



კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი

ბიზნესისა და ტექნოლოგიების ფაკულტეტი

ბიზნესის ადმინისტრირების სადოქტორო საგანმანათლებლო
პროგრამა

ქეთევან ომანაძე

ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორის აკადემიური ხარისხის

მოსაპოვებლად წარდგენილი

დისერტაცია

ანტიკრიზისული პროცესების მართვის შეფასება და ანალიზი სამედიცინო
კლინიკებში

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: მედიცინის აკადემიური დოქტორი

თენგიზ ვერულავა

თბილისი, საქართველო .

2023

განაცხადი

როგორც ავტორი, ვაცხადებ, რომ ნაშრომში გამოყენებული მასალა ციტირებული და დამოწმებულია კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის საკვალიფიკაციო ნაშრომის სტანდარტის შესაბამისად.

ქეთევან ომანაძე

13.11.2023

ანოტაცია

თავისი გეოგრაფიული მდებარეობის გამო, სამხრეთ კავკასია და, განსაკუთრებით, საქართველო ითვლება საომარი კონფლიქტების ფეთქებადსაშიშ ზონად, რაც განაპირობებს კატასტროფებისთვის მზადყოფნის გადაუდებელი გეგმების არსებობის აუცილებლობას, რათა სამედიცინო დაწესებულებებმა შეძლონ დაშავებულთა გაზრდილ რაოდენობასთან გამკლავება და შესთავაზონ ეფექტური სამედიცინო მომსახურება. კვლევის მიზანია კატასტროფებისადმი სამედიცინო დაწესებულებების მზადყოფნის შეფასება და მასზე მოქმედი ფაქტორების გამოვლენა. რაოდენობრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში ჩატარდა საქართველოს სეპარატისტულ რეგიონებთან მოსაზღვრე რაიონების ექვსი სამედიცინო დაწესებულების 50 რესპონდენტის გამოკითხვა. კვლევამ აჩვენა, რომ ყველა სამედიცინო დაწესებულებას ჰყავს უსაფრთხოების, ტექნიკური და საინჟინრო პერსონალი, რომლებიც ხელმისაწვდომია დღე-ღამის განმავლობაში, აქვს შესაძლებლობა ოპტიმალურად უზრუნველყოს სრული პერიმეტრის მონიტორინგი საგანგებო სიტუაციების დროს, დაცულია უსაფრთხოების ზომები, საავადმყოფოებში არსებობს საგანგებო სიტუაციების მართვის გეგმა, იყენებენ ტრიაჟის სისტემას, აფთიაქს აქვს მედიკამენტებისა და სხვა მასალების ადეკვატური მიწოდება, ლაბორატორიული სერვისები ინტეგრირებულია გადაუდებელი დახმარების გეგმაში, ფატალური შემთხვევების მართვა ინტეგრირებულია საგანგებო სიტუაციებში. თუმცა, რესპონდენტთა უმრავლესობას არ გაუვლია ტრენინგები საგანგებო მოვლენებთან დაკავშირებით, არ ტარდება კატასტროფების მართვის სავარჯიშო წვრთნები, გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტში რეგულარული ღია შეხვედრები ხშირად არ იმართება, გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტი არ არის მულტიდისციპლინური და არ მოიცავს სხვადასხვა მიმართულებების კვალიფიციურ პერსონალს, ნაკლებად ადევენებენ

თვალყურს მათი დაწესებულებიდან სხვა დაწესებულებაში გადაყვანილ პაციენტებს, კრიტიკული შემთხვევების სტრესის მართვა არ იყო ადეკვატურად ინტეგრირებული საგანგებო გეგმაში. ამრიგად, საავადმყოფოებში არის კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის ზომიერი დონე. რეკომენდებულია საავადმყოფოებში გარკვეული ზომების გატარება კრიზისისა და კატასტროფული მოვლენებისადმი მზადყოფნის დონის გასაუმჯობესებლად, კერძოდ, მიზანშეწონილია საავადმყოფოს პერსონალის ინფორმირებულობის გაზრდა გადაუდებელი სიტუაციების მართვის შესახებ სპეციალური ტრენინგის საშუალებით.

Annotation

Due to its geographical location, the South Caucasus and Georgia, in particular, is considered a high-risk zone for war conflicts, which necessitates emergency disaster preparedness plans so that medical facilities can handle the increased number of casualties and offer effective medical services. The purpose of the study is to respond to disasters assessment of readiness of medical facilities and identification of factors affecting it. A survey of 50 respondents from six medical institutions in the districts bordering the separatist regions of Georgia was conducted within the framework of the quantitative research method. Research has shown that all medical facilities have safety, technical and engineering staff that are available around the clock, have the ability to optimally provide full perimeter monitoring during emergency situations, safety measures are followed, hospitals have an emergency management plan, use a triage system, the pharmacy has medication and adequate supplies of other materials, laboratory services are integrated into the emergency plan, fatality management is integrated into emergency situations. However, the majority of respondents have not received emergency training, there are no disaster management drills, regular open meetings, in the Emergency/Disaster Committee meetings are not held frequently, the emergency/Disaster committee is not multidisciplinary and does not include qualified staff from different areas, there is little follow-up of patients transferred from their facility to another facility, the stress management of critical cases was not adequately integrated into the emergency plan. Thus, in hospitals there is a moderate level of crisis and disaster preparedness. It is recommended to implement some changes in hospitals to improve the level of preparedness for crisis and catastrophic events, in particular, it is advisable to increase the awareness of the hospital staff on the management of emergency situations through special training.

სარჩევი

ანოტაცია.....	iii
Annotation.....	v
შესავალი.....	1
კვლევის მეთოდოლოგია.....	8
თავი 1: ანტიკრიზისული მართვის თანამედროვე კონცეფციები.....	18
1.1 ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელობა ეროვნულ და სოციალურ-ეკონომიკური უსაფრთხოების კონცეფციაში. ჯანდაცვის ეკონომიკური უსაფრთხოების სისტემის ფორმირების ასპექტები.....	23
1.2 ჯანდაცვის სისტემის საერთაშორისო მოდელები, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები	30
თავი 2: კატასტროფისთვის მზადყოფნის საჭიროება.....	39
2.1 საავადმყოფოს კატასტროფის გეგმა.....	44
2.2 ჰოსპიტალური კატასტროფისთვის მზადყოფნა	46
2.3 კატასტროფების გავლენა საავადმყოფოებსა და ჯანდაცვის სისტემაზე.	58
თავი 3: კატასტროფებისთვის მზადყოფნა სამედიცინო დაწესებულებებში: კვლევის ანალიზი და შედეგები	61
3.1 საავადმყოფოების შესაძლებლობების აღწერა	62
3.2 სამედიცინო დაწესებულებების კატასტროფებისადმი მზადყოფნის შეფასების ინდიკატორები	69
დისკუსია.....	116
დასკვნა	123
რეკომენდაციები.....	127
წინადადებები შემდგომი კვლევებისთვის	128
ბიბლიოგრაფია	129
დანართი N1	137
დანართი N 2	140

ცხრილების ჩამონათვალი:

