დახმარების ორგანიზაცია. ჟურნალი "საქართველოს სამედიცინო მოამბე". №3, 2003
5. კვირტია, ავადობის თავისებურებები აფხაზეთიდან დევნილ მოსახლეობაში და ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიის პერსპექტივა, მედიცინის საკანდიდატო დისერტაციის ავტორეფერატი, თბილისი, 2005
6. ყიფშიძე, გერიატრია და გერონტოლოგია. სახელმძღვანელო ექიმებისთვის. თბილისი, "მეცნიერება", 1987
7. საქართველოს კანონი "ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ", 2002-12-05
8. საქართველოს კანონი "ფსიქიატრიული დახმრების" შესახებ, 27.07.2006
9. საქართველოს კანონი "გარემოს დაცვის სახელმწიფო კონტროლის შესახებ",2005-06-23
10.საქართველოს კონსტიტუცია.
11. ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია (1948).
12. ევროპის კონვენცია ადამიანის უფლებების და ძირითადი თავისუფლებების შესახებ (1950).
13. ევროპის სოციალური ქარტია (1961).
14. მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის ჰელსინკის დეკლარაცია ადამიანის მონაწილეობით წარმოებული

სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის შესახებ (1964).
15. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის სამედიცინო ეთიკის პრინციპები (1983).
16. ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დეკლარაცია ევროპაში პაციენტთა უფლებებისათვის ხელშეწყობის შესახებ (1994).
17. საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ.
18. საქართველოს კანონი იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების პროფილაქტიკის შესახებ.
19. საქართველოს კანონი სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ.
20. საქართველოს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ.
21. საქართველოს კანონი სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ.
22. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ.
23. საქართველოს კანონი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ.
24.საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ.
25. საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის შესახებ.
26. საქართველოს კანონი ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ.
27. საქართველოს კანონი საშიში ქიმიური ნივთიერებების შესახებ.
28. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.
29. საქართველოს კანონი სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ.

30. საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ.
31. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ.
32. ვეფხვაძე, რ. ჯორბენაძე, კიბოს პრევენცია და ადრეული აღმოჩენა. სახელმძღვანელო სტუდენტებისათვის. თბილისი, 2006
33.რ. ურუშაძე საზოგადოებრივი ჯანდაცვა თბილისი 2002
1999 ო.გერზმავა, ო.ვასაძე, დ.ყესტი. ჯანდაცვის მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის. თბილისი, 2002.
34. ო. გერზმავა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტების. თბილისი, 2003.
•35. ი. ქაროსანიძე, თ. გაბუნია. საოჯახო მედიცინა. თბილისი, 2001.
36 .ბრეგვაძე ი. ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტთა პრივატიზაციის შესახებ. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.
37.ბრეგვაძე ი. სამედიცინო დახმარების სტანდარტიზაციისა და ფასწარმოქმნის მეთოდოლოგიური ასპექტი. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.
38.გამყრელიძე ა, ათუნი რ, გოცაძე გ, მაკლეჰოსი ლ. "ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ პერიოდში, საქართველი", თბილისი, 2002 წ.
39.გამყრელიძე ა, ვასაძე ო, მინდორაშვილი ა, შაყდია ი, იმნაძე პ, ცინცაძე მ, გერზმავა ო, "ცხოვრების პირობების ზემოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე". ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური

დაცვის სამინისტრო. თბილისი, 1999 წ.
39.გამყრელიძე ა, ვასაძე ო. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა საუკუნეთა მიჯნაზე. მოკლე ისტორიული მიმოხილვა. თბილისი, 2003 წ.
40.გერზმავა ო, ლომთათიძე დ. "ზოგიერთი მოსაზრება ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმირების გატარების თაობაზე", ჟურნალი "საქართველოს სამედიცინო მოამბე", № 3-4, 1994 წ.;
41.გერზმავა ო, ვასაძე ო, ვესტი დ. ჯანდაცვის მენეჯმენტის საფუძვლები. თბილისი 2001 წ.
42.გერზმავა ო, ვასაძე ო, ვესტი დ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი 2003 წ.
43.გერზმავა ო, სოციალური ჰიგიენა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია. თბილისი. განათლება, 1990 წ.
44.გვასალია გ., საქართველოს რესპუბლიკის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საბაზო პროგრამის მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.
45.გიგიაშვილი რ., საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების თანამედროვე პრობლემები, რესპუბლიკური კონფერენცია "ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე", მოხსენებათა თეზისებიჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება,თბილისი,1991 წ.
46.გოცაძე გ,კაშინი შ,ხოიძე ა,ეალდინი ი. წინაპირობათა აღწერილობა ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმის სტრატეგიის შემუშავებისთვის საქართველოში. სადისკუსიო მასალა, თბილისი, 2005 წ. საერთაშორისო ფონდი კურაციო აბთ ესოშიეითს ინკორპორეითიდ.
47.დარჯანია ლ., მოსახლეობის სამედიცინო მომსახ-

ურების ხარისხის კონტროლის საკითხები, რესპუბლიკური კონფერენცია "ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე", მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.
48.ვარაზაშვილი ე., უგრეხელიძე თ., მედიკო-სანიტარული ნაწილის ეკონომიკური სტიმულირების სისტემის სრულყოფისათვის, რესპუბლიკური კონფერენცია "ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე", მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.
49.კალანდაძე თ. საპენსიო ასაკის მოსახლეობის სიკვდილიანობის გამომწვევი მიზეზები და მისი მნიშვნელობა ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფისათვის, რესპუბლიკური კონფერენცია "ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე", მოხსენებათა თეზისებიჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება,თბილისი,1991 წ.
50. კალანდაძე თ.,ბრეგვაძე ი.,თაყაიშვილი რ.,ფესტენიძე ბ., გვარამია გ., ვერულავა თ., ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა გერმანიაში, თბილისი, 1999 წ.
51. კალანდაძე თ., ბრეგვაძე ი., თაყაიშვილი. საყალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.
52. კენჯარია მ., ჯანდაცვის სამსახურის მოღვაწეო-

ბის ოპტიმიზაციის ზოგიერთი საკითხები, რესპუბლიკური კონფერენცია "ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე",მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.
53.ლებანიძე ს.ჯანდაცვაზე დანახარჯები,საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო,საპრეზენტაციო მასალა,თბილისი,2008 წ.
54.ლეჟავა ნ., სადაზღვევო ბაზარი საქართველოს გარდამავალ ეკონომიკაში, თბილისი, 2006 წ.
55.ლობჟანიძე თ., სტაციონარის პირობებში მკურნალობის ფასწარმოქმნის მექანიზმის სრულყოფის მეთოდიკის საკითხებთან დაკავშირებით, რესპუბლიკური კონფერენცია "ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე", მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.
56.მენქიუ გ. ეკონომიკის პრინციპები, ჰარვარდის უნივერსიტეტი, 2008.
57.საქართველოს სტატისტიკური წელიწედწლეული, 2000, საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, თბილისი, 2000 წ.
58.ურუშაძე რ.,ჯანდაცვის რეგიონული მართვის პრინციპები გარდამავალ პერიოდში. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.
59.ურუშაძე რ., საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. ქართული მედიცინის განვითარების მიმართულებები. თბილისი,

2002 წ.
60.შეიმანი ი. "ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და დაფინანსების რეფორმირება", მოსკოვი, 1998 წ.
61.შენგელია მ. გარდამავალი პერიოდის ქართული მედიცინა 1801-1860, "საბჭოთა საქართველო". თბილისი, 1968 წ.
62.ცინცაბაძე თ., 2001-2005 წლების ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადების მეთოდოლოგიის შეფასება და მისი გაუმჯობესების რეკომენდაციები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2007 წ.
63.ჩერნიაუსკასი გ., ნემეცი ი., მალაგარდისი ა., კობალაძე ლ., სხაფუელდი ქ., ქაროსანიძე ი., კიკნაძე ნ., პელნი მ., პირველადი ჯანდაცვის განვითარება საქართველოში, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმა, თბილისი, 2006 წ.
64.ჩიქავა ლ., ეკონომიკური თეორიის მოკლე კურსი, თბილისი, 1997 წ.
65.ყაზახაშვილი ნ., ფოცხვერაშვილი ნ.. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგიერთი ტენდენცია საქართველოში. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
66.ყაზახაშვილი ნ. "ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პროგრამები". სამეცნიერო ჟურნალი – დემოგრაფია. თბილისი, 1999 წ.
67.ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.

