

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტატისტიკური შეფასების საზღვარგარეთული გამოცდილება

იულია ონიანი

ეკონ. დოქტორი, ანსუ-ს ასოც. პროფესორი

მოსახლეობის ჯანმრთელობის სწორი შეფასება და ანალიზი ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების და ამ სფეროში მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღების მნიშვნელოვანი ბერკეტია. საქართველოში სიცოცხლის ხანგრძლივობის დაბალი მაჩვენებელი და ზოგადად ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობა მოითხოვს ფართო მასშტაბიანი კვლევების ჩატარებას ამ სფეროში. მკვლევარებისათვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემფასებელ მაჩვენებელთა გაზომვის მეთოდოლოგია. პრობლემა თვით ჯანმრთელობის ბუნებაშია. ამერიკელი მეცნიერის ა. ბოვლინგის აზრით „ჯანმრთელობა არ შეიძლება გაიზომოს პირდაპირ, როგორც წონა ან სიმაღლე, პირიქით მისი გაზომვის პროცესი ირიბი და ეტაპობრივია. პირველი, რაც შეიძლება გავაკეთოთ, ესაა მოვახდინოთ კლასიფიკაცია, მაგალითად, დავაფიქსიროთ სიმბტომები, ჩამოვთვალოთ ფუნქციონალური შეზღუდვები, აღვწეროთ ტკივილების სიმბტომები და ამ საფუძველზე ჩამოვაყალიბოთ დეტერმინანტები“ [1].

გამოჩენილი მკვლევარები ერთსულოვანი არიან იმ საკითხში, რომ არ შეიძლება არსებობდეს ერთი მიდგომა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისადმი. ერთ-ერთი მიდგომის, კერძოდ კი, მოსახლეობის ჯანმრთელობის აღწერილობითი მეთოდის შესაბამისად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა შესაძლებელია შეფასდეს ისეთი მაჩვენებლებით, როგორიცაა **სიცოცხლის ხანგრძლივობა ან სიკვდილიანობის მაჩვენებელი**, მაგრამ აღნიშნული მიდგომა არსებითად ზღუდავს საკითხის აკადემიურ დონეზე გამოკვლევას. მეორე მიდგომა, უფრო ფართოა და ეყრდნობა იმ მიზეზთა გაანალიზებას, რომლის გამოც ინდივიდთა

ერთი ჯგუფი შეიძლება ჯანმრთელი იყოს, მეორე კი არა. ამ მიდგომის მიზანი მდგომარეობს არა მხოლოდ იმაში, რომ გაანალიზდეს, როგორ წარმოიშვა ეს მიზეზები, არამედ აგრეთვე გაირკვეს, როგორია ჯანმრთელობის მდგომარეობაში გამოვლენილი სხვაობის ქეშმარიტი მიზეზები. ასეთი მიდგომა მოითხოვს გაზომვების უფრო ფართო სპექტრს, რომელიც მოიცავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მარეგულირებელი პროცესების პირდაპირ გაზომვას და არა მხოლოდ ისეთ დეტერმინანტებს, როგორიცაა სიკვდილიანობა.

ჯანმრთელობის აბსტრაქტულმა ბუნებამ განაპირობა ჯანმრთელობის მრავალნაირი განსაზღვრების არსებობა. სამეცნიერო ლიტერატურაში განასხვავებენ ჯანმრთელობის განსაზღვრების **მექანიკურ და ჰოლისტიკურ (holistic)** მოდელებს [6].

