

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი  
მედიცინის ფაკულტეტი



მარიამ მაღალდაძე

ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტები და  
მულტიდისციპლინური პრაქტიკა პირველად ჯანდაცვაში

სამაგისტრო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ნაშრომი შესრულებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრის  
აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ნაშრომის ხელმძღვანელი - ნატა ყაზახაშვილი  
თსუ, პროფესორი

თბილისი

2020

## ანოტაცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით „ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მხოლოდ დაავადების არარსებობა.“ (World Health Organization, 2020). გარკვეულ დაავადებათა პროვოცირებას შესაძლოა ხელი შეუწყოს იმ სოციალურ-ეკონომიკურმა გარემომ, რომელშიც ადამიანს უწევს ცხოვრება, მუშაობა და ფუნქციონირება. ადამიანის ჯანმრთელობას, მეტწილად განსაზღვრავს მისი ცხოვრების კონტექსტი, ქცევები და გარემო, ამ ხედვას იზიარებს ჰოლისტიკური მედიცინაც. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2018 წლის ანგარიშში, სადაც განხილულია საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სიტემა, გაცემულია რეკომენდაცია, რომლის მიხედვითაც აუცილებელია სისტემის რეორგანიზება, მულტისექტორული პოლიტიკის წარმოება და ძირითად დეტერმინანტებზე ფოკუსირება.

სწორედ, ამ საკითხებზე მსჯელობას ემსახურება წინამდებარე ნაშრომი, რომლის მიზანია, ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ერთიან კონტექსტში განხილვა, რაც გულისხმობს პირველადი ჯანდაცვის როლის გაზრდას დაავადებათა პრევენციის, მართვის და იდენტიფიცირების პროცესში. ასევე ნაშრომი აქცენტს აკეთებს სისტემის მულტიდისციპლინურ გუნდებად რეორგანიზების საჭიროებაზე. კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია რაოდენობრივი კვლევა, მონაცემები შეგროვდა წინასწარ შედგენილი ელექტრონული კითხვარის საშუალებით. კვლევის შედეგად დადასტურდა ჰიპოთეზა. მიღებული მონაცემების ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების გავლენის მიმართ ინფორმირებულობა დაბალია, როგორც მოქალაქეების, ისე პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული სერვისის მომწოდებელი ექიმებისა და მენეჯერების ჯგუფში. პირველადი ჯანდაცვა სუსტად ასრულებს მის წინაშე არსებულ ამოცანებს. ასევე, დაბალია ინფორმირებულობის დონე, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მულტიდისციპლინური მუშაობის პრინციპების შედეგებზე, რაც ემსახურება

მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და საზოგადოებაში არსებული  
ჯანმრთელობის რისკების მართვას.

Annotation

According to World Health Organization “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (WHO 2020) Some of the diseases can be triggered by social and economic environment.

One's health is primarily influenced by lifestyle, behavior and environment in which person lives, operate and function. Holistic medicine also accepts this point of view. According to WHO's report, which describes Georgia's primary healthcare system, it's compulsory to reorganize the system, to implement a multi-sectoral policy and focus on the main determinants.

Previous work focuses exactly on this topic, which aims to discuss social determinants and primary health system together as part of one context. That increases the role of primary healthcare system in preventing, managing and indicating diseases. Given project also focuses necessity of system's reorganization into multidisciplinary teams. It's methodical approach is quantitative research. Data was collected by the meaning of online questionnaire. The research proved the hypothesis with the help of data analysis.

It became clear that awareness about the social determinants that affect our health is low among citizens and the primary healthcare providers (doctors and managers). Primary healthcare system poorly achieves it's goals. Awareness about primary healthcare system's multidisciplinary work principals is also low, which normally would help citizens to maintain proper health condition and manage existing risks.

# სარჩევი

შესავალი და პრობლემის აქტუალობა.....	2
მეთოდოლოგია.....	5
კვლევის მეთოდი და შერჩევა.....	6
ჰიპოთეზები.....	7
თავი I – ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა .....	9
1.1 ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდელები და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია .....	15
1.2 ავადობის ტვირთი .....	18
თავი II – პირველადი ჯანდაცვის როლი და დანახარჯები ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ სერვისებზე.....	20
თავი III – სოციალური დეტერმინანტების გავლენა ჯანმრთელობაზე და ჰოლისტიკური მედიცინა.....	25
3.1 პირველადი ჯანდაცვა და მულტისექტორული გუნდი .....	33
3.3 ბარიერები და მულტისექტორული გუნდის მუშაობის განვითარების პოტენციალი ....	38
თავი IV– ძირითადი შედეგების ანალიზი.....	42
4.1 დემოგრაფიული მონაცემები .....	42
4.2 ძირითადი სოციალური დეტერმინანტები და ოჯახის ექიმი.....	44
4.3 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება და არსებული სამედიცინო გუნდი.....	64
4.4 სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის დამოკიდებულებები და მულტიდისციპლინური მუშაობის პრინციპები .....	66
თავი V – დასკვნები და რეკომენდაციები.....	71
ბიბლიოგრაფია .....	81
დანართები .....	89

## გამოყენებული აბრევიატურის განმარტებები

ჯანმო-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

პჯდ- პირველადი ჯანდაცვა

ჯანდაცვა- ჯანმრთელობის დაცვა

დკსჯც- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

საქსტატი-საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ჯმსდ - ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტები

იუნისეფი (UNICEF) - გაეროს ბავშვთა ფონდი

## შესავალი და პრობლემის აქტუალობა

პირველადი ჯანდაცვა უნდა ემსახუროდეს საზოგადოებაში არსებული ჯანმრთელობის რისკების იდენტიფიცირებასა და მართვას. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივით 2005 წელს შეიქმნა ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების ზედამხედველობის კომისია, რომლის მიზანია მთელი მსოფლიოს მასშტაბით შეაგროვონ ინფორმაცია, თუ რა შეიძლება გაკეთდეს ჯანდაცვაში თანასწორობის ხელშეწყობისთვის, როგორ უნდა შეიქმნას ჯანმრთელობისთვის უკეთესი სოციალური პირობები, განსაკუთრებით ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფებისთვის. ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტები მოიცავს: სოციალურ და ეკონომიკურ გარემოს, ფიზიკურ გარემოს, პიროვნების ინდივიდუალურ მახასიათებლებს და ქცევებს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტები არის ადამიანების სხვადასხვა ასაკობრივი საჭიროებები, დაბადების, ზრდის, ცხოვრებისა და მუშაობის პირობები. აღნიშნული გარემოებები ფორმირდება ფულის, ძალაუფლებისა და რესურსების განაწილებით გლობალურ და ეროვნულ დონეზე. შესაბამისად მოიცავს: *შემოსავალს, საცხოვრებელ პირობებს, პერსონალურ უსაფრთხოებას, ჯანდაცვის რესურსებზე ხელმისაწვდომობას, სოციალურ კაპიტალს, განათლებას და სხვა მნიშვნელოვან ფაქტორებს.* (Commission on Social Determinants of Health, (2008).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შემაჯამებელ ანგარიშში, რომელიც ეხება სოციალური დეტერმინანტებს, აღნიშნულია, რომ სამუშაო ადგილთან დაკავშირებული სტრესი 50%-ით ზრდის გულთან დაკავშირებული დაავადებების რისკებს. მოხსენებაში ნათქვამია, რომ ჭარბი წონა ხშირად გამოწვეულია არა ინდივიდუალურ სირთულეებით, არამედ ჯანსაღ პროდუქტებზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობით. აღსანიშნავია, რომ დიაბეტით დაავადებულთა 80%-ი ცხოვრობს დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და დიაბეტის საერთაშორისო

ფედერაციის მონაცემებით გლობალურად 2015 წლისათვის 415 მილიონზე მეტი ადამიანი დაავადებული იყო დიაბეტით, ასევე, აღსანიშნავია, რომ ევროპის რეგიონში ონკოლოგიურ დაავადებებზე საერთო სიკვდილიანობის 20% მოდის (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2015) ჯანმოს თანახმად შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ დიაბეტის გამომწვევ მიზეზებზე მყისიერი რეაგირების გარეშე დიაბეტით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 10 წლის შემდეგ 50%-ით გაიზარდება. (Commission on Social Determinants of Health (2008). არსებობს რამდენიმე რეკომენდაცია, რომელიც ამცირებს დიაბეტის განვითარების რისკებს. თითოეული მათგანი ცალსახად უკავშირდება ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებს. *მაგ: რეგულარული ფიზიკური აქტივობა, ჯანსაღი კვება, შაქრისა და ცხიმის შემცველი პროდუქტების მოხმარების შემცირება და თამბაქოზე უარის თქმა.* (World Health Organization. (2016.)

ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტები უმთავრესად განსაზღვრავს ჯანმრთელობისთვის საჭირო რესურსებზე ხელმისაწვდომობას, ჯანდაცვის სფეროში არსებულ უთანასწორობას და ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ უსამართლობას ქვეყნის შიგნით და ქვეყნებს შორის, შესაბამისად, შეიძლება ითქვას, რომ ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას, მეტწილად, განსაზღვრავს მათი ცხოვრების კონტექსტი, აღნიშნულ ხედვას იზიარებს ჰოლისტიკური მედიცინაც, რომელიც იყენებს ბიო-ფსიქო-სოციალურ მოდელს კულტურული და ყოფითი ფაქტორების გათვალისწინებით. (Ventegodt, S., Andersen, N. J., & Merrick, J. 2003). სწორედ ამიტომ, აუცილებელია ჯანდაცვის პოლიტიკის ისეთი ფორმით მართვა, რომ მან შეძლოს და უპასუხოს არსებულ გამოწვევებს, მიაწოდოს ადამიანებს საკმარისი ინფორმაცია და ხელი შეუწყოს სოციალური დეტერმინანტების უარყოფითი გავლენის შემცირებას. ჯანდაცვის სისტემის შემადგენელი ელემენტები, განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, უნდა მუშაობდეს და მაქსიმალურად იყოს ჩართული არსებული რისკების იდენტიფიცირების, მართვის,

დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკის და მათ პრევენციის პროცესში. (Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, et al. J Epidemiol Community Health, 2010).

ჯანმოს 2018 წლის ანგარიში - “A Vision for Primary Health Care In the 21st Century”- აჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვა არის ყველაზე ეფექტიანი, სამართლიანი, ხარჯთეფექტური სტრატეგია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. (World Health Organization & United Nations Children’s Fund (UNICEF). 2018). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2018 წლის ანგარიშში „პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში - Quality of primary health care in Georgia” აღწერილია არსებული მდგომარეობა, გამოწვევები და მიღწევები. ერთ-ერთ რეკომენდაციად დასახელებულია, რომ საჭიროა მულტისექტორული პოლიტიკის წარმოება და ძირითად დეტერმინანტებზე ყურადღების გამახვილება, აღნიშნული სტრატეგია, სავარაუდოდ შეამცირებს ავადობის რისკებსა და ხელს შეუწყობს მოსახლეობის კეთილდღეობას, რაც თავის მხრივ ამცირებს ავადობის ტვირთს. (WHO, Quality of primary health care in Georgia, 2018). ძირითად დეტერმინანტებზე კონცენტრირებამ შესაძლოა შეამციროს არსებული სოციალური და ეკონომიკური ბარიერები. ასევე, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ მულტისექტორული და მულტიდისციპლინური პრაქტიკის დანერგვა ხელს შეუწყობს ადეკვატურ უტილიზაციას, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული განათლების დონის გაუმჯობესებას, საზოგადოებაში ჯანმრთელობაზე პიროვნული პასუხისმგებლობის ამაღლებასა და ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესებას.

აღნიშნული ინფორმაციებიდან გამომდინარე, ნაშრომის მიზანია, ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების გავლენის იდენტიფიცირებისა და მართვის მიზნით, პირველად ჯანდაცვაში მულტიდისციპლინური/მულტისექტორული პრაქტიკის დანერგვის პოტენციალის შესწავლა, მოსალოდნელი დადებითი შედეგების და სირთულეების პროგნოზირება, აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით, როგორც საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფის, ისე უშუალოდ პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციის

თანამშრომლების დამოკიდებულებების, განწყობების შესწავლა და საცხოვრებელი ადგილის მხრივ არსებული განსხვავებების გამოვლენა.

## მეთოდოლოგია

პირველი ეტაპი : სამაგიდე კვლევა/დოკუმენტების ანალიზი.

დოკუმენტების ანალიზი მოიცავს, სამაგისტრო ნაშრომის თემასთან დაკავშირებით არსებული მონაცემების, ოფიციალური ანგარიშების, სამეცნიერო ნაშრომების მოძიებას, სისტემატიზაციას, შედარებას და ანალიზს. არსებული სამეცნიერო ლიტერატურის შესწავლის დროს გამოიკვეთა საკვლევი პროცესისთვის ობიექტური მახასიათებლები და მაჩვენებლები. დოკუმენტების ანალიზი, მნიშვნელოვანი ეტაპია სამაგისტრო თემასთან დაკავშირებით გამოვლენილი, უკვე არსებული შედეგების მიმოხილვის, სირთულეების ანალიზის და ჰიპოთეზების შემუშავების პროცესში.

მეორე ეტაპი : მეთოდოლოგიური საფუძველი - რაოდენობრივი კვლევა .

საკვლევის საკითხის შესასწავლას მიზანშეწონილად იქნა რაოდენობრივი კვლევის ჩატარება. კვლევა განხორციელდა სამ ეტაპად, პირველ ეტაპზე, მოხდა კითხვარის შემუშავება და ეთიკის კომისიის თანხმობის მოპოვება. მეორე ეტაპზე, განხორციელდა რესპონდენტების გამოკითხვა წინასწარ შედგენილი ელექტრონული კითხვარის საშუალებით. მესამე ეტაპზე კი კითხვარის დამუშავება და ანალიზი, შედეგების საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების შემუშავება. კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკური პროგრამის SPSS-ის დახმარებით.

**კვლევის ინსტრუმენტი.** კვლევის ჩასატარებლად შემუშავდა კითხვარი, კითხვარი შედგებოდა 76 დახურული და ღია კითხვისგან, პირველი 13 კითხვა ეხებოდა დემოგრაფიულ მახასიათებლებს, ხოლო დანარჩენი ეხებოდა ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების და მულტიდისციპლინური მუშაობის პრაქტიკების შესახებ ცოდნას, დამოკიდებულებს და განწყობებს.

კვლევის მეთოდი და შერჩევა

საჭირო ინფორმაციის შეგროვება რესპონდენტებისგან მოხდა ელექტრონული კითხვარის საშუალებით, რომელიც ძირითადად მოიცავდა დახურულ კითხვებს, თუმცა ასევე იყო ნახევრად ღია და ღია ტიპის შეკითხვები.

კვლევაში მონაწილეობა შეეძლო ყველა სრულწლოვან ადამიანს. კვლევის მიზნიდან გამომდინარე შერჩევაში გათვალისწინებული იყო ერთი მიზნობრივი ჯგუფი - პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული სერვისის მომწოდებელი ადამიანები-ექიმები, მენეჯერები და სხვა. (ამბულატორია, პოლიკლინიკა, საოჯახო მედიცინის ცენტრი, ჯანმრთელობის პუნქტი). მათთვის აუცილებელი იყო კითხვარის ყველა (4) ბლოკის შევსება, ხოლო დანარჩენი მოქალაქეებისთვის განკუთვნილი იყო კითხვარის მხოლოდ 3 ბლოკი. საერთო ჯამში რესპონდენტთა რაოდენობა არის 204, აქედან სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულია 47 რესპონდენტი.

კითხვარი დემოგრაფიული მონაცემების გარდა მოიცავდა 4 ძირითად თავს :

1. ძირითადი სოციალური დეტერმინანტები და მათი გავლენა
2. ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედი ქცევები
3. ოჯახის ექიმი და მულტიდისციპლინური გუნდი
4. სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის დამოკიდებულება მულტიდისციპლინურ გუნდთან დაკავშირებით.

ნაშრომის მიზანი :

ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების იდენტიფიცირების და მართვის მიზნით, პირველად ჯანდაცვაში, მულტიდისციპლინური მუშაობის პრაქტიკის დანერგვის და განვითარების პოტენციალის შესწავლა.

ნაშრომის ამოცანები:

- პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესახებ არსებული ლიტერატურული წყაროების მოძიება, შეკრება, სისტემატიზაცია და ანალიზი.

- ჯ.მ.ს.დ-ის იდენტიფიცირების და მართვის მიზნით, პირველად ჯანდაცვაში, მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის პრაქტიკის დანერგვის მოსალოდნელი დადებითი შედეგების და სირთულეების ანალიზი.
- პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მულტისექტორული გუნდის განვითარების პოტენციალის შესწავლა.
- რესპონდენტების ცოდნის ხარისხის და ინფორმირების დონის შესწავლა ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებთან მიმართებით.
- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებულთა (ექიმები/მენეჯერები) ცოდნა-დამოკიდებულების და განწყობების შესწავლა საკვლევ საკითხთან დაკავშირებით.

### ჰიპოთეზები

სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის პროცესში, მონაცემების ანალიზის და დაკვირვების შედეგად გამოითქვა ვარაუდი, რომ :

1. ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების გავლენის მიმართ ინფორმირებულობა დაბალია, როგორც მოქალაქეების, ისე პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული სერვისის მომწოდებელი ექიმების და მენეჯერების ჯგუფში.
2. პირველადი ჯანდაცვა სუსტად ასრულებს ამოცანებს, რომლებიც ემსახურება მოსახლეობის განათლების ხელშეწყობას, ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და ჯანმრთელობის რისკების მართვას.
3. საცხოვრებელ ადგილს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების გავლენის დონეზე, ცოდნის ხარისხზე და პირველადი ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობაზე.
4. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დაბალია ინფორმირებულობის დონე მულტიდისციპლინური მუშაობის პრინციპების/პრაქტიკების შედეგების შესახებ.

### კვლევის მეცნიერული სიახლე

1. შესწავლილ იქნა, პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) როლი და ფუნქცია ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების გავლენის იდენტიფიცირების და მართვის თვალსაზრისით.
2. ნაშრომში გაანალიზდა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესაძლებლობები ჯ.მ.ს.დ-ის გავლენის შემცირების თვალსაზრისით.
3. თეორიულ და ემპირიულ მონაცემებზე დაყრდნობით გაანალიზდა მულტიდისციპლინური/მულტისექტორული მუშაობის პრაქტიკების დანერგვის პოტენციალი, სირთულეები და შესაძლებლობები.
4. შესწავლილ იქნა, რესპონდენტთა ქცევები და დამოკიდებულებები ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების კონცეფციის ფარგლებში.
5. გაანალიზდა, კვლევაში მონაწილე პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი რესპონდენტების მოსაზრებები საკვლევ საკითხთან დაკავშირებით და სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული მუშაობის პრაქტიკები .
6. ნაშრომში, ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტები და პირველადი ჯანდაცვის სისტემა გაანალიზდა ერთიან კონტექსტში, რაც გულისხმობს, პირველადი ჯანდაცვის როლის გაზრდას დაავადებათა პრევენციის, მართვის და იდენტიფიცირების პროცესში.
7. წინამდებარე ნაშრომი თეორიული და ემპირიული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე აქცენტს აკეთებს სისტემის მულტიდისციპლინურ გუნდებად რეორგანიზების საჭიროებაზე.

ეთიკური სტანდარტები და კვლევის შეზღუდვები:

კვლევაში გათვალისწინებულია ყველა არსებული ეთიკური სტანდარტი. მონაცემების შეგროვების და დამუშავების დროს დაცული იყო ანონიმურობის და

კონფიდენციალობის პრინციპი. ყველა რესპონდენტის მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი. კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები გამოყენებული იქნება მხოლოდ აკადემიური და სამეცნიერო მიზნებისთვის.

შეზღუდვები :

- შეზღუდული დრო და ფინანსური რესურსი.
- კორონავირუსის პანდემიიდან გამომდინარე გადაადგილებასთან და სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებულ ადამიანებთან კომუნიკაციის პრობლემა, რამაც გაართულა მათი მონაწილეობა კვლევის პროცესში.

## თავი I

### ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა

ჯანმრთელობის უფლების დაცვა უპირველესად სახელმწიფოს ვალდებულებაა, სწორედ ამიტომ, სახელმწიფოები ცდილობენ მნიშვნელოვანი საკითხების საკანონმდებლო დონეზე დარეგულირებას. საქართველოში, როგორც საბჭოთა კავშირის წევრ ქვეყანაში მოქმედებდა ე.წ სემაშკოს მოდელი, თუმცა საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ სისტემის ეტაპობრივი ჩამოშლა დაიწყო, ეკონომიკური და სოციალური კოლაფსის შედეგად ფაქტობრივად საქართველოში ჯანდაცვის სექტორი უფუნქციო გახდა, რასაც ემატებოდა სისტემის კონტროლის მექანიზმების არ არსებობა. თუმცა, ქვეყნის განვითარების პარალელურად დაიწყო რეფორმები ჯანდაცვის სისტემაში. დოკუმენტში „საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა“ აღნიშნულია, რომ ჯანდაცვის სისტემაში ეროვნულ დონეზე მიმდინარე პროცესები წლების განმავლობაში მოიცავდა: არსებული სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის პროცესს, სტომატოლოგიური და ფარმაცევტული ბაზრის გადანაწილებას, კერძო და სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემების განვითარებას, მიზნობრივი ჯგუფების ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფას, სამედიცინო ცენტრებისა და ჰოსპიტლების რეაბილიტაციას. აღსანიშნავია, რომ 2013 წლიდან ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტები რადიკალურად შეიცვალა და სისტემა

გადავიდა სერვისების საყოველთაო მოცვაზე. ეროვნულ დონეზე მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმები ემსახურება ჯანდაცვის უფლებით უნივერსალური სარგებლობის პრინციპებს. 2013 წელს განახლდა 135-მდე სამედიცინო ცენტრი და განხორციელდა ჰოსპიტალური სექტორის 90%-ზე მეტის პრივატიზება, როგორც ჰოსპიტალური, ისე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები არიან კერძო მომგებიანი ორგანიზაციები. 2013 წლის 28 თებერვლიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განხორციელება, რაც გულისხმობდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის მოცვას მინიმალური პაკეტით. (საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა, ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო). პერიოდულად მიმდინარეობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარვეზების იდენტიფიცირება და თანაგადახდის პრინციპების ეტაპობრივი დანერგვა.

2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვას, აღნიშნული დადგენილება საქართველოს მთავრობამ 2014 წელს მიიღო. იგი აქცენტს აკეთებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების მნიშვნელობაზე. მასში ნათქვამია, რომ მომდევნო წლებში მეტი ფინანსური რესურსი დაიხარჯება პირველად ჯანდაცვასა და პრევენციულ მომსახურებებზე, რათა მოხდეს დაავადებების პრევენცია და ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა კატასტროფული დანახარჯებისგან. ასევე სისტემის განვითარების 10 პუნქტიან გეგმაში აღნიშნულია ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები როგორცაა: ჯანმრთელობა ყველა პოლიტიკაში - საერთო სახელმწიფოებრივი მულტისექტორული მიდგომა, ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების განვითარება, ჯანდაცვის სექტორში ადამიანური რესურსების განვითარება, პრიორიტეტული არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება და სხვა. დადგენილებაში ასევე ნათქვამია, რომ

მომდევნო წლებში ყურადღება დაეთმოზა მოსახლეობის განათლებას, რისკ ფაქტორების შემცირებასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, წყლისა და საკვების უსაფრთხოებას, ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების განვითარება და მასზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ყველა ეს ქმედება ემსახურება მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას . (საქართველოს მთავრობა, 2014)

ჯანმრთელობის მართვისა და გაუმჯობესების მხრივ, პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან როლზე, არსებობს გლობალურად შეთანხმებული პოზიცია, რომლის განვითარებასაც საფუძველი ალმა-ატას დეკლარაციამ ჩაუყარა, რომელიც 1978 წელს მიიღეს, ჯანმოს და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ორგანიზებულ კონფერენციაზე. მასში ხაზგასმულია საზოგადოებისთვის პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობა. „პირველადი ჯანდაცვა არის პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებზე დამყარებული ძირითადი სამედიცინო დახმარება, რომელიც უნივერსალურად ხელმისაწვდომია ინდივიდებისა და ოჯახებისთვის მათი სრული მონაწილეობით და ღირებულებებით, რომელსაც თემი და ქვეყანა უზრუნველყოფს განვითარების ყოველ ეტაპზე თვითრწმენისა და თვითგამორკვევის სულისკვეთებით.“ ( WHO & UNICEF Declaration of Alma-Ata, 1978). მოსახლეობის თანასწორობის, კეთილდღეობისა და რესურსებზე ხელმისაწვდომობის პრინციპების გათვალისწინებით შემუშავდა უმნიშვნელოვანესი მიზანი „ჯანმრთელობა ყველასთვის“, რომლის მიღწევის საშუალებადაც აღიარებულია პირველადი ჯანდაცვა.

ჯანდაცვის სისტემა შედგება სამი უდიდესი რგოლისგან : პირველი რგოლი - პირველადი ჯანდაცვა, მეორე რგოლი - რეგიონალური საავადმყოფოები, მესამე რგოლი - სპეციალიზირებული კლინიკები. თითოეულ რგოლს აქვს შესაბამისი მიზანი და მოქმედების სტრატეგია, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე მათ შორის არსებობს კოორდინაციისა და რეფერალის სისტემა. (გერზმავა,2017) პირველადი ჯანდაცვის განმარტება 1978 წლიდან იცვლება, თუმცა ჯანმოს არსებული განმარტებებით და

ინტერპრეტაციებით შეიძლება ითქვას, რომ პირველადი ჯანდაცვა არის საზოგადოების ყველა წევრზე მიმართული სისტემა, რომელიც მიზნად ისახავს ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მაქსიმალურ დონეს და რესურსების სამართლიან განაწილებას, ადამიანთა მოთხოვნილებებსა და შეხედულებებზე დაყრდნობით (როგორც ინდივიდებზე, ოჯახებზე და საზოგადოებაზე) პირველადი ჯანდაცვა, რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე ფოკუსირდება და ემსახურება: ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, დაავადებათა პრევენციას, მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე უწყვეტ კონტროლს, საზოგადოების განათლებას, ჯანსაღი ქცევების დამკვიდრებას, რეაბილიტაციასა და პალიატიურ მკურნალობას. პჯ-ის მომსახურებების მიწოდება უნდა ხდებოდეს ეკონომიკური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპზე დაფუძნებით. პირველადი ჯანდაცვა ეხება ჯანმრთელობის ფართო განმსაზღვრელ ფაქტორებს და ყურადღებას ამახვილებს ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ყოვლისმომცველ და ურთიერთდაკავშირებულ ასპექტებზე.(World Health Organization & United Nations Children’s Fund (UNICEF) 2018). პირველადი ჯანდაცვა აერთიანებს საბაზისო ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებებს სამედიცინო მომსახურებებს აღნიშნულ დონეზე მოქალაქეს აწვდის ოჯახის ექიმი ამბულატორიის შიგნით არსებულ გუნდთან ერთად.

ბარბარა სტარფილდმა (1932-2011) მნიშვნელოვანი სამეცნიერო კვლევების შედეგად დაადასტურა თუ რა დადებითი გავლენა აქვს პირველად ჯანდაცვას მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. ბარბარა სტარფილდმა გამოყო პირველადი ჯანდაცვის 4 საბაზისო პრინციპი: 1. პირველი დონის კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან 2. მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა 3. ყოვლისმომცველობა 4. კოორდინირება. (Starfield, 1998). აღნიშნული პრინციპები დღემდე პირველადი ჯანდაცვის მთავარი შემადგენელი ელემენტებია, რაც ხაზგასმულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიშში.(World Health Organization & United Nations Children’s Fund ((UNICEF).(2018. ჯანდაცვის სისტემის

შიგნით არსებული სამედიცინო საქმიანობის მენეჯმენტისთვის შემუშავებულია მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი - პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი (ICPC).(ჯანმო,2003,პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი ICPC-2-R გამოყენების წესი). დღეს უკვე არსებობს ICPC-ის შესწორებული ვერსია ICPC-2- რომელიც შედგება 17 თემატური თავისგან 7 კომპონენტისგან. კონკრეტულად :

A.ზოგადი ან დაუზუსტებელი	B.სისხლი, სისხლმზადი ორგანოები ან იმუნური მექანიზმები (ელენთა, ძვლის ტვინი).	D.კუჭ-ნაწლავთა სისტემა.	F.თვალი.	H.ყური (სმენა).
K.სისხლის მიმოქცევის სისტემა.	L.ძვალ-კუნთოვანი (მოდრობის) სისტემა.	N.ნერვული სისტემა.	P.ფსიქიკური/ფსიქოლოგიური	R.რესპირაციული სისტემა.
S.კანი	T.ენდოკრინული, მეტაბოლური ან კვების სისტემა.	U.უროლოგიური	W.ორსულობა, მშობიარობა,ოჯახის დაგეგმვა(ქალები)	X.ქალთა სასქესო ორგანოები (X-ქრომოსომა)
Y.მამაკაცთა სასქესო ორგანოები (Y-ქრომოსომა)	Z.სოციალური პრობლემები			

კომპონენტები (სტანდარტული ყველა თავისათვის):

1. ჩივილი და სიმპტომი.
2. დიაგნოსტიკა, სკრინინგი და პრევენცია
3. წამლები, მკურნალობა, პროცედურები
4. ანალიზების (გამოკვლევების) შედეგები
5. ადმინისტრაციული კომპონენტი
6. რეფერალი და მიმართვის სხვა მიზეზები

7.დაავადებათა კომპონენტი : ინფექციური დაავადებები; ახალწარმონაქმნები; ტრავმები; თანდაყოლილი ანომალიები; სხვა.

ICPC-საშუალებას აძლევს ოჯახის ექიმს მარტივად აღწეროს ადამიანის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში მომართვის მიზეზი. აღნიშნული კლასიფიკატორები მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სტატისტიკური მონაცემების შეგროვების მხრივ და პოლიტიკის სტრატეგიის განსაზღვრის პროცესში, განსაკუთრებით მას შემდეგ, რაც ჯანდაცვაში გაიზარდა ინფორმაციული სისტემების როლი და შეიქმნა სამედიცინო ჩანაწერების ელექტრონული ბაზები. აღნიშნული კლასიფიკატორების გათვალისწინებით, პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები განსხვავდებიან ორგანიზაციული ფორმების მიხედვით და მათ შესაბამისი დეპარტამენტები გააჩნიათ. ორგანიზაციული ფორმის მიხედვით შესაძლოა იყოს : პოლიკლინიკა, ამბულატორია, საფერშლო-საბებიო პუნქტები, ჯანპუნქტი და სხვა. თუ ამბულატორია ექვემდებარება რაიონულ ცენტრს, მაშინ მას უწოდებენ ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ გაერთიანებას. პოლიკლინიკა შესაძლოა თავის მხრივ დაიყოს მოზარდთა და ბავშვთა პოლიკლინიკებად. აღნიშნული გამიჯვნა მიანიშნებს, რომ დაწესებულებები თავიანთი მიზნების შესაბამისად მოქმედებენ და სამედიცინო მომსახურებების დანერგვის დროს აქტიურად ითვალისწინებენ მიზნობრივი კატეგორიის ასაკობრივ საჭიროებებს, ქცევით თავისებურებებსა და სირთულეებს. (გერზმავა, 2017)

ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლში აღნიშნულია: ”ყველას აქვს სტანდარტის უფლება საკუთარი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის სათანადო საცხოვრებლად, მათ შორის საკვების, ტანსაცმლის, საცხოვრებლის, სამედიცინო მომსახურების და აუცილებელი სოციალური მომსახურების ჩათვლით“.(გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია,1948) აღნიშნული ჩანაწერის განხორციელებას ჯანდაცვის დონეზე მნიშვნელოვანი რესურსების მობილიზება სჭირდება, შეიძლება ითქვას, რომ პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი

მთავარი ფუნდამენტი სოციალური სამართლიანობის პრინციპი, ხელს უწყობს 25-ე მუხლით განსაზღვრული დებულების შესრულებას.