68.ჯაყელი კ, ხაჭაპურიძე გ., ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, თბილისი, 2003.
69.ჯაყელი კ. დაზღვევის ეკონომიკის საფუძვლები, თბილისი, 1999 წ. გამომცემლობა "მეცნიერება".
70.ჯინჯოლავა თ. ჯანდაცვის როლი და ადგილი სახალხო მეურნეობის საბოლოო პროდუქტის წარმოების პროცესში, რესპუბლიკური კონფერენცია "ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე", მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.
71.ჯინჯოლავა თ. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.
72. ოქსფორდის კოკრენის ცენტრის WEB: www.cebm.net/focus_quest.asp.
73. ტორონტოს უნივერსიტეტის ...WEB: www.cebm.utoronto.ca/practise.
74. კოკრენის ბიბლიოთეკის WEB: www.tecochranelibrary.com.
75. Chalmers I. and Altman D.G. Systematic reviews. London: BMJ Publishing Group; 1995.
76. Yhoo! Health: Medical Dictionary, Diseases, Drags and Medicines. WEB: health.yahoo.com
77. World Health Organization WEB: www.who.int
78. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM):WEB:nccam.nih.gov
79. Office of Population Research Princeton University (PDF). Do Biomarkers of Stress Mediate the Relationship, between Socioeconomic Status and Health? WEB: opr.princeton.edu/papers/

80. armot M: Social determinants of health inequalities in health. Sociology of Health & Illness 1998, 20(5):598-618
81.Women's Health Status Report 02 (PDF). WEB:healthvermont. gov/pubs/
82.Today's Man WEB: www.feel21.com/site/
83.The Human Right to Health WEB: www.academic.udayton.edu/ health/
84. The Rights Of Man WEB: www.therightsofman.typepad.co.uk-
85. Divorce and Stress /Caremark Health Resources WEB: www. health resources.caremark.com/
86. Chronic Disease Reproductive Health _At-A-Glance WEB: www.cdc.gov/nccdphp/publications/
87. Distribution of Education and Population Health: An Ecological Analysis. WEB: deepblue.lib.umich.edu/bitstream
88.Health Care Policy. Health status and general education. WEB: www.healthandage.com/html/res/healthpolicy/
89. Educational status Socioeconomic status and health: WEB: macses.ucsf.edu/Research/Social Environment/notebook/education.html
90. The Many Roles of Family Members in "Family-Centered Care" – Part 1 www.medscape.com/
91. The family in child health care. WEB: www.aapolicy.aapublications.org/
92. Family Role in Survey Process WEB: www.nccnhr.org/
93. 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 terrorisi attacks, American Journal of Epidemiology 2002, 155(11):988-996
94. T. Dorn, C.J. Yzermans, H. Guijt and J. Van der Zee Disaster-related Stress as a Prospective Risk Factor for Hipertension in Parents of Adolescent Fire Victims. Am. J. Epidemiol., February 15, 2007; 165(4): 410-417
95.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
96. Refugee Health¬_Minnesota Dept. of Health WEB: www.health.