ცხრილი1. 1.....	10
ცხრილი1. 2.....	11
ცხრილი1. 3.....	11
ცხრილი1. 4.....	12
ცხრილი1. 5.....	62
ცხრილი1. 6.....	63
ცხრილი1. 7.....	63
ცხრილი1. 8.....	69
ცხრილი1. 9.....	76
ცხრილი1. 10.....	80
ცხრილი1. 11.....	82
ცხრილი1. 12.....	85
ცხრილი1. 13.....	87
ცხრილი1. 14.....	90
ცხრილი1. 15.....	93
ცხრილი1. 16.....	97
ცხრილი1. 17.....	100
ცხრილი1. 18.....	103
ცხრილი1. 19.....	114

შესავალი

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში სიტყვა „კრიზისი“ მტკიცედ დამკვიდრდა სხვადასხვა ქვეყანაში მცხოვრები ადამიანების ყოველდღიურ ლექსიკონში, ხალხი სულ უფრო და უფრო მკაფიოდ აღიქვამს ირგვლივ არსებულ რეალობას, როგორც სხვადასხვა წყაროებიდან სიურპრიზებით, საშიშროებებითა და მუქარით სავსე ყოველდღიურობას. ორგანიზაციები თავს ნაკლებ თავდაჯერებულად და სტაბილურად გრძნობენ: როგორც მსხვილი ტრანსნაციონალური კორპორაციები, ასევე მცირე საოჯახო ფირმები თანაბრად შეშფოთებულნი არიან თავიანთი მომავლის გამო გაურკვევლობისა და ქაოსის სამყაროში.

ასეთ პირობებში უფრო რთულდება მენეჯერული სამუშაოების განხორციელება, მენეჯერებს ესაჭიროებათ ახალი ცოდნა და უნარები ორგანიზაციებისათვის მოსალოდნელი საფრთხეების წინასწარ განსჭვრეტისა და თავიდან აცილებისათვის, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ კრიზისი მათზე აისახება, აუცილებელია სწრაფი რეაგირება ზიანის მინიმუმამდე დაყვანისა და მისი შედეგების სწრაფად დამლევისათვის (Зың, 2013).

ანტიკრიზისული მართვის მეთოდოლოგია აისახება მის მიზანში, ამოცანებში, ძირითად პრიციპებში, ფუნქციებში, სტრატეგიებში, ეტაპებზე, სტილში, მექანიზმსა და თვისებებში.

ანტიკრიზისული მენეჯმენტი არის მეთოდებისა და ტექნიკის ერთობლიობა, რომელიც საშუალებას აძლევს ადამიანს, აღიაროს კრიზისები, განახორციელოს მათი პრევენცია, დაძლიოს უარყოფითი შედეგები და შეამსუბუქოს კრიზისის მიმდინარეობა. ანტიკრიზისული მართვის ტექნოლოგია მოიცავს მთელ რიგ თანმიმდევრულ ნაბიჯებს სისტემაზე ზემოქმედების მექანიზმის დანერგვის მიზნით, რათა თავიდან აიცილოს, შეარბილოს და დაძლიოს სხვადასხვა ტიპის კრიზისები (Александров, 2002).

ორგანიზაციის მენეჯმენტის დონეზე ანტიკრიზისული მენეჯმენტი არის სტრატეგიების შემუშავება ბაზარზე კონკურენტული უპირატესობების მისაღწევად, რისკების გათვალისწინებით; ანტიკრიზისული მართვის

ჯგუფის ფორმირება და კრიზისის დაძლევის პროგრამის განხორციელება; ორგანიზაციაში ფინანსური რესურსების მოზიდვისა და გადასახდელების რესტრუქტურის მიზნით მიმართული საქმიანობა; კონფლიქტების დროული მოგვარება და ოპტიმალური საკადრო პოლიტიკის არჩევა, როგორცაა განხორციელებული რთულ ეტაპზე (Короткова Э.М., 2002).

თემის აქტუალურობა:

ჯანდაცვის სისტემა ნებისმიერი საზოგადოებისთვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია და ნებისმიერი ქვეყნის განვითარება ფასდება მოსახლეობის მოთხოვნისა და მიწოდებული ჯანდაცვის სერვისების შესაბამისობით. სამედიცინო დაწესებულებები, როგორც ჯანდაცვის სისტემის ნაწილი, პასუხისმგებელია მოსახლეობისათვის სამედიცინო სერვისის მიწოდების უზრუნველყოფაზე როგორც ყოველდღიურ ცხოვრებაში, ასევე გადაუდებელი მოვლენების დროს. სამედიცინო დაწესებულებები კომპლექსური და მულტიდისციპლინური ორგანიზაციებია, რომლებიც საჭიროებენ გარე რესურსებიდან მხარდაჭერას საომარი მდგომარეობით გამოწვეული კრიზისული მოვლენების დროს. კომუნიკაციის არარსებობამ, გარე მხარდაჭერის სერვისების მიწოდების შეფერხებამ, შესაძლოა გამოიწვიოს სამედიცინო დაწესებულებების გადატვირთულობა, რაც მათ შესაძლებლობებს აღემატება. კატასტროფები და კრიზისები შესაძლოა მოხდეს ნებისმიერ დროს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ადამიანთა ჯანმრთელობის დაზიანება და სიცოცხლის დაკარგვა.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში მსგავსი კვლევა, რომელიც ეხებოდა საომარი მდგომარეობით შექმნილი კრიზისული სიტუაციების მიმართ საავადმყოფოების მზადყოფნას, არ ჩატარებულა.

პრობლემის შესწავლის მდგომარეობა: თავისი გეოგრაფიული მდებარეობის გამო სამხრეთ კავკასია, და განსაკუთრებით საქართველო, მუდამ წარმოადგენდა დომინანტი საერთაშორისო აქტორების

განსაკუთრებული ინტერესის ობიექტს. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, ბოლო 30 წლის განმავლობაში, საქართველომ გადაიტანა სამოქალაქო ომი და საომარი კონფლიქტები რუსეთთან (1990-იან წლებში მომხდარი აფხაზეთისა და სამაჩაბლოს კონფლიქტი და 2008 წლის აგვისტოს ომი), რამაც გამოიწვია დიდი რაოდენობით მსხვერპლი და როგორც სამხედრო ძალების, ასევე მშვიდობიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება და შესაძლებლობების შეზღუდვა. კავკასიის რეგიონი, და განსაკუთრებით საქართველო, დღესაც ითვლება საომარი კონფლიქტების ფეთქებადსაშიშ ზონად. აღნიშნულიდან გამომდინარე, აქტუალურია საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების მზადყოფნის შესწავლა საომარი მდგომარეობით გამოწვეული კრიზისების დროს. კერძოდ, აქვს თუ არა სამედიცინო დაწესებულებებს კატასტროფის მართვის გეგმა? არის თუ არა პერსონალი სათანადოდ მომზადებული? რამდენად სწრაფად ადაპტირდებიან კლინიკები შექმნილ სიტუაციებთან და როგორ ხდება მოწესრიგებულობის ფაზების შექმნა?

კატასტროფის გეგმის არსებობა და, ასევე, პერსონალის მომზადება არის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი წინაპირობა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ადამიანების მასობრივი სიკვდილიანობა საომარი მდგომარეობით გამოწვეული კატასტროფებისგან. ანტიკრიზისული მენეჯმენტი ჯანდაცვაში ახალი სიტყვაა და, ვფიქრობ, დიდ ინტერესს გამოიწვევს კომპეტენტურ და პროცესში ჩართულ ადამიანებში, ასევე, საინტერესო იქნება სამედიცინო კლინიკების მმართველებისთვის.