ჯანდაცვის სამინისტროს ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, 2013-2014, საუბრობს მნიშვნელოვან ხარვეზებზე, რომლებიც შეიმჩნევა ამბულატორიების მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზასთან მიმართებით, განსაკუთრებით რაიონებში, პჯდ-ის უმეტესობა ვერ პასუხობს თანამედროვე სტანდარტებს, არსებული შენობები საჭიროებს რეაბილიტაციას, ადამიანური რესურსების მხრივ შეიმჩნევა მნიშვნელოვანი ხარვეზები კვალიფიკაციასთან მიმართებით, ასევე პრობლემაა ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობის საკითხი. (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული მოხსენება, 2014-2015) აღსანიშნავია, რომ მოსახლეობა უნდობლობის გამო არ მიმართვას ოჯახის/უბნის ექიმს სამედიცინო მომსახურების მიღებისთვის, რაც საბოლოოდ აისახება მოსახლეობის ზოგად ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. გზირიშვილის, 2012 წლის კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ თბილისში 2000 წელს ავადმყოფთა 11% არ მიმართავდა ექიმს, 60% თვითმკურნალობას მიმართავდა ფინანსური პრობლემების გამო, ავადმყოფობის პერიოდში პაციენტთა მხოლოდ 52%-მა მიმართა ვიწრო სპეციალისტს პჯ-ის ექიმის მიმართვის გარეშე. (გზირიშვილი, 2012)

### 1.1 ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდელები და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია

ჯანდაცვის სისტემა უნდა იყოს მოქნილი, რათა შეძლოს სხვადასხვა პოლიტიკური სისტემის და ეკონომიკური მოდელების ფარგლებში არსებობა. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მოდელი უმეტესად განისაზღვრება მისი დაფინანსების წყაროს მიხედვით. 1) ჯანდაცვის პირველი ნაციონალური სისტემა - ე.წ ბისმარკის მოდელი. დამქირავებელი იხდიდა სოციალური დაზღვევის 1/3, ხოლო დაქირავებული 2/3. სახელმწიფოს როლი იყო მინიმალური. (ვერულავა, 2016)

2) სემაშკოს მოდელი - სადაც გამოყოფილია პირველი დონე - პირველადი ჯანდაცვა (პოლიკლინიკები, სოფლის ამბულატორიები, ქალთა საკონსულტაციო ცენტრები, ზოგადი და სპეციალიზირებული სამედიცინო მომსახურებები), მეორე დონე (რეგიონალური კლინიკები) და მესამე დონე. (სპეციალიზირებული კლინიკები, კვლევითი ინსტიტუტები). სემაშკოს მოდელში მოქმედებს ერთიანი გადამხდელის და მომსახურების მიმწოდებლის პრინციპი, რომელსაც სახელმწიფო წარმოადგენს. არსებული მოდელის ფარგლებში მაღალი იყო არაფორმალური ჯიბიდან გადახდის დონე და ფაქტობრივად, არ არსებობა კერძო სექტორი. (ვერულავა, 2016)

3) უმეტესწილად გადასახადებით დაფინანსებული ჯანდაცვის სისტემა - ბევერიჯის მოდელი - შეიქმნა 1942 წელს, რომელიც გულისხმობს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის დაფინანსებას. მოგვიანებით, მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ შეიქმნა ეროვნული ცენტრალიზირებული ჯანდაცვის სამსახური (National Health Service - NHS) რომელიც ფინანსდებოდა სახელმწიფოს მიერ. აღნიშნული მოდელი გულისხმობს, რომ ჯანდაცვისთვის საჭირო ფინანსები განისაზღვრება სახელმწიფო ბიუჯეტის დამტკიცების პროცესში. (ვერულავა, 2016)

4) ამერიკული მოდელი - მოქმედ აქტორებს შორის ურთიერთობა კომერციული ხასიათისაა, სადაც სახელმწიფო რეგულირება მინიმალურია. ძირითადად მოქმედებს მხოლოდ ორი სახელმწიფო პროგრამა : ხანდაზმულთა და უმწეოთა. (ვერულავა, 2016)

სხვადასხვა ქვეყნებში გამოიყენება სხვადასხვა სამედიცინო სისტემა, რაც დამოკიდებულია არსებულ სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე და ქვეყნის შესაძლებლობებზე. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ძირითადად სისტემის დაფინანსება საერთო შემოსავლებით ან სავალდებულო სამედიცინო შენატანებით ხორციელდება, ხოლო დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში პირდაპირი (ჯიბიდან გადახდის) საშუალებით.

სამედიცინო მომსახურებების ორგანიზაციის მხრივ გამოიყოფა 1.რეგიონალური-დოუსონის მოდელი - რაც გულისხმობს ჯანდაცვის რესურსების

კოორდინაციას და განაწილებას წინასწარ განსაზღვრული არეალის ჭრილში. მსგავს სისტემაში გამოყოფილია ჯანდაცვის პირველადი, მეორადი და მესამეული საფეხურები და შესაბამისად არის განაწილებული სამედიცინო პერსონალი. პაციენტების მიმართვიანობა სამედიცინო დაწესებულებებში ხორციელდება განსაზღვრული დონეების მიხედვით, რაც გულისხმობს, რომ პაციენტის მესამეულ დონეზე მოხდევრას წინ უძღვის მისი პირველ დონეზე (პირველადი ჯანდაცვის დონეზე) არსებობა. მაგალითად შეიძლება დასახელდეს დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემა, სადაც გავრცელებულია პაციენტთა მიმართვიანობის ეტაპობრივი სისტემა. ასევე სკანდინავია და ლათინური ამერიკა.

2. თავისუფალი მიმართვიანობის მოდელი - გულისხმობს ჯანდაცვის დონეების ნაკლებ სტრუქტურირებას და უზრუნველყოფს პაციენტთა თავისუფალ მიმართვიანობას სამედიცინო მომსახურების ყველა დონეზე. ნაკლებად ენიჭება მნიშვნელობა პირველად ჯანდაცვას. (ვერულავა, 2016)

მაგალითად შეიძლება დასახელდეს აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც სამედიცინო მომსახურების თვალსაზრისით შერეულია, სადაც პაციენტებს შეუძლიათ პირდაპირ მიმართონ შერჩეულ სპეციალისტს. აშშ-ში პირველად დონეზე აქტიურად არიან წარმოდგენილი შინაგან სნეულებათა ექიმები და პედიატრები, რომლებსაც განსხვავებით დიდი ბრიტანეთისა და ევროპის ქვეყნებისგან, შეუძლიათ ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურებების გაწევა. თუმცა, ბოლო დროს აშშ-ში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს შეეზღუდათ ჰოსპიტალური მომსახურებების გაწევის უფლება. (ვერულავა, 2016)

ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია ფინანსური საკითხი, კერძოდ, მთლიანი დანახარჯებიდან რამდენს ხარჯავს სახელმწიფო ჯანდაცვაზე, რომელი სისტემების განვითარებას ცდილობს ის, რას ანიჭებს პრიორიტეტს და როგორ ანაწილებს ფინანსებს ჯანდაცვის შემადგენელ სექტორებზე. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 6.9%-ს.

(ვერულავა,2015) ჯანმრთელობის ეროვნულ მოხსენებაში (2016-2017) აღნიშნულია, რომ 2013 წლიდან საქართველოს აქვს ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის პოლიტიკა, დოკუმენტში ნათქვამია, რომ ბოლო წლებში გაიზარდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა-2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2017 წ. 1092 მლნ. ლარი. არსებული მონაცემების საფუძველზე, საქართველო ჯანდაცვაზე ხარჯავს 8-9%-ს, მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ყოველწლიურად იზრდება-2012წ.-1.7%, 2017წ.-3%, თუმცა, მონაცემების მიხედვით, ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად ჩამორჩება დასავლეთ ევროპის (EU15) - 8%, ევროკავშირის (EU28) - 7,3% და ევროპის 53 ქვეყნის - 5,7% საშუალო მაჩვენებლებს. (ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი,2018) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია საუბრობს, რომ გლობალურად სახელმწიფო დანახარჯები იზრდება, ქვეყნების შემოსავლების ზრდის მიხედვით, მაგრამ დაბალი შემოსავლის ქვეყნები ამ მონაცემების მიხედვით ჩამორჩებიან და მსგავს ქვეყნებში სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე დაბალია. მნიშვნელოვანია ასევე მშპ, რადგან, ქვეყნებში, სადაც მაღალია მშპ, მაღალია ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს დანახარჯები. (WHO, Public Spending on Health : A Closer Look At Global Trends, 2018 )

## 1.2 ავადობის ტვირთი

თემის სპეციფიკიდან გამომდინარე ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების გარდა მნიშვნელოვანია როგორია ავადობის ტვირთი, როგორც გლობალურად, ისე საქართველოში და როგორ ნაწილდება ფინანსური რესურსი ამბულატორიულ და სტაციონარულ სექტორზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით ყოველ წელს 41 მილიონი ადამიანი კვდება არაგადამდები დაავადებების შედეგად, რაც გლობალურად გარდაცვლილთა 71%-ია.

აღსანიშნავია, რომ არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობიდან დაახლოებით 80% ხდება დაბალ ან საშუალო შემოსავლის

ქვეყნებში. გლობალურად 2008 წელს 57 მილიონი ადამიანის გარდაცვალებიდან 36 მილიონი-63% გამოწვეული იყო არაგადამდები დაავადებებით.(WHO,NCDs,2010), ხოლო 2016 წელს 57 მილიონ გარდაცვალებიდან 41 მილიონი -71%. (WHO,NCDs, 2016) საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ 2016-2017 წლის ეროვნულ მოხსენებაში, აღნიშნულია, რომ ოთხი მთავარი

დაავადება განაპირობებს დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის 80%-ს. არაგადამდები დაავადებებით სიკვდილიანობის 15 მლნ შემთხვევა დეგბა 30-69 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილიანობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით და 4% ტრავმებით. ამასთან, საერთო სიკვდილიანობის 69% მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 14% - ონკოლოგიურ დაავადებებზე, 1% - დიაბეტზე, 4% - ქრონიკულ რესპირაციულ და 6% სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე. (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი,2015) არაგადამდები დაავადებებიდან გავრცელების სიხშირით აღსანიშნავია: გულსისხლძარღვთა დაავადებები, ონკოლოგიური დაავადებები, ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები (როგორცაა ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება და ასთმა) და დიაბეტი. ბოლო მონაცემებით არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკს განსაკუთრებით ზრდის: თამბაქოს მოხმარება პასიური მოხმარების ჩათვლით, ნაკლები ფიზიკური აქტივობა, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება და არაჯანსაღი კვება, რაც გულისხმობს საკვებში ცხიმების, მარილისა და შაქრის მაღალ შემცველობას. არსებობს შუალედური რისკ-ფაქტორები როგორცაა: სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, სისხლში გლუკოზისა და ქოლესტერინის მაღალი კონცენტრაცია, (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი,(2015), რომლებსაც თან ერთვის ისეთი სოციალურ ეკონომიკური დეტერმინანტები, როგორცაა - სიღარიბე, უთანასწორობა, უმუშევრობა, სოციალური არასტაბილურობა, უსამართლო ვაჭრობა და ზოგადი გლობალური უთანასწორობა. აღნიშნული ფაქტორები მიიჩნევა

ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველოში 2010-2016 წლებში 3%-ით შემცირდა ყველა მიზეზით გამოწვეული ავადობის ტვირთი (DALYs). შემცირდა გადამდები, დედათა, პერინატალური და კვებითი მდგომარეობებით გამოწვეული ავადობის ტვირთი - 8.0% - 2010 და 6.6% - 2016, თუმცა მოიმატა არაგადამდები დაავადებებით ავადობის ტვირთის ხვედრითმა წილმა - 83.3%- 2010 და 85.3% - 2016. (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული მოხსენება, 2016-2017). 2030 წლისთვის მდგრადი განვითარების მიზნებში (მგმ), აგდ აღიარებულია მსოფლიოს გამოწვევად, გაეროს წევრმა ქვეყნებმა მიიღეს გადაწყვეტილება, რომ მნიშვნელოვანი ზომები გაატარონ, რათა 2030 წლისთვის აგდ-თი გამოწვეული სიკვდილიანობა შეამცირონ და აიღეს პასუხისმგებლობა ეროვნული რეაგირების გეგმის შემუშავების შესახებ. (UN, SDG ,2015)

არაგადამდები დაავადებების მართვასთან და პრევენციასთან დაკავშირებით ეროვნულ დონეზე არსებულ სტრატეგიას უდიდესი პასუხისმგებლობა აქვს. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობის შემთხვევაში გარკვეული დაავადებების ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკა და მართვა სრულიად შესაძლებელია.

## თავი II

### პირველადი ჯანდაცვის როლი და დანახარჯები ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ სერვისებზე

სსიპ „დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მიერ მოწოდებული ინფორმაციიდან გამომდინარე, 2017 წელს საქართველოში წარმოდგენილი იყო: სტაციონარული დაწესებულებები - 280 (2016 – 278), პოლიკლინიკური დაწესებულება და ამბულატორიული ცენტრი - 320 (2016 – 304), სოფლის ექიმი - 1277 (2016 - 1258), სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგური

- 82 (2016 – 79), სისხლის გადასხმის ობიექტი - 21 (2016 – 19), ეპიდემიოლოგიური სამსახური - 64 (2016- 64). (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული მოხსენება 2016-2017)

ჯანმოს 2018 წლის ანგარიში - “A Vision for Primary Health Care In the 21st Century” (Towards universal health coverage and the sustainable development goals - კიდევ ერთხელ ამახვილებს ყურადღებას, ფოკუსირდება და ცალსახად საუბრობს ქვეყნებისთვის პირველადი ჯანდაცვის სტრატეგიულ მნიშვნელობაზე. საერთაშორისო ფონდი “კურაციო” ახორციელებს ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემების კვლევას, ბარომეტრის მე-12 ტალღა პირველად ჯანდაცვაზე ფოკუსირდა. ანალიზის საფუძველზე ირკვევა რომ ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯები მზარდია და 2015 წლიდან მთელი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის დაახლოებით 2/3-ს შეადგენს. (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, 2019) საკვლევი თემის სპეციფიკიდან გამომდინარე მნიშვნელოვანი საკითხია სტაციონარულ და ამბულატორიულ სექტორზე სახელმწიფო დანახარჯები, რადგან პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება გარკვეულწილად დამოკიდებულია თუ რამდენად პრიორიტეტულია ამბულატორიული სექტორი სახელმწიფოსთვის, ეს უკანასკნელი კი თავის მხრივ მეტყველებს, რამდენად ზრუნავს სახელმწიფო სისტემის დონეზე გარკვეული დაავადებების პრევენციაზე და ადრეულ დიაგნოსტიკაზე, რაც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემაში ხარჯების დაზოგვასა და ფინანსური მენეჯმენტის პროცესს. 2014 წელს მთავრობის მიერ მიღებული დადგენილების მიუხედავად, რომელიც პრიორიტეტად ისახავს ამბულატორიული სექტორის განვითარებას, სახელმწიფო დანახარჯები ბევრად უფრო მაღალია ჰოსპიტალურ სექტორზე, ვიდრე ამბულატორიულ მომსახურებაზე. ბარომეტრის მიერ ჩატარებული კვლევიდან, იკვეთება, რომ საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს დანახარჯების უმეტესი ნაწილი ჰოსპიტალურ სექტორზე მოდის. 2013 წლიდან 2017 წლამდე, ამბულატორიულ მომსახურებაზე, პრევენციასა და

საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ერთად სახელმწიფოს წილმა მთლიან დანახარჯებში შეადგინა 43.3%, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე - 71%. (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, 2019) აღნიშნული მონაცემები ცხადყოფს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების მიუხედავად, რამაც გარკვეულწილად დადებითად იმოქმედა მოსახლეობაზე, ამბულატორიულ და სტაციონარულ სერვისებზე დაფინანსება პრობლემურია და არათანაბრად ნაწილდება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გაჟღერებულია რეკომენდაცია, რომელიც გულისხმობს, რომ განსაკუთრებით საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებმა, უპირველესად, ძალიან მაღალ დონეზე, უნდა განავითარონ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, ამბულატორიული სექტორი, რადგან ჯანმოს 2018 წლის ანგარიში - “A Vision for Primary Health Care In the 21st Century”- უკვე დადასტურებულად ცხადყოფს, რომ პირველადი ჯანდაცვა არის ყველაზე ეფექტიანი, სამართლიანი, ხარჯთეფექტური სტრატეგია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

საქართველოში, სამედიცინო დაწესებულებებთან მიმართებით პრივატიზების პროცესი დასაწყისშივე განსხვავებულად შეფასდა სფეროს ექსპერტების მიერ. გლობალური ეკონომიკური კრიზისისა და 2008 წელს ქვეყანაში შექმნილი მძიმე პოლიტიკური და ეკონომიკური მდგომარეობის შედეგად საქართველოში ფაქტობრივად შეწყდა სამედიცინო სექტორის განახლების პროცესი და შეფერხდა ჰოსპიტალურ სფეროში დაგეგმილი რეფორმები. ახალი სამედიცინო დაწესებულებების აშენება და არსებული ჰოსპიტლების თანამედროვე მატერიალური ტექნიკური ბაზით უზრუნველყოფის საკითხი კი კრიტიკულად მნიშვნელოვანი იყო მოსახლეობისთვის. ამიტომ, სახელმწიფომ ამ პროცესში შემოიყვანა სადაზღვევო კომპანიები და მათ უფლება მისცა საავადმყოფოების ყიდვისა და აშენების. ამ პროცესების შედეგად დღემდე საქართველოში მოქმედი ჰოსპიტლებისა და ამბულატორიების უმრავლესობა კერძო კომპანიებს ეკუთვნის, რაც მძიმე გამოწვევაა სახელმწიფოსთვის.

საზოგადოებაში არსებული არაგადამდები დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკისა და პრევენციისთვის მნიშვნელოვანი ინდიკატორია ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ მომსახურებებზე მიმართვიანობის მაჩვენებელი. საქართველოში მიმართვიანობის მაჩვენებელი ყოველთვის მინიმალური იყო, რაც ასევე აისახება და გამოიხატება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 1 სულ მოსახლეზე ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისთვის მიმართვიანობის საშუალო მაჩვენებელი ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვის-6-ს შეადგენს, ხოლო საქართველოში 2015-2016 წლებში ერთ სულ მოსახლეზე ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში მიმართვიანობა 3.9 იყო, თუმცა 2017 წელს უმნიშვნელოდ შემცირდა და 3.5 გახდა. (ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, 2016-2017). ბარომეტრის მიერ ჩატარებული ანალიზიდან ასევე ირკვევა, რომ 2012 წლიდან 2017 წლამდე ამბულატორიული მიმართვიანობის მაჩვენებელი ერთ სულ მოსახლეზე გაიზარდა 30%-ით და არ აჭარბებს 3 ვიზიტს წელიწადში. ეს მაჩვენებელი კი 2.5 ჯერ ნაკლებია საშუალო ევროპული ქვეყნის მაჩვენებელზე, ამავე პერიოდში კი გადაუდებელი ოპერაციების 300%-ით მატება ფიქსირდება. (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, 2019) მონაცემებიდან გამომდინარე, პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ მართავს პროცესს და ფაქტობრივად, მისთვის წარმოუდგენელია ადამიანთა შეკავება პირველადი ჯანდაცვის სერვისების დონეზე, რაც მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება, როგორც მთლიანად ჯანდაცვის სისტემას, ისე მოსახლეობას. ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯებში მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხები კვლავ ჭარბობს (48.4%) (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, 2019). მიუხედავად იმისა, რომ შეინიშნება ჯიბიდან გადახდილი თანხების შემცირების ტენდენცია, საქართველოს მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, ის მაინც მძიმე ფინანსური ტვირთია მათთვის. საქართველოში, სტატისტიკის ეროვნული

სამსახურის მონაცემებით 2014 წელს სიღარიბის აბსოლუტურ ზღვარს ქვემოთ ცხოვრობდა მოსახლეობის 23.5%, 2016 წელს 22%, ხოლო 2019 წელს მოსახლეობის 19,5%.(საქსტატი) მსოფლიო ბანკის მონაცემებით კი 2016 წელს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მოსახლეობის - 32% ცხოვრობდა, აღსანიშნავია, რომ მსოფლიო ბანკის მეთოდოლოგიით, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მიიჩნევა მოსახლეობის ის ნაწილი, რომელიც დღიურად 2.5 დოლარზე ნაკლებს მოიხმარს. (WORLD BANK GROUP, 2016).

საქართველოში 2017 წელს, გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ განხორციელდა „მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა“, რომელიც აჩვენებს, რომ ერთ ან ორბავშვიანი ოჯახების 27.2% ფარდობით სიღარიბეში, ხოლო 24.5% ზოგად სიღარიბეში ცხოვრობს.(გაეროს ბავშვთა ფონდი (იუნისეფი)(2018). აღნიშნული მონაცემები განსხვავებულია ქალაქად და სოფლად, კვლევის მიხედვით სიღარიბის მაჩვენებელი უფრო მაღალია სოფლად, ვიდრე ქალაქად, რაც შეეხება სოფლად არსებულ სირთულეებს, ჯანმოს რეკომენდაციით საჭიროა მდგრადი ინვესტიციები სოფლად, რადგან განათლების, სოციალური მხარდაჭერისა თუ კულტურული განვითარებისთვის საჭირო რესურსების დიდი ნაწილი მობილიზებულია ქალაქად, რაც იწვევს უთანასწორობისა და განვითარებისთვის თანაბარი სასტარტო პირობების შეზღუდვას სოფლად მცხოვრები ადამიანებისთვის. (Commission on Social Determinants of Health, 2008). საქართველოს სახალხო დამცველის (2020წ) ანგარიშში ნათქვამია, რომ 2019 წელს 119,582 შინამეურნეობა (რაც მთელი მოსახლეობის 11.2%-ს შეადგენს) „მიზნობრივი სოციალური დახმარების პროგრამის“ ფარგლებში ფულად დახმარებას იღებდა. ამის გარდა, ამავე ანგარიშში აღნიშნულია, რომ 2019 წელს 307,694 შინამეურნეობა დარეგისტრირდა მიზნობრივი სოციალური პროგრამების ბაზაში, ეს რიცხვი კი მოსახლეობის 28.9%-ია. გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა (2017) აჩვენებს, რომ ეროვნულ დონეზე, შინამეურნეობების მთლიანი რაოდენობის 4.3%, მოსახლეობის 5.0%, ბავშვების 6.8% და პენსიონერების 3.7% უკიდურესი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ

ცხოვრობს (უკიდურესი სიღარიბის ზღვრად მიჩნეულია 1.25 აშშ დოლარი დღეში, რაც ერთ ეკვივალენტურ ზრდასრულ პირზე (ეზპ) გაანგარიშებით თვეში 82.8 ლარს შეესაბამება).

აღნიშნული მონაცემები, ცხადყოფს, რომ საქართველოს მოსახლეობის ნაწილი დგას მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური სირთულეების წინაშე, რაც აისახება მათი ცხოვრების ყველა ასპექტზე, მათ შორის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და ზოგადად, ჯანდაცვის რესურსებით სარგებლობის შესაძლებლობებზე, რადგან ფინანსური ხელმისაწვდომობა და სტაბილური ეკონომიკური მდგომარეობა უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია აუცილებელი რესურსებით სარგებლობის პროცესში და ჯანმრთელობაზე მოქმედ ერთ-ერთ მთავარ დეტერმინანტად მიიჩნევა.

### თავი III

#### სოციალური დეტერმინანტების გავლენა ჯანმრთელობაზე და ჰოლისტიკური მედიცინა

2005 წლიდან ჯანმოს ინიციატივით ფუნქციონირებს ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების ზედამხედველობის კომისია, რომლებიც ქვეყნიდან მიღებული ინფორმაციების ანალიზის საშუალებით ცდილობენ დაეხმარონ ქვეყნებს ჯანმრთელობისთვის უკეთესი სოციალური პირობები შექმნის პროცესში, შეიმუშაონ რეკომენდაციები და ურჩიონ ქვეყნებს, თუ რომელი სისტემის გაძლიერება შეუწყობს ხელს სოციალური დეტერმინანტების გავლენის შემცირებას ჯანმრთელობაზე. ძირითადი სოციალური დეტერმინანტები, რომელთა ჯანმრთელობაზე გავლენაც უნდა განვიხილო არის: ეკონომიკური სტაბილურობა, განათლება, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სერვისები, სოციალური კონტექსტი, სამეზობლო, გარემო, ცხოვრების და მუშაობის პირობები. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შემაჯამებელ ანგარიშში, რომელიც ეხება ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალური დეტერმინანტებს. დოკუმენტში, აღნიშნულია, რომ არსებობს უშუალოდ სტრესთან შეჭიდული დაავადებები, რომლებიც გვხვდება სამუშაო ადგილზე ან საცხოვრებელ გარემოში,

არსებობს მონაცემები, რომ სტრესი 50%-ით ზრდის გულთან დაკავშირებული დაავადებების რისკებს, ამიტომ ჯანმო მოუწოდებს ქვეყნებს, რომ დაიცვან ყველა ადამიანი სამუშაო ადგილზე სტრესისგან, უზრუნველყონ, რომ ადამიანებს ჰქონდეთ ადექვატური ანაზღაურება და უსაფრთხო, სტაბილური სამუშაო გარემო. გამოწვევების საპასუხოდ, ჯანმო ქვეყნებს მოუწოდებს, რომ უზრუნველყონ შრომითი პირობების დაცვა და ეროვნულ დონეზე გააუმჯობესონ არსებული საკანონმდებლო ხარვეზები. აღნიშნული ანგარიში ხაზ უსვამს ბალანსის დაცვის აუცილებლობას სამსახურსა და თავისუფალ დროს შორის. (WHO, Commission on Social Determinants of Health, 2008).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოქვეყნებულ დოკუმენტში, რომელიც აანალიზებს გამოწვევებს ჯანმრთელობასა და სოციალური დეტერმინანტებთან მიმართებით, აღნიშნულია, რომ სამუშაო პირობების მინიმალური კონტროლი, დაბალი ანაზღაურება და არასტაბილური სამუშაო გარემო (ნახევარი განაკვეთი, დროებითი და არაფორმალური კონტრაქტები) არის მენტალური და ფიზიკური დაავადებების რისკ ფაქტორი. (WHO Regional Office for Europe) მენტალური პრობლემები კი საკმაოდ დიდ პრობლემას წარმოადგენს ადამიანთა გარკვეული რაოდენობისთვის, ამიტომ სასურველია სახელმწიფოებმა ეროვნულ დონეზე შექმნან პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს განათლების, სოციალური დაცვის და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურ კოორდინაციას, მენტალური პრობლემების ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტირებას, მართვას და სათანადო სერვისების ხელმისაწვდომობას. ამ საკითხზე ყურადღება გამახვილებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის 2019 წლის ანგარიშშიც, სადაც ხაზგასმულია, რომ მენტალური პრობლემების მართვა არ არის მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის ვალდებულება, ამიტომ სახელმწიფოში უნდა არსებობდეს ერთიანი სისტემური სამოქმედო გეგმა და სტრატეგია, სადაც პასუხისმგებლობები გადანაწილებული იქნება, როგორც ჯანდაცვის, ისე განათლებისა და სოციალური დაცვის სექტორზე. აქტიურად უნდა ჩაერთოს,

როგორც საგანმანათლებლო სისტემა ისე განსაკუთრებით ხელმისაწვდომ მონაცემებზე დაყრდნობით, ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში სოციალური კეთილდღეობის სისტემაში მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული ხარჯები დაახლოებით 39 მილიარდი ევროა. ეს ხარჯები მოიცავს შშმ პირების ანაზღაურებას, რომლებსაც მენტალური პრობლემების გამო არ შეუძლიათ მუშაობა. შეიძლება ითქვას, რომ სოციალური დაცვის სისტემიდან ფინანსების მნიშვნელოვანი ნაწილი იხარჯება მენტალური პრობლემების მქონე ადამიანებზე : დანიაში - 44%, ფინეთში და შვეიცარიაში - 43%, რუმინეთში - 37%. ანგარიშში, აღნიშნულია, რომ ადამიანები ყველაზე ხშირად მკურნალობას დეპრესიისა და შფოთვის შემთხვევაში მიმართავენ, თუმცა მიუხედავად ამისა, ძალიან ბევრი მენტალური პრობლემების მქონე ადამიანი ვერ იღებს შესაბამის მკურნალობას. დეპრესია ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მენტალური დაავადებაა-მსოფლიოს მასშტაბით დაახლოებით 264 მილიონ ადამიანზე მეტია დაავადებული. ძირითადად, დეპრესია და შფოთვა გავრცელებულია ღარიბ და დაუცველ საზოგადოებებში. ასევე, ბავშვები, რომელთა მშობლებსაც აქვთ დეპრესია ან შფოთვა, აქვთ უფრო მეტი რისკი და სავარაუდოა, რომ მომავალში მათ შეექმნებათ ფსიქიკური პრობლემები. (WHO Regional Office for Europe,2019). ჯანმოს მიხედვით დეპრესიის მქონე ბევრი ადამიანი ძირითადად განიცდის შფოთვის სიმპტომებს, დარღვეულ ძილს და მადის დაქვეითებას, დანაშაულის გრძნობას ან დაბალ თვითშეფასებას, აქვთ ცუდი კონცენტრაცია და ისეთი სიმპტომებიც კი, რაც სამედიცინო დიაგნოზით ვერ აიხსნება. მკურნალობის მიღების ბარიერებიდან აღსანიშნავია: შესაბამისი სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობა, სოციალური სტიგმა მენტალური დაავადებების გამო და ეფექტური ზრუნვის სერვისების ნაკლებობა. (WHO, 2020).

მენტალური დაავადებები შეიძლება იყოს, როგორც შედეგი, ასევე მიზეზი უთანასწორობის, სიღარიბისა და გარიყულობის, თუმცა სიღარიბე მეტწილად დაკავშირებულია და იწვევს მენტალურ პრობლემებს. ასევე ბავშვები, რომლებიც

ცხოვრობენ სიღარიბეში ხასიათდებიან გარკვეული ფიზიკური და მენტალური სირთულეებით, რაც თავის მხრივ აისახება სკოლაში დასწრებისა და სწავლის ხარისხზე ეს კი ამცირებს მაღალანაზრაურებადი სამუშაო ადგილის პოვნის შესაძლებლობას. (WHO Regional Office for Europe, 2019). დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური ჯგუფის წარმომადგენლებს აქვთ ბევრად უფრო ცუდი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ვიდრე სხვა ჯგუფის წევრებს. ფინანსური სირთულეები, ძირითადი საჭიროებების დაუკმაყოფილებლობა და ცუდი საცხოვრებელი პირობები პირდაპირ გავლენას ახდენს ინდივიდუალურ ჯანმრთელობაზე საცხოვრებელი სივრცის შეუსაბამო და არაადექვატურ პირობებს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ზრდის დეპრესიის დონეს, ასევე მაღალია ფსიქიკური თუ ფსიქოლოგიური პრობლემების ალბათობა (Blazquez, Cottini, & Herrarte, 2013).

ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩარჩო - ჯანმრთელობა 2020 ხაზს უსვამს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, სოციალური ზრუნვის სისტემა, არასამთავრობო ორგანიზაციები და სხვა სპეციალისტები ერთად უნდა მუშაობდნენ რათა ხელი შეუწყონ საზოგადოებაში მენტალური პრობლემების მოგვარებასა და პრევენციას.

ჯანმო აღნიშნავს, რომ ბავშვების სიკვდილიანობის მიზეზები ხშირად უნდა ვეძიოთ ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაში და სერვისებში. აილას, ლაბეგას და ნავაროს (2005) ნაშრომში აღნიშნულია, რომ საცხოვრებელი პირობები მკაფიო გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე, რაც ნიშნავს, რომ უნდა აქცენტი უნდა გაკეთდეს ჯანდაცვის პოლიტიკაზე და მის შედეგებზე. გლობალურად ეს ნიშნავს, რომ მოსახლეობის უკეთესი ჯანმრთელობის პირობების შექმნასა და ხელშეწყობაზე პასუხისმგებლობა მხოლოდ ჯანდაცვის დეპარტამენტს არ უნდა ეხებოდეს. მნიშვნელოვანია, უფრო მასშტაბური ინიციატივები, რომელიც ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ დეტერმინანტად აღიარებს და მხედველობაში მიიღებს საცხოვრებელი პირობების დეპრივაციას.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა დედებთან და ბავშვებთან დაკავშირებული რისკ ფაქტორების სწორ ანალიზსა და შეფასებას მხოლოდ ნაწილობრივ ახორციელებს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური მონაცემებით, 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვებზე 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების შემთხვევების თითქმის 75% მოდის. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის და საქსტატის მონაცემებით, საქართველოში 2018 წელს ეს წილი 83.4%-ს შეადგენდა. (ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო, 2018) ბოლო პერიოდში აღნიშნულ მონაცემთან მიმართებით შეინიშნება კლების ტენდენცია, თუმცა მონაცემები ცხადყოფს, რომ 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი აღემატება ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს. პერინატალური ჯანმრთელობის 2016 წლის ანგარიშში ნათქვამია, რომ საქართველოში პერინატალური ავადობის და სიკვდილიანობის მთავარ მიზეზთა შორის უპირატესად წარმოდგენილია სოციალური, ქცევითი და კულტურული დეტერმინანტები, ასევე ჯანმრთელობასთან ასოცირებული მდგომარეობები. (პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში, ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2016) რისკ ფაქტორების მართვასა და პრევენციაზე ორიენტირებულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, შესაბამისად, საჭირო სერვისების დანერგვითა და მულტიდისციპლინური გუნდის ჩართულობით, საჭიროა არსებული რისკების სწორი შეფასება, იდენტიფიცირება და მათზე რეაგირება. აღნიშნულზე, ყურადღებას ამახვილებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაც და ამბობს, რომ 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის ყველა რისკ ფაქტორთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება მოიცავს ინტერსექტორულ მუშაობას, რომელიც გულისხმობს სოციალური დახმარების/მხარდაჭერის, განათლებისა და უფლებადამცველი პროფესიონალების ერთად მუშაობას, ასევე ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებას, როგორცაა საცხოვრებელი და სანიტარული პირობები. (WHO Regional Office for Europe, 2019).