state.mn.us/divs/idepc/refugee
97. Refugee Health¬ Service WEB: www.refugeehealth.org.au
98. Immigrant and Refugee Health WEB: www.case.edu/med/epid-bio/
99. Refugee Health Program: NYC DOHNMH WEB: www.nyc.gov/html/doh/html/refugee/
100. Steven R. Gambert Handbook of Geriatrics, London_N-Y, 2006
101. Paola S. Timiras Physiological Basis of Aging and Geriatrics, Third Edition, N-Y, 2006
102. Richard J. Ham, Philip D. Sloane Primary Care Geriatrics: A Case-Based Approach (Primary Care Geriatrics), N-Y, 2005
103. Health Care Financing and Latino Elderly WEB: academic.udayton.edu/
104. The health of Canada's elderly population: current status and future WEB: www.cmaj.ca/
105. WEB: www.foodsafety.gov
106. Center for Food Safety and Applied Nutrition WEB: vm.cfsan.fda.gov/list.html
107. WHO | Food Safety WEB: www.who.int/foodsafety/en
108. MedlinePlus: Food Safety WEB: www.nlm.nih.gov/medlineplus/foodsafety.html
109.Drug addicion and drug dependency – useful resources WEB: www.globalchahge.com/druglink.htm
110. Alcohol: Problems and Solutions WEB: www2.potsdam.edu/hansondj
111. Smoking and Tobacco Use Home Page | Office on Smoking and Health | CDC
WEB: www.cdc.gov/tobacco
112. Action on Smoking and Health WEB: www.ash.org
113.Abortion: All Sides of the Issue WEB: www.religioustolerance.org/abortion.htm
114. Abortion Information in the Yahoo! Directory Dir.yahoo.com/Health/Reproductive_Health/Abortion
115. Steven H. Woolf, Evonne Kaplan-Liss Health Promotion and Disease Prevention in Clinical N-Y,2006
116. Richard Windsor, Noreen Clark, Neal Richard Boyd and Robert

M. Goodman, Evaluation of Health Promotion, Health Education and Disease Prevention Programs with Power Web Bind-in Passcard, N-Y, 2003
117.Angus Dawson and Marcel Verweij Ethics, Prevention and Public Health (Issues in Biomedical Ethics) N-Y,2007
118.awrence Wallack, Lori Elizabeth Dorfman, David Jernigan, Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention, 1993
119. xford textbook of Public Health. Third edition. Volume I. Oxford University press. N-Y-Oxford-Tokyo, 1997
120. Robert H. Friis Essentials of Environmental Health, California State University Jones and Bartlett Publishers, 2007
121. G.E. Alan Dever Managerial Epidemiology : Practice, Methods and Concepts, Mercer University School of Medicine, Jones and Bartlett Publishers, N-Y. 2006
122. ary-Jane Schneider Introduction to Public Health, Second Edition, Jones and Bartlett Publishers, N-Y. 2006
123. ouis Rowitz Public Health for the 21st Century: The Prepared Leader, School of ublic Health_University of Illinois, Jones and Bartlett Publishers, Chicago, Illinois, 2006
124. Murray, CJ, Frenk, J. 2000. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 717
125. ovner, 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
126. lobal Programme on Evidence for Health Policy. Guidelines for WHO Guidelines. EIP/GPE/EQC/2003.1Geneva, World Health Organization; 2003
127. anisset U: A Review of WHO recommendations published in 2005
128. International Health Regulations, WHO, Geneva, 2005.
129.BASIC COUNTRY HEALTH PROFILES FOR THE AMERICAS http://www.paho.org/English/SHA/profiles.htm.
130. Guideline development in Europe. An International comparison Int. J Technol. Assess Health Care 2000, 16(4):1039-1049.
131.N. Higginbotham, G. Albrecht, L. Connor Health Social Science

(A Transdisciplinary and Complexity Perspective) Zed Books, London, 2002.
132.Applying Health Social Science: Best Practice in the Developing World", Zed Books, London, 2001.
133.Shortell S.M., Kaluzny A.D. – Essentials of Health Care Management. Organization Design and Behavior. – Delmar Publishers, Albany/New York, 1994.
134.OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991, Paris: OECD, 1993.
135.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
136.Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health Care Systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
137.Sloane R.M, Sloane B.L, Harder R.K. – Introduction to Health Delivery Organizations. Functions and Management – Health Administration Press, Chicago, 1998.
138.Tan J.K.H. – Health Management Information Systems, Theories, Methods and Applications. – An Aspen Publication, Gaithersberg, 1995.
139.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.
140.Richard Rognehaugh, The Health Information Technology Dictionary, (1st ed.), •Biscoe G.: Human resources: the political and policy context: http//www.moph.go.th/ops/hrdj/] website Human Resource Devel J. 2000,4:3
141. Adams O.B., Hirschfeld M: Human resources for health- challenges for 21st century, 2006.
142. 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.
143. 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