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კატასტროფები და კრიზისები არის მოვლენები, რომლებმაც, შესაძლოა, გამოიწვიოს ავადობისა და სიკვდილიანობის მძიმე ტვირთი ჯანდაცვის სისტემისთვის და ასევე დიდი ეკონომიკური ზარალი მიაყენოს სახელმწიფოს. **კვლევის მიზანია** შეაფასოს საომარი მდგომარეობით გამოწვეული კრიზისებისადმი მზადყოფნა საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში.

კვლევის ამოცანებია:

1. საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის დონის აღწერა უსაფრთხოებისა და ლოგისტიკის თვალსაზრისით.

2. საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის დონის აღწერა გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით.

3. საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის დონის დადგენა წვრთნების, ინციდენტების მართვის სისტემის, საგანგებო სიტუაციების მართვის სათანადო ორგანიზაციული კომიტეტის თვალსაზრისით.

4. საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისთვის მზადყოფნის დონის განსაზღვრა პაციენტების ტრიაჟის, მიდევნებისა და სტრესის მართვის თვალსაზრისით:

5. საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისთვის მზადყოფნის დონის იდენტიფიცირება ფარმაცევტულ და ლაბორატორიულ მომსახურებასთან დაკავშირებით.

6. საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისთვის მზადყოფნის დონის იდენტიფიცირება კომუნიკაციის, გაფრთხილების და შეტყობინებისა და ინფორმაციის მენეჯმენტის თვალსაზრისით.

7. ჯანდაცვის სისტემის მზადყოფნის დონის იდენტიფიცირება საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისთან და კატასტროფებთან გამკლავების თვალსაზრისით.

8. ჯანდაცვის სამინისტროს საკვანძო პირებისთვის რეკომენდაციების მიცემა კრიზისთან და კატასტროფებთან ჯანდაცვის სისტემის მზადყოფნის გასაუმჯობესებლად საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში.

კვლევის საგანს წარმოადგენს: ჯანდაცვის სექტორის დაქვემდებარებაში მყოფი ობიექტების მენეჯმენტის სისტემა.

კვლევის ობიექტს წარმოადგენს: 6 მულტიპროფილური სამედიცინო დაწესებულება, რომლებიც მოსახლეობას სთავაზობენ გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურებას.

კვლევაში მონაწილეობდა:

1. ავთანდილ ყამბარაშვილის სახელობის კლინიკა (თელავი);
2. მცხეთის სამედიცინო ცენტრი (მცხეთა);
3. ჯეო ჰოსპიტალსის მცხეთის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი (მცხეთა);
4. აკადემიკოს ნიკოლოზ ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა (თბილისი);
5. ჯეო ჰოსპიტალსის დუშეთის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი (დუშეთი);
6. სსიპ „გიორგი აბრამიშვილის სახელობის თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო ჰოსპიტალი“ (გორი).

აქედან ორი სამედიცინო დაწესებულება სახელმწიფოს დაქვემდებარებაშია, ხოლო ოთხი - წარმოადგენს კერძო სექტორს.

ჰიპოთეზები

საკვლევი თემის ჰიპოთეზები მდგომარეობს შემდეგში:

H1 სამედიცინო დაწესებულებებში აქვთ შესაძლებლობა საგანგებო სიტუაციების დროს ოპტიმალურად უზრუნველყონ საკუთარი პერიმეტრის და პერსონალის უსაფრთხოება, საგანგებო მოვლენებზე რეაგირებისათვის გააჩნიათ სათანადო ფარმაცევტული და ლაბორატორიული მომსახურება, უზრუნველყოფენ ფატალური შემთხვევების მართვას.

H2 სამედიცინო დაწესებულებების უმეტესობას აქვს შესაძლებლობა, უზრუნველყოს ლოჯისტიკის ადეკვატური ხელმისაწვდომობა, კერძოდ, ელექტროენერჯის, წყლის, საწვავის, ჟანგბადის მარაგი გარკვეული პერიოდის განმავლობაში.

H3 სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობაში არსებობს საგანგებო სიტუაციების მართვის გეგმა, მართვის სისტემა და კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტი, საკომუნიკაციო სისტემა;

H4 გადაუდებელი სიტუაციების დეპარტამენტის თანამშრომელთა ტრენინგები უნარ-ჩვევების გასაუმჯობესებლად შედარებით ნაკლები სიხშირით იმართება.

H5 ნაკლები ყურადღება ექცევა საგანგებო სიტუაციების დროს სტრესისა და შემდგომი ფსიქიკური აშლილობების მართვას.

ლიტერატურის მომიხილვა: დისერტაციაში დასმულ პრობლემასთან მიმართებაში მოძიებული, დამუშავებული და გაანალიზებული იქნა რიგ უცხოელ მეცნიერთა და მკვლევართა ნაშრომები.

პირველ თავში, რომელიც ეძღვნება „ანტიკრიზისული მართვის თანამედროვე კონცეფციებს“, განხილულია ნაშრომი ჯეი ფუჩსის ავტორობით „თუ რატომ გვჭირდება კრიზისის მართვის სტრატეგია“ - სადაც ავტორს მოყვანილი აქვს სხვადასხვა კვლევების სტატისტიკური მონაცემები და დასაბუთებულია, თუ რატომ არის აუცილებელი შემუშავებული გვექონდეს კრიზისის მართვის სტრატეგია (Fuchs, 2020).

ასევე გაანალიზებულია ვ.პოზდევის ავტორობით გამოქვეყნებული საინტერესო სტატია „საწარმოს ეკონომიკური უსაფრთხოების ანალიზის კონცეპტუალური მიდგომა“, სადაც საუბარია სახელმწიფოს როლზე, რომელმაც, უმჯობესია, უზრუნველყოს უსაფრთხოების ისეთი დონე, რომელიც შექმნის შიდა და გარე სტაბილურობას, რაც აუცილებელია ეკონომიკური საქმიანობის ნორმალური ფუნქციონირებისთვის, ქვეყნის აქტიური მონაწილეობა შრომის საერთაშორისო განაწილებაში და კონკურენტუნარიანობა (Поздеев, 2019).

ანტიკრიზისულ მართვას ეხება კიდევ ერთი ნაშრომი კოროტკოვას ავტორობით „ანტიკრიზისული მართვა“. ნაშრომში განხილულია კრიზი-

სული პროცესის განვითარების ეტაპები და სტრატეგიის შემუშავების გზები ტაქტიკური მენეჯმენტის საშუალებით (Korotkova.Э.М, 2010).

ბაევას ნაშრომი „ჯანმრთელობის მენეჯმენტი“ ეხება ჯანდაცვის სისტემების განვითარების ეტაპებს. ავტორი აღწერს თითოეული სისტემის უპირატესობებსა და ნაკლოვანებებს (БАЭВА.О.В., 2016).

სადისერტაციო ნაშრომის მეორე თავში, რომელიც ეხება „კატასტროფების მზადყოფნის საჭიროებას“, განხილულია მრავალი კვლევა, რომლებიც აღწერს სამედიცინო დაწესებულებების მზადყოფნას კატასტროფებისადმი:

„კატასტროფების რისკის შემცირების სისტემის ინსტიტუციური შესაძლებლობების შეფასების ანგარიში, რომელიც წარმოდგენილია გაეროს განვითარების პროგრამის მიერ. ანგარიში მიზნად ისახავდა კატასტროფების რისკის შემცირებასთან დაკავშირებული შესაძლებლობების ძლიერი და სუსტი მხარეების განსაზღვრას (გაეროს განვითარების პროგრამა, 2014).