ჯანმრთელობაზე მოქმედი მნიშვნელოვანი სოციალური დეტერმინანტია ალკოჰოლის, თამბაქოს მოხმარება და მოსახლეობის ფიზიკური აქტივობის ხარისხი. საქართველოში განხორციელდა არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების STEPS კვლევა, რომელშიც მონაწილეობა 18-69 წლის მოზრდილმა მოსახლეობამ მიიღო, სულ - მონაწილეობდა 5554 რესპონდენტი. კვლევა რეპრეზენტატულია და აჩვენებს, რომ საქართველოში მოსახლეობის თითქმის ერთი მესამედი (31%) მოიხმარს თამბაქოს, მათ შორის 90.5% ყოველდღიური მწვეელი. მოწევაზე თავის დასაწებებლად: კონსულტაცია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე - მიიღო - 11.0%-მა, თამბაქოს მეორადი კვამლის ზემოქმედების ქვეშ სახლში იმყოფება 43%, ხოლო სამუშაო ადგილზე-15.8%. ალკოჰოლის მძიმე ეპიზოდური მოხმარების მაჩვენებელია 18.3% (ერთ ჯერზე 6 და მეტი ულუფა ალკოჰოლის მიღება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში). ექიმის/სამედიცინო მუშაკის რეკომენდაციით სმისთვის თავის დანებება მიიღო 21.6%-მა. (არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების STEPS კვლევა, 2016, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი) გლობალურად ცნობილია, რომ ალკოჰოლთან შეჭიდული დაავადებების მაღალი მაჩვენებელი გვხვდება ცენტრალური აზიისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ტერიტორიებზე, სადაც ავადობის ტვირთის წილი 13%-ს აღწევს.(Commission on Social Determinants of Health, 2008). რაც შეეხება ფიზიკურ აქტივობას, STEPS კვლევის მიხედვით რესპოდენტთა 82.4% მძიმე ფიზიკური აქტივობით არ არის დაკავებული. გამოკითხულთა 5.1%-ს სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე აღენიშნება ან აქვს დიაბეტის დიაგნოზი. განხილული დეტერმინანტები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს საზოგადოების ჯანმრთელობაზე და ზრდის სიმსუქნისა და მავნე ნივთიერებების მოხმარებასთან შეჭიდული დაავადებების განვითარების რისკებს. 40-69 წლის პოპულაციის 28.8%-ში ჩამოყალიბებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადება ან 10-წლიანი კარდიოვასკულური რისკი  $\geq 30$ . (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, STEPS კვლევა, 2016)

საქართველოში მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (2018) (MICS) შედეგების მიხედვით, ცნობილია, რომ საქართველოში 5 წლამდე ბავშვების 6% აქვს ჭარბი წონა, ბავშვების 1%-ს აღენიშნება წონაში ზომიერად ან მკვეთრად გამოხატული გამოფიტვა, 6% ზომიერად ან მკვეთრად ჩამორჩება სიმაღლეში, ხოლო ბავშვების 2%-ს აქვს ზომიერად ან მკვეთრად გამოხატული წონის დეფიციტი. ასაკობრივ ჭრილში მალნუტრიციის მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ბავშვების ყველაზე დიდი წილი (10%), რომელთაც აქვთ ჭარბი წონა, 12-17 თვის ასაკის ბავშვები არიან. ბავშვების ყველაზე დიდი წილი (5%), რომლებსაც აქვთ წონის დეფიციტი და გამოფიტვა არიან 0-5 თვის ასაკის. (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულმა სამსახური, UNICEF, NCDC, 2018-2019) 2016 წელს საქართველოში ჩატარდა კვების ეროვნული კვლევა, ანალიზში განხილულია ოჯახების, ინდივიდების, ბავშვების, ორსული ქალებისა და მეძუძური დედების კვება საქართველოში. აღნიშნული კვლევის შედეგად, საქართველოში ყოველ მესამე ოჯახს არ აქვს საკმარისი ფული სურსათის საყიდლად. მოსახლეობის უმეტესობა იკვებება ნახშირწყლებით მდიდარი პროდუქტებით, მხოლოდ 1/3 მოიხმარს რკინით მდიდარ საკვებს, ყველაზე ხშირად იკვებებიან შემწვარი კარტოფილით და ლობიოთი. ხილი და ხორცი ხელმისაწვდომია მაღალშემოსავლიანი ოჯახებისთვის, დაბალშემოსავლიანი ოჯახები კი თავიანთი შემოსავლის 65%-ს საკვებ პროდუქტებზე ხარჯავენ. (ანალიზის და კონსულტირების ჯგუფი, 2016). თითოეული ეს ფაქტორი შეჭიდულია ისეთ რთულ დაავადებებთან, როგორცაა დიაბეტი, სიმსუქნე, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ინსულტი. ასევე დაუბალანსებელი კვება გავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე და ზოგად ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ჯანმრთელობაზე უარყოფითი გავლენის საუბრის დროს აღსანიშნავია, რომ ურბანული გარემო და სივრცე მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორს წარმოადგენს. ურბანული გარემო ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით განიხილება ერთ-ერთ რისკ ფაქტორად, რადგანაც ავტოსაგზაო შემთხვევებით გამოწვეული დაზიანებები და ტრანსპორტთან შეჭიდული ჰაერის დაბინძურება ყოველწლიურად 2 მილიონამდე

ადამიანის სიკვდილს იწვევს. (Commission on Social Determinants of Health, 2008). ხშირად ვხვდებით ქალაქებს, რომლებიც არ არის საზოგადოების საჭიროებების შესაბამისად მოწყობილი, ნაკლებად გვხვდება რეკრეაციული სივრცეები, ველობილიკები და სხვა ჯანსაღი ქცევის წამახალისებელი საშუალებები, რაც კიდევ უფრო აფერხებს ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების გავლენის შემცირებას და ხელს უშლის ფიზიკური აქტივობების ჩართვას ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

1986 წელს, ოტავაში მიიღეს „ოტავას ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ქარტია“, სადაც „ჯანმრთელი სახელმწიფო პოლიტიკა“ მიჩნეული იქნა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ძირითადი მიზნების მიღწევის საშუალებად. (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). ოტავას ქარტიის მთავარი მიზანი ჯანმრთელობის ხელშეწყობაა. სტრატეგიებში აქტიურადაა მოწოდებები, რომ მთავრობებმა არაგადამდები დაავადებების ძირითადი გამომწვევების დაძლევისათვის პოლიტიკის წარმოების პროცესში უნდა განავითარონ ინტერსექტორული მუშაობის ეროვნული სტრატეგიები. ქარტიაში ხაზგასმულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამოქმედო საშუალებები: ჯანსაღი საზოგადოებრივი პოლიტიკის შექმნა, მხარდამჭერი გარემო, საზოგადოებრივი ქმედებების გაძლიერება, პერსონალური უნარების განვითარება და რეორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისების შექმნა პრევენციისა და ჰოლისტიკური მედიცინის განვითარებისთვის. ჰოლისტიკური მედიცინა არის მკურნალობის ხელოვნება და მეცნიერება, რომელიც მიმართულია ადამიანის - სხეულზე, გონებაზე და სულზე. დაავადების თავიდან აცილების მიზნით და სამკურნალოდ ჰოლისტიკური მედიცინის პრაქტიკაში ინტეგრირებულია ალტერნატიული თერაპიები. იგი მოიცავს დიაგნოზირების და მკურნალობის ყველა უსაფრთხო საშუალებას, ასევე ფიზიკური მდგომარეობის, კვების, გარემო პირობების, ემოციური, სულიერი და ცხოვრების სტილის ელემენტების სრულყოფილ ანალიზს. ჰოლისტიკური მედიცინის პრინციპები კონცენტრირდება და მოიცავს - განათლების გზით ცხოვრების წესის, ქცევების ცვლილებას; უპირობო სიყვარულს; თანადგომას,

როგორც ყველაზე ძლიერ მკურნალს; ადამიანის პასუხისმგებლობას საკუთარი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის; კონცეფციას, რომლის მიხედვითაც ყველა ადამიანს აქვს თანდაყოლილი სამკურნალო უნარები; მკურნალობაში მდგომარეობის მიზეზის დაფიქსირებას და არა მხოლოდ სიმპტომების შემსუბუქებას; ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთნდობას, სადაც წახალისებულია პაციენტის განათლება და ავტონომია; ექიმი, როგორც როლური მოდელი პაციენტისთვის; ჰოლისტიკური ექიმები პაციენტებს ეხმარებიან, რომ აიღონ სიყვარულის, იმედის, იუმორის და ენთუზიაზმის მკურნალობის ძალა და გათავისუფლდნენ სირცხვილის, დეპრესიის, გახანგრძლივებული შიშისა, მწუხარებისა და სხვა უარყოფითი განცდებისგან, რომლებიც მნიშვნელოვნად აზიანებს ადამიანთა ჯანმრთელობას; სასურველი და ოპტიმალური ჯანმრთელობა არ ნიშნავს დაავადების არ არსებობას, ეს არის ფიზიკური, ფსიქიკური, ემოციური, სულიერი, გარემო პირობებისა და სოციალური ასპექტების გაუმჯობესებისკენ შეგნებული სწრაფვა. (Riley,D, Anderson,R, Blair,J, Crouch,S, Meeker, W, Shannon,S, Sudak,N, Thornton,L, Low Dog,T , 2016)

### 3.1 პირველადი ჯანდაცვა და მულტისექტორული გუნდი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია აღნიშნავს, რომ პოლიტიკის წარმოების დონეზე პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას საქართველოში აფერხებს გარკვეული ფაქტორები, მათ შორის უმნიშვნელოვანესია შესაბამისი და ადეკვატური დაფინანსება, დღემდე საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების უმეტესი წილი ჰოსპიტალიზაციაზე მოდის, ასევე მაღალია პაციენტთა ჯიბიდან გადახდების წილი, მათ შორის მედიკამენტებზე დანახარჯები. ასევე აღსანიშნავია, რომ შეფასებების მიხედვით საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებებს არ აქვს უწყვეტი ხასიათი, ძირითადად ისინი ფრაგმენტულია და ნაკლები შედეგი აქვთ. შეიმჩნევა, საკმარისი ცოდნით აღჭურვილი სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი, რომლებსაც არ აქვთ შესაბამისი ცოდნა არაგადამდები დაავადებების სკრინინგისა და მართვის პრაქტიკის თვალსაზრისით, მათი გადაწყვეტილებები, მიდგომები და

დამოკიდებულებები იშვიათად შეესაბამება მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ გაიდლაინებსა და პროტოკოლებს. მნიშვნელოვანი ხარვეზები შეინიშნება პირველადი ჯანდაცვის სექტორის თანამშრომლებთან ანაზღაურების თვალსაზრისითაც. (WHO, Quality of primary health care in Georgia, 2018)

მსოფლიოში არსებული გამოწვევების საპასუხოდ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპიურის სტრატეგია „ჯანმრთელობა 2020“ ხაზს უსვამს ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მიღწევისათვის მულტისექტორული მიდგომების, სექტორებს შორის მუშაობის აუცილებლობას. (WHO Regional Office for Europe, 2013, Health 2020) აღნიშნული სტრატეგია აქტუალური გახდა, განსაკუთრებით მას შემდეგ, რაც გაიზარდა მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი და საგრძნობლად მოიმატა ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანების რაოდენობამ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2018 წლის ანგარიშში „პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში“ აღწერილია არსებული ხარვეზები და მოწოდებულია რეკომენდაციები. ანგარიშში ნათქვამია, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვა საჭიროებს რეორგანიზებას მულტიდისციპლინურ გუნდებად. სისტემაში ან პროგრამებში უკვე არსებული პერსონალი (მაგ: საყოველთაო ჯანდაცვა, სოფლის ექიმები და სხვა დაავადებაზე მიმართულ ვერტიკალური პროგრამები) უნდა იყოს ვალდებული შეასრულოს მოვალეობები შესრულების შესაბამისი ინდიკატორების მიხედვით. აღნიშნული ინდიკატორების შემუშავება კი უნდა უზრუნველყოს ჯანდაცვის სამინისტრომ, როგორც თითოეული სამედიცინო დაწესებულებისთვის, ასევე ზოგადად სისტემისთვის. ანგარიშში ასევე ხაზგასმულია, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების უმეტესობა კერძო, მოგებაზე ორიენტირებულია, რაც ართულებს მათზე პასუხისმგებლობების დაკისრებას. მულტისექტორულ პოლიტიკას განსაკუთრებული როლი ენიჭება არაგადამდები დაავადებების მართვისა და პრევენციის პროცესში, რომელზეც ავადობის ტვირთის დიდი ნაწილი მოდის. რეკომენდაციების გათვალისწინებით, ქვეყნებმა ეროვნულ დონეზე უნდა შექმნან

ეფექტური პროგრამები და დანერგონ თემზე მორგებული ინტერსექტორული მუშაობის პრინციპები, რომლებიც მიმართული იქნება ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების გავლენის შემცირებისა და მართვისკენ. (WHO, 2018)

### 3.2 დისციპლინები, რომლებსაც აერთიანებს პირველადი ჯანდაცვის მულტისექტორული გუნდი

პჯს-ის მიზნებიდან გამომდინარე, სისტემაში არსებული საქმიანობების უმეტესობას ახორციელებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი იგივე ოჯახის ექიმი. საქართველოს საოჯახო მედიცინის ცენტრის მიერ მომზადებულ დოკუმენტში, განმარტებულია, რომ „ზოგადი პრაქტიკის ექიმი არის პირი, რომელსაც მიღებული აქვს პროფესიული განათლება და ამ პროფილით საქმიანობის ლიცენზია და აქვს უფლება განახორციელოს პჯდ-ის აუცილებელი, პროფილაქტიკური, საგანმანათლებლო, პრევენციული და სამკურნალო ღონისძიებები ოჯახისა და თემი ნებისმიერი წევრისადმი, განურჩევლად ასაკისა და სქესისა“. (პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი, საოჯახო მედიცინის ცენტრი, (სმესც). 2005). ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა საქმიანობის დროს გაითვალისწინოს ოჯახის სტრუქტურა, ინდივიდის სირთულეები, სოციალური და ფსიქოლოგიური სირთულეები, მოიპოვოს პაციენტის ცხოვრებისა და ფუნქციონირების სფეროების შესახებ ინფორმაცია და ვალდებულია, გამოვლენილი რისკების შესაბამისად მიაწოდოს საჭირო ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე, მან დროულად უნდა გადაწყვიტოს პაციენტის მკურნალობის სტრატეგია, უზრუნველყოს პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება. ის ვალდებულია ითანამშრომლოს სისტემაში არსებულ სამედიცინო თუ არასამედიცინო პროფესიონალებთან. ზპე-ს უნდა ჰქონდეთ ცოდნა თემში არსებულ ზოგად სირთულეებზე და გარემოსთან დაკავშირებულ რისკებზე. პაციენტის ჩვილებიდან გამომდინარე, საჭიროების შემთხვევაში, ის ახდენს პაციენტის გადამისამართებას პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გუნდის წევრთან - შესაბამის ვიწრო

სპეციალისტთან. (პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი, საოჯახო მედიცინის ცენტრი, (სმესც). 2005).

პირველადი ჯანდაცვის გუნდი განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყანაში, რაც ეფუძნება გარკვეულ არგუმენტებს და დამოკიდებულია მოსახლეობის რაოდენობაზე, ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, ქვეყანაში არსებულ კვალიფიციურ პროფესიონალებზე, საზოგადოებაში წამყვან სამედიცინო პრობლემებზე, ეროვნულ დონეზე შემუშავებულ ჯანმრთელობის სტრატეგიებზე და სხვა. სწორედ ამიტომ, ჯანდაცვის სპეციალისტებსა და სამეცნიერო საზოგადოებას უჭირს ზუსტად განსაზღვროს პჯს-ის გუნდი, თუმცა შეთანხმებული პოზიცია არსებობს, რომ წამყვანი როლი პჯს-ში უჭირავს ზოგადი პრაქტიკის ექიმს(ოჯახის ექიმს) და ექთანს, თუმცა ასევე შესაძლებელია, რომ დაწესებულება შედგებოდეს მულტიდისციპლინური გუნდისგან, რომელიც აერთიანებს 30-მდე პროფესიის ადამიანს, მათ შორის არასამედიცინო პერსონალს, მაგ: უბნის ექიმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი/მედა, სტომატოლოგი, ფიზიოთერაპევტი, ფერშალი (პარამედიკი), სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ლოგოპედი, დიეტოლოგი, ფარმაცევტი და სხვა. (WHO, Main terminology) 2003 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ განსაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის გუნდი, როგორც გულისხმობს პროფესიონალთა ერთობლიობას, რომლებსაც ერთობლივად შეაქვთ წვლილი ადამიანთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პროცესში, ისინი იზიარებენ საერთო ღირებულებებსა და ინაწილებენ პასუხისმგებლობას. (WHO, 2008, The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever 2008). ჯანდაცვის სიტემაში დროთა განმავლობაში მნიშვნელოვანი პარადიგმული ცვლილება მოხდა, რაც გულისხმობს, რომ წამყვანი როლი ენიჭება პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებს, მათ აქტიურ ჩართულობას და სოციალური და ქცევითი ფაქტორების კონტროლს საზოგადოებაში.

2017 წელს გამოქვეყნდა ნაშრომი, რომელშიც განხილულია ჰოლანდიის პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი შემადგენელი გუნდი, კვლევის ერთ-ერთი

მიზანი იყო პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების აზრის შესწავლა, თუ რომელ დისციპლინებს მოიაზრებენ ისინი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გუნდში. ინტერვიუების ანალიზმა ორი მნიშვნელოვანი საკითხი გამოყო: პირველი-გუნდების კონცეპტუალიზაცია, აქცენტს აკეთებს მონაწილეთა განსხვავებულ პერსპექტივებზე, პირველადი სამედიცინო ჯგუფების კონცეფციასთან დაკავშირებით; მეორე-ანალიზმა გამოავლინა სამი ფაქტორი, რამაც შეიძლება მინიმუმამდე დაიყვანოს განსხვავებული პერსპექტივების არასწორი გაგება ან გამოყენება მუშაობის პროცესში: „იცნობდე ადამიანს, რომელთანაც მუშაობ“, ”ცოდნის, ინფორმაციის გაცვლის აუცილებლობა“ და ”ზრუნვის ჰოლისტიკური პერსპექტივის გაზიარება“. (Kirti D. Doekhie, Martina Buljac-Samardzic, Mathilde M. H. Strating, Jaap Paauw, 2017)

აღნიშნული სამი ფაქტორი გავლენას ახდენს გუნდურად მუშაობის პროცესზე. კვლევის მონაწილე ზოგადი პრაქტიკის ექიმები პჯ-ის გუნდის მთავარ ბირთვად მიიჩნევენ: ზოგადი პრაქტიკის ექიმს, გერიატრს და ექთანს. გამოვლინდა, რომ ოკუპაციური თერაპევტები და ფიზიოთერაპევტები ფიქრობდნენ, რომ პაციენტების თვალში, ისინი გუნდის ბირთვს განეკუთვნებიან, რადგან მათი კომპეტენციის სფეროები უფრო მეტ ყურადღებას ამახვილებს პაციენტთა ყოველდღიურ საქმიანობებზე, ვიდრე მათი სამედიცინო მდგომარეობის მკურნალობაზე. ოკუპაციური თერაპევტების აზრით, იმის ცოდნა, თუ როგორ უნდა მართოს პაციენტმა მისი ყოველდღიური ცხოვრება და როგორ უნდა შეინარჩუნოს დამოუკიდებლობა, მნიშვნელოვანი მიზნებია პაციენტებისთვის. კვლევაში გამოიკვეთა, გუნდის წევრებს შორის რეგულარული შეხვედრების ნაკლებობა, რადგან კვლევის მონაწილემ აღნიშნა, რომ მას გაუჭირდება სოციალურ მუშაკთან თანამშრომლობა, რადგან მას არასოდეს შეხვედრია პირადად და არ იცის პაციენტზე ზრუნვის პროცესში სოციალური მუშაკის როლისა და მიზნების შესახებ (Kirti D. Doekhie, Martina Buljac-Samardzic, Mathilde M. H. Strating, Jaap Paauw, 2017) პჯს-ის ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ხშირად უძღვები არიან მართო გაუმკლავდნენ მათ წინაშე არსებულ ამოცანებს. დადგენილია, რომ ქრონიკული დაავადებათა მართვის

47%-მდე და პრევენციული მოვლის 77% შემთხვევა შეიძლება სხვა გუნდის წევრებს გადაეცეს, რომლებიც უზრუნველყოფენ რეკომენდაციების შესრულებასა და პაციენტთა მდგომარეობის მართვის პროცესს. (Leach, B., Morgan, P., Strand de Oliveira, J., Hull, S., Østbye, T., & Everett, C. 2017).

### 3.3 ბარიერები და მულტისექტორული გუნდის მუშაობის განვითარების პოტენციალი

პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის ნდობის ფაქტორი მნიშვნელოვანია, თუმცა დღეს პრაქტიკაზე დაკვირვებით შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში ოჯახის ექიმის როლი ფაქტობრივად შეცვლილია და მხოლოდ რეფერალის როლს ასრულებს. Welfare Foundation-ის მიერ 2019 წელს განხორციელებულ კვლევაში „სუსტი პირველადი ჯანდაცვა“, აღნიშნულია, რომ გამოწვევად რჩება ექიმთა და სოფლის ექიმთა ანაზღაურების სისტემა, რომელიც მნიშვნელოვანი ფაქტორია მოტივაციისა და სისტემაში ნაკლებად კვალიფიციური კადრების არსებობის. საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით, სამედიცინო ჯგუფის/საოჯახო მედიცინის გუნდში შედის 1 ექიმი და 1 ექთანი. 1 ექიმი დაახლოებით 2000 პაციენტს ემსახურება, 2012 წელს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიხედვით განისაზღვრა 1.93 ლარი 1 ბენეფიციარზე - 14,000 მიმდგრებული ადამიანის კრიტიკულ მოცულობაზე, 7 გუნდზე (ოჯახის ექიმი+ოჯახის ექთანი). სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან გაფორმებული ხელშეკრულებით, სოფლის ექიმის დაუბეგრავი ხელფასი არის 650 ლარი, თუმცა ამ თანხით მას უწევს სხვადასხვა ვალდებულებების შესრულება, მათ შორის : კომუნალური გადასახადების გადახდა,საკანცელარიო ნივთები შეძენა, „ექიმის ჩანთის“ შევსება და სხვა. კვლევაში ნათქვამია , რომ იკვეთება ოჯახის ექიმთა მხრიდან არასაჭირო რეფერალი, ისეთ მომსახურებებზე სადაც პაციენტს უწევს სრულად ჯიბიდან გადახდა ან თანაგადახდა. Welfare Foundation-ის კვლევაში აღნიშნულია, რომ ხშირად დაბალი ანაზღაურების გამო სოფლის ექიმებს უწევთ სხვა სამსახურის შეთავსება, უმეტესად

ითავსებენ სასწრაფოს ექიმის პოზიციას, თუმცა არის შემთხვევები, რომ არსულებენ ოჯახის ექიმის მოვალეობასაც, ხშირია სოფლის ექიმების უფლებების დარღვევა, ავადმყოფობის შემთხვევაში მათ გაცდენილი დღეების საფასური ხელფასიდან ექვითებათ. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ სოფლებში არ მოქმედებს ერთიანი გუნდის პრინციპი ოჯახის ექიმსა და ექთანს შორის, ხშირად შეიმჩნევა ხარვეზები ექთანთა კვალიფიკაციასთან დაკავშირებით, რაც ართულებს ექიმსა და ექთანს შორის მუშაობის პროცესს და შედეგების მიღწევას. (Welfare Foundation , 2019) შეინიშნება, ექთანთა დეფიციტი, საქართველოში ექიმების რაოდენობა აჭარბებს ექთნების რიცხვს, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში საშუალოდ ერთ ექიმზე 4-5 ექთანი მოდის (ვერულავა, 2015). 2017 წელს ჩატარებული კვლევის მონაცემებიდან შეიძლება ითქვას, რომ გამოკითხული ოჯახის ექიმების უმრავლესობას შემოსავალი 200-დან 600 ლარამდე აქვს, ექთნების უმრავლესობის 200 ლარამდე, ისინი დასაქმებული არიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, ექთნები, რომლებიც დასაქმებული არიან კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ, აღნიშნის, რომ მათი ხელფასი მერყეობს 300-დან 600 ლარამდე, თუმცა ასეთი კვლევის მონაწილეთა მხოლოდ 5.6%-ი იყო. სულ გამოიკითხა 92 ოჯახის ექიმი და 36 მედდა/ასისტენტი. (ლომთაძე, ბრეგვაძე, კიკილაშვილი, 2017).

მულტიდისციპლინური გუნდის მენეჯმენტზე და დიზაინზე არ არსებობს შეთანხმებული პოზიცია, ზოგმა დაწესებულებამ მიიღო გადაწყვეტილება და გააფართოვა სამედიცინო ასისტენტების პასუხისმგებლობა, რაც მოიცავდა: პრევენციული შემთხვევების მართვას, პაციანტთა განათლებას და სწავლებას ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით, შედეგად კი გაუმჯობესდა პრევენციული მომსახურებების მოხმარება და პაციანტთა ჯანმრთელობის შედეგები. სხვა შემთხვევებში, დაწესებულებებმა პირველად ჯანდაცვაში შემოიყვანეს ახალი პროფესიონალები, მაგალითად, ექიმის დამხმარე ფერშალი (PA), პრაქტიკოსი მედდა (NPs), ფარმაცევტები ან ქცევითი სამედიცინო პროვაიდერები-პაციენტებისთვის საჭირო სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით. კანადაში

მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის პრაქტიკების დანერგვას აფერხებს გართულებული დაფინანსებისა და ანაზღაურების სისტემა პროვინციენში, სადაც არსებული დაფინანსების სისტემა, პირდაპირ თუ ირიბად, პრიორიტეტს ანიჭებს ექიმის მომსახურებების მოხმარებას. ამის საპირისპიროდ, დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახური მოიცავს ხელშემწყობმა ინოვაციებმა და ინიციატივებმა მულტიდისციპლინურ გუნდებთან მიმართებით, როგორცაა არასამედიცინო პერსონალის სერვისების დაფინანსების სისტემა, რომელიც ხელს უწყობს ექიმთან შედარებით დაბალი ღირებულების არასამედიცინო პერსონალის მომსახურებების გამოყენებას და ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების მოხმარებას შემთხვევათა მართვის პროცესში. (Leach, B., Morgan, P., Strand de Oliveira, J., Hull, S., Østbye, T., & Everett, C. 2017.)

კოენის და ბეილის (1997) გუნდური ეფექტურობის მოდელში ასახულია კომპლექსური ურთიერთკავშირი დიზაინს, გუნდურ პროცესებს, გუნდის ფსიქო-სოციალურ მახასიათებლებს და გუნდურ შედეგებს შორის. დიზაინი მოიცავს გუნდის ტიპს (მაგ. მენეჯმენტი, სამუშაო გუნდი), დავალების მახასიათებლებს (მაგ. ურთიერთდამოკიდებულება, ავტონომია), გუნდის შემადგენლობას (მაგ. ზომა, დრო, მრავალფეროვნება) და ორგანიზაციულ კონტექსტს (მაგ. ჯილდოები და ზედამხედველობა). (Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). ფაქტობრივად ამ კონცეფციას ეხმიანება, 2017 წლის კვლევის შედეგები, რომელიც ცხადყოფს, რომ შესაბამისი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში მულტიდისციპლინური გუნდის დიზაინზე, მუშაობის წესზე და პრაქტიკაზე დიდ გავლენას ახდენს: ორგანიზაციის ტიპი, საკუთრების ფორმა, გეოგრაფიული მდებარეობა, შემთხვევათა რაოდენობა, დაფინანსების/ანაზღაურების სისტემა, სოციალური და პოლიტიკური კონტექსტი. კვლევაში აღნიშნულია, რომ მონაწილეებმა დაასახელეს ისეთი ბარიერები, რომლებიც პირდაპირ უკავშირდება კლინიკის მფლობელთა გადაწყვეტილებებს. კონკრეტულად გამოიყო: სივრცე, რომელიც აფერხებს გუნდის მუშაობას/კოორდინაციას; შეხედულებები, რომ ორგანიზაციის მფლობელები ვერ

აფასებენ სათანადოდ პირველადი ჯანდაცვის როლსა და თანამშრომელთა გადაწყვეტილებებს. (Leach, B., Morgan, P., Strand de Oliveira, J., Hull, S., Østbye, T., & Everett, C. 2017). სოფლის პრაქტიკაში სერვისს პროვაიდერები და პერსონალი მულტიდისციპლინური გუნდების განხორციელების შემაფერხებელ ბარიერად ასახელებენ კადრების ხელმისაწვდომობას, ხოლო დაბალი შემოსავლის მქონე პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილების მქონე რესპონდენტებმა დაასახელეს ფინანსური ბარიერი.

ავედის დონაბედიანმა ხარისხის შეფასების თვალსაზრისით შემოიღო კონცეპტუალური ხედვა : სტრუქტურა, პროცესი და შედეგი. ამ სისტემის მიხედვით შესაძლოა შეფასდეს და გაანალიზდეს, რამდენად ეფექტურია მულტისექტორული მუშაობის პრაქტიკა ან როგორი ტიპის გაერთიანებული მუშაობის პრაქტიკებია წარმატებული. დონაბედიანი თავის მოდელში გამოყოფს 'შედეგებს', როგორც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გავლენას პაციენტებზე ან პოპულაციებზე, მათ შორის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებებზე (კლინიკური შედეგები), ქცევაზე, ცოდნაზე, პაციენტების კმაყოფილებაზე და ცხოვრების ხარისხზე. (პაციენტთან დაკავშირებული შედეგები). (Donabedian, A (1966).