144. Bennett S, Franco LM: Health worker motivation and health sector reform. PHR.
Washington: PHR Project, 2000.
145.Buchan J: Health sector reform and human resourses: lessons from the United Kingdom.
Health Policy Plan 2000, 15: 319-325. PubMed Abstract| Publisher Full Text|
146.Chanda R: Trade in health services. Geneva: World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health 2001.
147.Chiavenato I: Advances and challenges in human resource management in the new millennium. Public Pers Manager, 2001, 30(1): 17-25.
148.Saltman R.B. and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe,1997.
149.Witter S. And Ensor T. Health economics for Developing Countries. The Universiry of York, Centre for Health Economics Intrernational Programme. Macmillan, 2000
150.alint E, Courtney M, Elder A, Hull S and Julian P. The Doctor, the Patient and the Group. London and New-York, 1993
151.Balint E. and Norrel J. Six minutes for the Patient. London and New-York, Tavisock Publications, 1973
152.Roderick E. McGrew, Encyclopedia of Medical History, London, Macmillan Pub.1985
153.ain Centers.net.WEB: www.paincenters.net
154.Turkish Contributions to Scientific Work in Islam Sayili, Audin, Foundation For Science, Technology and Civilisation, September 2004
155J. Rakich, B. Beaufort, Health Cases in Health Services Management, Professions Press, 1995
156.G. Pozgar, Legal Aspects of Health Administration, 8th Edition Jones and Bartlett Publishers,2005.
157.D.M. Berwick, M. Bisognano Health care services New York, McGraw-Hill/Professional, 2001.
158.D.M. Berwick, M. Bisognano, J.M. Juran; Net Library, Inc. Quality in health care services New York: McGraw-Hill,1999.
159.N. Barber Quality assessment for healthcare: a Baldrige-based handbook, New York, NY: Quality Resources, 1996.
160.Improving health care quality: a guide for patients and families,

by United States. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, 2004.
161.R. Baynham, B. Jane Krilyk, E.j. Manganelli, P. Tugwell Problem based clinical audit handbook Hamilton, Ont. Chedoke-McMaster Hospitals, 2006.
162. COPE handbook: a process for improving quality in health services New York, NY: Engender Health, 2003.
163.Medline WEB: www.doctor.ru/medinfo/medline.htm.
164.Last J.M. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press; 1988.
165.Asplund K. Randomized clinical trials of hemodilution in acute ischemic stroke. Acta Neurol Scand Suppl 1989.
166.Sackett D.L. Straus S, Richardson S.R, Rosenberg W, Haynes R.B: Evidence-Based medicine:
London, Churchill Livingstone 2 Edition 2000
167.Guyatt G., Rennie D., eds: Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-
Based Clinical Practice. Chicago: AMA Press. 2002.
168.Jadad A.R. Haynes R.B.: The Cochrane Collaboration – advances and challenges in improving evidence-based making. Med Decision Making, 1998 .
169.R. Baynham, B. Jane Krilyk, E.j. Manganelli, P. Tugwell Problem based clinical audit handbook Hamilton, Ont. Chedoke-McMaster Hospitals, 1984.
170.Robert Kane Understanding Health Care Outcomes Research, 2006.
171.Alan Zuckerman. Healthcare Strategic Planning: Approaches for the 21st Century, 2005
172.Jonathan Rakich. Managing Health Services Organizations, S (4th ed.), 2000
172.Beaufort B. Longest. Managing health services organizations and systems (4th ed.), 2000
173.S. Crystal. Managing the Medical Practice, Reeves (2nd ed.), 2002.
174.Gillam S, Meads G. Modernisation and the Future of General Practice. London: King's Fund, 2001.
175.Starfield B. Is primary care essential? Lancer 1994; 344: 1129-1133.
176.Secretaries of State for Health. Working for Patients. Cm 555.