პაგანინის მიერ იტალიაში, 85 სამედიცინო დაწესებულებაში, ჩატარებული კვლევა, სადაც შედეგებმა აჩვენა, რომ იტალიელ სამედიცინო პერსონალს კატასტროფების დაგეგმვის ძირითადი კონცეფციების ცოდნის საკმაოდ დაბალი დონე აქვთ (Paganini. M. Borrelli, F. Cattani, J. Ragazzoni, L. Djalali, A. Carenzo, 2016).

იოზტეკინის მიერ იაპონიაში ჩატარებული კვლევა, რის საფუძველზეც დადგინდა, რომ სამედიცინო პერსონალს არ ჰქონდა სხვადასხვა კატასტროფულ სიტუაციაში რეაგირების სათანადო ცოდნა, კერძოდ, მათ ჰქონდათ ინფორმაცია საავადმყოფოს კატასტროფის გეგმის შესახებ, მაგრამ იცოდნენ, რომ ვერ შეძლებდნენ მის შესრულებას(Öztekin. S, 2016).

ჯალალის მიერ ევროკავშირის 27 ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევამ, რომელიც მიზნად ისახავდა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემის მზადყოფნის განსაზღვრას კატასტროფულ მოვლენებზე რეაგირებისათვის, აჩვენა, რომ ევროკავშირის წევრი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში კატასტროფების მართვის მომზადების დონე იყო საშუალო (68%). მზადყოფნის უმაღლესი

დონე დაფიქსირდა გაერთიანებულ სამეფოში, ლუქსემბურგსა და ლიეტუვაში (Djalali. A. Della Corte, F., Foletti, M. Ragazzoni, L. Ripoll, A. Lupescu, O, 2014).

ზემოთ განხილული თითოეული ნაშრომი ეხება სადისერტაციო თემას, სხვადასხვა ავტორის კვლევებსა და ანგარიშებში გაკეთებული დასკვნები და შემუშავებული რეკომენდაციები, ქმნის მნიშვნელოვან სურათს, რაც დაგვეხმარა სადისერტაციო თემაზე მუშაობის პროცესში.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის დიზაინი

კვლევის პროცესში გამოყენებულია საქართველოში ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზა, საქართველოს მთავრობების დადგენილებები, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებები და სხვა ნორმატიული დოკუმენტები.

ინფორმაციის ძიების პროცესში შესწავლილი და დამუშავებულია როგორც ინტერნეტ-წყაროებით მოძიებული მასალა, ასევე სხვადასხვა ავტორის წიგნები, მონოგრაფიები, სამეცნიერო და კვლევითი ნაშრომები, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პუბლიკაციები და რეკომენდაციები, სხვადასხვა ქვეყნის სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის მიდგომების ამსახველი მასალა. სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის საკითხებთან დაკავშირებით, შესწავლილია წარმატებული ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნების შესახებ არსებული მონაცემები. დამუშავებული მასალის საფუძველზე გაკეთებულია ლიტერატურის ინფორმაციული მიმოხილვა.

კვლევის ჩასატარებლად გამოყენებული იყო რაოდენობრივი, ჯვარედინ-სექციური კვლევის დიზაინი. ჯვარედინ-სექციურ დიზაინს შეუძლია უზრუნველყოს კვლევის ქვეშ მყოფ სუბიექტებზე დაკვირვება და მათი

მახასიათებლების ერთმანეთთან შედარება დროის მოცემულ მომენტში. ის შედარებით იაფია და მცირე დრო სჭირდება მის ჩატარებას.

კვლევის მონაწილეთა შერჩევა

კვლევისათვის შეირჩა 6 მულტიპროფილური სამედიცინო დაწესებულება, რომლებიც მოსახლეობას სთავაზობენ გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურებას.

კვლევაში მონაწილეობდა:

1. ავთანდილ ყამბარაშვილის სახელობის კლინიკა (თელავი);
2. მცხეთის სამედიცინო ცენტრი (მცხეთა);
3. ჯეო ჰოსპიტალის მცხეთის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი (მცხეთა);
4. აკადემიკოს ნიკოლოზ ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა (თბილისი);
5. ჯეო ჰოსპიტალის დუშეთის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი (დუშეთი);
6. სსიპ „გიორგი აბრამიშვილის სახელობის თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო ჰოსპიტალი“ (გორი).

აქედან ორი სამედიცინო დაწესებულება სახელმწიფოს დაქვემდებარებაშია, ხოლო ოთხი წარმოადგენს კერძო სექტორს.

აღნიშნული სამედიცინო დაწესებულებები შეირჩა კვლევის მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე. კერძოდ, თავისი გეოგრაფიული მდებარეობის გამო საქართველო დღესაც ითვლება საომარი კონფლიქტების ფეთქებადსაშიშ ზონად, შეირჩა საქართველოს სეპარატისტულ რეგიონებთან მოსაზღვრე მუნიციპალიტეტების (გორი, მცხეთა, დუშეთი, თელავი) და დედაქალაქის სამედიცინო დაწესებულები.

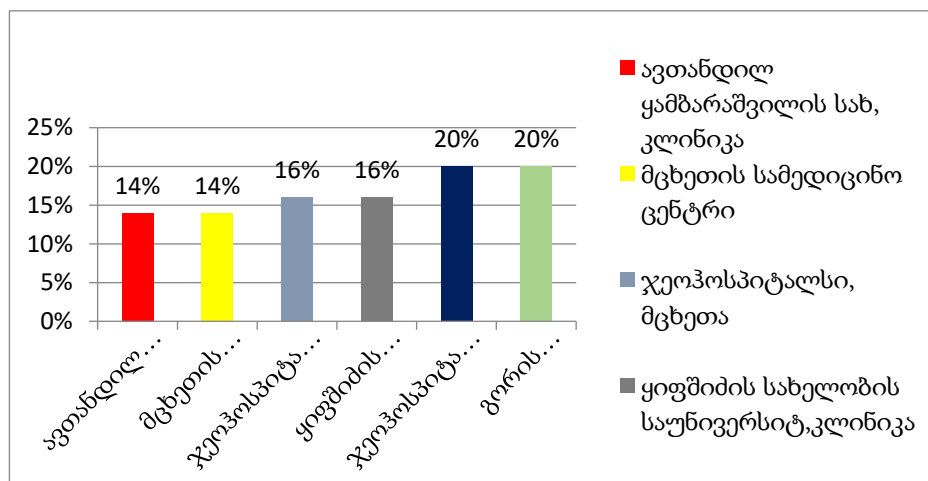
კვლევის მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე, კვლევაში მონაწილეობა უნდა მიეღო რუხის რესპუბლიკურ საავადმყოფოს, რომელიც, სამწუხაროდ, მოცემულ პერიოდში არ ფუნქციონირებდა, რის გამოც ვერ

მოხერხდა სტატეგიულად უაღრესად მნიშვნელოვანი სამედიცინო ობიექტის მზადყოფნის შეფასება საომარი მდგომარეობის მიმართ.

გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო ზემოაღნიშნული სამედიცინო დაწესებულების 50-მა რესპონდენტმა - სამედიცინო დაწესებულების დირექტორებმა, ადმინისტრაციულმა მენეჯერებმა, დეპარტამენტის უფროსებმა, ექიმებმა და ექთნებმა. ასეთი შერჩევა განაპირობა იმან, რომ ისინი არიან საკვანძო პირები, რომლებიც ასრულებენ მთავარ როლს და აკისრიათ პასუხისმგებლობა სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტში, საგანგებო სიტუაციების მიმართ მზადყოფნასა და ფუნქციონირებაში. სამედიცინო დაწესებულებაში დარიგდა 67 კითხვარი, საკვანძო პირების რაოდენობიდან გამომდინარე, რომელთაგან 50 ადამიანი დათანხმდა მონაწილეობა მიეღო კვლევაში (74.6%-ით რეაგირების მაჩვენებელი). მათ, ვინც კვლევაში არ მიიღეს მონაწილეობა, აღნიშნეს კითხვარის შესავსებად დროის უქონლობა, ხოლო სხვებმა კი კვლევაში მონაწილეობის სურვილის არქონა.

1.1 რესპონდენტთა რაოდენობა სამედიცინო დაწესებულების მიხედვით:

ცხრილი 1.1

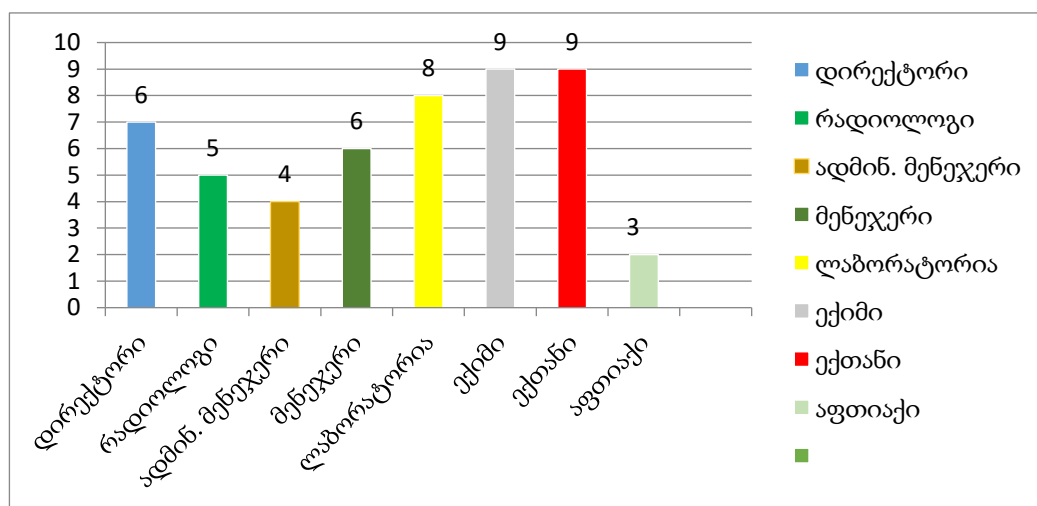


ცხრილი 1.1 გვიჩვენებს, რომ გამოკითხულთა ყველაზე მეტი რაოდენობა 20% იყო გორის სამხედრო ჰოსპიტალის თანაშრომელი, იგივე რაოდენობა რესპონდენტებისა იყო დუშეთის ჯეოპოსპიტლიდან (10

თანამშრომელი), ხოლო დაბალი მაჩვენებელი - 14% რესპონდენტებისა (7 თანამშრომელი) იყო ავთანდილ ყამბარაშვილის სახელობის კლინიკიდან და ასევე მცხეთის სამედიცინო ცენტრიდან.

რესპონდენტთა განაწილება პოზიციების მიხედვით

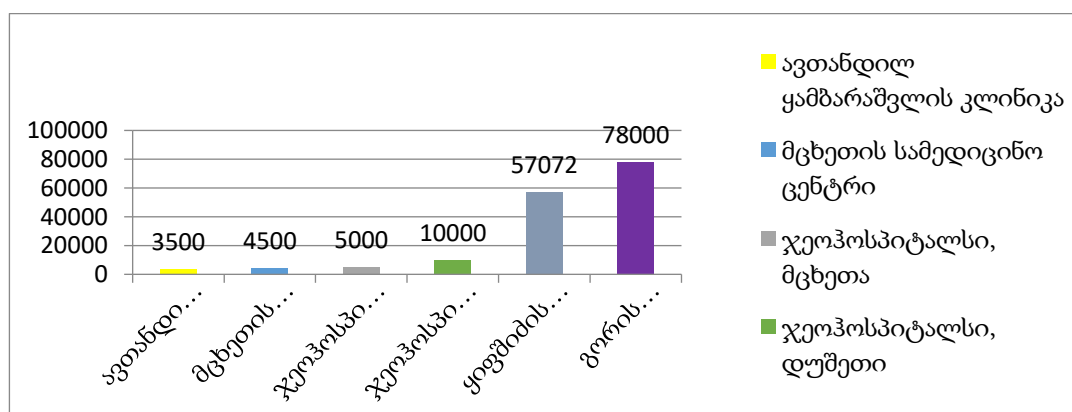
ცხრილი 1.2



ცხრილი 1.2 გვიჩვენებს, რომ გამოკითხული 50 რესპონდენტიდან 6 იყო დირექტორი, 5 რადიოლოგი, 4 ადმინისტრაციული მენეჯერი, 6 მენეჯერი, 8 ლაბორატორიის თანამშრომელი, 9 ექიმი, 9 ექთანი, 3 აფთიაქის თანამშრომელი.

პაციენტთა რაოდენობა წელიწადში:

ცხრილი 1.3



ცხრილი 1.3 გვიჩვენებს, რომ ყველაზე მეტი დატვირთვა პაციენტების მხრივ აქვს გორის სამხედრო ჰოსპიტალს, ხოლო ყველაზე ნაკლები - ავთანდილ ყამბარაშვილის სახელობის კლინიკას.

კვლევაში მონაწილე საავადმყოფოების მახასიათებლები.

ცხრილი 1.4

დასახელება	ყაზვბარამ, კლი	მცხ,სამ,ცენტრ	ჯეო,მცხეთა	ყიფშ,კლ	ჯეო,დუშ	ჰოსპიტალი
მისამართი	თელავი	მცხეთა	მცხეთა	თბილისი	დუშეთი	გორი
საწოლფონდი	58	150	77	150	184	340
ექიმთა რაოდენობა	65	65	54	42	4	236
ექთანთა რაოდენობა	32	70	112	384	26	196
ლაბორატორია	4	10	6	30	5	22
რადიოლოგები	6	7	5	15	2	17
დაცვის თანამშრომელი	4	5	3	24	1	4

ცხრილში 1.4 მოცემულია თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებაში საწოლების რაოდენობა, რამდენი ექიმი და ექთანია დასაქმებული, ასევე ლაბორატორიის თანამშრომლებისა და რადიოლოგების რაოდენობა.

კვლევის პერიოდი

კვლევა განხორციელდა 2022 წლის 28 სექტემბრიდან 24 ნოემბრის ჩათვლით. კვლევის შედეგები დამუშავდა spss სისტემაში, რომელთა მონაცემებზე დაყრდნობითაც წარმოდგენილია კვლევის სიღრმისეული ანალიზი.