მექანიკური მოდელი სწავლობს ინდივიდს, როგორც ფიზიოლოგიურ სისტემას, რომელიც უნდა ფუნქციონირებდეს სათანადო შინაარსით. ამ მოდელის თანახმად, ინდივიდი ითვლება ავადმყოფად თუ იქნება აღმოჩენილი დარღვევა ერთ-ერთში ამ სისტემიდან. **ჰოლისტიკური** მოდელი გამოდგება არა მხოლოდ ადამიანის ფიზიოლოგიური სისტემის ფუნქციონირების შეფასებისათვის, არამედ იგი ითვალისწინებს აგრეთვე ადამიანის ფსიქოლოგიური ფაქტორის ფუნქციონირების შეფასებას. ამ მოდელის თანახმად ინდივიდი ჩაითვლება ჯანმრთელად ან ავადმყოფად არა მხოლოდ მისი ფიზიოლოგიური სისტემის ფუნქციონირების მიხედვით, არამედ იმითაც რამდენად იყენებს ის თავის ფიზიოლოგიური ჯანმრთელობის რესურსს. ამდენად ჰოლისტიკური მოდელი ახდენს ჯანმრთელობის განსაზღვრების ტრანსფორმაციას მექანიკური მოდელის ჩარჩოებში. მექანიკური მოდელის მიხედვით ინდივიდი შეიძლება ჩაითვალოს ავადმყოფად და ჰოლისტიკური მოდელის მიხედვით კი ჯანმრთელად იმ შემთხვევაში, როცა ინდივიდებს შეუძლიათ მაქსიმალურად გამოიყენონ თავიანთი ჯანმრთელობის რესურსი აქტიურ საქმიანობაში და შემოქმედებაში. და პირიქით, მექანიკური მოდელის მიხედვით ჯანმრთელად ჩათვლილი ინდივიდი ჰოლისტიკური მოდელის

მიხედვით ავადმყოფად იქნება ჩათვლილი, თუ მას არ შეუძლია სრულად გამოიყენოს თავისი ფიზიოლოგიური ჯანმრთელობის რესურსი. უკანასკნელ წლებში ტექნოლოგიების განვითარების ფონზე, რომელიც ადამიანს საშუალებას აძლევს დაძლიოს თავისი ფიზიკური შეზღუდულობა, ჰოლისტიკური მოდელის მნიშვნელობა ჯანმრთელობის სფეროს გამოკვლევებში სულ უფრო იზრდება. ეს მოდელი მექანიკურ მოდელთან შედარებით შესაძლებლობას იძლევა გამოვლინდეს დიდი დისპერსია ინდივიდებს შორის.

სამეცნიერო ლიტერატურაში განასხვავებენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის რაოდენობრივი მახასიათებლების სისტემის გამოყენების რამდენიმე მიმართულებას და ცხადია, ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ამა თუ იმ მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია გამოყენებულ მიდგომაზე. მაგალითად, ფუნქციონალური კლასიფიკაცია, რომელსაც იყენებენ ჯანმრთელობის გაზომვისათვის ამერიკელი მეცნიერები კ. ბომბარდი და პ. ტეგვალი, დაფუძნებულია ისეთ შეფასებით სისტემებს შორის განსხვავებაზე, როგორიცაა **პროგნოზული, დიაგნოსტიკური და ფაქტორული** შეფასებები [5]. მეცნიერთა მეორე ნაწილის კლასიფიკაციის თანახმად, ჯანმრთელობის დიაგნოსტიკური გაზომვა გამოიყენება მოსახლეობის ჯანმრთელობის აღწერილობითი მოდელისათვის, რომელიც ახასიათებს ჯანმრთელობის მიმდინარე მდგომარეობას და იმ ძირითად ინსტრუმენტებს, რომლებიც გამოიყენება ჯანმრთელობის დიაგნოსტიკისათვის.

პროგნოზული მაჩვენებლები ეს ცვალებადი მაჩვენებლებია, რომლებიც განსაზღვრავენ ჯანმრთელობის მომავალ მდგომარეობას, რისკის დეტერმინანტებს და ინდივიდის პროგნოზულ თვითშეფასებას. ზოგჯერ ასეთი საზომები გამოიყენება ქვეყნის დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე დაავადებების გავლენის შეფასებისათვის.