London: HMSO, 1989.
177.Le Grand J, Mays N, Milligan J-A, ed. Learning from the Internal Market. A Review of the Evidence. London: King's Fund, 1988.
178.Department of Health. The New NHS: Modern, Dependable. London. The Stationery Office, 1997.
179.Wilkin D, Gillam S, Leese B, ed. The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts. Progress and Challenges 1999/2000. London: National Primary Care
Research and Development Centre/King's Fund, 2000.
180. Heath I. The Mystery of General Practice. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995; 5-14.
181.Balint M. The doctor, His Patient and the Illness. London: Pitman, 1964.
182.Toon P. What is Good General Practice? Occasional Paper 65. London, Royal College of General Practicioners, 1994.
183.MuirGrayJA.Post-modernmedicine.Lancet1999;354:1550-1552.
184.Florin D, Coulter A. Partnership in the primary care consultation. In: Gillam S, Brooks F, ed. New Beginings¬ – Towards Patient and Public Involvement in Primary Health Care. London: King's Fund, 2001; 44-59.
185. Barry MJ, Fowler FJ Jr, Mulley AG Jr, Henderson JV Jr, Wennberg JE. Patient reactions to a program designed to facilitate patient participation in treatment decisions for benign prostatic hyperplasia. Medical Care 1995; 33:771-782.
186.Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowels E. Evaluation of NHS Direct First Wave Sites. Second interim report to the Department of Health. Sheffield: Medical Care Research Unit, University of Sheffield, 2000.
187.Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. British Journal of General Practicie 2003; 53:53-59.
188.Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zeland. Quality in Health Care 2001; 10: 152-158
189.Gilliam S. What can we learn about quality of care from US health maintenance organizations? Quality in Primary Care 2004; 12: 3-4

190.Department of Health. The NHS Plan: A Plan for Investment; A Plan for Reform. London: The Stationery Office, Cm 4818-I, 2000.
191.Pencheon D. Intermediate care. British Medical Journal 2002; 324: 1347-1348.
192. Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Crol R. Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 2001.
193. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. Family Practice 1997; 14: 160-175.
194. Rouse A, Adab P. Is population coronary heart disease (standard 4). British Journal of General Practicie 2001; 51: 834-837.
195. Ebrahim S, Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 2001.
196. Kinmonth A-L, Marteau T. Screening for cardiovascular risk: public health imperative or matter for individual informed choice? British Medical Journal 2002; 325: 78-80
197. Lewis R, Gillian S, ed. Transforming Primary Care. Personal Medical Services in the New NHS. London: King's Fund, 1999
198. Coote A, ed. Claiming The Health Dividend. King's Fund, London, 2002.
199. Costello A, Osrin D, Manandhar D. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. British Medical Journal 2004; 329: 1166-1168.
200. Department of Health. Pharmacy in the Future – Implementing the NHS Plan: A Programme for farmacy in the National Health Service. London, Department of Health, 2000.
201. Department of Health. NHS Dentistry: Options for Change. London, Department of Health, 2002.
202. Neale J. Practice based commissioning. BMJ Careers, 2005; February 23, p.16.
203. Secretary of State for Health. Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services, (Cm 6737). Norwish: HMSO, 2006.
204. Fulop N, Protopsaltis G, Hutchings A, King A, Allen P, Normand