მკვლევარები საუბრობენ, რომ პირველადი სამედიცინო მომსახურებისთვის შესაბამისი ანაზღაურების პოლიტიკა არის მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის წარმატების ან წარუმატებლობის მთავარი კომპონენტი, რაც ზრდის მსგავსი პრაქტიკების განვითარების პოტენციალს. კანადისა და ავსტრალიის მაგალითების განხილვით მკვლევარები ამტკიცებენ, რომ მაშინაც კი, როდესაც არსებობს მულტიდისციპლინური გუნდების პოლიტიკური მხარდაჭერა, ანაზღაურების მოდელები, რომლებიც პრიორიტეტს ანიჭებენ ექიმის მომსახურებების მოხმარებას ან დაბალ და შეუსაბამო ანაზღაურებას სთავაზობენ არასამედიცინო გუნდის წევრებს ხელს უშლის მულტიდისციპლინური გუნდების ჩამოყალიბებასა და განვითარებას. პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს დაფინანსების მოდელებს, რომლებიც უფრო მეტად იქნება მოქნილი და მორგებული

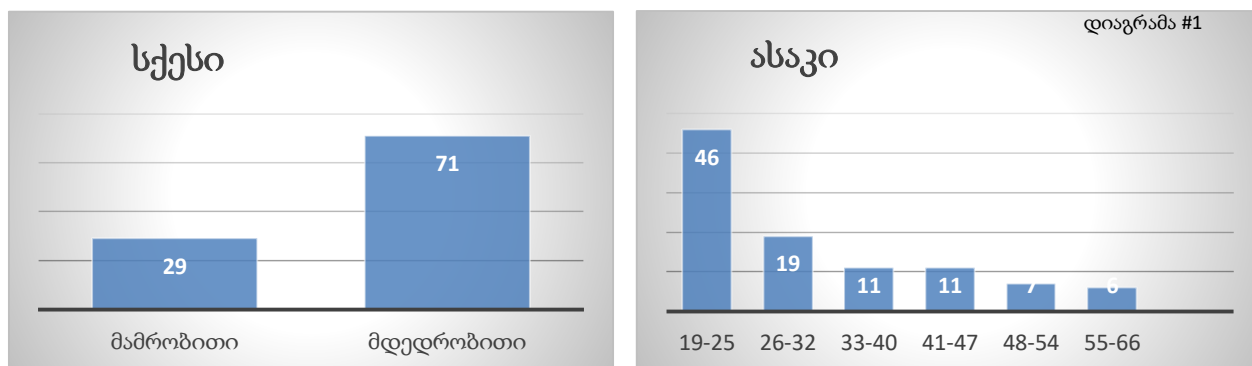
დაწესებულებებზე. მულტიდისციპლინური პირველადი სამედიცინო დახმარების ჯგუფების წარმატებით განხორციელებაზე გავლენას ახდენს არა მხოლოდ ორგანიზაციული, არამედ უფრო დიდი სოციალური და პოლიტიკური კონტექსტი. გარე ფაქტორები ხშირად აღიქმება, როგორც მულტიდისციპლინური გუნდების განხორციელების ბარიერი, ხოლო ხელშემწყობი ფაქტორები, ძირითადად, კლინიკის წყაროებიდან გამომდინარეობს. თუმცა, ენერჯისა და შემოქმედებითობის მიუხედავად შიდა რესურსები არ არის საკმარისი არსებული გარე ბარიერების გადალახვისთვის. საჭიროა გადაწყვეტილებები, რომლებიც ხელს შეუწყობს ანაზღაურების მოქნილი პოლიტიკის დანერგვას, რაც საშუალებას მისცემს დაწესებულებებს დააკომპლექტონ მრავალფეროვანი გუნდი და შექმნან ადეკვატური ანაზღაურების სისტემა. (Leach, B., Morgan, P., Strand de Oliveira, J., Hull, S., Østbye, T., & Everett, C. 2017)

## თავი IV

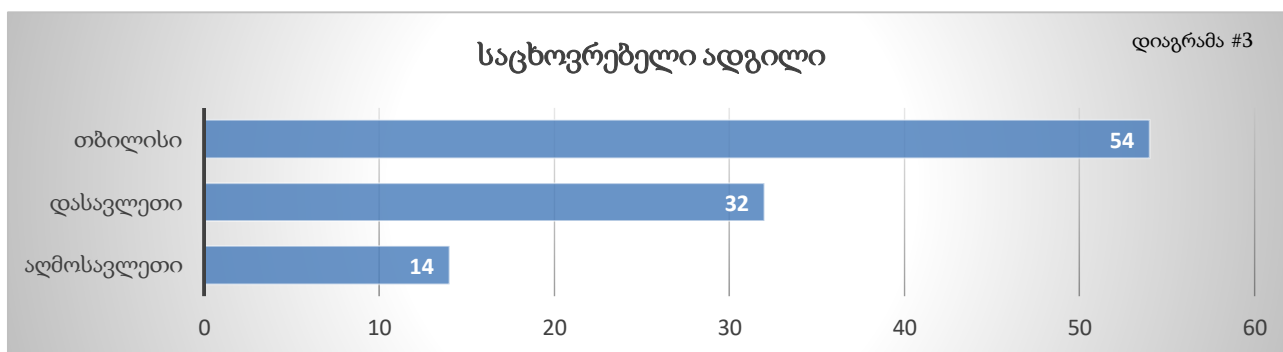
### ძირითადი შედეგების ანალიზი

#### 4.1 დემოგრაფიული მონაცემები

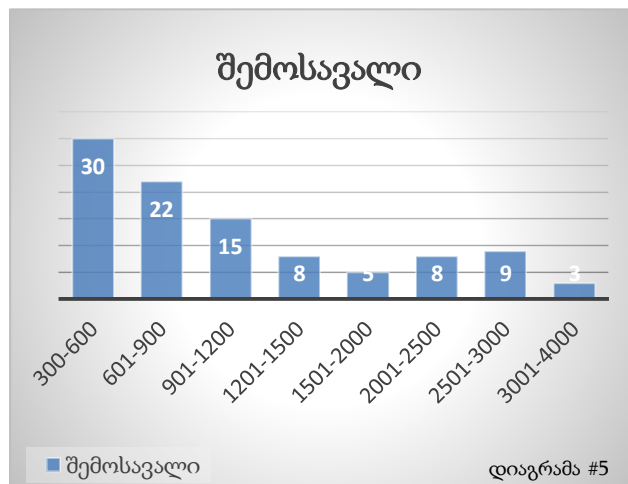
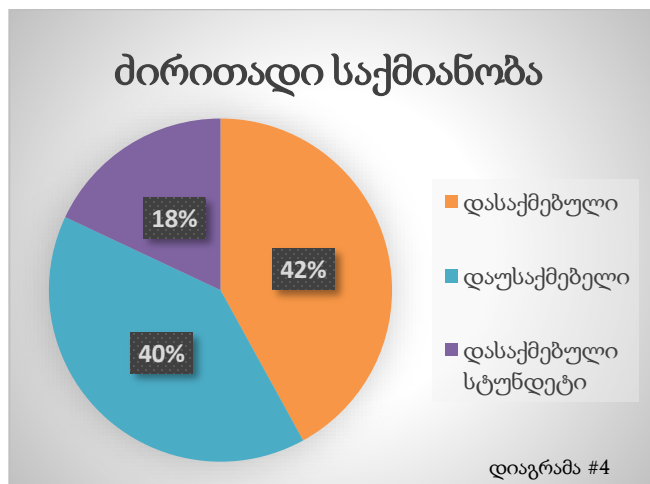
შედეგების ანალიზის პირველ ეტაპზე მნიშვნელოვანია რესპონდენტთა ძირითადი დემოგრაფიული მახასიათებლების ანალიზი. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 204-მა ადამიანმა. მათგან მამრობით სქესს წარმოადგენდა რესპონტების 29%, ხოლო მდედრობითს 71%. (იხ.დიაგრამა#1). რაც შეეხება ასაკობრივ განაწილებას, გამოკითხულ რესპოდენტთა საერთო რაოდენობიდან უმრავლესობა 19-დან 25 წლამდე ასაკის იყო. შედეგად, კვლევის ანალიზი, მეტწილად ასახავს ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის ადამიანების შეხედულებებს და მათ დამოკიდებულებებს. (იხ.დიაგრამა #2).



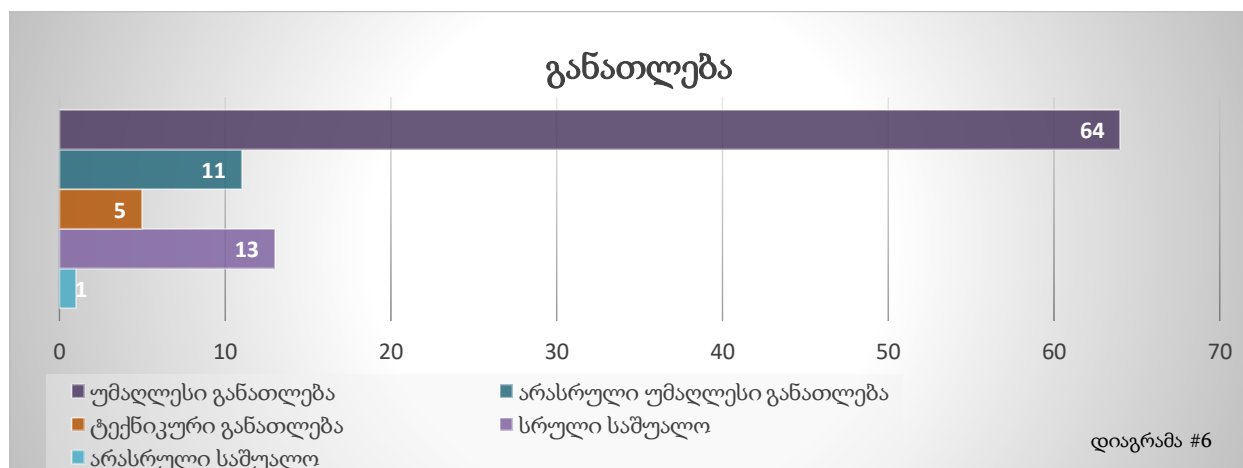
კვლევისთვის მნიშვნელოვანი იყო რესპონდენტთა საცხოვრებელი ადგილის განსაზღვრა. შედეგებიდან ირკვევა, რომ რესპონდენტთა უმეტესობა ცხოვრობს თბილისში 54% (n=84), დასავლეთ საქართველოში 32% (n=50), ხოლო აღმოსავლეთ საქართველოში 14%. (n=22). (იხ.დიაგრამა#3).



ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია აღინიშნოს რესპონდენტთა ძირითადი საქმიანობა, გამოკითხულთაგან დაახლოებით 60% (n=123) დასაქმებულია, მათგან 18% (n=36) დასაქმებული სტუდენტია, ხოლო დაუსაქმებელ რესპონდენტთა რაოდენობა თითქმის 40%-ია. (n=81) (იხ.დიაგრამა #4). კითხვაზე თუ რამდენია ოჯახის საშუალო შემოსავალი ყოველმა მესამე (30%, n=62) რესპონდენტმა დააფიქსირა 300-დან 600 ლარამდე, 600-დან 900 ლარამდე დააფიქსირა რესპონდენტთა 22%-მა, (n=44) ხოლო 900-დან 1200 ლარამდე დააფიქსირა ყოველმა მეშვიდე რესპონდენტმა. (15%, n= 31) (იხ.დიაგრამა #5).



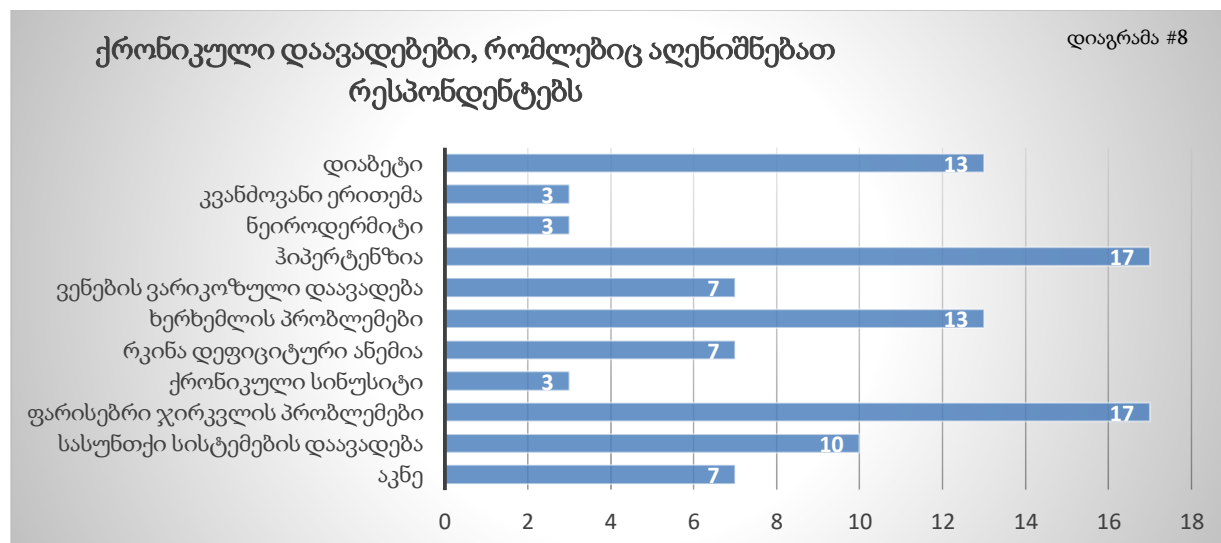
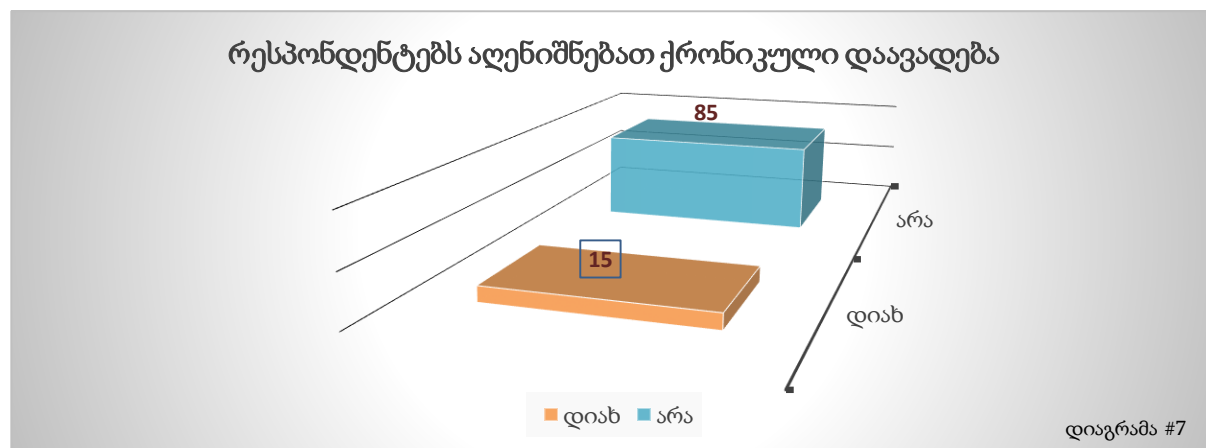
რაც შეეხება რესპონდენტთა განათლებას, კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების 64%-ს აქვს უმაღლესი განათლება, (n=131), 13%-ს სრული საშუალო, (n=26) ხოლო 17% (n=35). არასრული უმაღლესი განათლება (იხ.დიაგრამა #6).



## 4.2 ძირითადი სოციალური დეტერმინანტები და ოჯახის ექიმი

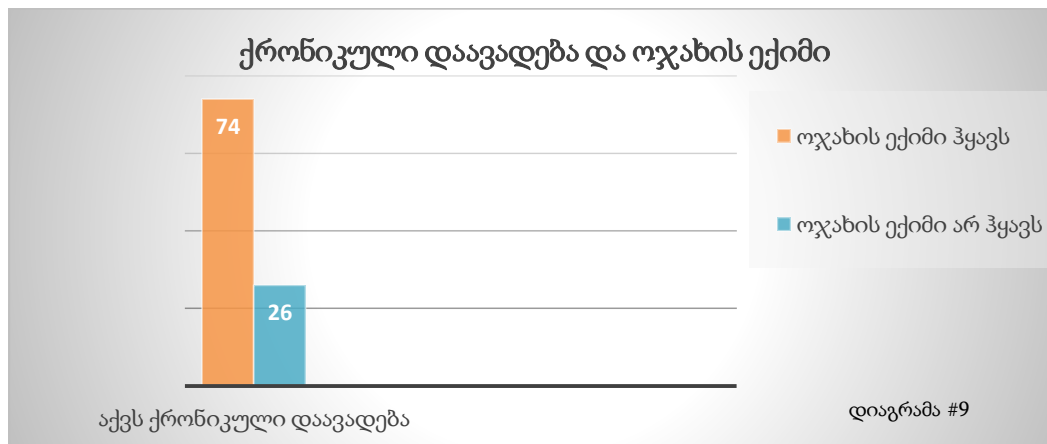
კვლევისთვის მნიშვნელოვანი იყო ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების აზრის შესწავლა. გამოკითხული რესპონდენტებისგან ყოველ მეშვიდეს 15%-ს (n=31) აქვს ქონიკული დაავადება, (იხ.დიაგრამა #7). კითხვაზე კონკრეტულად რომელი ქრონიკული დაავადებები აწუხებთ რესპონდენტების 17%-ს (n=5), აწუხებს ჰიპერტენზია, ფარისებრი ჯირკვლის პრობლემები- 17% (n=5), ხერხემლის

პრობლემები-13%, (n=4), დიაბეტი-13% (n=4), სასუნთქი სისტემების დაავადებები 10% (n=3) და სხვა. (იხ. დიაგრამა #8).

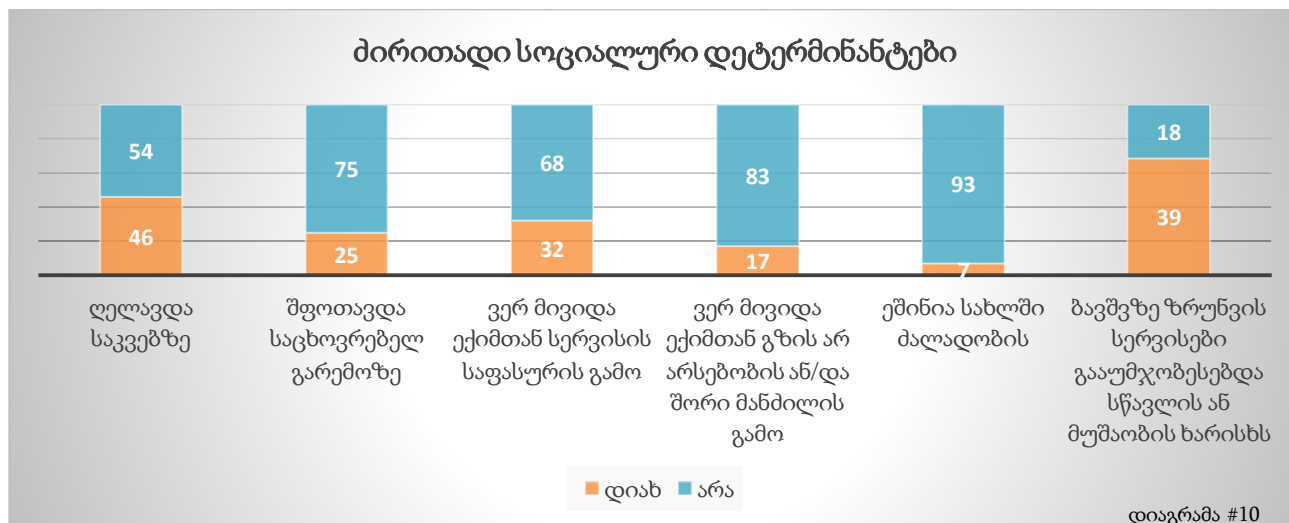


აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმის სერვისით სარგებლობა და მათ ჯანმრთელობაზე მუდმივი ზრუნვა. მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების უმრავლესობას, დაახლოებით 74%-ს (n=23), ჰყავს ოჯახის ექიმი, ხოლო დაახლოებით 26%-ს (n=8), არა. (იხ. დიაგრამა #9). ამ მონაცემებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ ქრონიკული დაავადებების/პრობლემების მქონე პაციენტთა ნაწილში არსებობს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების რისკი, რადგან ისინი არ არიან ოჯახის

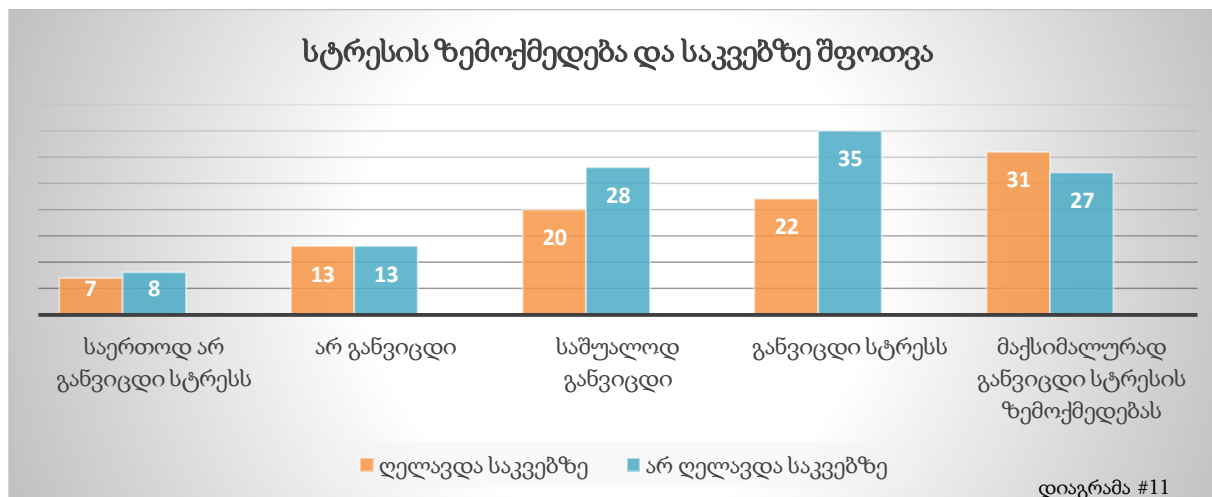
ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ და არ იღებენ არსებული დაავადების პროგრესირების შეჩერებისთვის ან სხვა დაავადებების განვითარების პრევენციისთვის საჭირო რჩევებს.



ჯანმრთელობაზე მოქმედ, სოციალურ დეტერმინანტებთან მიმართებით, მიღებული მონაცემებიდან ირკვევა, რომ თითქმის ყოველი მეორე რესპონდენტი 46% (n=93) ბოლო 6 თვის განმავლობაში დელავდა საკვებზე, ყოველი მეოთხე (25%) შფოთავდა საცხოვრებელ გარემოზე, ყოველმა მესამე (31%) (n=65), რესპონდენტმა ვერ მიიღო სამედიცინო მომსახურება სერვისის საფასურის გამო, გამოკითხულთა 17% (n=35), ვერ მივიდა ექიმთან გზის არ არსებობის ან/და შორი მანძილის გამო. რესპონდენტთა 7% (n=15), აღნიშნავს, რომ მას ეშინია საცხოვრებელ სახლში მეუღლის, პარტნიორის ან რომელიმე ოჯახის წევრის მხრიდან გარკვეული სახის ძალადობის/ზიანის მიღების. ასევე, რესპონდენტთა 57%-ს (n=79), ჰყავს შვილი/შვილები, ხოლო მათგან 39% აღნიშნავს, რომ ბავშვზე ზრუნვის სერვისები გააუმჯობესებდა მათი სწავლის ან/და მუშაობის ხარისხს. (იხ.დიაგრამა #10).

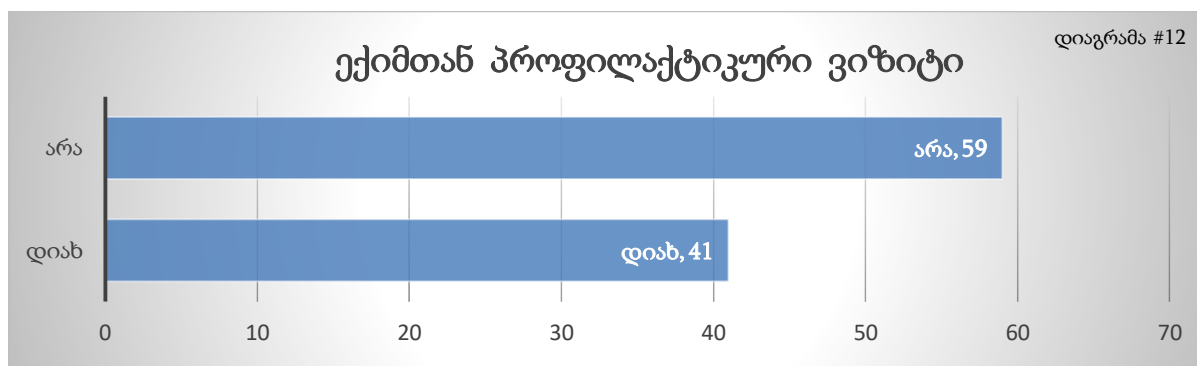


მიღებული მონაცემების ანალიზი ადასტურებს, რომ რესპონდენტთა ნაწილში გვხვდება შფოთვა და შიში, ისეთ მნიშვნელოვან, ბაზისურ სოციალურ საკითხებზე როგორცაა, საკვები, საცხოვრებელი გარემო და პირადი უსაფრთხოება. აღსანიშნავია, რომ ადამიანებიდან, რომლებიც ღელავდნენ საკვებზე (93 რესპონდენტი), კითხვაზე რამდენად განიცდიდით სტრესს 31-მა რესპონდენტმა დააფიქსირა, რომ ისინი მაქსიმალურად განიცდიან სტრესის ზემოქმედებას. აღნიშნული მონაცემი, მნიშვნელოვანია, რადგან ეხმიანება ლიტერატურის მიმოხილვაში განხილულ საკითხს, სადაც სტრესი განხილულია ჯანმრთელობაზე მოქმედ მნიშვნელოვან სოციალურ დეტერმინანტად, რადგან სტრესი ზრდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკს და მნიშვნელოვნად ამცირებს ადამიანთა ცხოვრების ხარისხს. (იხ.დიაგრამა #11)

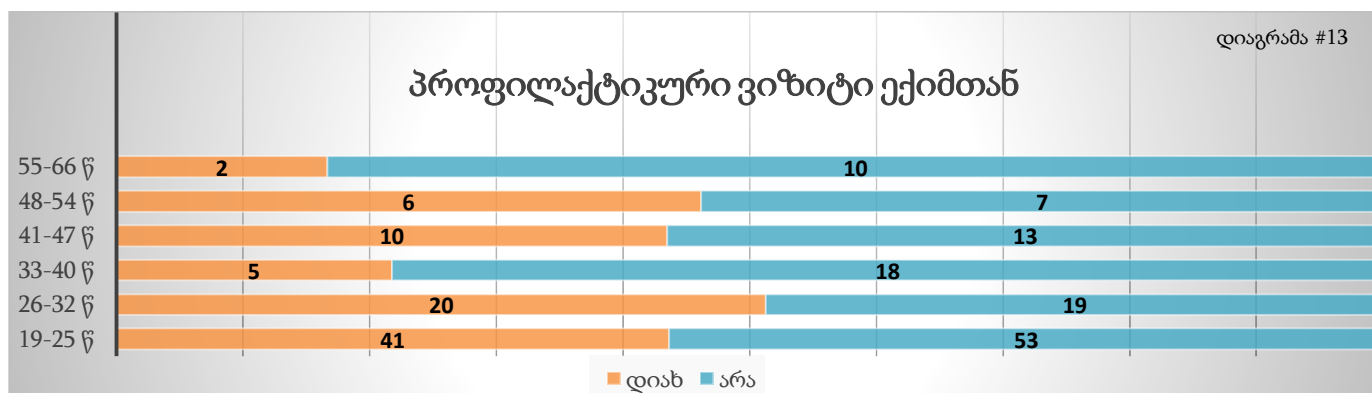


სტრესის განცდა გაანალიზდა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით და ამ მხრივ მცირე განსხვავება გამოიკვეთა. სტრესის მაქსიმალურად განცდას აფიქსირებს თბილისში მცხოვრები თითქმის ყოველი მეორე რესპონდენტი. (46%) დასავლეთ საქართველოში მცხოვრები რესპონდენტების 40%, ხოლო აღმოსავლეთ საქართველოში მცხოვრები ყოველი მეშვიდე ადამიანი (15%). არსებული პროცენტული განსხვავებები, უფრო მეტად სავარაუდოა, რომ გამოწვეულია შერჩევით. მიღებული მონაცემების ანალიზიდან გამომდინარე კი შეიძლება ითქვას, რომ სტრესის განცდა არ არის დამოკიდებული საცხოვრებელ ადგილზე და სხვადასხვა რეგიონში მცხოვრებ ადამიანებზე მოქმედებს განსხვავებული სტრესული ფაქტორები.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვისთვის მნიშვნელოვანია პროფილაქტიკური ვიზიტები სამედიცინო დაწესებულებაში. კვლევიდან ირკვევა, რომ გამოკითხულ რესპონდენტთა 41% (n=84), ყოფილა ექიმთან პროფილაქტიკურ ვიზიტზე, ხოლო 59%-მა (n=120), დააფიქსირა, რომ არ ყოფილა სამედიცინო დაწესებულებაში პროფილაქტიკურ გამოკვლევებზე. (იხ.დიაგრამა#12). აღნიშნული მონაცემი მნიშვნელოვანია, რადგან ჯანდაცვის მსიფლიო ორგანიზაციის მტკიცებით, პროფილაქტიკური ვიზიტების რაოდენობის გაზრდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკებასა და მათ პრევენციას.



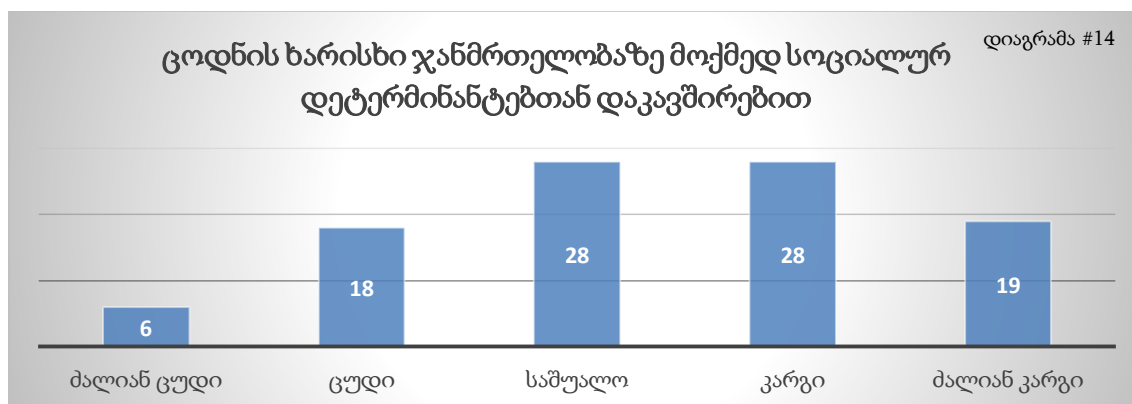
მიღებული ინფორმაციიდან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ პროფილაქტიკური ვიზიტების განხორციელება ექიმებთან დამოკიდებულია ასაკზე, რაც ამ შემთხვევაში ნიშნავს, რომ ახალგაზრდების კატეგორიაში უფრო მაღალია პროფილაქტიკური ვიზიტების რაოდენობის მაჩვენებელი, ვიდრე საშუალო და შუა ხნის ასაკის რესპონდენტთა კატეგორიაში. (იხ.დიაგრამა #13). კვლევის მცირე შერჩევიდან გამომდინარე რთულია მტკიცებით ფორმატში საუბარი ასაკისა და პროფილაქტიკური ვიზიტების რაოდენობის ცვლადების შეჭიდულობაზე, თუმცა მიღებულ მონაცემებში მსგავსი ტენდენცია ნამდვილად შეიმჩნევა. ჯანდაცვის სფეროსთვის ეს ასპექტი მნიშვნელოვანია, რადგან სოციალური დეტერმინანტებისა და არაჯანსაღი ცხოვრების წესის შედეგად დაავადებათა განვითარების რისკი უფრო მაღალია 40 წლის შემდეგ, შესაბამისად აუცილებელია ყველა ასაკობრივ კატეგორიაში პროფილაქტიკური ვიზიტების რაოდენობა იყოს დაბალანსებული.



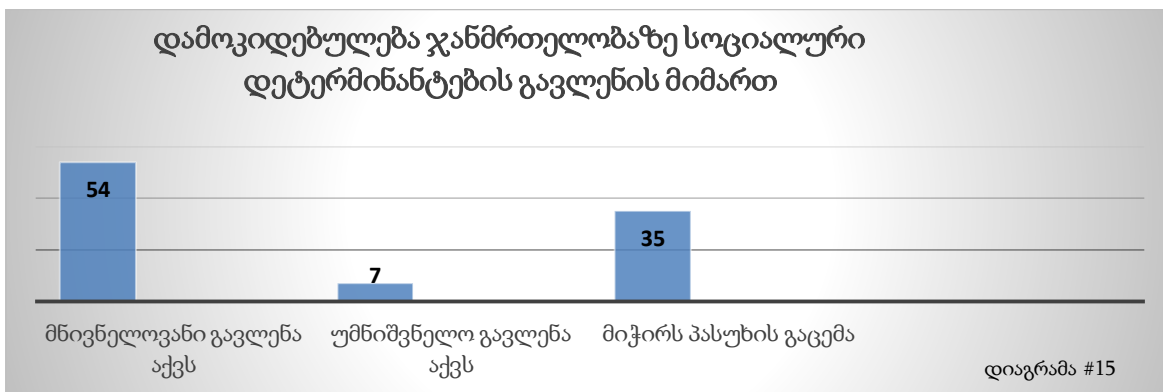
ორგანიზომილებიანი ანალიზიდან გამოიკვეთა, რომ ექიმს პროფილაქტიკის მიზნით მიმართა აღმოსავლეთ საქართველოში მცხოვრებმა ყოველმა მეათე

რესპონდენტმა (11%), დასავლეთ საქართველოში ყოველმა მეხუთემ (22%) ხოლო თბილისში მცხოვრებ რესპონდენტთა 68%-მა. ორგანოზომილებიანი ანალიზიდან ირკვევა, რომ ხი კვადრატის კოეფიციენტი არის 0.013 (Pearsons Chi-Square=0.013) რაც ნიშნავს რომ ჯგუფებს შორის აღნიშნული პროცენტული განსხვავება არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი, სხვა სიტყვებით, რომ ვთქვათ განსხვავება არ არის შერჩევით გამოწვეული და ჯგუფებს შორის განსხვავებები აღემატება შერჩევის ცდომილებას. (ცხრილი იხ.დანართში).