ჯანმრთელობის ფაქტორული მაჩვენებლები უფრო ხშირად გამოიყენება მოსახლეობის ჯანმრთელობის შეფასების ანალიზურ მოდელში. ეს მიმართულება მიზნად ისახავს იმის გარკვევას,

ელობის სუბიექტური შეფასება არ წარმოადგენს ჯანმრთელობის მდგომარეობის პირდაპირ საზომს. ის შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც უბრალოდ შემცვლელი [5]. ჯანმრთელობის თვით-შეფასების მეთოდის გამოყენება გვიჩვენებს, რომ მას აქვს უფრო მაღალი კორელაცია (შესაბამისობა) სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებლების განსაზღვრის თვალსაზრისით, ვიდრე ჯანმრთელობის ობიექტურ საზომებს, მაგალითად ექიმების შეფასება. სხვა გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ ზოგადი თვით განწყობის თვით შეფასების საზომები ასახავენ არა უბრალოდ ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს, არამედ ფსიქიურ მდგომარეობასაც. მეორეს მხრივ, ჯანმრთელობის სუბიექტურ გაზომვას აქვს გარკვეული ნაკლოვანებები, რომელიც დაკავშირებულია ინტერვიუერების კულტურულ განსხვავებულობასთან და ფორმულირებულ კითხვებთან.

ჯანმრთელობის ამ ინდიკატორის უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ დასავლეთის მრავალ ქვეყანაში სტატისტიკური მონაცემები მათ შესახებ ხელმისაწვდომია. ჩვეულებრივ ეს ინდიკატორი დაფუძნებულია კითხვაზე: „თქვენ როგორ აფასებთ ზოგადად თქვენს ჯანმრთელობას? პასუხი ამ კითხვაზე, როგორც წესი, მოიცავს შემდეგ კატეგორიებს: ძალიან კარგად, კარგად, არც ისე კარგად, ცუდად. გამოკითხვის ეს სისტემა ჰარმონიზებულია ევროპის ქვეყნებში, თუმცა ზოგიერთ ქვეყნებში არის თავისებურებები.

აქტიურობის ფუნქციონალური შეზღუდვები. სამედიცინო მკურნალობის ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ნათელი შედეგია ინდივიდის უნარი თვითონ შესრულოს ყოველდღიური აუცილებელი საქმეობების დაკმაყოფილება. აქტიურობის შეზღუდვა და ამ შეზღუდულობის გაზომვა უფრო მნიშვნელოვანია ადამიანის ცხოვრებისათვის, ვიდრე ჯანმრთელობის ობიექტური ბიოქიმიური ინდიკატორები. ფართოვდება ფუნქციონალური დამოკიდებულების კონცეფციის გამოყენება თითქმის ერთი და იგივე მნიშვნელობის ისეთი ტერმინების განსხვავებაში, როგორიცაა „ინვალიდობა“ და „დეფექტიანობა“. არსებითად აქ-

ტიურობის „ფუნქციონალური შეზღუდვა ახლოსაა „სხვაზე დამოკიდებულების“ განმარტებასთან. დ. ულკინის განმარტებით ეს არის მდგომარეობა, რომელშიც ინდივიდი თავისი აუცილებელი საჭიროების დაკმაყოფილებისათვის სხვის დახმარებაზეა დამოკიდებული

აქტიურობის ფუნქციონალური შეზღუდვის გაზომვის ყველაზე გავრცელებული მეთოდი მოსახლეობის გამოკითხვები და თვით შეფასების ანალიზი. მკვლევარები იყენებენ კითხვარებს, რომლებიც ყოველთვის სუბიექტურია. მსოფლიო პრაქტიკაში გამოყენებულია დანვრილებითი გამოკვლევების რამდენიმე მეთოდი.