C, Walters R. Process and impact of mergers of NHS trusts multicentre case study and management cost analysis. British Medical Journal 2002; 325: 246.
207. Lewis RQ. A new direction for HIS community services. British Medical Journal 2006; 332: 315-316.
208. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care.). British Journal of General Practicie 2004; 54: 374-381.
209. Roland M. Commentary: general practitioners with special interests – not a cheap option. British Medical Journal 2005; 331: 1448-1449.
210. London Health Planning Consortium. Primary Health Care in Inner London: Report of a Study Group (Chair Donald Acheson). London Health Planning Consortium, 1981.
211. World Health Organization. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978.
Geneva: World Health Organization.
212. Tejada de Rivero D. Alma Ata revisited. Perspectives in Health 2003; 8: 1-6.
213. Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health (Acheson Report) London: The Stationery Office, 1998.
214. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Evidence from Systematic Reviews of the Research Relevant to Implementing the "Wider Public Health" Agenda. York: University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2000.
215. Machinko I, Starfield B, Shi I. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economics Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998, Health Services Research 2003; 38: 831-865.
216. Boerma W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman R, Rico A, Boerma W, ed. Public Health in the Driving Seat. European Observatory on Health Systems and Policy, 2006.
217. Mullan F, Epstein I. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. American Journal of Public Health 2002; 92: 1748-1755.

218. Watts J. China's rural health reforms tackle entrenched inequalities. Lancer 2006; 367: 1564-1565.
219. Corrigan P. Size Matters – Making GP Services Fit for Purpose. New Health Network, London, 2005.
220. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992
221. Jackson R, Lynch J, Harper S. Preventing coronary heart disease. British Medical Journal 2006; 332: 617-618.
222. French J. The market dominated future of public health. In: A Reader in Promoting Public Health. Sage/Open University, 2006 in Press.
223. Tudor Hart J. A New Kind of Doctor. London, Merlin Press,1988.
224. World Health Organization. Preparing A Workforce for the 21 th Century: The Challenge of Chronic Conditions. Geneva: World Health Organization, 2005.
225. Wanless D. Securing Good Health for the Whole Population. Final report. London: HM Treasury/Department of Health, 2004.
226. Department of Health. Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services. Cm 6737. London: The Stationery Office, 2006.
227. Smithies J. Community development and primary healthcare. In: Drinkwater C, Kai J, ed. Primary Care in Urban Disadvantaged Communities. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004; 59-73.
228. Bridge Consortium. The Evaluation of the New Opportunities Fund Healthy Living Centre Second Annual Report, 2003. available at www.biglitteryfund.org.uk.
229. Putnam R. Bowling Alone. New-York: Simon and Schuster, 2000.
230. Teenage Pregnancy Unit. www.dfes.gov.uk/teenagepregnancy.
•231. and Parenthood:
A Review of Reviews. Evidence Briefing. London: Health Development Agency, 2003
232. FPA Factsheet: www.fpa.org.uk/about/info/teenagepregnancy.htm (accessed 12 May 2006)
233. Griffits S, Thrope A, Dimelov C. An audit of Health care provision for rough sleepers. Public Health Medicine 2004; 5: 27-30

234. Katahe A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. World Health 1997; 4: 4-5
235. Department of Health. National Service Framework for Older People I. London: Department of Health, 2002
236. Faculty of Public Health. Fuel Poverty and Health Briefing Statement. June 2004
Shin, J. H., Haynes, R. B., and Johnston, M. E.t the effect of problem-based , Self directed Undergraduate Education of n lifelong learning. Can. Med. Assoc. J. 148 (1993) 969-976.
Crandall, S. J. S. the role of continuing medical Education in Changing and learning. J. Cont. educ. Health Prof. 10(1990) : 339-348.
Green, L., Ericksen, M. P., and Schor, E. Preventive Practices by Physicians: Behavioral Determinants and Potential interventions. Am. J. Prev. med. 4, suppl 4(1988): S101-S107.
Gruppen, L., Wolf F. M., Van Voorjhees, C. and Stross, J. K. The influence of General and Case-based Experience on Primary Care Treatment Decision Making. Arch. Intern. Med. 148(1986): 2657-2663.
Phillips, C. postgraduate training director, Department of Family Medicine, Dalhausie University Faculty of Medicine, Halifax, Nova Scotia, Canada. personal communications, 1990-1993.
237. Бодди Д., Пэитон Р. – Основы Менеджмента.
Санкт-Петербург/Москва/Харьков/Минск, 1999.
Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А., Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку.
лим, 1999.