კვლევის ინსტრუმენტი

კვლევისათვის, სამედიცინო დაწესებულების კატასტროფებისთვის მზადყოფნის შესაფასებლად, გამოყენებული იქნა თვითადმინისტრირებადი კითხვარი. იგი შემუშავდა ჰოსპიტალური კატასტროფისთვის მზადყოფნის თვითშეფასების ინსტრუმენტზე (Hospital Disaster Preparedness Self-Assessment Tool) დაყრდნობით, რისთვისაც გამოყენებული იყო სასწრაფო დახმარების ექიმების ამერიკული ინსტიტუტის (American College of Emergency Physicians - ACEP) და სამედიცინო დაწესებულების გადაუდებელი დახმარების ანალიზის ინსტრუმენტები (Hospital Emergency Analysis Tool (American College of Emergency Physicians, 2017)).

კითხვარი შედგებოდა შემდეგი ნაწილებისგან (დანართი 1 და 2):

ნაწილი პირველი: სამედიცინო დაწესებულების პროფილი, მათ შორის: სამედიცინო დაწესებულების პერსონალი, სამედიცინო დაწესებულების სხვა შესაძლებლობები, უსაფრთხოება და ლოჯისტიკა.

ნაწილი მეორე: საგანგებო სიტუაციების მართვის დაგეგმვა, მათ შორის: გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმის ხელმისაწვდომობა, დაწესებულების მზადყოფნა და ტრენინგი, ინციდენტების მართვის სისტემა, სამედიცინო დაწესებულების გადაუდებელი მენეჯმენტი/კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტი, სასწრაფო დახმარების განყოფილების შესაძლებლობები, პაციენტის ტრიაჟი, პაციენტზე მიდევნება (თვალყურის დევნება), კრიტიკული ინციდენტის სტრესის მართვა, ფარმაცევტული და ლაბორატორიული სერვისები, დაღუპულთა მენეჯმენტი, კომუნიკაცია, გაფრთხილება და შეტყობინება, ინფორმაციის მართვა.

საპილოტე კვლევა

კვლევის ინსტრუმენტის, კითხვარის სანდოობის შემოწმების, მისი რევიზიისა და ტექნიკურ-შინაარსობრივი უზუსტობების აღმოჩენისა და დახვეწის მიზნით, ჩატარდა საპილოტე კვლევა (კითხვარის წინასწარი ტესტირება). საპილოტე კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 10 მონაწილე. საპილოტე კვლევის შემდეგ კითხვარში შევიდა ცვლილებები და შემუშავდა საბოლოო ვერსია.

ვალიდურობა

ვალიდურობის შესამოწმებლად კითხვარი დაურიგდა ჯანდაცვის სფეროს ექსპერტთა ჯგუფს, კითხვარის ვალიდაციის უზრუნველსაყოფად. მათი კომენტარები და რჩევები გათვალისწინებული იქნა კითხვარის კორექტირებისას.

მონაცემთა შეგროვება და მართვა

მონაცემები შეგროვდა კვლევისათვის შერჩეული პირებისთვის კითხვარების განაწილებით. კითხვარის სწორად შევსებისთვის კვლევის მონაწილეებს მიეწოდათ შესაბამისი ინსტრუქციები და განმარტებები.

მიღებული კვლევის მასალა ცალკეული ბლოკების მიხედვით დამუშავდა და შედეგები შეფასდა სტატისტიკური კრიტერიუმების გამოყენების საფუძველზე. მონაცემთა შეგროვების შემდეგ კვლევის შედეგების დასამუშავებლად გამოყენებული იქნა სტატისტიკური მონაცემების დამუშავების კომპიუტერული პროგრამა SPSS (ვერსია 20), რის შემდეგაც გაკეთდა მიღებული შედეგების სიღრმისეული ანალიზი.

ეთიკური მოსაზრებები

კვლევის ჩატარებისას გავითვალისწინეთ სამეცნიერო სფეროში მიღებული ეთიკის სტანდარტები. კვლევის ჩატარებამდე მოვიპოვეთ კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის ეთიკური კომიტეტის ნებართვა. შემდეგ - სამედიცინო დაწესებულებებში კვლევის ჩატარების თანხმობა.

სამედიცინო დაწესებულებების რესპონდენტების გამოკითხვა ჩატარდა ნებაყოფლობით, ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე. თითოეული რესპონდენტი ფლობდა ინფორმაციას კვლევის მიზნებთან დაკავშირებით. კითხვარი იყო ანონიმური და არ მოითხოვდა პერსონალური ინფორმაციის გამჟღავნებას, გარდა კვლევის შედეგების ანალიზისთვის აუცილებელი ცვლადებისა, როგორცაა - ასაკი, სქესი, სამუშაო პოზიცია. მონაცემების შეგროვებისას და დამუშავებისას დაცავით ანონიმურობა და კონფიდენციალობა. კვლევა არის საიმედო და სარწმუნო. შესაძლებელია კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის გადამოწმება, რაც მის სარწმუნოებას განაპირობებს.

კვლევის შეზღუდვები

კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენს კვლევის ფოკუსი. ვინაიდან კვლევის ჩატარების ადგილად მხოლოდ თბილისის, გორის, დუშეთის, თელავისა და მცხეთის სამედიცინო დაწესებულებები განიხილება, კვლევის ფარგლებს მიღმა რჩება საქართველოს სხვა რეგიონების სამედიცინო

ორგანიზაციები. მიუხედავად ამისა, აუცილებელია აღინიშნოს შერჩეული სამედიცინო დაწესებულებების სტრატეგიული მნიშვნელობა. აქედან გამომდინარე, კვლევის შერჩევის დროს გენერალურ ერთობლიობად აღებული იქნა საქართველოს საზღვრისპირა რეგიონებში არსებული სამედიცინო ორგანიზაციების მონაცემი, რომლის ფარგლებშიც გამოიკითხა მიზნობრივი ჯგუფის დიდი ნაწილი, ეს კი მიღებული შედეგების განზოგადების საშუალებას იძლევა.

ნაშრომის სამეცნიერო სიახლე და ინოვაციურობა:

ჩვენ მიერ ჩატარებული კვლევა კომპლექსური ხასიათისაა, რამაც შესაძლებლობა მოგვცა სიღრმისეულად შეგვესწავლა, გაგვეანალიზებინა, შეგვეფასებინა და გამოგვევლინა სამედიცინო დაწესებულებების მზადყოფნა გადაუდებელ კრიზისულ სიტუაციებში, ამ მხრივ არსებული ხარვეზები, კრიზისების მართვის სისტემის დანერგვასა და განვითარებაში არსებული ნაკლოვანებები და პრობლემური საკითხები, კრიზისულ სიტუაციებში სამედიცინო დაწესებულებების სწრაფად რეაგირებისა და ადაპტირების სისტემაში არსებული გამოწვევები და შეგვემუშავებინა მისი სრულყოფის წინადადებები.

ნაშრომის მეცნიერულ სიახლეს წარმოადგენს:

საქართველოში პირველად ჩატარდა სამედიცინო დაწესებულებებში ანტიკრიზისული მენეჯმენტის გამოწვევების შესწავლა. გაანალიზებული და დასაბუთებულია კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის სისტემის არსებული გამოწვევები, შემუშავებულია მისი სრულყოფის წინადადებები.

ჩვენ მიერ შემუშავებულია მოდელი, რომელიც წარმოადგენილია 11 ინდიკატორით, რამაც საშუალება მოგვცა გაგვეანალიზებინა და გაგვეზომა, სეპარატისტულ რეგიონებთან მოსაზღვრე მუნიციპალიტეტებში მდებარე სამედიცინო დაწესებულებების მზადყოფნა საომარი მდგომარეობისადმი.