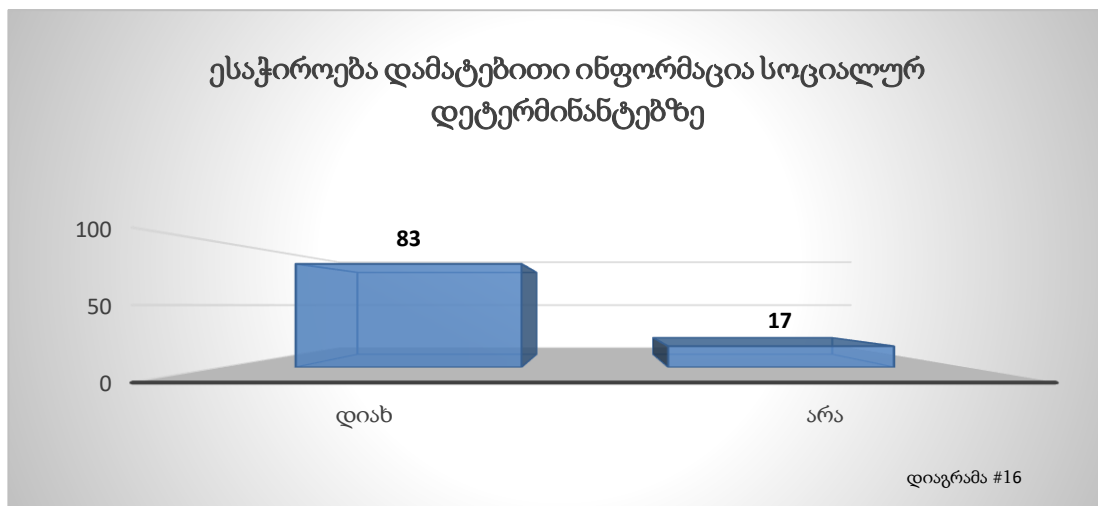
კვლევის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანა იყო რესპონდენტების ცოდნის ხარისხისა და განწყობების შესწავლა ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით. რესპონდენტთა 6% (n=12), აღნიშნავს, რომ მათი ცოდნის ხარისხი ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით ძალიან ცუდია, კატეგორია ცუდი აირჩია 18%-მა (n=37), ცოდნის ხარისხს საშუალო დონეზე აფასებს გამოკითხულთა ერთ მეოთხედზე მეტი 28%(n=58), ხოლო დარჩენილი 47% (n=97) მათი ცოდნის ხარისხს კარგად ან ძალიან კარგად აფასებს. (იხ.დიაგრამა #14).



კითხვაზე, როგორია თქვენი დამოკიდებულება ჯანმრთელობაზე სოციალური დეტერმინანტების გავლენის მიმართ, ყოველი მეორე რესპონდენტი (54%) (n=110), ამბობს, რომ მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს, 7% ამბობს, რომ უმნიშვნელო გავლენა აქვს, ხოლო ყოველ მესამე რესპონდენტს (35%) (n=71), უჭირს ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა. (იხ.დიაგრამა #15).

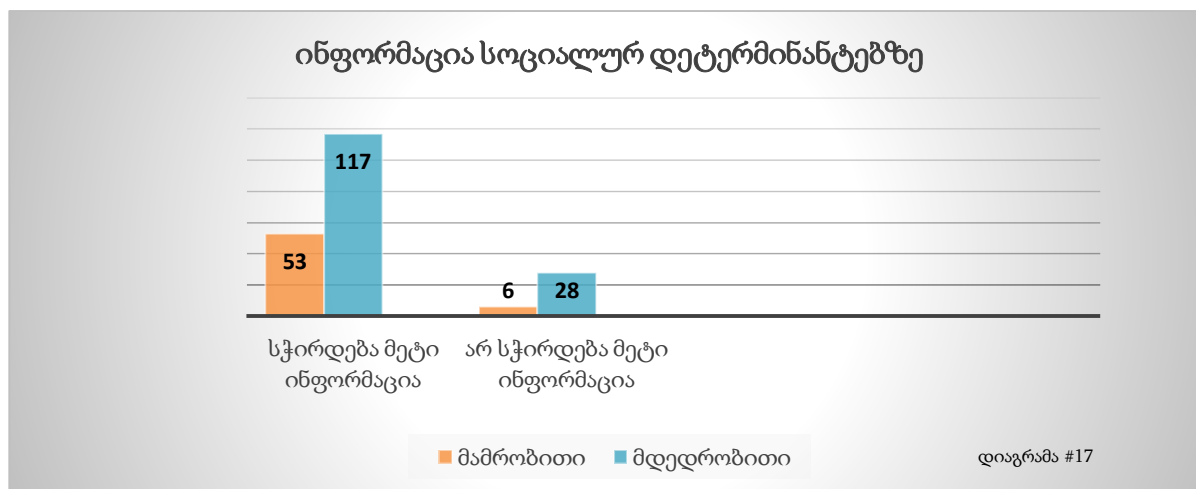


კითხვაზე - გჭირდებათ თუ არა მეტი ინფორმაცია სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით, რესპონდენტთა 83% (n=170), ადასტურებს ინფორმაციის საჭიროებას, ხოლო 17% (n=34). უარყოფს. (იხ.დიაგრამა#16). აღნიშნული შედეგი ეხმიანება, ლიტერატურის მიმოხილვაში განხილულ მონაცემებს, რომლითაც დასტურდება, რომ ადამიანების ნაწილს არ აქვს ინფორმაცია ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებზე.

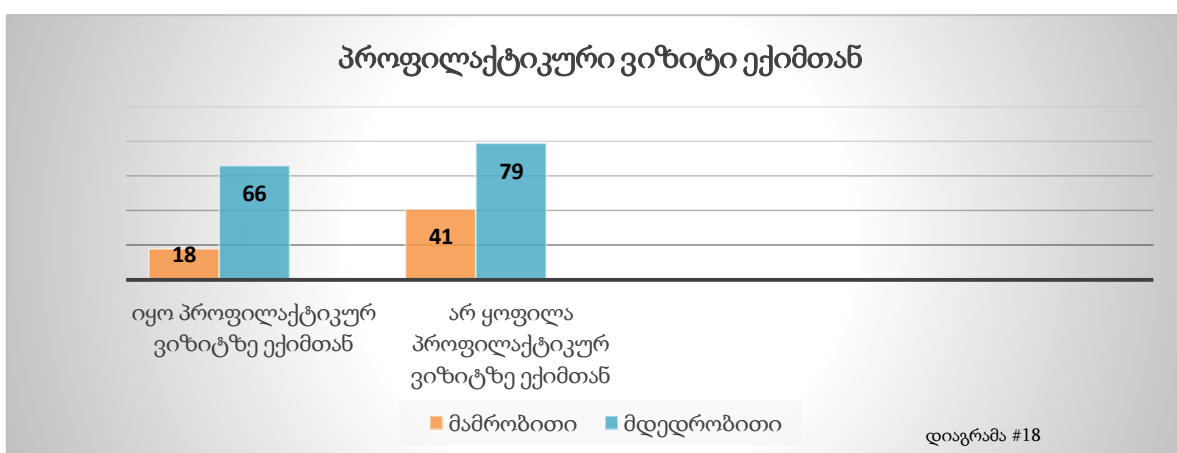


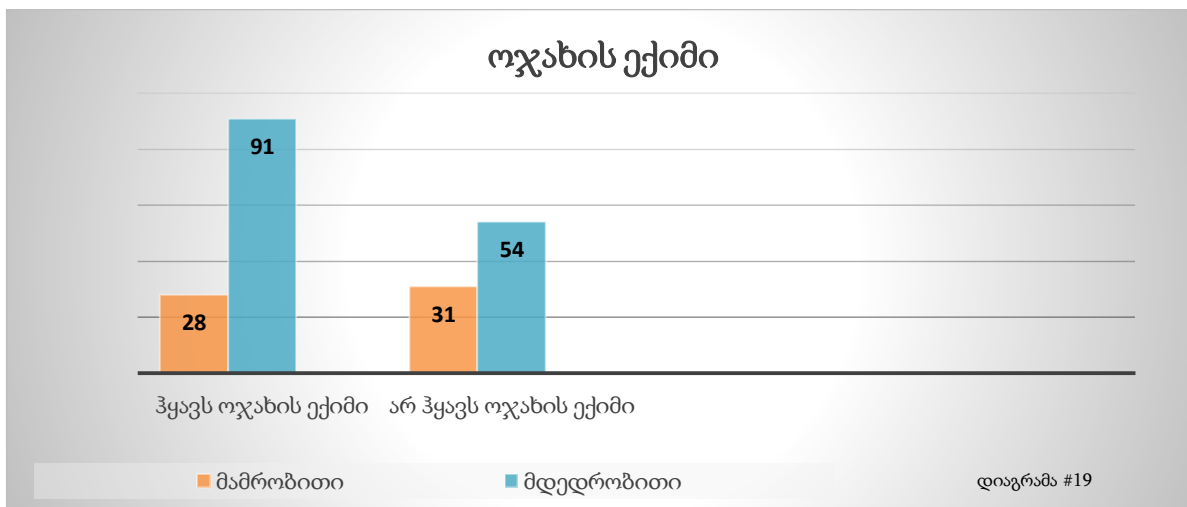
რაც შეეხება ამ მონაცემთან დაკავშირებით სქესობრივ განაწილებას, შედეგებიდან იკვეთება, რომ იმ ადამიანებიდან ვინც დააფიქსირა, რომ სჭირდება მეტი ინფორმაცია სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით უმეტესობა - 117 არის მდედრობითი

სქესის წარმომადგენელი, ხოლო 53 მამრობითი სქესის. (იხ.დიაგრამა#17).



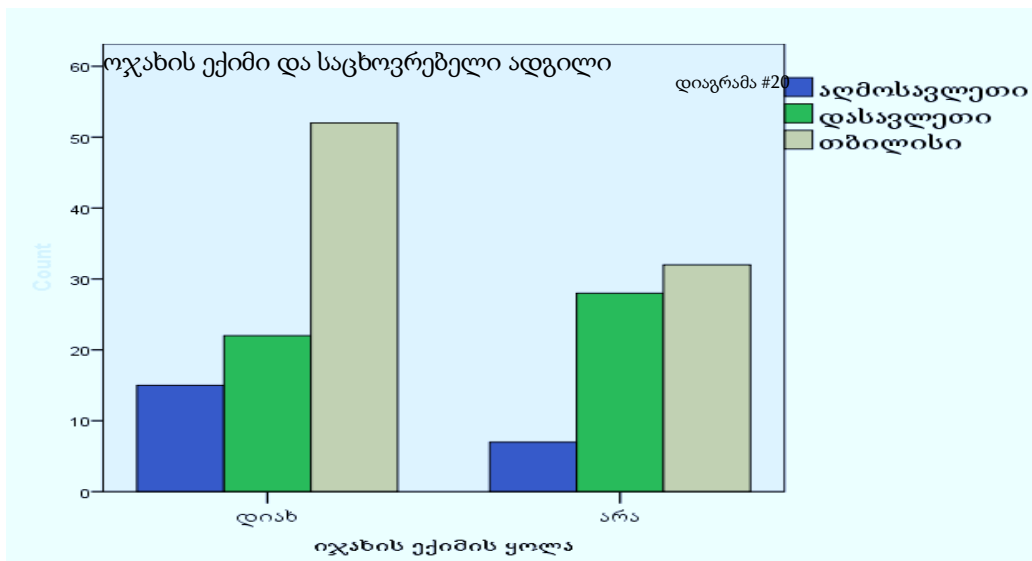
მსგავსი ფაქტი გამოიკვეთა ექიმთან პროფილაქტიკური ვიზიტებისა და ოჯახის ექიმის სერვისით სარგებლობის მაჩვენებლებში. რესპონდენტთა იმ ნაწილში, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ პროფილაქტიკური მიზნით მიმართეს ექიმს - სულ 84 რესპონდენტი-მამრობითი სქესის წარმომადგენელი იყო 18 ადამიანი - 21%, ხოლო მდედრობითი სქესის წარმომადგენელია 66 - 79%. (იხ.დიაგრამა#18). გამოკითხული რესპონდენტებიდან მხოლოდ 119-ს ჰყავს ოჯახის ექიმი. აქედან მამრობითი სქესის წარმომადგენელია 28 რესპონდენტი, ხოლო მდედრობითის სქესის 91. (იხ.დიაგრამა #19).



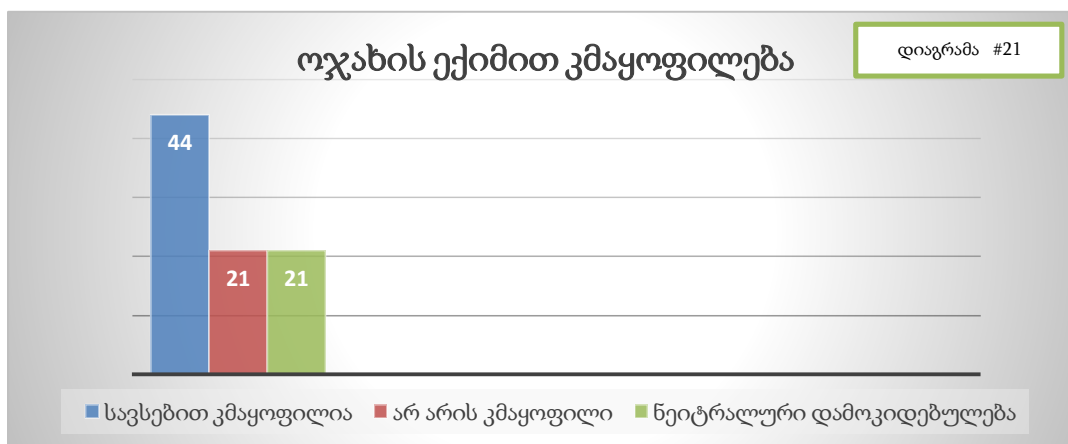


მცირე შერჩევის გათვალისწინებით, რთულია მონაცემების რეპრეზენტატულობაზე საუბარი, განსაკუთრებით, მაშინ, როცა კვლევაში მონაწილეთა 71% მდედრობითი სქესის წარმომადენელია. მიუხედავად ამ გარემოებებისა, უნდა აღინიშნოს, რომ მიღებული მონაცემების საფუძველზე, მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები უფრო მეტად მონაწილეობენ ჯანმრთელობის მართვის საკითხებში, ვიდრე მამრობითი სქესის წარმომადგენლები.

კვლევის მნიშვნელოვანი ნაწილი ეთმობა სოციალური დეტერმინანტების შედეგად განპირობებული არაგადამდები დაავადებების მართვას, მათ ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკას და დაავადებათა პრევენციას, რაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ვალდებულებაა. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სამედიცინო დაწესებულებებში მთავარი აქტორი ოჯახის ექიმია. თუმცა როგორც მონაცემებით ანალიზიდან დადასტურდა ოჯახის ექიმი დაწესებულებაში უნდა მოქმედებდეს მულტიდისციპლინურ გუნდთან ერთად, რათა სრულყოფილად და მაღალი სტანდარტების დაცვით უზრუნველყოს პაციენტის ჯანმრთელობის რისკების იდენტიფიცირება და დროულად მიიღოს შესაბამისი გადაწყვეტულებები. მიღებული შედეგების ანალიზით ირკვევა, რომ კვლევის მონაწილეთა 42%-ს (n=85), არ ჰყავს ოჯახის ექიმი, ხოლო 58%-ს ჰყავს (n=119). რეგიონების ჭრილში შედეგების ანალიზიდან იკვეთება, რომ ოჯახის ექიმის სერვისით უმეტესად სარგებლობს თბილისში მცხოვრები რესპონდენტები. (იხ.დიაგრამა#20).

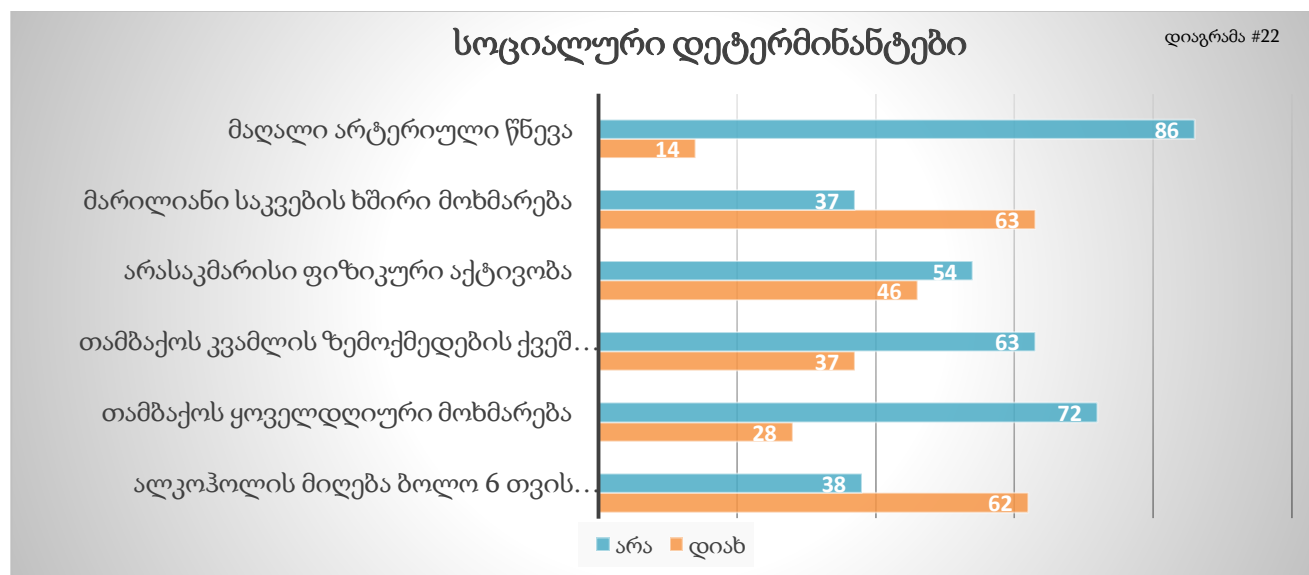


რესპონდენტებიდან, რომლებიც სარგებლობენ ოჯახის ექიმის სერვისით (n=118), მათ მიმართ კმაყოფილებას გამოხატავს 58% (n=68), უკმაყოფილებას ყოველი მეხუთე (21%) (n=25), ასევე ყოველი მეხუთე (21%) (n=25) რესპონდენტი აფიქსირებს ნეიტრალურ პოზიციას (იხ.დიაგრამა #21).



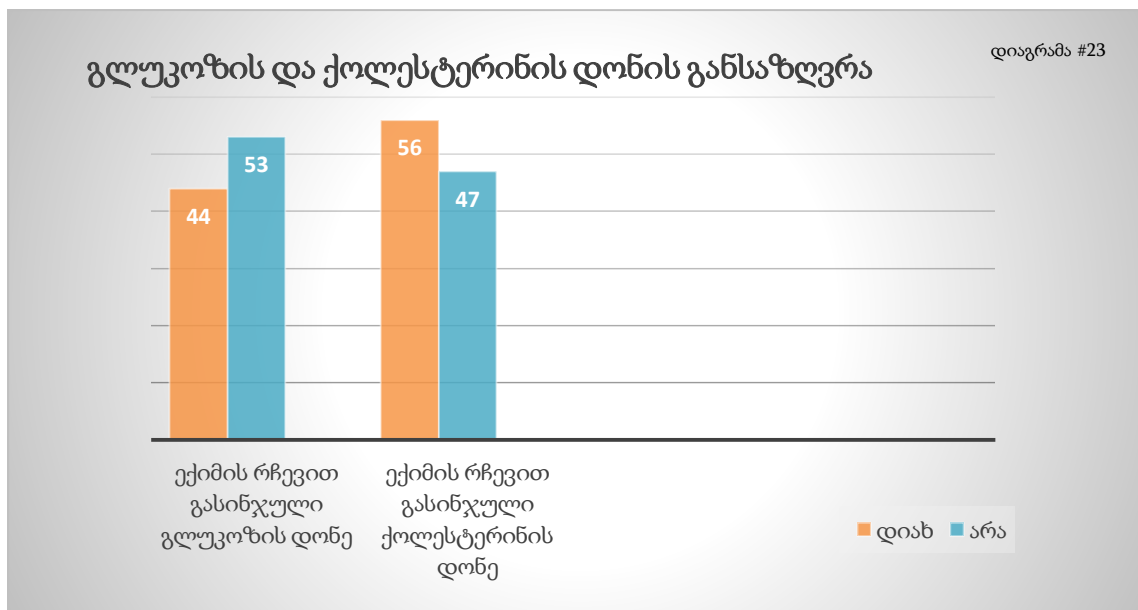
არსებობს ქცევები, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებენ ადამიანის ჯანმრთელობაზე. მაგ: თამბაქოს მოხმარება, მათ შორის პასიური, შაქრისა და მარილის შემცველი საკვების ხშირი მოხმარება, ალკოჰოლის მიღება, ნაკლები ფიზიკური აქტივობა და სხვა. მონაცემების ანალიზიდან გამომდინარე მონაწილეთა 28% (n=56) ამჟამად მოიხმარს თამბაქოს, კვლევის ფარგლებში დასმულ კითხვაზე -

გიწევთ თუ არა თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა სამსახურში ან სახლში რესპონდენტთა 37% (n=75) დადებით პასუხს აფიქსირებს, ანუ შეიძლება ითქვას, რომ ეს ადამიანები თამბაქოს პასიური მომხმარებლები არიან. აღნიშნული მონაცემი ეხმიანება ლიტერატურის მიმოხილვის დროს განხილულ არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების STEPS კვლევას, რომელშიც ფიქსირდება, რომ ადამიანების გარკვეულ ნაწილს მიუხედავად იმისა, რომ თავად არ არიან თამბაქოს მომხმარებლები უწევთ სამსახურში ან სახლში თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა, რაც ზიანს აყენებს მათ ჯანმრთელობას. მიღებული მონაცემებიდან გამომდინარე მარილიან საკვებს ხშირად მოიხმარს - 63% (n=128) მაღალი არტერიული წნევა აწუხებს რესპონდენტთა 14%-ს (n=28) არასაკმარისი ფიზიკური აქტივობა იკვეთება ყოველ მეორე რესპონდენტში 54% (n=111), ბოლო 6 თვის განმავლობაში ალკოჰოლი მიიღო გამოკითხულთა 62%-მა. (n=127) (იხ.დიაგრამა #22).

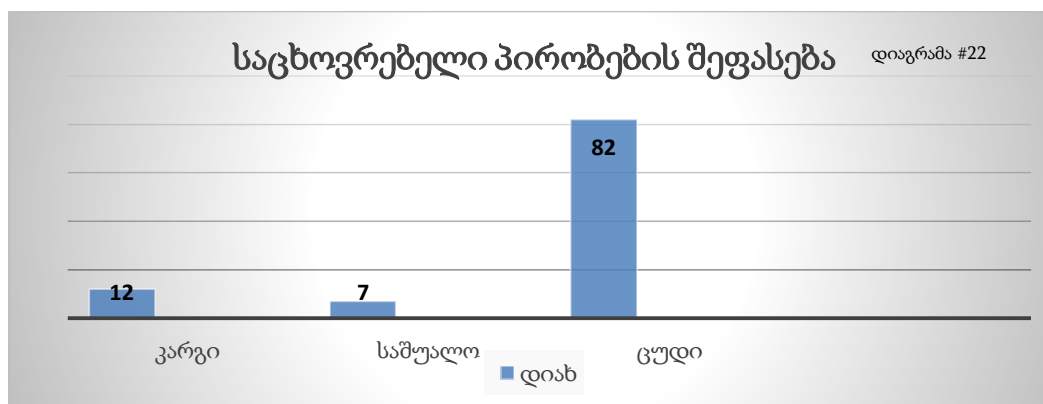


მიღებული მონაცემებიდან იკვეთება, რომ გლუკოზის დონე ოჯახის ექიმის რჩევით გაუსინჯავს პაციენტთა 29%-ს (n=59), ხოლო არ გაუსინჯავს პაციენტთა 71%-ს. (n=145) რაც შეეხება ქოლესტერინს, ექიმის რჩევით გაუსინჯავს რესპონდენტთა 37%-ს, (n=76) ხოლო არ გაუსინჯავს 63%-ს. (n=128) (იხ.დიაგრამა #23) აღნიშნული მონაცემები მნიშვნელოვანია და აუცილებელია ოჯახის ექიმების მხრიდან მეტი

დაინტერესება დაავადებათა პრევენციაზე, რადგან გლუკოზისა და ქოლესტერინის დონის მაჩვენებლების კონტროლით, შესაძლოა გარკვეული დაავადების განვითარების რისკის თავიდან აცილება, მათ შორის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და დიაბეტის განვითარების რისკის პროგნოზირება.



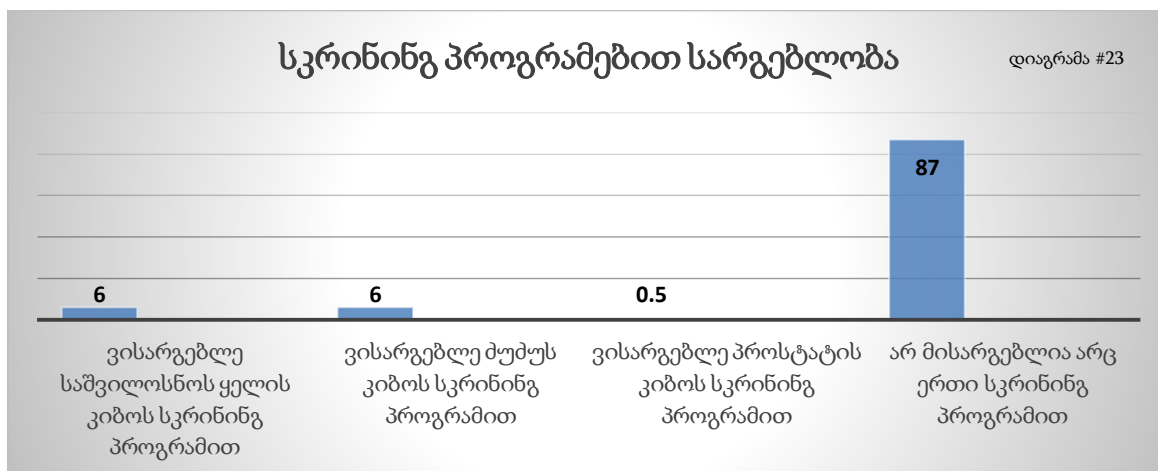
ჯანმრთელობაზე გავლენის თვალსაზრისით უმნიშვნელოვანესია საცხოვრებელი გარემო, რომელიც განსაზღვრულია, როგორც ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტი. შეუსაბამო და ცუდი საცხოვრებელი პირობები პირდაპირ გავლენას ახდენს ინდივიდუალურ ჯანმრთელობაზე, ზრდის დეპრესიის დონეს, ასევე ფსიქიკური თუ ფსიქოლოგიური პრობლემების განვითარების ალბათობას. სწორედ ამიტომ, კვლევის ფარგლებში შეგროვდა მონაცემები რესპონდენტთა საცხოვრებელი პირობების შესახებ. საცხოვრებელ პირობებს ძალიან ცუდად ან ცუდად აფასებს გამოკითხულთა 82% (n=76), საშუალო დონეზე აფასებს 7% (n=15), ხოლო ყოველი მეათე რესპონდენტი ამბობს რომ აქვს კარგი საცხოვრებელ პირობები. (10%) (n=21). (იხ.დიაგრამა#22).



ერთ-ერთი ძალიან მნიშვნელოვანი ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტია ფიზიკური აქტივობა დღის განმავლობაში და პირადი მანქანით/ტაქსით ან/და საზოგადოებრივი ტრანსპორტით დახარჯული დრო. კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების მიხედვით მაჩვენებლები ასე ნაწილდება. ფიზიკურ აქტივობაზე დახარჯული მინიმალური დრო არის - 5 წუთი, ხოლო მაქსიმალური დრო - 180 წუთი. საშუალო მაჩვენებელი არის 41 წუთი, მედიანა- 30 წუთი, ხოლო მოდა- 30 წუთი. რაც შეეხება პირადი მანქანით/ტაქსით ან/და საზოგადოებრივი ტრანსპორტით დახარჯული დროს მონაცემების მიხედვით მინიმალური დრო 5 წუთი, ხოლო მაქსიმალური დრო 220 წთ, საშუალოდ ტრანსპორტით დახარჯული დრო არის - 84 წუთი, მედიანა - 60 წუთი, ხოლო მოდა 120. (იხ.დანართში). მონაცემები გაანალიზდა რეგიონების ჭრილში, თუმცა მათ შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ გამოვლინდა. მიღებული მონაცემი მნიშვნელოვანია, რადგან ნაკლები ფიზიკური აქტივობა ხშირად უწყობს ხელს არაგადამდები დაავადებების განვითარებას, შესაბამისად ამ მხრივ მოსახლეობის ცნობიერების კიდევ უფრო ამაღლება და პირადი მანქანით/ტაქსით ან/და საზოგადოებრივი ტრანსპორტით დახარჯული დროს შემცირება ხელს შეუწყობს ჯანსაღი ქცევების დამკვიდრებას.

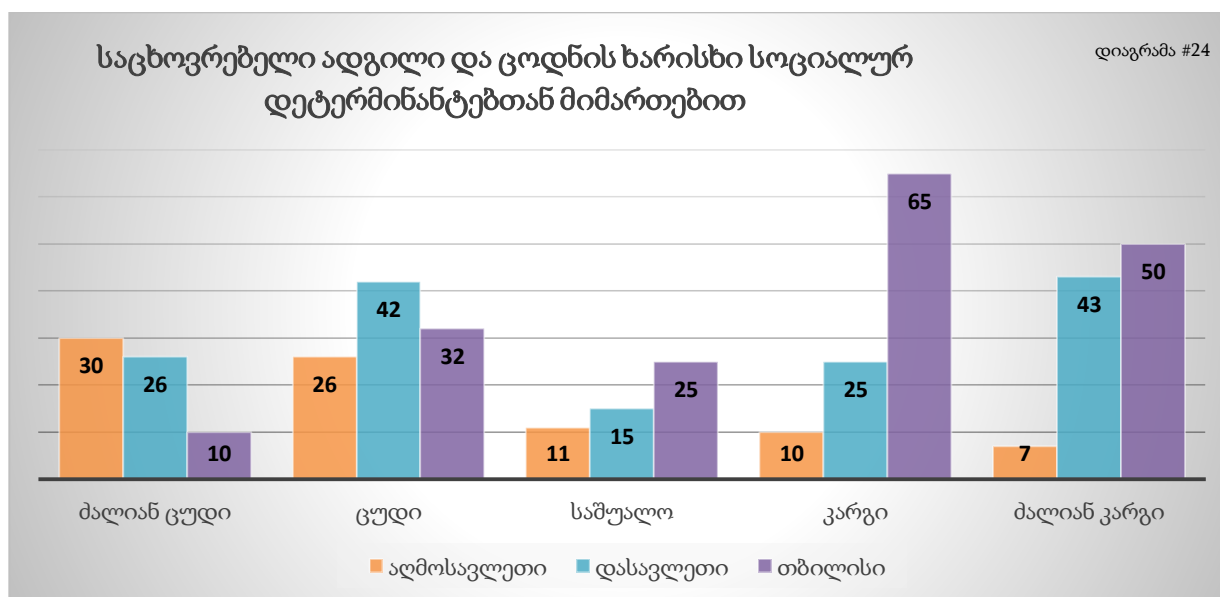
ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის, გარდა ყოველდღიური ჯანსაღი ქცევებისა მნიშვნელოვანია პროფილაქტიკური გამოკვლევების და სკრინინგ პროგრამების გამოყენება. კითხვაზე გისარგებლიათ თუ არა რომელიმე სკრინინგ პროგრამით

მონაცემები ასე ნაწილდება – საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით ისარგებლა ქალების 6%-მა (n=13), ძუძუს კიბოს სკრინინგით ქალების- 6%-მა (n=13), პროსტატის კიბოს სკრინინგით მხოლოდ ერთმა მამაკაცმა, ხოლო არც ერთი სკრინინგ პროგრამით არ უსარგებლია 87%-ს. (n=177). (იხ.დიაგრამა #23)



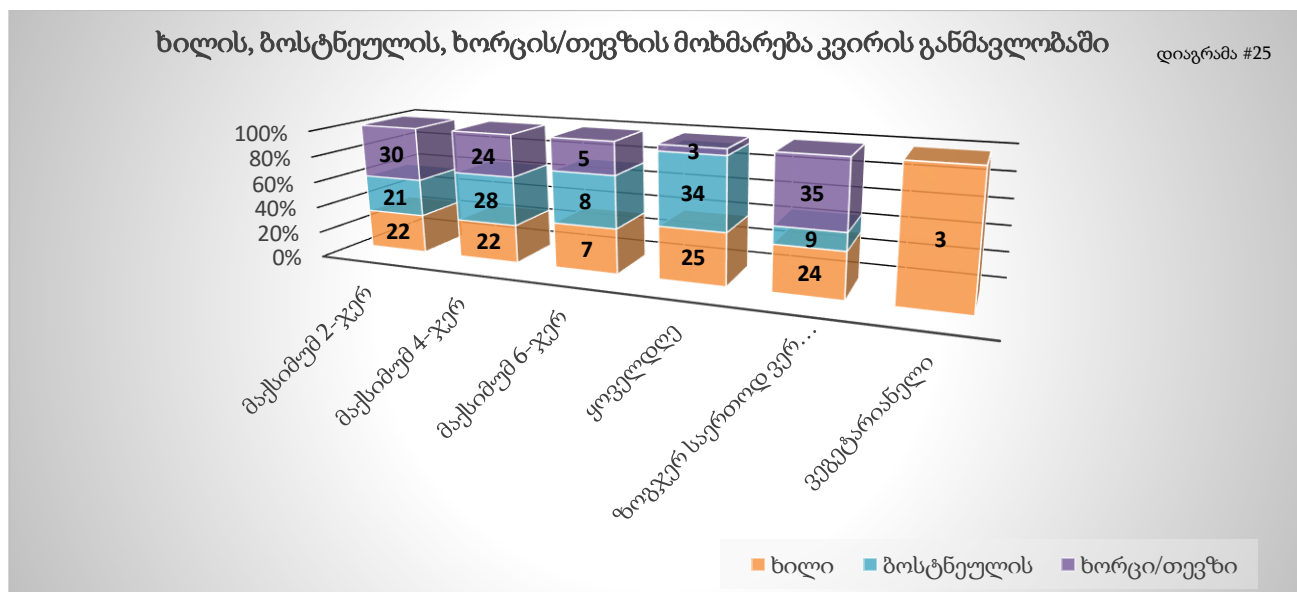
მონაცემების ანალიზი მნიშვნელოვანია რეგიონების ჭრილში. კონკრეტულად, არსებობს ჰიპოთეზა ასეთია - თბილისში უფრო მაღალია ცოდნის ხარისხი ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით, ვიდრე დასავლეთ საქართველოში. მიღებული მონაცემების ანალიზით ირკვევა, კითხვაზე როგორია თქვენი ცოდნის ხარისხი სოციალურ დეტერმინანტებთან მიმართებით კატეგორია „ძალიან კარგი“ თბილისში მცხოვრებმა ყოველმა მეორე რესპონდენტმა დაასახელა (50%) (n=42), დასავლეთ საქართველოში მცხოვრებმა 43%-მა (n=22), ხოლო აღმოსავლეთ საქართველოში მცხოვრებმა 7%-მა (n=2). ცოდნის ხარისხთან დაკავშირებით კატეგორია „კარგი“ თბილისში მცხოვრები რესპონდენტების 65% აირჩია, დასავლეთ საქართველოში მცხოვრებმა ყოველმა მეოთხე რესპონდენტმა (25%) ხოლო აღმოსავლეთ საქართველოში მცხოვრებმა ყოველმა მეათე ადამიანმა. აღმოსავლეთ საქართველოში მცხოვრები ადამიანებიდან ყოველი მესამე ამბობს, რომ მისი ცოდნის ხარისხი ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით „ძალიან ცუდია“, აღნიშნულ პასუხს დასავლეთ საქართველოში მცხოვრებ რესპონდენტთა 60% აფიქსირებს, ხოლო თბილისში მცხოვრები

რესპონდენტების მხოლოდ 10%.(იხ.დიაგრამა#24). ორგანიზაციებიანი ანალიზით იკვეთება, რომ ჯგუფებს შორის გამოვლენილი პროცენტული განსხვავებები ვალიდურია, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია, რადგან  $\chi^2$  კვადრატის კოეფიციენტი არის 0.003 (Pearsons Chi-Square=0.003). რაც ნიშნავს, რომ განსხვავებები ჯგუფებს შორის აღემატება შერჩევის ცდომილებას. (ცხრილი იხ.დანართში). ანალიზის სახით, აღსანიშნავია, რომ იკვეთება მნიშვნელოვანი პროცენტული სხვაობა სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით ცოდნის ხარისხთან დაკავშირებით თბილისში და დასავლეთ საქართველოში მცხოვრებ რესპონდენტებში. მიღებული მონაცემების საფუძველზე ირკვევა, რომ ცოდნის ხარისხი მკვეთრად მაღალია თბილისში, ვიდრე დასავლეთ საქართველოში. (ცხრილი იხ.დანართში).