ყოველდღიური ცხოვრების აქტიურობის ინდექსი. ფუნქციონალური აქტიურობის ყველაზე ცნობილი და გავრცელებული ინდექსია ყოველდღიური ცხოვრების აქტიურობის ინდექსი (the Index of activities of daily living-ADL), შემუშავებული ს. კანცემის მიერ [4] ხანში შესული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის კლინიკური პირობების აღწერის მიზნით. გამოკვლევა ტარდება თერაპევტების ან სხვა დამკვირვებლების მიერ, რომლებიც ყოველდღიურ საქმიანობის მიხედვით შეაფასებენ „სხვაზე დამოკიდებულებას“ სამ ბალიანი შკალის მიხედვით. ADL_ის პოპულარობის მიუხედავად არსებობს საკმაოდ ბევრი მტკიცებულება ამ ინდექსის არა საიმედოების შესახებ. ასე, რომ სრულიად სარწმუნოა ეს ინდექსი შეიცვალოს უფრო რთული და მგრძნობიარე ინდიკატორებით., კერძოდ:

1. კარნოფსკის საქმიანობის ინდექსი, {2}, რომელიც შეიმუშავა ამერიკელმა მეცნიერმა დევიდ კარნოფცკიმ. ეს ინდექსი ორიენტირებულია ცხოველმოქმედებისა და სხვაზე დამოკიდებულების გაზომვაზე. ის ნაკლებად მგრძნობიარეა ცხოველმოქმედების სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ასპექტებთან მიმართებაში. პირველად ეს ინდექსი შემუშავდა მსუბუქი კიბოთი დაავადებულთა კლინიკური გამოკვლევისათვის. ინდექსი ეფუძნება საექიმო გამოკვლევების შედეგებს და ფართოდ გამოიყენება ევროპის ქვეყნებში და აშშ-ში.

2. ბარტელის ინდექსი [3]. ეს ინდექსი შეიმუშავეს ამერიკელმა მეცნიერებმა დევიდ ბარტელმა და ფილიპ მაჰონიემ 1965 წელს ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ პაციენტებზე დაკვირვებისათვის და მათი მოვლის საჭიროების ხარისხის განსაზღვრისათვის. გამოკვლევა ტარდება თვითონ ექიმების ან სხვა დამკვირვებლების მიერ. თანამედროვე გამოკვლევებში ბარტელის ინდექსი გამოიყენება მკურნალობის შედეგების შეფასებისათვის.

3. ართრიტის ზემოქმედების გაზომვის შკალა (AIMS). ამ გამოკვლევის მიზანია შეაფასოს ართრიტის ან სხვა ქრონიკული დაავადებით ავადმყოფ პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ინდექსი ზომავს ფიზიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობას. ამ ინდექსთან მიმართებაში არის ორი კარგად შემონმუშავებული ვერსია. გამოკვლევა მოიცავს ცხრა მაჩვენებელს. ეს მაჩვენებლებია: სიმარტივე (რამდენად მოძრავია), ფიზიკური აქტიურობა, მოხერხებულობა, ყოველდღიური საქმიანობა, სახლში ფუნქციონირება, ტკივილი, სოციალური აქტიურობა, დეპრესია და შიში. ამ გამოკვლევის ნაკლოვანებას წარმოადგენს ის, რომ იგი გამოდგება მხოლოდ ქრონიკული ავადმყოფებისათვის და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ყველა კითხვა უარყოფითი ხასიათისაა. მისი უპირატესობაა—სიმარტივე და თვითშეფასების გამოყენების შესაძლებლობა. ეს ინდექსი უფრო პოპულარულია ამერიკაში, ვიდრე ევროპაში.

4. კეთილდღეობის ხარისხის შკალა (QWBS). ეს შკალა ანუ, როგორც მას უწოდებენ შედეგობრივი ინდექსი, შეიმუშავებული იქნა სახელმწიფო დონეზე ჯანმრთელობის რეგულაციის მოდელის აგებისათვის, როგორც ოპერატიული ინსტრუმენტი კეთილდღეობის გაზომვისათვის. ის გამოიყენება ზოგადად მოსახლეობის კეთილდღეობის შეფასებისათვის და ნებისმიერ დაავადებასთან მიმართებაში. შედეგობრივი ინდექსი აერთიანებს სიკვდილიანობის მაჩვენებელს და ცხოვრების ხარისხის განმსაზღვრელ ფაქტორებს. ამაშია მისი არსებითი უპირატესობა. ინდექსი ზომავს ყოველდღიური ცხოვრების სამ ასპექტს: მოხერხებულობას (სი-

მარჯვენს), სოციალურ და ფიზიკურ აქტიურობას. მის ნაკლს წარმოადგენს აგების სირთულე და გამოკვლევის ჩატარებისათვის სპეციალისტების აუცილებლობა.

5. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგადი გამოკვლევა. სამეცნიერო ლიტერატურაში ფართოდ შუქდება ჯანმრთელობის მდგომარეობის ვრცელი გამოკვლევები, რომელიც დაფუძნებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის სუბიექტურ შეფასებაზე. გამოკვლევებით დამტკიცებულია მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი ისეთ ობიექტურ ფაქტორებს შორის, როგორიცაა სიკვდილიანობა და სუბიექტური გამოკვლევები [1]. უფრო ცნობილს წარმოადგენს გამოკვლევა, რომლის მეთოდოლოგია შემუშავებულია აშშ-ში_ The Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36). ამ გამოკვლევის კითხვარი მოიცავს 36 პუნქტს, რომლითაც ხასიათდება ინტერვიუერების ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ამ გამოკვლევის პოპულარობა სულ უფრო იზრდება. ინტერვიუერები დამოუკიდებლად ავსებენ ანკეტას. სანწყისი ამერიკული ვერსიის საფუძველზე შემუშავებული იქნა ვერსიები სხვადასხვა ქვეყნებში. მაგალითად, 1992 წელს შემუშავებული იქნა კვლევის ინგლისური ვერსია. ასევე გამოქვეყნდა კვლევის ვერსიები ფრანგულ და გერმანულ ენაზე, რომელიც გავრცელდა შვეიცარიაში, შვეიცარიაში და გერმანიაში. სწორედ ეს გამოკვლევებია პოპულარული ისრაელში, სადაც აღწერა წარმართა ივრითულ ენაზე და ადაპტირებულია ადგილობრივ პირობებთან.

36 პუნქტის საფუძველზე აიგო რვა ინდიკატორი, რომლებიც ზომავენ ფიზიკურ აქტიურობას, სოციალურ აქტიურობას, ფიზიოლოგიურ პრობლემებთან და ფსიქიურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ შეზღუდულობას, ტკივილის სიდიდეს, განსაზღვრავენ ზოგად წარმოდგენას ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და ცვლილებებს ჯანმრთელობის მდგომარეობაში უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში.

დღეისათვის არ არსებობს ამგვარი გამოკვლევის ქართული ანალოგი. ჯერ მხოლოდ ეკონომიკური პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ქართული მონიტორინგი წარმოადგენს

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების წყაროს. ჩვენის აზრით სავსებით სასურველი იქნებოდა გამოვიყენოთ საზღვარგარეთის გამოცდილება, როგორც სამედიცინო დახმარებისა და პროფილაქტიკის ეფექტიანობის ამაღლების თვალსაზრისით, ისე ქვეყნებს შორის შედარებების თვალსაზრისით.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Bowling A. Measuring health: A review of quality of life measurement scales. Open University Press, 1997.
2. Kornofsky D.A. , Abelman W.H. , Kraver I.F. et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma . Cancer. 1948. N 1. P. 634-654.
3. Mahoney F.I. and Barthel D.W. Functional evaluation of the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965. N 14.p. 61-65.
4. Katz S. and Akpom C.A. Index ADL., Medical Care 1976. N 14.p. 116-118.
5. Idler E.L., and Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior. 1997., N 38(1). P.21-37.
6. McDowell I., Sposoff R.A. et.al. On the classification of population health measurements. American Journal of Public Health. 2004. N94. P. 388-393.

SUMMARY

THE STATISTICAL ASSESSMENT OF POPULATION HEALTHCARE BASED ON OVERSEAS EXPERIENCE

Iulia Oniani

This article deals with measuring methodological issues as well as indicators in the assessment of quality of health care in case of different countries and accentuates the possibilities to integrate this evaluation mechanism in Georgia.

It highlights the main indicators on which foreign scholars and scientists of health sphere have agreed and involves several common methods and recommendations to utilize foreign experience for the benefit of affectivity and advances in health care and prevention.