შესწავლილი და გაანალიზებულია სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის დონე უსაფრთხოებისა და ლოგისტიკის, გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმის ხელმისაწვდომობის, წვრთნების, ინციდენტების მართვის სისტემის, საგანგებო სიტუაციების მართვის სათანადო ორგანიზაციული კომიტეტის თვალსაზრისით. შეფასებულია ამ კუთხით არსებული გამოწვევები და შემუშავებულია მისი სრულყოფის წინადადებები.

შესწავლილი და გაანალიზებულია სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის დონე პაციენტების ტრიაჟის, მიდევნებისა და სტრესის მართვის, ფარმაცევტულ და ლაბორატორიულ მომსახურებასთან დაკავშირებით. შეფასებულია ამ კუთხით არსებული გამოწვევები და შემუშავებულია მისი სრულყოფის წინადადებები.

შესწავლილი და გაანალიზებულია სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის დონე კომუნიკაციის, გაფრთხილების და შეტყობინებისა და ინფორმაციის მენეჯმენტის, კრიზისთან და კატასტროფებთან გამკლავების თვალსაზრისით. შეფასებულია ამ კუთხით არსებული გამოწვევები და შემუშავებულია მისი სრულყოფის წინადადებები.

კვლევის თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა: კვლევამ აჩვენა სამედიცინო ორგანიზაციების ძალიან სუსტი მზადყოფნა და კატასტროფებისადმი პერსონალის მომზადების თვალსაზრისით ძალიან დაბალი მაჩვენებელი. ამ მხრივ, პერსონალის ტრენინგები და სამედიცინო ორგანიზაციის მზადყოფნა ყოველთვის უზრუნველყოფს უკეთეს შედეგს დაზარალებულთათვის. კვლევის შედეგებით დადგინდა სამედიცინო დაწესებულებების კატასტროფებისადმი მზადყოფნის ზომიერი დონე. მიღებული დასკვნები და რეკომენდაციები ხელს შეუწყობს შემდგომში სამედიცინო ორგანიზაციების პერსონალის განათლების დონის ამაღლებას

კრიზისული სიტუაციებისა და კატასტროფული მოვლენების ეფექტური მართვის უზრუნველსაყოფად.

ნაშრომის სტრუქტურა

ნაშრომის სტრუქტურა მოიცავს კომპიუტერზე აკრეფილ 152 გვერდს. მისი ტექსტი შედგება შესავლის, ლიტერატურის მიმოხილვის, სამი თავის, 9 ქვეთავის, დასკვნის, რეკომენდაციების, წინადადებების შემდგომი კვლევებისათვის, გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალისა და დანართებისგან.

თავი 1: ანტიკრიზისული მართვის თანამედროვე კონცეფციები

ანტიკრიზისული მართვის კონცეფცია სამეცნიერო ლიტერატურაში ერთ – ერთი სადავოა, მისი განმარტებისა და შინაარსის შესახებ სხვადასხვა თვალსაზრისი არსებობს. ეტიმოლოგიიდან გამომდინარე, „ანტიკრიზისული“ ნიშნავს კრიზისის საპირისპირო მხარეს, რომელიც მიმართულია კრიზისის წინააღმდეგ (ბერძნული ანტისგან - „საპირისპირო“, კრიზისი - „საზღვარი ორ სახელმწიფოს შორის, შემობრუნების წერტილი“; „გადაწყვეტილება“)(Ожегов С.И., 2010).

ანტიკრიზისული მენეჯმენტის ძირითადი მიზნებია კრიზისული რეჟიმების პრევენცია და ღონისძიებების შემუშავება ამ რეჟიმებში საქმიანობის ორგანიზებისათვის. კრიზისების მართვისათვის შეგვიძლია ავირჩიოთ მიზნები, რომლთა ერთობლიობაც საბოლოო ჯამში წარმოადგენს ანტიკრიზისულ მენეჯმენტს:

- კრიზისის განჭვრეტა და მისთვის ადეკვატური მომზადება (იგულისხმება საფრთხის ხარისხის შესაბამისად)
- საშიში კრიზისული ფაქტორების პრევენცია
- კრიზისის განვითარების დინამიკის მართვა (აჩქარება, შენელება, შერბილება, გაძლიერება)
- ორგანიზაციის სასიცოცხლო საქმიანობის უზრუნველყოფა კრიზისულ მდგომარეობაში.
- კრიზისის უარყოფითი შედეგების შესუსტება.
- ორგანიზაციის შემდგომი განვითარებისთვის კრიზისის ფაქტორებისა და შედეგების გამოყენება (ომანაძე, 2023).

კრიზისის ტიპები დონეების თვალსაზრისით, არსებობს:

- საწარმოების, ფირმების, კომპანიების კრიზისი (მაგალითად, ფირმის არასწორი ან ირაციონალური საკრედიტო ან სასაქონლო პოლიტიკის გამო);
- ინდუსტრიების კრიზისი (მაგალითად, რიგ ქვეყნებში ნედლეულის მრეწველობას ჰქონდა და აქვს განვითარების პოტენციალი, მაგრამ მაღალ-

ტექნოლოგიური არ არის, რადგან მსოფლიო ბაზარზე მაღალტექნოლოგიური საქონლის მიწოდება საკმარისია);

- რეგიონების კრიზისი (მაგალითად, ქვეყნის, სხვადასხვა ობიექტური მიზეზის გამო, სუბსიდირება უმჯობესია მოხდეს სხვაზე მეტად, შესაბამისად, საჭიროა ძლიერი რეგიონების ეკონომიკური მხარდაჭერა, რაც ამ უკანასკნელთათვის შეზღუდულია და წამგებიანი არ არის);

- ეკონომიკური კრიზისი სახელმწიფო დონეზე, მეტწილად ასოცირდება ენდოგენურ, ანუ შინაგან ფაქტორებთან (მაგალითად, ქვეყანაში კორუფციის მაღალი დონის ან ხელფასების დიდი და არარეგულირებული დიფერენცირების გამო); (ომანაძე.ქ, 2023)

- ეკონომიკური კრიზისი სახელმწიფო დონეზე, მეტწილად ასოცირდება ეგზოგენურ, ანუ გარე ფაქტორებთან (Zyr.A.T, 2006).

მკვლევარებმა, ამ პრობლემის ანალიზის დროს, თავდაპირველად განსაზღვრეს კრიზისის ცნება, ნიშნები, ეტაპები, ტიპოლოგია, მისი წარმოშობის მიზეზები და შედეგები. კრიზისი არის სოციალურ-ეკონომიკურ სისტემაში წინააღმდეგობების უკიდურესი გამწვავება, რაც საფრთხეს უქმნის მის სიცოცხლისუნარიანობას გარემოში. კრიზისის, როგორც ფენომენის, ძირითად მახასიათებლებად შემდეგი დებულებები გამოიყოფა:

- კრიზისი გარდაუვალია, ეს არის რეგულარულად განმეორებადი პროცესი ნებისმიერი სისტემის ციკლური განვითარების დროს;

- კრიზისი პროგრესირებადია მთელი თავისი ტკივილის გამო, რადგან იგი ასრულებს სამ მნიშვნელოვან სისტემურ ფუნქციას:

- ახალი სისტემის, მომავალი ციკლის ელემენტების (თავდაპირველად სუსტი) დამტკიცების სივრცის გაწმენდა;

- სიძლიერის ტესტი და სისტემის იმ ელემენტების მემკვიდრეობა, რომლებიც გროვდება და გადადის მომავალში.