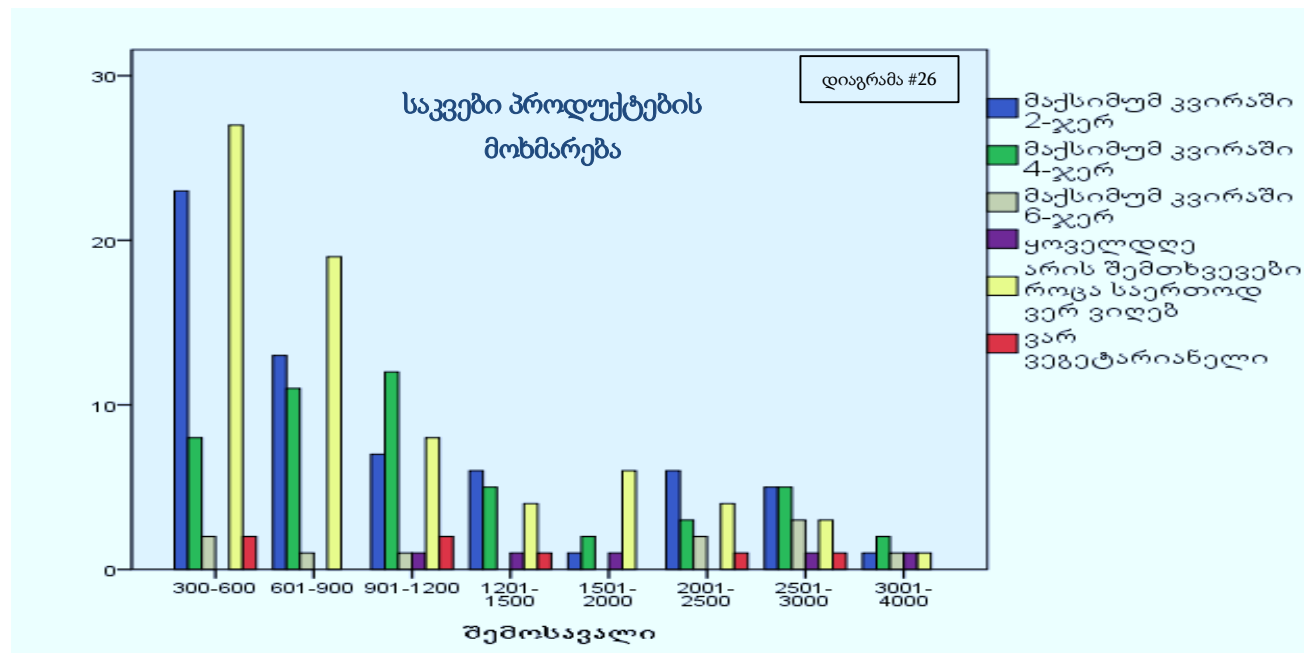
ერთ-ერთი სოციალური დეტერმინანტი, რომელიც პირდაპირ უკავშირდება ჯანმრთელობას არის კვება. ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ კვება იყოს დაბალანსებული, რაც გულისმობს საკმარისი რაოდენობით ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების ყოველდღიურ მოხმარებას. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კვება და ჯანსაღ საკვებზე ხელმისაწვდომობა არის მნიშვნელოვნად დამოკიდებული სოციალურ და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, ამიტომ აუცილებელია ეს ყველაფერი

ერთიან კონტექსტში გაანალიზდეს. კვლევა მოიცავდა ისეთ კითხვებს, როგორცაა საშუალოდ კვირაში რამდენჯერ იღებთ ხილს, ბოსტნეულს, ხორცს ან/და თევზს? რესპონდენტთა 3% (n=7), არის ვეგეტარიანელი, რესპონდენტთა 35% (n=71), ამბობს, რომ არის შემთხვევები, როდესაც ისინი კვირის განმავლობაში საერთოდ ვერ იღებენ ხორცს, ბოსტნეულთან მიმართებით ამ პასუხს რესპონდენტთა 9% (n=18), ირჩევს, ხოლო ხილთან მიმართებით 24%. (n=48), ყოველდღე ხორცს მოიხმარს გამოკითხულთა 3%, (n=5), ბოსტნეულს 34%, (n=69), ხილს ყოველი მეოთხე რესპონდენტი (25%) (n=52). კვირის განმავლობაში ხორცს მაქსიმუმ ორჯერ მოიხმარს ყოველი მესამე რესპონდენტი (30%) (n=13), ბოსტნეულს 21%, (n=43), ხოლო ხილს 22% (n=45). (იხ.დიაგრამა #25). აღნიშნული მონაცემები ადასტურებს, რომ გამოკითხულთა ნაწილს უჭირს ხორცისა და ხილის ყოველდღიური მოხმარება. აღნიშნული მონაცემები ეხმიანება ლიტერატურის მიმოხილვაში განხილულ 2016 წელს საქართველოში ჩატარებულ კვების ეროვნულ კვლევას, სადაც აღნიშნულია, რომ ადამიანების მხოლოდ 1/3 მოიხმარს რკინით მდიდარ საკვებს, მოსახლეობის უმეტესობა იკვებება ნახშირწყლებით მდიდარი პროდუქტებით.



ხორცის მიღებისა და შემოსავლის ცვლადების ანალიზის შედეგად დიაგრამის საშუალებით ირკვევა, რომ 300-600 ლარამდე და 601-900 ლარამდე შემოსავლის მქონე

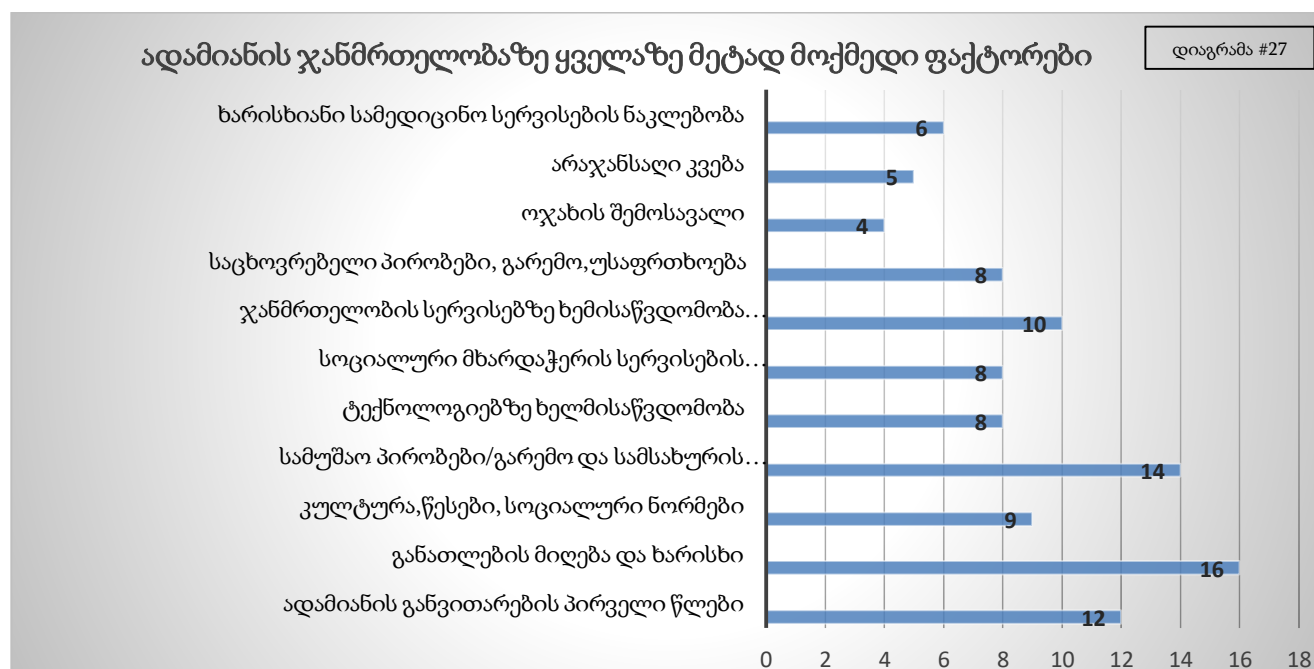
ოჯახებში საერთოდ არ გვხვდება ხორცის ყოველდღიური მოხმარება და ძალიან მაღალი მაჩვენებელი აქვს კატეგორიას - „არის შემთხვევები როცა საერთოდ ვერ ვიღებ“.(იხ.დიაგრამა #26).



თუ დავუშვებთ, რომ ამ ოჯახებში იზრდებიან ბავშვები, მაშინ უნდა აღინიშნოს, რომ იქ მცხოვრებ ბავშვებში არსებობს რკინა დეფიციტური ანემიის ან/და სხვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკები, რაც გამოწვეულია ისეთი სოციალური დეტერმინანტით როგორც არის დაუბალანსებელი კვება.

კვლევის ინსტრუმენტი მოიცავდა შეკითხვებს, რომელიც აერთიანებს თითქმის ყველა სოციალურ დეტერმინანტს. ერთის მხრივ მნიშვნელოვანია გაანალიზდეს თუ რა მოქმედებს თითოეული რესპონდენტის ჯანმრთელობაზე ყველაზე მეტად და მეორეს მხრივ, როგორია მათი აზრი ზოგადად ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებზე. ზოგად კითხვაზე, თქვენი აზრით რა მოქმედებს ყველაზე მეტად ადამიანის ჯანმრთელობაზე მონაცემები ასე ნაწილდება. ყველაზე ხშირად დასახელებული ფაქტორია განათლების მიღება და მისი ხარისხის 16% , ანალიზისთვის უნდა აღინიშნოს, რომ სავარაუდოდ, რესპონდენტები ხარისხიანი განათლების მიღებას უკავშირებენ მაღალ შემოსავალს, შესაბამისად, მაღალი შემოსავლის მქონე ადამიანებს, მათი აზრით, ფინანსური სტაბილურობის

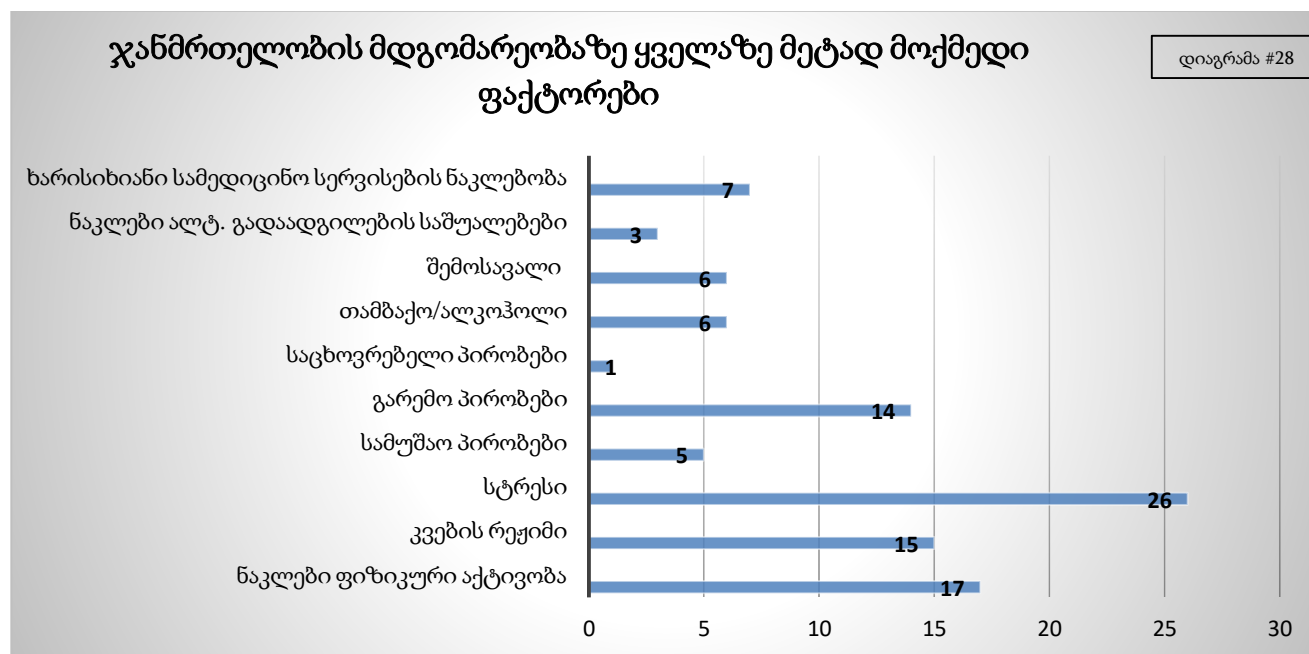
გათვალისწინებით, მეტად აქვთ ჯანმრთელობის პრობლემებთან გამკლავების შესაძლებლობა. მეორე, ყველაზე ხშირად დასახელებულ ფაქტორად გამოიკვეთა სამსახურის პოვნასთან და სამუშაო გარემოსთან, პირობებთან დაკავშირებული ფაქტორები - 14%. მესამე ყველაზე ხშირად დასახელებულ ფაქტორი, არის ადამიანის განვითარების პირველი წლები-12%. ხოლო, რესპონდენტთა დაახლოებით 10% ასახელებს ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობასა და ხარისხს. (იხ.დიაგრამა #27)



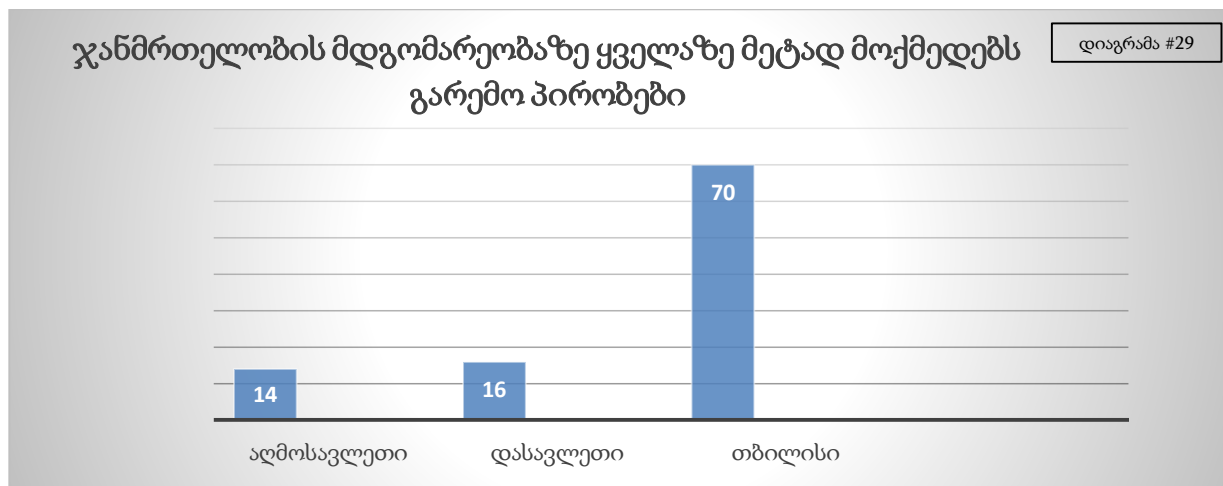
რაც შეეხება, კონკრეტულად, უფრო სუბიექტური ფორმით დასმულ კითხვას - რა მოქმედებს ყველაზე მეტად თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე-რესპონდენტთა ერთ მეოთხედზე მეტი 26% (n=53) ასახელებს სტრესს. როგორც უკვე ლიტერატურის მომთხილვაში აღინიშნა, სტრესის უარყოფითი გავლენა მნიშვნელოვანი პრობლემაა არაერთი ქვეყნისთვის, დადგენილია, რომ ის მნიშვნელოვნად ზრდის არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკს.

ჯანმრთელობაზე მოქმედ შემდეგ ფაქტორად იკვეთება ნაკლები ფიზიკური აქტივობა 17% და კვების რეჟიმი 15% აღნიშნული ორი სოციალური დეტერმინანტი ასევე მნიშვნელოვნად ზრდის არაგადამდები დაავადებების განვითარების რისკს.

რეგულარული ფიზიკური აქტივობა ამცირებს გულის დაავადებებს, მაღალი წნევის, ინსულტის, დიაბეტის და ჭარბი წონის განვითარებას, ასევე ხელს უწყობს ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. რესპონდენტთა 14% ასახელებს რომ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ყველაზე ცუდად მოქმედებ გარემო პირობები. (იხ.დიაგრამა #28)



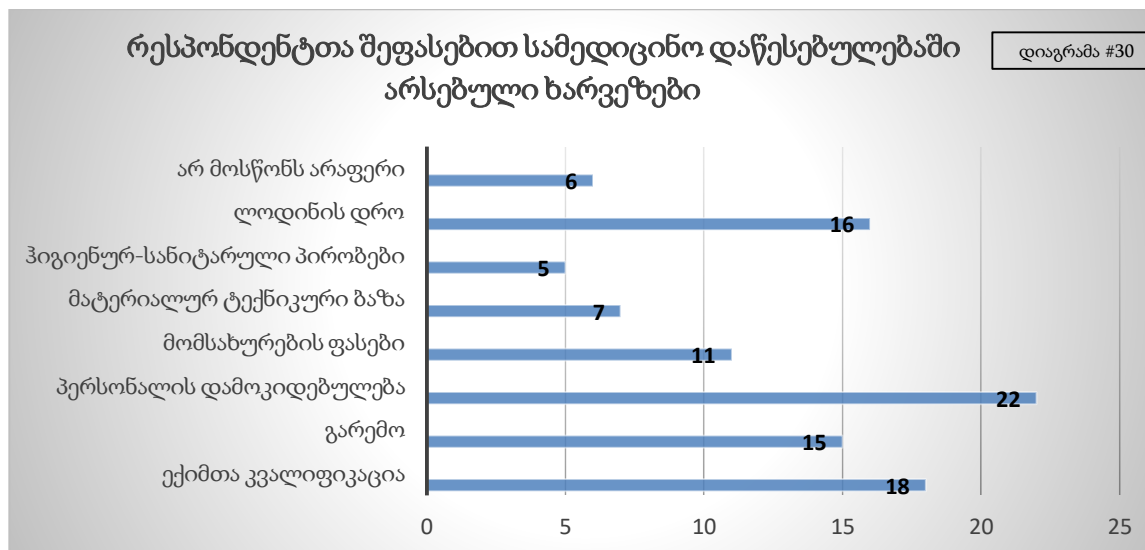
ლიტერატურის მიმოხილვაში აღნიშნულია, რომ გარემო, განსაკუთრებით უბრანული გარემო, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით განიხილება ერთ-ერთ რისკ ფაქტორად. ორგანოზომილებიანი ანალიზით, იკვეთება, რომ ადამიანებმა, რომლებმაც აღნიშნეს რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ყველაზე მეტად მოქმედებს გარემო პირობები უმეტესობა - 70% ცხოვრობს თბილისში, 14% ცხოვრობს აღმოსავლეთ საქართველოს სხვა რეგიონში/ქალაქში, ხოლო 16% დასავლეთ საქართველოში. ჯგუფებს შორის განსხვავებები არ არის შერჩევით გამოწვეული და სტატისტიკურად სანდოა, ხი კვადრატის კოეფიციენტი არის 0.004. (Pearsons Chi-Square=0.004). (იხ.დიაგრამა #29)



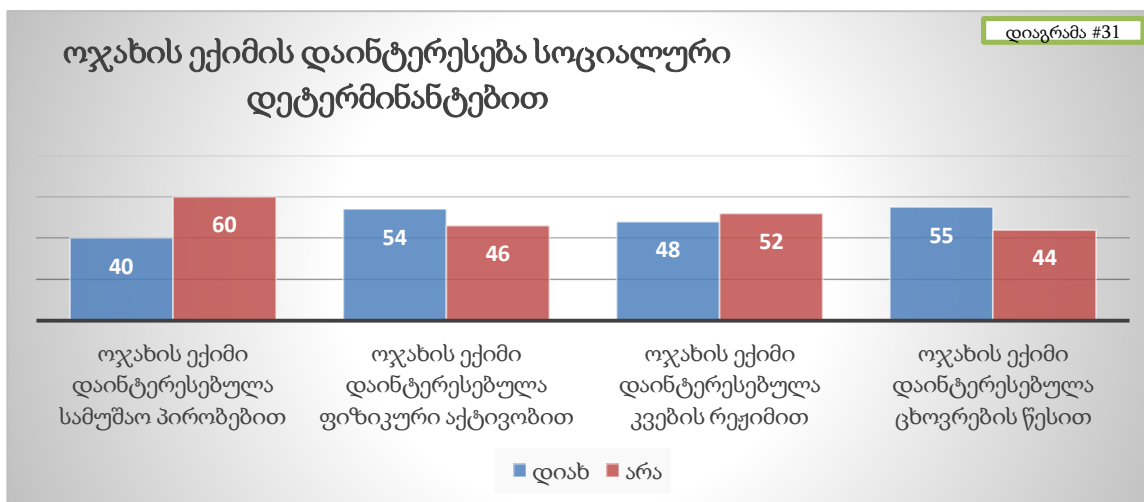
დაავადებათა პრევენციის თვალსაზრისით საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობას გამოკითხულთა 35% (n=71) ეფექტურად აფასებს, 38% (n=77) საშუალო დონეზე აფასებს, ხოლო 27% არაეფექტურად. (n=56)

#### 4.3 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება და არსებული სამედიცინო გუნდი

ექიმთან პროფილაქტიკურ ვიზიტებზე და ზოგადად, ოჯახის ექიმისა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მიმართ დამოკიდებულებაზე მნიშვნელოვნად მოქმედებს თუ როგორი გარემოა სამედიცინო დაწესებულებაში, როგორი დამოკიდებულება აქვს პაციენტების მიმართ სამედიცინო თუ არასამედიცინო პერსონალს და რამდენად გრძნობს პაციენტი, რომ მასზე ზრუნავს სამედიცინო გუნდი. გამოკითხული რესპონდენტებიდან კითხვაზე - რა მოგწონთ სამედიცინო დაწესებულებაში მონაცემები ასე განაწილდა. გამოკითხულთა 38% (n=21) ამბობს რომ მოსწონს ექიმთა კვალიფიკაცია, 24% (n=13) ამბობს, რომ მოსწონს პერსონალის დამოკიდებულება, 16% (n=9) გარემოს ასახელებს, ხოლო 10% (N=6) მატერიალურ/ტექნიკურ რესურსებს. რაც შეეხება კითხვას - რა არ მოგწონთ ყველაზე მეტად სამედიცინო დაწესებულებაში რესპონდენტთა 22% (n=23) ასახელებს პერსონალის დამოკიდებულებას პაციენტების მიმართ, 18% (n=19) ექიმთა კვალიფიკაციას, 16% (n=17) ლოდინის დროს, 15% (n=16) გარემოს, ხოლო 11% (n=12) ასახელებს მომსახურების ფასებს. (იხ. დიაგრამა #30)



ოჯახის ექიმი უნდა ინტერესდებოდეს პაციენტის ცხოვრების თითქმის ყველა იმ ელემენტით რასაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს მის ჯანმრთელობაზე. კითხვაზე დაინტერესებულა თუ არა ოჯახის ექიმი თქვენი სამუშაო გარემოთი რესპონდენტთა 40% (n=51) ამბობს, რომ დიახ, ხოლო 60% (n=76) ამბობს, რომ არ დაინტერესებულა. ოჯახის ექიმი კვების რეჟიმით დაინტერესებულა რესპონდენტთა 49%-ის (n=63), ხოლო არ დაინტერესებულა 51%-ის (n=67), შემთხვევაში. ფიზიკურ აქტივობაზე ინტერესი გამოუხატავს გამოკითხულთა 54%-ის (n=70), შემთხვევაში, ხოლო ოჯახის ექიმი ცხოვრების წესით დაინტერესებულა რესპონდენტთა 46%-ის (n=60), შემთხვევაში.(იხ.დიაგრამა#31)



მონაცემებიდან ირკვევა, რომ კითხვაზე გქონიათ თუ არა ოჯახის ექიმთან საუბარი ჯანსაღი ცხოვრების წესზე რესპონდენტთა 48%(n=63), აფიქსირებს დადებით პასუხს, ხოლო გამოკითხულთა 52% (n=68), ამბობს, რომ არ ჰქონია ამ თემაზე საუბარი ოჯახის ექიმთან.

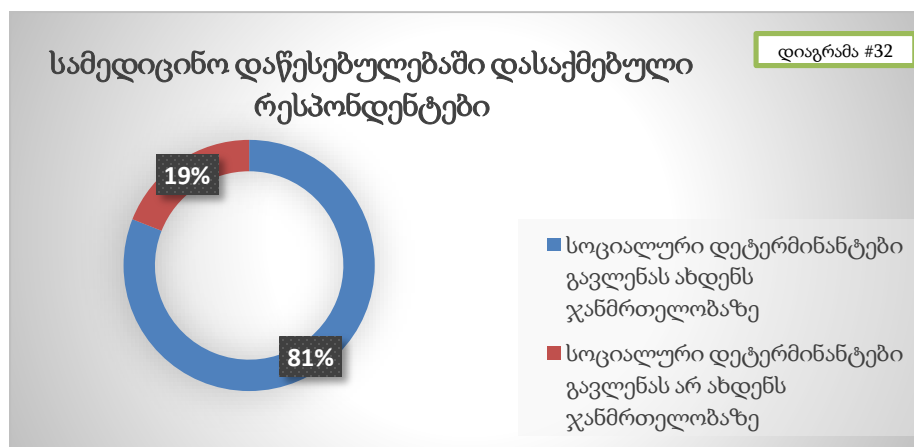
კვლევის ინსტრუმენტი ასევე მოიცავდა კითხვებს, ქრონიკური დაავადების მქონე პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვის თვალსაზრისით. კონკრეტულად კი კითხვა ასე იყო ფორმულირებული - რომელი სპეციალისტები მონაწილეობენ ქრონიკური დაავადებების მქონე პაციენტების დაავადების მართვის პროცესში. მიღებული მონაცემების მიხედვით იკვეთება ძირითადად გუნდი, რომელიც შედგება : *ოჯახის ექიმისგან, ენდოკრინოლოგისგან, კარდიოლოგისა და ნევროლოგისგან* . პროცენტული მაჩვენებლები ასე ნაწილდება : ოჯახის ექიმი-26%, (n=11), ენდოკრინოლოგი-26%, (n=11), ნევროლოგი - 19% (n=8), ხოლო კარდიოლოგი - 17%. (n=7), (n=60) (იხ.დანართში)

#### **4.4 სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის დამოკიდებულებები და მულტიდისციპლინური მუშაობის პრინციპები**

კვლევის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანა იყო, სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული ადამიანების დამოკიდებულებისა და განწყობების შესწავლა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მულტიდისციპლინური გუნდის შექმნასა და მის განვითარებასთან დაკავშირებით. სულ კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 47 სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული ადამიანი. მათგან 62% იყო თბილისში მცხოვრები, 22% დასავლეთ საქართველოში, ხოლო 16% აღმოსავლეთ საქართველოში. გამოკითხული რესპონდენტების უმეტესობა 81% (n=30), დასაქმებულია კერძო სექტორში, ხოლო 19% (n=7), სახელმწიფოს საკუთრებაში მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში .

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მონაცემებიდან გამომდინარე სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული ადამიანების 80% (n=38), ამბობს, რომ სოციალური დეტერმინანტები მოქმედებს ადამიანთა ჯანმრთელობაზე, ხოლო 19% (n=8),

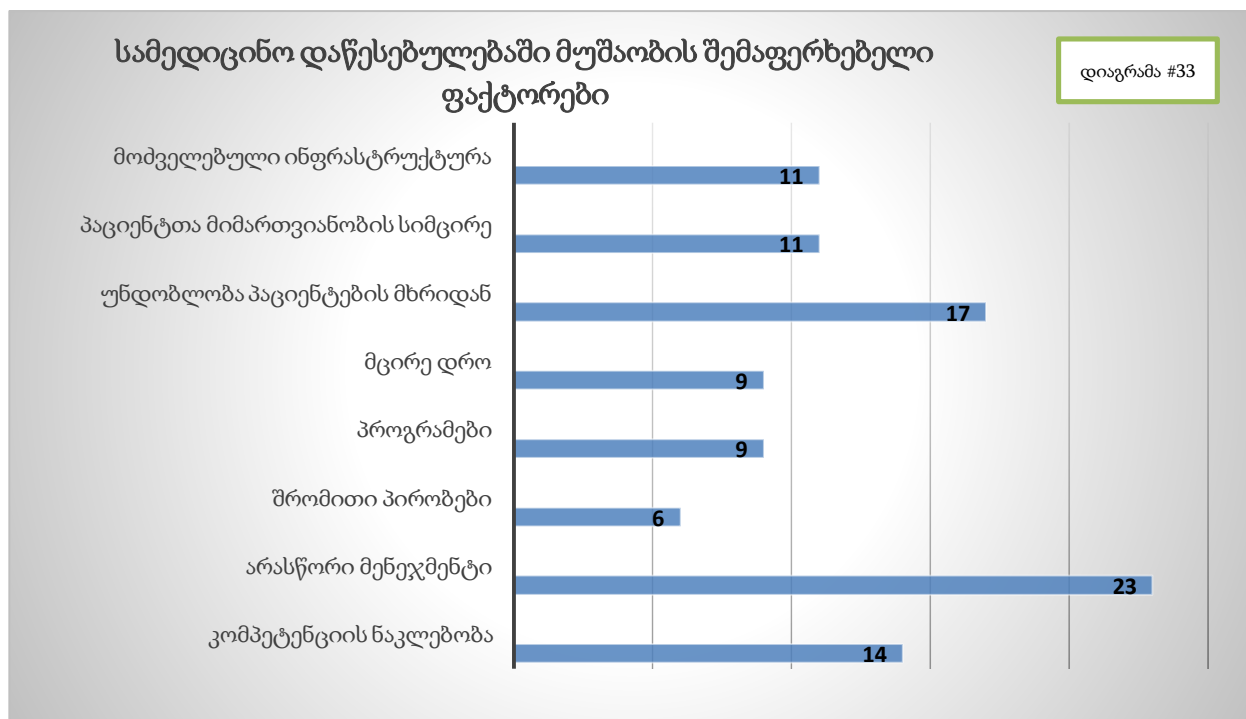
უარყოფს მის გავლენას ჯანმრთელობაზე. (იხ. დიაგრამა #32). აღნიშნული, მონაცემი მნიშვნელოვანი მიგნებაა და ადასტურებს, რომ სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელთა უმეტესობას არ აქვს საკმარისი ცოდნა სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით.



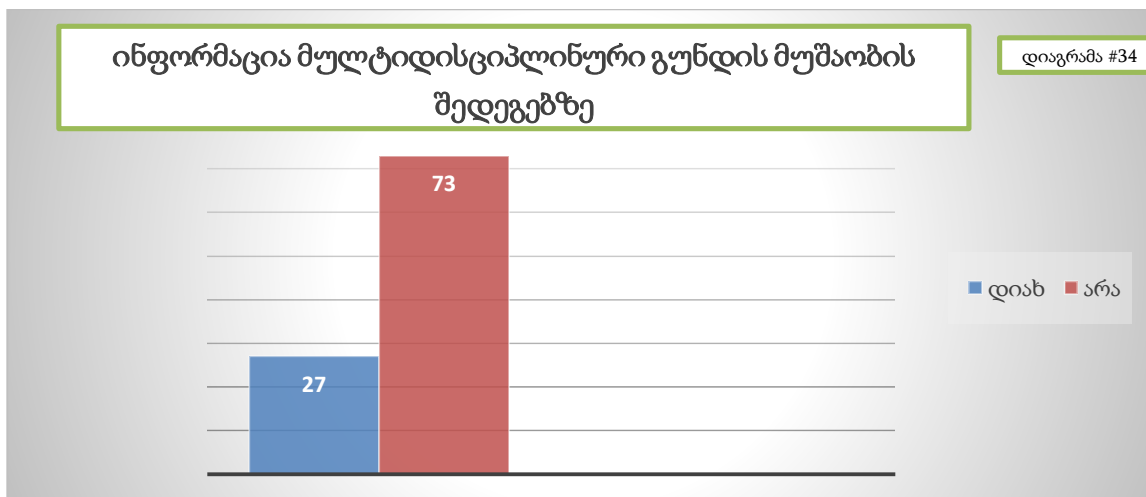
კითხვაზე გააუმჯობესებს თუ არა სოციალური დეტერმინანტების შედეგად გამოწვეული არაგადამდები დაავადებების მართვას და პრევენციას პჯს-ში მულტიდისციპლინური გუნდის შექმნა, რესპონდენტთა უმრავლესობამ დადებითად უპასუხა. კონკრეტულად, გამოკითხულთა 85% (n=174), აღნიშნავს, რომ დიახ გააუმჯობესებს, ხოლო 15% (n=30), აღნიშნავს რომ არა. რაც შეეხება კონკრეტულ კითხვებს, რომელი სპეციალისტებისგან უნდა შედგებოდეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, პასუხები ასე ნაწილდება. სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული ადამიანების 30% ასახელებს ოჯახის ექიმსა და პედიატრს, 14% კარდიოლოგს, 12% ენდოკრინოლოგს, 11% გინეკოლოგს, 8% ნევროლოგს, 8% ოტორინოლარონგოლოს, 7% სოციალური სფეროს წარმომადგენლებს, 4% რადიოლოგებს, ხოლო 6% ყველა ვიწრო სპეციალისტს. (იხ. დანართში).

კითხვაზე, თუ რა გიშლით საქმიანობის სრულყოფილად შესრულებაში ხელს - სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული ყოველი მეხუთე რესპონდენტი 23% (n=8) ასახელებს არასწორ მენეჯმენტს, 17% (n=6), პაციენტთა მხრიდან უნდობლობას, 14% (n=6), კომპეტენციის ნაკლებობას, პაციენტთა მიმართვიანობის სიმცირეს

ყოველი მეათე რესპონდენტი 11% (n=4), მოძველებულ ინფრასტრუქტურას 11% (n=4), სამუშაო კომპიუტერულ პროგრამებს 9% (n=3), მცირე დროს 9% (n=3), ხოლო შრომით პირობებს 6% (n=2) ასახელებს. აღნიშნული მონაცემები მნიშვნელოვანია და სასურველია გაითვალისწინონ კლინიკის მენეჯერებმა. (იხ.დიაგრამა #33)



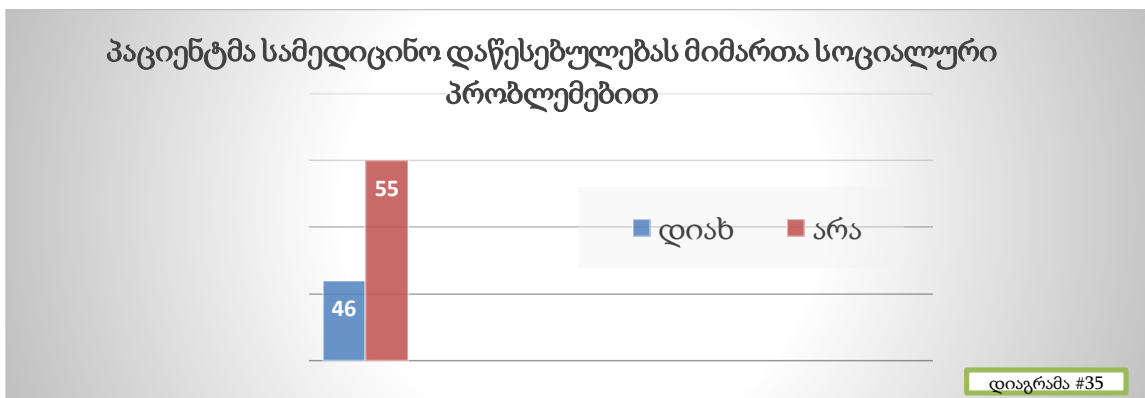
კვლევა მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის სიტემაში მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის პრინციპების განვითარების და დანერგვის პოტენციალის შესწავლას. შეაბამისად, კვლევის ინსტრუმენტი ამ მიმართულებითაც მოიცავდა კითხვებს. ერთ-ერთ კითხვაზე, გაქვთ თუ არა ინფორმაცია მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის შედეგებზე, გამოიკვეთა, რომ რესპონდენტთა 27% (n=12), აქვს, ხოლო 73%-მა (n=32), აღნიშნა რომ არ აქვს მსგავსი სახის ინფორმაცია. (იხ.დიაგრამა #34)



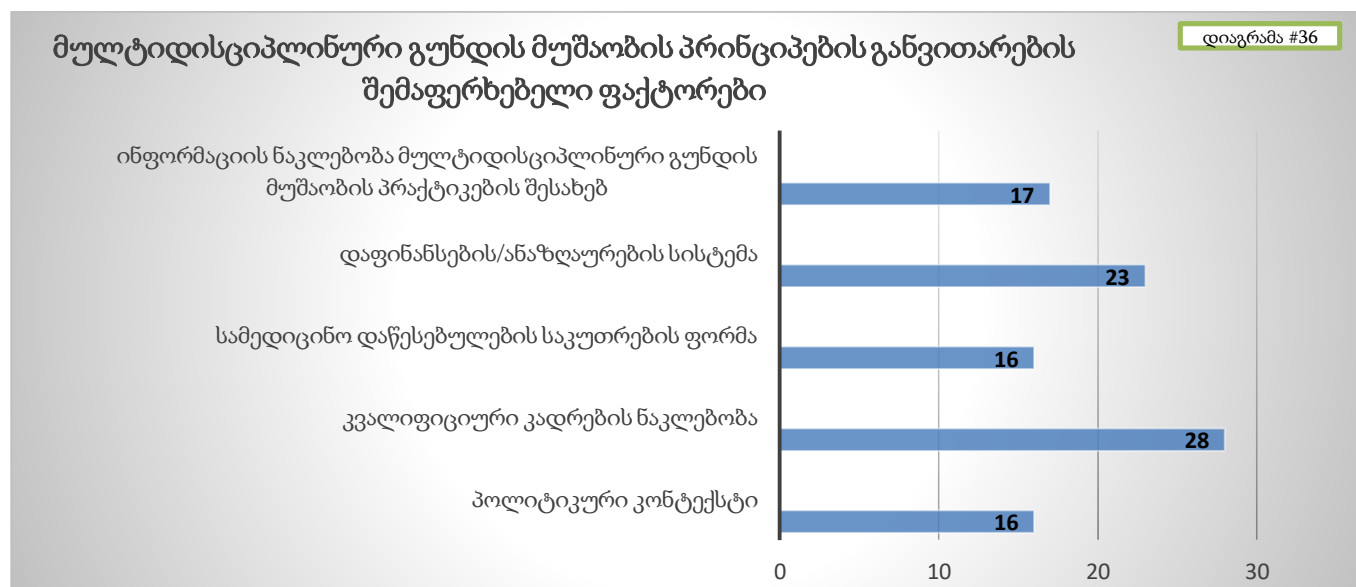
გამოკითხული რესპონდენტებიდან 21%-მა (n=6), დააფიქსირა რომ სამედიცინო ცენტრში ისურვებმა ანგიოლოგის ჩართვას, 18%-მა (n=5) დაასახელა პედიატრი, თანაბარია მაჩვენებლები-რადიოლოგის, ჰემატოლოგის, ფსიქოლოგისა და სოციალური მუშაკის ჩართვასთან დაკავშირებით და არის 11% (n=3), ორთოპედს ასახელებს 7% (n=2), ოსტეოპათს 7% (n=2), ხოლო რენიმატოლოგს 4% (n=1).

მულტიდისციპლინური მუშაობის პრაქტიკების დანერგვისა და განვითარების ერთ-ერთი მთავარი კომპონენტია ინფორმაციის გაცვლა და მუდმივი კომუნიკაცია გუნდის წევრებს შორის. შესაბამისად დაისვა კითხვა, თვეში რამდენჯერ იკრიბება სამედიცინო დაწესებულების გუნდი. რესპონდენტთა 40% (n=16), აღნიშნავს რომ საერთოდ არ იკრიბება გუნდი, 35% (n=14), აღნიშნავს, რომ თვეში ერთხელ იკრიბება, 5% (n=2) აღნიშნავს რომ თვეში სამჯერ იკრიბება გუნდი, 10 % (n=4) - თვეში ხუთჯერ, 10% (n=4) თვეში ხუთჯერ ან მეტი .

კითხვაზე, მოუმართავს თუ არა პაციენტს თქვენთვის სოციალური პრობლემებით, 46% (n=18) ამბობს რომ დიახ, ხოლო 54% (n=21) ამბობს, რომ არა. აღნიშნული მონაცემები ცხადყოფს, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში ადამიანები არ ხვდებიან მხოლოდ უშუალოდ ჯანმრთელობის პრობლემებით. (იხ.დიაგრამა #35)



საინტერესო იყო კითხვაზე პასუხი, თუ რა აფერხებს საქართველოში მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის პრინციპების განვითარებას. შედეგები კი ასე გადანაწილდა - კვალიფიციური კადრების ნაკლებობა 28% (n=104), დაფინანსების/ანაზღაურების სისტემა 23% (n=85), ინფორმაციის ნაკლებობა მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის პრინციპების შესახებ 17% (n=64), პოლიტიკური კონტექსტი 16% (n=62), სამედიცინო დაწესებულებათა საკუთრების ფორმა 16% (n=62). (იხ.დიაგრამა #36)



## თავი V

### დასკვნები და რეკომენდაციები

ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტებიდან აღსანიშნავია საკვებთან, საცხოვრებელ გარემოსთან, ჯანდაცვის სერვისებთან, სწავლის ან/და მუშაობის ხელშემწყობ პირობებთან და საცხოვრებელ სახლში არაძალადობრივ გარემოსთან დაკავშირებული საკითხები, რადგან სამეცნიერო კვლევებით და არსებული მონაცემების ანალიზით დასტურდება, რომ თითოეულ მათგანს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ხოლო, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია მოუწოდებს ქვეყნებს, ეროვნული ჯანდაცვის სტრატეგიაში ყურადღება გაამახვილონ სოციალური დეტერმინანტებით განპირობებული დაავადებების პრევენციაზე. კვლევის ფარგლებში დადასტურდა ჰიპოთეზა, რომელიც გულისხმობს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სუსტად ასრულებს ამოცანებს, რომელიც ემსახურება მოსახლეობის განათლების ხელშეწყობას, ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და ჯანმრთელობის რისკების მართვას. ასევე, ანალიზის შედეგად დადასტურდა, რომ როგორც სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულ ადამიანებს, ისე სხვა რესპონდენტებს სჭირდებათ, დამატებითი ინფორმაცია სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით, რამაც შესაძლოა მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს მათი ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე და არსებული არაჯანსაღი ქცევების შეცვლა გამოიწვიოს. სხვა სიტყვებით, რომ ვთქვათ რესპონდენტთა, ეს კატეგორია შესაძლოა იყოს და აერთიანებდეს ისეთ ადამიანებს, რომლებსაც ახასიათებთ ჯანმრთელობის დამაზიანებელი ქცევები, ხოლო მათ ამის შესახებ ნაკლები ცოდნა აქვთ ან საერთოდ არ აქვთ ინფორმაცია. სოციალური დეტერმინანტების გავლენასთან დაკავშირებით ნაკლები ინფორმაცია, კრიტიკულად ართულებს სოციალური დეტერმინანტებით განპირობებული დაავადებების მართვის და პრევენციის პროცესს. გამოკვეთილი, პროფილაქტიკური ვიზიტების რაოდენობის მკვეთრი განსხვავება საცხოვრებელ

ადგილებს შორის, მნიშვნელოვანი ამოცანა უნდა გახდეს პირველადი ჯანდაცვის სფეროსთვის. როგორც კვლევებიდან გამოიკვეთა, ამ მიმართულებით აუცილებელია მოსახლეობის ცნობიერების გაზრდა და მათი დარწმუნება, რომ გარკვეულ დაავადებათა პრევენცია შესაძლებელია მათივე აქტიურობით და ჯანმრთელობაზე პიროვნული პასუხისმგებლობის აღებით. დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ექიმთან პროფილაქტიკური ვიზიტები უფრო მეტად აქტუალურია თბილისში, ვიდრე დასავლეთ საქართველოს და აღმოსავლეთ საქართველოს სხვა ქალაქებში. შესაბამისად, შეიძლება ითქვას, დაავადებათა პრევენცია ან ადრეულ ატაპზე დიაგნოსტიკა მეტად არის შესაძლებელი თბილისში. მიღებული შედეგები ცხადყოფს, რომ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე უფრო მეტად აქტიურები არიან მდედრობითი სქესის წარმომადგენლები. აღნიშნული ფაქტი მნიშვნელოვანია, რადგან მამაკაცების დაბალ აქტივობას ამ მიმართულებით შესაძლოა საფუძველი ჰქონდეს არსებულ სოციალურ და კულტურულ ნორმებში, რაც საჭიროებს ღრმა შესწავლას. ჯანმრთელობასთან მიმართებით გასათვალისწინებელია სქესთან შეჭიდული დაავადებები, რომელთა პროვოცირებაც შესაძლოა განაპირობოს გარკვეულმა სოციალურმა დეტერმინანტებმა, ამიტომ პროფილაქტიკური ვიზიტების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ორივე სქესის აქტიულობა და ჯანმრთელობის მართვის ან/და დაავადებათა პრევენციის პროცესში მონაწილეობა. დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ოჯახის ექიმის სერვისით სარგებლობა და სკრინინგ პროგრამებით სარგებლობის მაჩვენებელი დაბალია. მოსახლეობის თითოეულ წევრს სჭირდება ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა და გარკვეული პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარება. სკრინინგი, არის დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკისთვის ერთ-ერთი გლობალურად აღიარებული მექანიზმი საზოგადოების ჯანმრთელობის მართვის და შენარჩუნების თვალსაზრისით. ამ მხრივ კი პირველადი ჯანდაცვის სფეროს როლი წამყვანი უნდა იყოს და მაქსიმალურად უნდა ცდილობდეს ყველა ადამიანის ჩართვას კონკრეტულ, მიზნობრივ სკრინინგ პროგრამებში.

მიღებული შედეგების ანალიზით დადასტურდა, რომ რესპონდენტთა ნაწილს უჭირს დაბალანსებული კვება, რაც გულისხმობს საკმარისი რაოდენობით ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების მოხმარებას. აღსანიშნავია, რომ არასრულფასოვანი კვება შეჭიდულია ისეთ რთულ დაავადებებთან, როგორცაა დიაბეტი, სიმსუქნე, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ინსულტი. ასევე, დაუბალანსებელი კვება გავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე და ზოგად ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. მოსახლეობის კეთილდღეობის პოლიტიკა სასურველია ითვალისწინებდეს მსგავს ასპექტებს და სრულფასოვნად აგროვებდეს ინფორმაციას ისეთი ოჯახების შესახებ, რომლებიც დგანან მსგავსი სოციალური თუ ეკონომიკური გამოწვევების წინაშე და სთავაზობდეს მათ მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის საჭირო სერვისებს. უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის სისტემისთვის თითოეული ასეთი ადამიანი პოტენციური პაციენტია. ამ მიმართულებით, აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის გუნდის აქტიურობა. საუკეთესო შემთხვევაში, მაშინ როცა პაციენტთან იკვეთება სოციალური საჭიროებები ოჯახის ექიმმა უნდა უზრუნველყოს პაციენტის გადამისამართება სოციალურ სააგენტოსთან ან სამედიცინო დაწესებულების გუნდში მოიძიოს შესაბამისი სპეციალისტი.

მიღებული შედეგების ანალიზით გამოიკვეთა, რომ რესპონდენტთა ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვნად მოქმედებს სამსახურის პოვნასთან და სამუშაო გარემოსთან, პირობებთან დაკავშირებული ფაქტორები. აღნიშნული, მიგნება მნიშვნელოვანია, რადგან ეხმიანება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შემაჯამებელ ანგარიშს, სადაც აღნიშნულია, რომ არსებობს უშუალოდ სტრესთან შეჭიდული დაავადებები, რომლებიც გვხვდება სამუშაო ადგილზე ან საცხოვრებელ გარემოში. შესაბამისად, ჯანმო გამოწვევების საპასუხოდ, მოუწოდებს ქვეყნებს, რომ უზრუნველყონ შრომითი პირობების დაცვა და ეროვნულ დონეზე გააუმჯობესონ არსებული საკანონმდებლო ხარვეზები, რათა ხელი შეუწყონ სამუშაო გარემოსთან დაკავშირებულ დაავადებების პრევენციას. კვლევის შედეგად გამოვლინდა რესპონდენტებზე სტრესის გავლენის მაღალი მაჩვენებელი. აღნიშნული მიგნება

საჭიროებს ღრმა შესწავლას და მოითხოვს სხვადასხვა სახელმწიფო სტრუქტურის ეფექტურ და კოორდინირებულ რეაგირებას. ჯანმოს მონაცემებით ბოლო პერიოდში გაიზარდა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც ვერ იღებენ ადეკვატურ დახმარებას და გარკვეული კულტურული ნორმის ან სოციალური სტიგმის გამო ერიდებიან ფსიქოლოგიური მომსახურების მიღებას, რაც ბუნებრივია იწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას. შესაბამისად, ჯანმოს რეკომენდაციით, აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში საწყის ეტაპზე აუცილებელია ოჯახის ექიმები ფლობდნენ სტრესის მართვის ტექნიკებს, რათა მაქსიმალურად უზრუნველყონ პაციენტისთვის ამ ინფორმაციის მიწოდება, მუდმივად მოუწოდონ ემოციური რეგულაციისკენ, საჭიროების შემთხვევაში დროულად მოახდინონ ფსიქიკური პრობლემის იდენტიფიცირება და შესაბამისი სპეციალისტის ჩართვა.

ანალიზიდან გამოიკვეთა, რომ თბილისში მცხოვრები ადამიანები მეტად განიცდიან გარემო პირობების ზემოქმედებას, ვიდრე სხვა ადგილას მცხოვრები ადამიანები. აღნიშნული მონაცემი მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის სფეროსთვის, რადგან ეხმიანება გლობალურ ტენდენციას, რომელიც მიანიშნებს, რომ დიდ ქალაქებში, სადაც მკვეთრად გამოხატულია ურბანული გარემო, ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად მოიმატა გარემოს ზემოქმედების შედეგად განპირობებულმა ჯანმრთელობის პრობლემებმა, რაც შეიძლება გამოიხატოს, როგორც ფსიქიკური პრობლემა, რომელიც პროვოცირებულია - ხმაურით, დაძაბული ცხოვრების რიტმით, მუდმივი გადატვირთული მოძრაობით და ა.შ. ასევე სხვა სახის ფიზიკური პრობლემებით, რომელიც გამოწვეულია გადაადგილების ალტერნატიული საშუალებების ნაკლებობით, ქალაქის არასწორი დაგეგმარების გამო რეკრეაციული სივრცეების შეზღუდვით, ფიზიკური აქტივობის ნაკლებობით და სხვა. შესაბამისად, აუცილებელია, ოჯახის ექიმებმა და სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულმა ადამიანებმა გაითვალისწინონ პაციენტთა ჯანმრთელობის

მდგომარეობის მართვის დროს მათი საცხოვრებელი გარემო და მუდმივად მოუწოდონ სტრესის მართვისკენ.

მიღებული მონაცემების შედეგად, გამოიკვეთა რამდენიმე ძირითადი საკითხი რაც არ მოსწონთ რესპონდენტებს სამედიცინო დაწესებულებებში: *ექიმთა დამოკიდებულებები პაციენტთა მიმართ, კვალიფიკაცია, ლოდინის დრო, გარემო და ფასები*. უნდა აღინიშნოს, რომ თითოეული ეს ფაქტორი შესაძლოა მივიჩნიოთ ექიმთან ან/და პირველად სამედიცინო დაწესებულებაში პროფილაქტიკური ვიზიტების დაბალი მაჩვენებლის გამომწვევ მიზეზად. სწორედ ამიტომ, აუცილებელია ამ ხარვეზების დროული აღმოფხვრა და არსებული გამოწვევის საპასუხოდ შესაბამისი გეგმისა და სტრატეგიის შემუშავება. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე ადამიანებმა გააცნობიერონ, რომ მათ აქვთ უდიდესი პასუხისმგებლობა არა მხოლოდ არსებულ დაავადებათა სწორი მკურნალობის მხრივ, არამედ დაავადებათა პრევენციის თვალსაზრისითაც. შესაბამისად აუცილებელია, რომ პაციენტის თითოეული ვიზიტი სამედიცინო დაწესებულებაში იყოს მშვიდი, უსაფრთხო, ემსახურებოდეს პაციენტის როგორც ჯანმრთელობის, ისე ღირსების დაცვას.

კვლევის ფარგლებში დადასტურდა ჰიპოთეზა, რომელიც გულისხმობს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სუსტად ასრულებს ამოცანებს, რომლებიც ემსახურება მოსახლეობის განათლების ხელშეწყობას, ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და ჯანმრთელობის რისკების მართვას. გამოიკვეთა, რომ ოჯახის ექიმები ნაკლებად გამოხატავენ ინტერესს ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებზე და ნაკლებად ესაუბრებიან პაციენტებს ჯანსაღი ცხოვრების წესზე. შედეგად, შეიძლება ითქვას, რომ ოჯახის ექიმები არ ასრულებენ მათი საქმიანობის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ასპექტს, რასაც ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტის განათლებაზე ზრუნვა ეწოდება. თანამედროვე სამედიცინო სტანდარტები კი პაციენტის განათლებას ერთ-ერთ წამყვან ფაქტორად მიიჩვენებს სოციალური დეტერმინანტების შედეგად გამოწვეული დაავადებების მართვის და პრევენციის პროცესში.

ასევე დადასტურდა ჰიპოთეზა, რომელიც გულისხმობს, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დაბალია ინფორმირებულობის დონე მულტიდისციპლინური მუშაობის პრინციპების/პრაქტიკების და მისი შედეგების შესახებ. ქრონიკური დაავადებების მართვის დროს არ იკვეთება გაფართოებული გუნდის პრინციპებით მუშაობის პრეცედენტი, რაც გულისხმობს პაციენტის მდგომარეობის მეთვალყურეობის პროცესში, როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო წევრის ჩართულობას. სტანდარტული გუნდი ძირითადად შედგება : *ოჯახის ექიმისგან, ენდოკრინოლოგისგან, კარდიოლოგისა და ნევროლოგისგან.* სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობის ხელისშემშლელი ფაქტორებიდან გამოკვეთილად მაღალი მაჩვენებელი აქვს არასწორ მენეჯმენტს, რაც საინტერესო მიგნებაა და ღრმა შესწავლას მოითხოვს, რადგან კლინიკის მენეჯერთა ერთ-ერთი მთავარი მიზანი უნდა იყოს სამედიცინო პერსონალისთვის ხელსაყრელი და კომფორტული სამუშაო გარემოს შექმნა ისე, რომ მათ შეძლონ პროფესიული უნარების მაქსიმალური რეალიზება. მიღებული მონაცემების ანალიზით კი დასტურდება, რომ სამედიცინო პერსონალისთვის, პირიქით ხელის შემშლელია მენეჯერთა გადაწყვეტილებები, მუშაობის სტანდარტები თუ პირობები. ასევე მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია, რომ პაციენტთა უნდობლობას გრძნობენ თავად სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლები. აღნიშნული მიგნება, დადებითი მნიშვნელობის არის, რადგან შესაძლოა ამ ფაქტის აღიარებამ ხელი შეუწყოს პაციენტთა მიმართ ახალი დამოკიდებულებების და მაღალი პროფესიული სტანდარტების დამკვიდრებას.

შედეგების ანალიზიდან გამოიკვეთა, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული ადამიანების ნაწილი არ ეთანხმება ჯანმრთელობაზე სოციალური დეტერმინანტების გავლენას. ეს მიგნება უმნიშვნელოვანესია ჯანდაცვის სფეროსთვის, რადგან იკვეთება სოციალური დეტერმინანტების გავლენის თვალსაზრისით სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ადამიანების ინფორმირებულობის საჭიროება, რათა მათ ადეკვატურად შეძლონ პაციენტებისთვის

ინფორმაციის მიწოდება, მათ საჭიროებებზე დროული კონცენტრირება და ისეთი პრობლემების იდენტიფიცირება, რაც შესაძლოა ირიბად უკავშირდებოდეს და არღვევდეს ადამიანის, როგორც ფსიქიკური, ისე ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას. აღნიშნულ რეკომენდაციას გასცემს ჯანმოს სოციალური დეტერმინანტების მართვის კომისია და აქცენტს აკეთებს ჯანდაცვის და სოციალური სფეროს მჭიდრო კავშირზე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის თვალსაზრისით.

შედეგების ანალიზით გამოიკვეთა, როგორც სოციალური დეტერმინანტების, ისე მულტიდისციპლინური მუშაობის პრინციპებისა და შედეგების მიმართ ნაკლები ინფორმირებულობა, რაც ადასტურებს ამ მიმართულებით საწყის ეტაპზე საინფორმაციო შეხვედრების და ტრენინგების საჭიროებას. არსებული გამოწვევები შეიძლება გავიაზროთ, როგორც ახალი მუშაობის პრინციპების განვითარების არეალი. ამ ეტაპზე, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებულ ადამიანებს მიეწოდოს ამომწურავი, სარწმუნო და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია, როგორც ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების, ისე მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის პრაქტიკების და მისი შედეგების შესახებ. ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში სპეციალისტების ერთმანეთთან კომუნიკაციის უზრუნველყოფა. ამ საჭიროებას ცხადყოფს, ის მონაცემებიც, რომ საკმაოდ მაღალია სამედიცინო დაწესებულებებში სოციალური პრობლემებით მისულ ადამიანთა რაოდენობა, რაც ადასტურებს გუნდში არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ არასამედიცინო წევრის არსებობის საჭიროებას და გაფართოებული გუნდის პრინციპებით მუშაობის აუცილებლობას. სოციალური და ეკონომიკური პრობლემების მქონე პაციენტთა მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის არ არის ეფექტური მხოლოდ სამედიცინო ჩარევები. ოჯახის ექიმი ან სხვა რომელიმე სპეციალისტი კი შესაბამისი ცოდნის თუ უნარების არ ქონის გამო ვერ შეძლებს მსგავსი პრობლემების მქონე ადამიანებს დაუთმოს საკმარისი დრო და შესთავაზოს პაციენტს მისი მდგომარეობის შესაბამისი სერვისები ან გარკვეული სახის პროგრამები.

პოლიტიკის დონეზე არსებობს უფრო მასშტაბური ხელისშემშლელი მიზეზები, რაც აფერხებს მულტიდისციპლინური გუნდის განვითარებას საქართველოში: *კვალიფიციური კადრების ნაკლებობა, დაფინანსების/ანაზღაურების სისტემა, ინფორმაციის ნაკლებობა მულტიდისციპლინურ გუნდის მუშაობის პრინციპების შესახებ, პოლიტიკური კონტექსტი და სამედიცინო დაწესებულებათა საკუთრების ფორმა*. უნდა აღინიშნოს, რომ დასახელებული მიზეზები ეხმარება უკვე დადასტურებულ ზოგად მიზეზებს, რაც აფერხებს ან ხელს უწყობს მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის განვითარებას. აღიარებულია, რომ ანაზღაურების პოლიტიკა ერთ-ერთი გადამწყვეტი ფაქტორია ამ მხრივ, რადგან თუ სისტემა პრიორიტეტს ანიჭებს ექიმის მომსახურების მიღებას, ცხადია ის მეტად დატვირთული იქნება, ხოლო თუ შეუსაბამო ანაზღაურებას სთავაზობს არასამედიცინო გუნდის წევრებს, ლოგიკურია, რომ ის არ იქნება აქტიური. ერთი შეხედვით, ეს მარტივი მექანიზმი, ხელს უშლის მულტიდისციპლინური გუნდების ჩამოყალიბებასა და განვითარებას. მულტიდისციპლინური პირველადი სამედიცინო დახმარების ჯგუფების წარმატებით განხორციელებაზე გავლენას ახდენს, როგორც ლოკალური, ორგანიზაციული ფაქტორები, ისე ეროვნული ან გლობალური სოციალური და პოლიტიკური კონტექსტი. თუმცა, მიუხედავად ამისა, ხელშემწყობ და უფრო მნიშვნელოვან ფაქტორებად მაინც კლინიკის შიდა წყაროები და ორგანიზაციული მენეჯმენტის პრინციპები მიიჩნევა. გარდა, ამისა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის პრინციპების განვითარებისთვის, მნიშვნელოვანია მენეჯერებმა გაითვალისწინონ, რომ აუცილებელია გუნდის წევრები კარგად იცნობდნენ ერთმანეთს, ჰქონდეთ ინფორმაცია ერთმანეთის, როგორც პროფესიური, ისე ზოგადი ღირებულებების შესახებ და იზიარებდნენ პოლისტიკური მედიცინის პრინციპებს, რომელიც ეფუძნება ბიო-ფსიქო-სოციალურ მოდელს კულტურული და ყოფითი ფაქტორების გათვალისწინებით.

აღნიშნული ნაშრომის ფარგლებში გაანალიზებული მონაცემებისა და განხორციელებული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, სფეროს განვითარებისთვის შემუშავდა რეკომენდაციები:

- ექიმ-სპეციალისტებისთვის საჭიროა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების შესახებ .
- დაიგეგმოს და განხორციელდეს საინფორმაციო კამპანია მოქალაქეებისთვის ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალური დეტერმინანტებთან დაკავშირებით, რაც ხელს შეუწყობს ჯანმრთელობის საკითხებზე ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას და ჯანსაღი ქცევების დამკვიდრებას საზოგადოებაში.
- სასურველია ჯანდაცვის ექსპერტებმა საინფორმაციო კამპანიების ან/და გარკვეული სახის ეროვნული სტრატეგიის დაგეგმვის და შემუშავების დროს გაითვალისწინონ პროფილაქტიკურ ვიზიტებზე მამრობითი სქესის ნაკლები აქტიურობა. შეისწავლონ აღნიშნული ფაქტის სოციალური და კულტურული საფუძვლები .
- პროფილაქტიკური ვიზიტების და სკრინინგ პროგრამებით სარგებლობის მაჩვენებლების გასაუმჯობესებლად, საჭიროა, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გაძლიერება, შესაბამისი ანაზღაურების და დაფინანსების სტრატეგიის შემუშავება, რათა ჯანდაცვის სისტემას ჰქონდეს მეტი ინფორმაცია მოსახლეობის ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.
- აქტიურად განხორციელდეს თემზე მორგებული პრაქტიკები და გაიზარდოს ოჯახის ექიმების როლი ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე პაციენტთა განათლების პროცესში.
- სოციალური პრობლემების მქონე პაციენტებისთვის, აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებას ჰქონდეს მკაცრად გაწერილი სტანდარტული პროცედურა. სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულმა შესაბამისმა სპეციალისტმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს დეტალური ინფორმაცია საჭირო სერვისების/მომსახურებების შესახებ და უზრუნველყოს შემთხვევის შესაბამის დაწესებულებაში რეფერალი და მონიტორინგი.
- სასურველია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში სოციალური სფეროს წარმომადგენლების ჩართვა მაგ: ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, თემის მუშაკი და სხვა, რომელიც მეტად კონცენტრირებული იქნება უშუალოდ სოციალური ან/და ფსიქოლოგიური სირთულეების იდენტიფიცირებაზე.

- აუცილებელია, სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულ ყველა ადამიანს ჰქონდეს საბაზისო ცოდნა სტრესის მართვის და ზოგადად, ფსიქოლოგიური სირთულეების იდენტიფიცირების თვალსაზრისით.
- სამედიცინო დაწესებულების მენეჯერთა გუნდმა მუდმივად უნდა აწარმოოს კლინიკის შიდა კვლევები, განახორციელოს ხელის შემშლელი ფაქტორების შესწავლა და იდენტიფიცირება, რათა მოხდეს სამუშაო გარემოს გაჯანსაღება და მუშაობის სტანდარტების გაუმჯობესება.
- აუცილებელია, სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულ ყველა ადამიანს მიეწოდოს სრულფასოვანი ინფორმაცია მულტიდისციპლინური მუშაობის პრინციპების და მისი შედეგების შესახებ, რათა შეიქმნას და ჩაეყაროს საფუძველი მსგავსი სახის მუშაობის კულტურას სამედიცინო დაწესებულებაში.
- კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო დაწესებულების მენეჯერებმა უზრუნველყონ საკმარისი რაოდენობით გუნდის შეხვედრების ორგანიზება, პაციენტთა მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მუდმივი გაცვლა და ერთმანეთთან შეუფერხებელი კომუნიკაცია.
- ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების გავლენის მართვის და დაავადებათა პრევენციის თვალსაზრისით აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელ გუნდში არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ არასამედიცინო წევრის არსებობა, ასევე კრიტიკულად მნიშვნელოვანია გაფართოებული გუნდის მუშაობის პრინციპების განვითარება.
- სასურველია, საქართველოში მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის პრინციპების განვითარების ხელისშემშლელი ფაქტორების მასშტაბური კვლევა.
- მოხდეს ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტების უფრო მჭიდრო ინტეგრირება და ანალიზი პირველადი ჯანდაცვის სფეროსთან.
- მულტიდისციპლინური გუნდის განვითარებისთვის, სასურველია, პრიორიტეტი მიენიჭოს დაფინანსების მოძიებას, რომლებიც უფრო მეტად იქნება მორგებული კონკრეტულ დაწესებულებაზე, რაც მისცემს საშუალებას სამედიცინო დაწესებულებას გუნდში ჩართოს არასამედიცინო წევრი.

## ბიბლიოგრაფია

ქართულენოვანი გამოყენებული ლიტერატურა

1. ანალიზის და კონსულტირების ჯგუფი. (2016). საქართველოში კვების ეროვნული კვლევა. თბილისი: ოქსფამი. (7)
2. გაეროს ბავშვთა ფონდი (იუნისეფი) (2018) საქართველოში ბავშვებისა და მათი ოჯახების კეთილდღეობის კვლევა, თბილისი
3. გაეროს ბავშვთა ფონდი (იუნისეფი) (2017), მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა 2017 მოკლე მიმოხილვა, თბილისი (12)
4. გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია. (1948) ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია. (13) საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესც). (2005), პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმებად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. თბილისი. (3,4-6)
5. გერშმავა, ო. (2017) საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. მეცხრე შესწორებული გამოცემა. თბილისი. (375-382)
6. გერშმავა, ო. (2017) საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. მეცხრე შესწორებული გამოცემა. თბილისი. (375-382 გზირიშვილი, დ. (2012), დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები ანალიტიკური მიმოხილვა, თბილისი (26)
7. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (2015), არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი გლობალურ და ეროვნულ დონეზე, თბილისი (2,52,89)
8. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (2016) არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების STEPS კვლევა, თბილისი
9. ვერულავა, თ. (2015) პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო, თბილისი.
10. ვერულავა თ. 2015 „ექთანთა საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში“. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია., თბილისი (1)
11. ვერულავა თ. 2016 „ჯანდაცვის პოლიტიკა“, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი (31-34, 103-107)
12. ლომთაძე, ს, ბრეგვაძე, თ, კიკილაშვილი, ბ. (2018), ოჯახის ექიმების, (მედიკოსების/ასისტენტების) შემოსავლები და ხელფასები საქართველოში, ჯანდაცვის პოლიტიკის, ეკონომიკისა და სოციოლოგიის აქტუალური საკითხები-შრომების კრებული, თბილისი, (10-12)
13. საქართველოს მთავრობა, (2014) სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, დადგენილება №724, თბილისი.
14. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა. საქართველო, თბილისი. (1-3)
15. GFMA-საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი, (2007), პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. ჯანმრთელობის სიახლეები. N2. ნოემბერი.. თბილისი. <http://www.gfma.ge/documents/Newsletter%202.pdf>

16. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, (2014-2015) ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, თბილისი, (1-22, 23-24)
17. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, (2016-2017) ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, თბილისი, ( 11, 14, 48
18. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, (2016) პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში , თბილისი (4)
19. საქართველოს სახალხო დამცველი, (2019) საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ, თბილისი (288, 290)
20. საქართველოს მთავრობა, (2014) სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, დადგენილება №724, თბილისი.
21. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულმა სამსახური, გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF), დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC), (2018-2019) მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა, თავი 15-ბავშვთა ნუტრიციული სტატუსი, თბილისი
22. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური - ცხოვრების დონე - სიღარიბის აბსოლუტურ ზღვარს ქვევით მყოფი მოსახლეობის წილი, მოძიებულია 28 ივნისი, 2020  
საერთაშორისო ფონდი კურაციო. “ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა (2019) - პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა , თბილისი (5-15)
23. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო, (2018). საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი, (39, 108)
24. ჯანმო, (2003) პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორის ICPC-2-R გამოყენების წესი,
25. წულაძე, ლ, (2008) რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები სოციალურ მეცნიერებაში, სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრი, თბილისი. (3)
26. Welfare Foundation. (2019) სუსტი პირველადი ჯანდაცვა-ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი , თბილისი, . ( 33-39 )

### ინგლისურენოვანი გამოყენებული ლიტერატურა

1. Academy of Integrative Health & Medicine-Principles of Holistic Medicine - მოძიებულია 29 ივნისი
2. American Journal of Health Promotion, (1987) Ottawa Charter for Health Promotion: An Outstanding Networking Effort (2)
3. Ayala, L., Labeaga, M., & Navarro, C. (2005). Housing Deprivation and health status: Evidence from Spain . FEDEA, 5-20
4. Barbara Starfield, (1998), Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press. (448)
5. Blazquez, M., Cottini, E., & Herrarte, A. (2013). The socioeconomic gradient in health: how important is material deprivation? *The Journal of Economic Inequality*, (1-19)
- Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite. *Journal of Management*, (6)

4. Building primary care in a changing Europe., Edited by Dionne S.Kringos., Wienke G.W. Boerma ., Allen Hutchinson ., Richard B.Saltman., Printed in the United Kingdom ., World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)
- 5.Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. (8, 9, 13-14, 38, 60-68, 70, 88)
- 6.Donabedian, A (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3) Suppl: 206.Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5338568>
- 7.Leach, B., Morgan, P., Strand de Oliveira, J., Hull, S., Østbye, T., & Everett, C. (2017). Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC* (2-8)
- 8.Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, et al. *J Epidemiol Community Health* (2010).Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health(2)
9. Riley,D, Anderson,R, Blair,J, Crouch,S, Meeker,W, Shannon,S, Sudak,N, Thornton,L, Low Dog,T (2016) The Academy of Integrative Health and Medicine and the Evolution of Integrative Medicine Practice, Education, and Fellowships, *IMCJ-Integrative Medicine: A Clinician’s Journal*, მოძიებულია 07/07/20
10. Kirti D. Doekhie, Martina Buljac-Samardzic, Mathilde M. H. Strating, Jaap Paauw, (2017 )Who is on the primary care team? Professionals’ perceptions of the conceptualization of teams and the underlying factors: a mixed-methods study . (7-9 )
- WORLD BANK GROUP. (2016). *Georgia: Recent Trends And Drivers of Poverty Reduction*. Tbilisi: WORLD BANK GROUP
- World Health Organization. (2020) Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). (7)
- WHO, (2020) Depression, მოძიებულია 30 ივლისი. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
11. World Health Organization. (2016). Global report on diabetes. World Health Organization. (35-36 )
12. World Health Organization, (2010) Global status report on noncommunicable diseases (9)
- 13.World Health Organization & United Nations Children’s Fund ((UNICEF) .2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. (2-3, 29 )
14. World Health Organization, (2018) NONCOMMUNICABLE DISEASES COUNTRY PROFILES, (8)
- UN (2015) Sustainable Development Goals , New York (1-24)
15. World Health Organization & United Nations Children's Fund ((UNICEF) .1978) Declaration of Alma-Ata ,International Conference on Primary Health Care(1)
16. World Health Organization (2018) Public Spending on Health : A Closer Look At Global Trends , (3-4)
- WHO, (2018) Quality of primary health care in Georgia, (19, 13-26)
17. WHO Regional Office for Europe (2019), Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs, Copenhagen, Denmark, (32-33, 43, 46, 53-54, 64 )
18. WHO Regional Office for Europe (2013) Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, UN City, Copenhagen, Denmark
19. WHO Regional Office for Europe (Main terminology) მოძიებულია 01/07/2020 - <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>

20. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More than Ever, 2008. (13-16)
21. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. (1998). *ICPC-2: International classification of primary care*. Oxford: Oxford University Press.
22. World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. World Health Organization.
23. Ventegodt, S., Andersen, N. J., & Merrick, J. (2003). Holistic Medicine IV: Principles of Existential Holistic Group Therapy and the Holistic Process of Healing in a Group

## დანართი 1

### კითხვარი

#### ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტები და მულტიდისციპლინარული პრაქტიკა პირველად ჯანდაცვაში

ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტში მიმდინარეობს მუშაობა სამაგისტრო ნაშრომზე „ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტები და მულტიდისციპლინური პრაქტიკა პირველად ჯანდაცვაში ქალაქად და სოფლად“. აღნიშნული სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში დაგეგმილია კვლევა, რომელის მიზანია შესწავლილ იქნეს მოსახლეობის ცოდნის ხარისხი და ინფორმირების დონე ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებთან მიმართებაში. ასევე, გამოვლენილ იქნეს მათი დამოკიდებულება პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მულტიდისციპლინური პრაქტიკის დანერგვასა და განვითარებასთან დაკავშირებით.

კვლევა ანონიმურია. კვლევის პროცესში კონფიდენციალობა სრულად იქნება დაცული. კვლევის შედეგები გამოყენებული იქნება მხოლოდ სამეცნიერო და საგანმანათლებლო მიზნით.

თქვენი გულწრფელი პასუხები დაგვეხმარება საკვლევ საკითხებზე რეალური ინფორმაციის შეგროვებაში. კვლევაში თქვენი მონაწილეობა ნებაყოფლობითია. კითხვარის შევსების პროცესში შეგიძლიათ არ უპასუხოთ თქვენთვის არასასურველ შეკითხვას. კითხვარის შევსებას სჭირდება დაახლოებით 15-20 წუთი.

მადლობას გიხდით კვლევაში მონაწილეობისთვის !

#### კითხვარი:

D1. სქესი: 1. მამრობითი 2. მდედრობითი

D2. ასაკი \_\_\_\_\_

D3. სიმაღლე \_\_\_\_\_

D4. წონა \_\_\_\_\_

D5. ოჯახური მდგომარეობა: 1. დაოჯახებული 2. დაუოჯახებელი 3. ქვრივი

4. განქორწინებული

D6. განათლება: 1. დაწყებითი განათლების გარეშე 2. დაწყებითი განათლება  
3. არასრული საშუალო განათლება 4. სრული საშუალო განათლება  
5. ტექნიკური/სპეციალური განათლება 6. არასრული უმაღლესი  
განათლება  
7. უმაღლესი განათლება (ბაკალავრის ან მაგისტრის ხარისხი) 99. უარი პასუხზე

D7. რესპონდენტის ძირითადი საქმიანობა. (შეგიძლიათ შემოხაზოთ რამდენიმე პასუხი)

1. ვარ დასაქმებული სტუდენტი 2. ვარ დაუსაქმებელი სტუდენტი 3. ვარ დასაქმებული და არ ვარ სტუდენტი 4. ვარ დაუსაქმებელი და არ ვარ სტუდენტი სხვა: \_\_\_\_\_

D8. თუ ხართ დასაქმებული, მიუთითეთ, თქვენი სამუშაო ადგილი:

D9. გაქვთ თუ არა რომელიმე ქრონიკული დაავადება ?

1. დიახ

2. არა

D9.1 თუ დიახ, მიუთითეთ რომელი ქრონიკული დაავადება გაქვთ

\_\_\_\_\_

D10. რომელი დაზღვევით სარგებლობთ : 1.საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით 2. კერძო დაზღვევით

D11. სარგებლობთ თუ არა სახელმწიფოს მიზნობრივი სოციალური დახმარების პროგრამით? იგულისხმება ფულადი სოციალური დახმარება ან რაიმე სახის სარგებელი, კომუნალური შეღავათი ან სერვისების დაფინანსება. 1. დიახ ვსარგებლობ 2. არ ვსარგებლობ

D12 მიუთითეთ თქვენი ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავალი.

D13. თქვენი საცხოვრებელი ადგილი/რეგიონი \_\_\_\_\_

Q1. სოციალური დეტერმინანტები-ფაქტორები.

Q1.1. ბოლო 12 თვის განმავლობაში, დღეღამით თუ არა, რომ ფინანსური რესურსების ნაკლებობის გამო სახლში ამოგეწურათ ან არ გქონდათ საკვების საკმარისი მარაგი? 1. დიახ 2. არა

Q1.2. თქვენ გაწუხებთ ან შფოთავთ, რომ უახლოეს ორ თვეში შეიძლება არ გქონდეთ სტაბილური საცხოვრებელი გარემო ? 1. დიახ 2. არა

Q1.3. ბოლო 12 თვის განმავლობაში, იყო დრო, როდესაც გქონდათ ექიმის საჭიროება, მაგრამ მომსახურების საფასურის გამო ვერ მიიღეთ ეს მომსახურება ? 1.დიახ 2. არა

Q1.4. ბოლო 6 თვის განმავლობაში, ხომ არ ყოფილა შემთხვევა, როცა გჭირდებოდათ ექიმთან მისვლა და ვერ მიხვედით გზის არ არსებობის ან შორი მანძილის გამო ? 1.დიახ 2. არა

Q1.5 გეზინიათ, რომ თქვენი პარტნიორის, მეუღლის ან სხვა რომელიმე ოჯახის წევრის მხრიდან შესაძლოა მიიღოთ გარკვეული სახის ზიანი თქვენს საცხოვრებელ სახლში 1.დიახ 2. არა

Q1.6. თუ გყავთ შვილი/შვილები გთხოვთ გვითხრათ, გააუმჯობესებს თუ არა ბავშვზე ზრუნვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა თქვენი სწავლის ან მუშაობის ხარისხს? 1.დიახ 2. არა

Q 2.ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედი ქცევები

Q2.1.ბოლო 6 თვის განმავლობაში მივიღე ალკოჰოლი	დიახ	არა	Q2.4 მიწევს თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა სამსახურში ან სახლში.	დიახ	არა
Q2.2. მაწუხებს მაღალი არტერიული წნევა/ჰიპერტენზია	დიახ	არა	Q2.5 ხშირად ვიღებ მარილიან საკვებ	დიახ	არა
Q2.3.მოვიხმარ თამბაქოს	დიახ	არა	Q2.6 საკმარისად ვარ ფიზიკური აქტივობით დატვირთული	დიახ	არა

Q2.7 საშუალოდ კვირაში რამდენჯერ იღებთ ხილს?

- 1. მაქსიმუმ 2-ჯერ
- 2. მაქსიმუმ 4-ჯერ

3. მაქსიმუმ 6-ჯერ
4. ყოველდღე
5. არის შემთხვევები, როცა კვირის განმავლობაში საერთოდ ვერ ვიღებ

**Q2.8 კვირაში რამდენჯერ იღებთ ბოსტნულს ?**

1. მაქსიმუმ 2-ჯერ
2. მაქსიმუმ 4-ჯერ
3. მაქსიმუმ 6-ჯერ
4. ყოველდღე
5. არის შემთხვევები, როცა კვირის განმავლობაში საერთოდ ვერ ვიღებ

**Q2.9 კვირაში რამდენჯერ იღებთ ხორცს/თევზს ?**

1. მაქსიმუმ 2-ჯერ
2. მაქსიმუმ 4-ჯერ
3. მაქსიმუმ 6-ჯერ
4. ყოველდღე
5. არის შემთხვევები, როცა კვირის განმავლობაში საერთოდ ვერ ვიღებ
6. ვარ ვეგეტარიანელი.

**Q2.10 მიუთითოთ, ჩვეულებრივი დღის განმავლობაში ფიზიკურ აქტივობაზე დახარჯული დრო(წუთი**

**Q2.11 დღის განმავლობაში მანქანით, საზოგადოებრივი ტრანსპორტით ან ტაქსით გადაადგილებისას დახარჯული დრო (წუთი) \_\_\_\_\_**

**Q2.12 გისარგებლიათ თუ არა რომელიმე სკრინინგ პროგრამით ? სკრინინგი არის იმ პირთა გამოკვლევა, რომლებსაც არ აქვთ დაავადების სიმპტომები. თუ გისარგებლიათ, მონიშნეთ რომელი პროგრამით:**

1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ პროგრამა
2. ძუძუს კიბოს სკრინინგი
3. პროსტატის კიბოს სკრინინგი
4. მსხვილი ნაწლავის კიბოს

სკრინინგით

**Q2.13. ოდესმე ექიმის რჩევით გაგისინჯავთ თუ არა :**

1. სისხლში გლუკოზის საშუალო კონცენტრაცია
2. სისხლში ქოლესტეროლის საშუალო კონცენტრაცია

გთხოვთ, მონიშნოთ შესაბამისი მნიშვნელობა, უმცირესი შეფასებაა 1 და ნიშნავს ძალიან ცუდს, უმაღლესი შეფასებაა 5 და ნიშნავს ძალიან კარგს.

Q2.14. შეაფასეთ თქვენი საცხოვრებელი პირობები	1	2	3	4	5
Q2.15. შეაფასეთ თქვენი სამუშაო პირობები	1	2	3	4	5

Q2.16. შეაფასეთ თქვენი ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან	1	2	3	4	5
Q2.17. შეაფასეთ თქვენი ცოდნის ხარისხი ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებთან მიმართებაში	1	2	3	4	5

Q2.18. თქვენი აზრით სოციალური დეტერმინანტები (განათლება, საცხოვრებელი და სამუშაო გარემო, შემოსავალი, ჰაერი, საკვები, ცხოვრების წესი, ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან, ) გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე? 1. დიახ 2. არა

Q2.19. როგორია თქვენი დამოკიდებულება ჯანმრთელობაზე სოციალური დეტერმინანტების გავლენის მიმართ?

1. უმნიშვნელო გავლენა აქვს ვიკავებ 2. მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს 3. პასუხის გაცემისაგან თავს ვიკავებ

Q2.20. თქვენი აზრით, გესაჭიროებათ უფრო მეტი ინფორმაციის მიღება ჯანმრთელობაზე მოქმედ სოციალურ დეტერმინანტებთან დაკავშირებით? 1. დიახ 2. არა

### 3. ოჯახის ექიმი და მულტიდისციპლინური გუნდი პირველად ჯანდაცვაში

Q3.1 გყავთ თუ არა ოჯახის ექიმი, რომელსაც აქვს ინფორმაცია თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ? 1. დიახ 2. არა

Q3.1.1 თუ გყავთ ოჯახის ექიმი, მიუთითეთ რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციით.

უმცირესი შეფასებაა 1 და ნიშნავს საერთოდ არ ვარ კმაყოფილი, უმაღლესი შეფასებაა 5 და ნიშნავს ძალიან კმაყოფილი ვარ.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

დაინტერესებულა თუ არა ოდესმე თქვენი ოჯახის ექიმი მოცემული ფაქტორებით:

	დიახ	არა
Q3.1.2 ცხოვრების წესი		
Q3.1.3 სამუშაო პირობებით		
Q3.1.4 ფიზიკური აქტივობის ხარისხი		
Q3.1.5 კვების რეჟიმით		

Q3.1.6 გთხოვთ გვითხრათ, ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დროს მოუწოდებია თუ არა ოჯახის ექიმს ან რომელიმე სამედიცინო პერსონალს ინფორმაცია ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ : საცხოვრებელი პირობები, სამუშაო პირობები, კვების რეჟიმი-ბოსტნეულისა და ხილის მოხმარება, სტრესი, ნაკლები ფიზიკური აქტივობა, მავნე ჩვევები (თამბაქო, ალკოჰოლი და სხვა), შაქრის შემცველი პროდუქტების ხშირი მოხმარება, მარილის ხშირი მოხმარება და სხვა. 1. დიახ

2. არა

Q3.1.7 გქონიათ თუ არა ოჯახის ექიმთან საუბარი ჯანსაღი ცხოვრების წესზე? 1. დიახ 2. არა

არა

Q3.2 შეაფასეთ თქვენი ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა. 1 ნიშნავს ძალიან ცუდს , 5 - ძალიან კარგს.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Q3.3 შეაფასეთ თქვენი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა. 1 ნიშნავს ძალიან ცუდს, 5 - ძალიან კარგს.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Q3.4 შეაფასეთ რამდენად განიცდით სტრესს ? 1 ნიშნავს -საერთოდ არ განვიცდი სტრესს, 5- მაქსიმალურად განვიცდი სტრესის ზეგავლენას.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Q3.5 ყოფილხართ თუ არა ექიმთან მაშინ, როდესაც არ გქონდათ გარკვეული დაავადების ნიშნები, თუმცა გაინტერესებდათ თქვენი ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა? 1. დიახ

2. არა

Q3.6 რამდენად გასაგებად გიხსნი/გაწვდით ექიმი ან სხვა ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტი ინფორმაციას თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ?

1. ყოველთვის გასაგებად მიხსნის      2. ხშირად გასაგებად მიხსნის      3. ზოგჯერ გასაგებად მიხსნის  
4. იშვიათად მიხსნის გასაგებად      5. არასოდეს მიხსნის გასაგებად

Q3.7 მოგწონთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულება, რომლითაც სარგებლობთ? 1.დიახ      2. არა

Q3.5.1 მიუთითეთ რა მოგწონთ :
Q3.5.2 მიუთითეთ რა არ მოგწონთ :

Q3.8 თქვენი აზრით რომელი ფაქტორი მოქმედებს ყველაზე ცუდად თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ? შეგიძლიათ მონიშნოთ რამდენიმე, მაქსიმუმ 3 პასუხი.

1.ნაკლები ფიზიკური აქტივობა	2.სტრესი	3.კვების რეჟიმი	4.სამუშაო პირობები
5.გარემო პირობები (ჰაერის დაბინძურება, რეკრეაციული სივრცეების ნაკლებობა).	6.საცხოვრებელი პირობები	7.თამბაქო, ალკოჰოლი	8.შემოსავალი
9.ალტერნატიული სატრანსპორტო საშუალებებით გადაადგილების ნაკლები შესაძლებლობები- ველობილიკები და სხვა.	10.ხარისხიან სამედიცინო რესურსებზე ხელმისაწვდომობა		

Q 3.9 გააუმჯობესებდა თუ არა ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური ფაქტორების მართვისა და დაავადებათა პრევენციის პროცესს, პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მულტისექტორული გუნდის მუშაობის პრაქტიკების დანერგვა? მულტიდისციპლინური გუნდი-გულისხმობს პაციენტთან ურთიერთობის ან მკურნალობის პროცესში სხვადასხვა სპეციალისტის მონაწილეობას, რომელსაც შესაძლოა არ ჰქონდეს უმაღლესი სამედიცინო განათლება, მაგრამ მისი ცოდნა და უნარები საჭიროა დაავადებათა თავიდან აცილებისთვის.. მაგ: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი/მედეა, სტომატოლოგი, ფიზიოთერაპევტი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ლოგოპედი, დიეტოლოგი, ფარმაცევტი ?

- 1.დიახ      2. არა

Q3.10 გთხოვთ, მონიშნოთ რომელი სოციალური ფაქტორები-დეტერმინანტები - მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. შეგიძლიათ მონიშნოთ იმდენი პასუხი, რამდენსაც საჭიროდ ჩათვლით .

1. ადამიანის განვითარების პირველი რამდენიმე წელიწადი	2. განათლების მიღება და ამ განათლების ხარისხი
--	---

3. კულტურა, წესები, სოციალური ნორმები, ენობრივი ბარიერები	4. სამსახურის პოვნის შესაძლებლობა, სამუშაოს ტიპი, სამუშაო გარემო
1. მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებზე და ტექნოლოგიებზე ხელმისაწვდომობა (ტელეფონი, ინტერნეტი და ა. შ )	2. სოციალური მხარდაჭერა და საჭირო სერვისების ნაკლებობა
3. ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და ხარისხი	8. საცხოვრებელი პირობები, გარემოს უსაფრთხოება, სუფთა წყალი და დაბინძურება
9. ინდივიდის ან ოჯახის შემოსავალი	10.საკვების მიღების შესაძლებლობა - უსაფრთხო კვება
11. საცხოვრებელი სეგრეგაცია (რასებისა / ეთნოსების ფიზიკური დაყოფა სხვადასხვა უბნებში)	12. სტრესი

**Q3.11** გთხოვთ შეაფასოთ თქვენი აზრით, დაავადებათა თავიდან აცილების თვალსაზრისით, რამდენად ეფექტურად მუშაობს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ?  
 1-ნიშნავს საერთოდ არ მუშაობს ეფექტურად , 5-მალიან ეფექტურად მუშაობს.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Q3.12** თქვენი აზრით, რა აფერხებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მულტიდისციპლინარული გუნდის მუშაობის პრაქტიკების ჩამოყალიბებას და განვითარებას? შეგიძლიათ მონიშნოთ მაქსიმუმ 2 პასუხი !

1. პოლიტიკური კონტექსტი - პოლიტიკური ნება	2.შესაბამისი კვალიფიციური კადრების ნაკლებობა
3. სამედიცინო დაწესებულებათა საკუთრების ფორმა (კერძოა თუ საჯარო სამედიცინო დაწესებულება )	4. დაფინანსების და ანაზღაურების სისტემა
5. ინფორმაციის ნაკლებობა მულტისექტორული გუნდის მუშაობის პრაქტიკებთან ან მის დადებით შედეგებთან დაკავშირებით	სხვა :

**Q3.13** მუშაობთ თუ არა სამედიცინო დაწესებულებაში ? 1.დიახ 2.არა

**Q4. დამატებითი ბლოკი მხოლოდ სამედიცინო პერსონალისთვის !**

**Q4.1** თქვენი სამუშაო პოზიცია სამედიცინო ცენტრში : \_\_\_\_\_

**Q4.2** სამედიცინო ცენტრი სადაც თქვენ მუშაობთ არის : 1.პოლიკლინიკა 2. ამბულატორია

3. ჯანმრთელობის პუნქტი 4. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანება  
 სხვა:\_\_\_\_\_

**Q4.3** ყველაზე ხშირად რა პრობლემებით მოგმართავენ პაციენტები?  
 \_\_\_\_\_

**Q4.4** გთხოვთ, ჩამოთვალოთ სპეციალისტები, რომლებთან ერთადაც გიწევთ ყველაზე ხშირად სამედიცინო საქმიანობების წარმოება და შემთხვევის მართვა: -----  
 -----

**Q4.5** დაასახელოთ, რომელი სპეციალისტებისგან შედგება სამედიცინო ცენტრი, რომელშიც თქვენ მუშაობთ : -  
 -----  
 -----  
 -----

Q4.6 გაქვთ თუ არა ინფორმაცია, პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებებში მულტისექტორული გუნდის არსებობასთან ან/და მულტისექტორული გუნდის მუშაობის დადებით შედეგებთან დაკავშირებით? 1. დიახ 2. არა

Q4.7 სამედიცინო საქმიანობის წარმოების პროცესში რა გიმლით ხელს საქმის სრულყოფილად შესრულებაში?-----  
-----

Q4.8 რეგულარულად აწვდით თუ არა თქვენს პაციენტებს ინფორმაციას ჯანმრთელობაზე მოქმედი ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორების შესახებ. მაგ: საცხოვრებელი პირობები, სამუშაო გარემო, კვების რეჟიმი-ბოსტნეულისა და ხილის მოხმარება, სტრესი, ნაკლები ფიზიკური აქტივობა, მავნე ჩვევები (თამბაქო, ალკოჰოლი და სხვა), შაქრის შემცველი პროდუქტების ხშირი მოხმარება, მარილის ხშირი მოხმარება და ა.შ  
1. დიახ 2. არა

Q4.9 გთხოვთ გვითხრათ, თქვენთან ერთად რომელი სპეციალისტები მონაწილეობენ, ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვის პროცესში : -----  
-----

-----Q4.10 თქვენი აზრით, რომელი სპეციალისტებისგან უნდა შედგებოდეს პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულება ? -----  
-----

----- Q4.11. სამედიცინო ცენტრი სადაც თქვენ მუშაობთ არის : 1.  
კერძო 2. სახელმწიფო

Q4.12 რომელი სპეციალისტის ჩართვას ისურვებდით თქვენს სამედიცინო გუნდში ?  
-----  
-----

Q4.13 მონიშნეთ, თვეში რამდენჯერ იკრიბება სამედიცინო დაწესებულების გუნდი, რათა განიხილოთ კონკრეტული შემთხვევები და დაგეგმოთ ერთობლივი, მულტისექტორული მონაწილეობა ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნების ან დაავადებათა მართვის პროცესში ?

- 1.საერთოდ არ იკრიბება გუნდი 2. თვეში ერთხელ 3. თვეში სამჯერ 4. თვეში ხუთჯერ 5.თვეში ხუთჯერ ან მეტი

Q4.14 ოდესმე გქონიათ თუ არა შემთხვევა, როდესაც პაციენტმა მოგმართათ სოციალური სირთულეებით

ან საჭიროებებით, რაც ართულებდა მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობას ?

1. დიახ 2. არა

Q4.14.1 თუ დიახ, მოკლედ აღწერეთ : 1.რა პრობლემა ჰქონდა პაციენტს? 2.როგორ მართეთ შემთხვევა-როგორ დაეხმარეთ მას? 3. რომელი პროფესიონალები ჩართეთ შემთხვევის მართვის პროცესში.  
-----  
-----

## დანართი 2

### სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის წერილი

**მთავარი მკვლევარი:** მარიამ მაღალდაძე

ივ.ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი - მაგისტრანტი  
ი.ჭავჭავაძის გამზირი 1, თბილისი.

ტელ: 599 313737

ელ.ფოსტა: [marimagaldadze12@gmail.com](mailto:marimagaldadze12@gmail.com)

**ოქმი # 2020-045**

**კვლევის სათაური:** „ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური დეტერმინანტები და მულტიექტორული პრაქტიკა პირველად ჯანდაცვაში“.

ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო ეთიკის კომისიამ განიხილა პროექტის განაცხადი და დაასკვნა, რომ კვლევის პროტოკოლის მიხედვით საკვლევე პირების უფლებები და კეთილდღეობა ადექვატურადაა დაცული.

განხილვის ტიპი: დაჩქარებული

**განხილვის თარიღი:** 20 ივლისი, 2020წ

აღნიშნული დასკვნა იძლევა უფლებამოსილებას კვლევა ჩატარდეს 2020 წლის 20 ივლისიდან 2021 წლის 20 ივლისამდე.

- კვლევის პროცესში ნებისმიერი გაუთვალისწინებელი პრობლემის ან უარყოფითი მოვლენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ აცნობეთ ეთიკის კომისიას.
- ნებისმიერი ცვლილება კვლევის მეთოდოლოგიაში, პროტოკოლში, მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტებში ან/და თანხმობის ფორმაში განხორციელებამდე უნდა აცნობოთ ეთიკის კომისიას.
- თუ კვლევა არ დასრულდება ამ დოკუმენტში მოცემულ ვადებში, საჭიროა კვლევის ხელახალი განხილვა ეთიკის კომისიის მიერ. დამატებითი ინფორმაციისთვის

დაგვიკავშირდით ტელ: (995-322) 39 89 46 (ext. 606) ან ელ. ფოსტით: [irb.ncdc@gmail.com](mailto:irb.ncdc@gmail.com)

კომისიის თავმჯდომარე: მარინა თოფურიძე, IRB000