- კრიზისი დასრულებადია, მას შეიძლება წინ უსწრებდეს სისტემის განვითარების ახალი ეტაპი, ან მისი სიკვდილი და დაშლა;

- ვინაიდან კრიზისები უნიკალურია, მათი გამომწვევი მიზეზები მრავალფეროვანია, ყოველ ჯერზე, კრიზისიდან გამოსავალი მოითხოვს სპეციფიკურ ზომებს, რომელთა შემუშავებისას სასურველია გათვალისწინებული იქნას კვლევის ობიექტის თავისებურებები (ომანაძე.ე, 2023).

ეკონომიკური კრიზისების წარმოშობის თეორიები არაერთხელ განიხილებოდა როგორც უცხოელი, ასევე ადგილობრივი ეკონომისტების სამეცნიერო შრომებში (Балдина.К.В, 2009).

ანტიკრიზისული მართვა საკმაოდ რთული პროცესია. იგი ფორმების, მეთოდებისა და პროცედურების გამოყენებით, მიზნად ისახავს სუბიექტის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, კრიზისის დაძლევის პირობების შექმნასა და განვითარებას.

კრიზისის კლასიკური ციკლი ხასიათდება ოთხი ფაზით - 1) რეცესია (რეცესია); 2) ქვედა (დეპრესია); 3) აწევა (აღორძინება); 4) პიკი (ციკლის დასაწყისი) და ამ ფაზების არსებობის პერიოდები შეიძლება განსხვავდებოდეს, კრიზისის სპეციფიკიდან გამომდინარე.

რეცესიის ფაზაში ძალზე მნიშვნელოვანია კრიზისული სიტუაციის რაც შეიძლება სწრაფად გააზრება (ამისათვის შემუშავებულია ამ ფაზის შეფასების კრიტერიუმები: ეროვნული ეკონომიკისა და მისი რეალური სექტორის ზრდის უარყოფითი ტემპის არსებობა ზედიზედ სამი კვარტლის განმავლობაში) სამი სემესტრი) და აუცილებელი გადაუდებელი გადაწყვეტილებების მიღება კრიზისული სიტუაციის დაძლევის შესაძლო გზებზე (ომანაძე.ე, 2023).

ურთულეს ეტაპზე (დეპრესია და კრიზისი) საუბარია მთავრობის მასშტაბურ ჩარევაზე, ფულადი და ფისკალური რეგულირების სამთავრობო ინსტრუმენტების გამოყენებაზე, რათა რაც შეიძლება სწრაფად გადაილახოს ეკონომიკისა და სოციალურ სფეროებში არსებული კრიზისი.

აღდგენის ეტაპზე, თანამედროვე ეკონომიკური თეორიის თანახმად, ტრადიციულად ეფექტურია სახელმწიფო კრიზისის დროს ნაციონალიზებული ან სხვა ფორმით გადაცემული საბაზრო აქტივების ბაზარზე

დაბრუნება. ასეთი „დაბრუნება“ ხორციელდება ან პრივატიზების გზით, ან საფონდო ბირჟების საშუალებით და ა.შ. სახელმწიფო თავად არ ბრუნდება საწყის (კრიზისულ) მდგომარეობაში ციკლის ყველა მომდევნო ეტაპზე, „ინერციული“ დემონსტრირებით.

ანტიკრიზისული მენეჯმენტის ფუნქციაა ობიექტის ადაპტირება ახალ ეკონომიკურ პირობებთან მათთვის პროფილაქტიკური, ჯანმრთელობის გამაუმჯობესებელი ზომების რაციონალური და ეფექტური გამოყენებით, ახალი პირობების შექმნა მინიმალური დანაკარგებით შემდგომი განვითარებისათვის. ანტიკრიზისული მართვის ძირითადი პრინციპია კვლევის ობიექტის შიდა და გარე გარემოზე მუდმივი კონტროლი (ადრეული პერიოდისთვის) (ომანაძე, 2023).

კრიზისის საფრთხის აღმოჩენა, სიგნალების დროული მიღება, რაც მიუთითებს ობიექტის პოზიციის შესაძლო გაუარესებაზე, მის კონკურენტულ სტატუსზე. გარე ფაქტორების იგივე გავლენა სხვადასხვა გზით აისახება ობიექტების მდგომარეობაზე შიდა გარემოს თავისებურებებისა და გარე გარემოსთან კავშირების გამო (Сажина.М.А, 2010).

კრიზისული პროცესის განვითარების ეტაპების მიხედვით, ანტიკრიზისული მენეჯმენტი შეიძლება დაიყოს: ადრეული (ობიექტის სტაბილური მდგომარეობის საფუძველზე), გასვლა (კონკურენციის დაკარგვის შემთხვევაში, პოზიციები სხვა ობიექტებთან შედარებით) და კრიზისის ფაქტობრივი მართვა (შერბილება, მისგან გასვლა) სტრატეგიული და ტაქტიკური მენეჯმენტის საშუალებით (Короткова.Э.М, 2010).

უამრავი სტატია თუ ნაშრომი არსებობს კრიზისების მართვასთან დაკავშირებით. ერთ-ერთი საინტერესოა სტატია ჯეი ფუჩის ავტორობით, სადაც მას მოყვანილი აქვს სხვადასხვა კვლევის სტატისტიკური მონაცემები და დასაბუთებულია, თუ რატომ არის აუცილებელი გვექონდეს შემუშავებული კრიზისის მართვის სტრატეგია. კრიზისი ცხოვრების ისტორიის სამწუხარო ფაქტია, კომპანიის კრიზისების ხასიათი შეიძლება იყოს როგორც ფინანსური, ასევე კიბერშეტევით გამოწვეული და ბუნებრივი

კატასტროფებით დამთავრებული. ამ სახის შემთხვევების შედეგი შეიძლება იყოს ხანგრძლივი და კატასტროფული, თუ სწრაფად და ეფექტურად არ მოხდა მათი ლიკვიდირება (ომანაძე, 2023).

ჯეი ფუჩის აზრით: „თქვენ ვერ გააკონტროლებთ თქვენს ბიზნესში არსებულ კრიზისებს, მაგრამ შეგიძლიათ აკონტროლოთ, თუ როგორ ემზადებით და რეაგირებთ“ (Fuchs, 2020).

თანამედროვე მეცნიერებმა შეაფასეს და გააანალიზეს ანტიკრიზისული მენეჯმენტის ანალიზისა და რიგ საკითხებში მისი საერთო ეფექტურობის არსებული თეორიული მიდგომები. ამ ყველაფერმა შესაძლებელი გახადა სხვადასხვა იერარქიულ დონეზე ანტიკრიზისული მენეჯმენტის განსაზღვრისა და განაწილების რამდენიმე განსხვავებული კონცეფციის გამოყოფა. მეცნიერთა უმეტესობამ ყურადღება გაამახვილა მენეჯმენტის ეფექტურობის კონცეფციების შემუშავებაზე, სადაც ობიექტი არის მაკროდონე (ეროვნული ეკონომიკა) ან მიკროდონე (საწარმოს ან ორგანიზაციის დონე), უგულებელყოფენ საშუალო დონეს, ანუ სახელმწიფოს სუბიექტებს. ანტიკრიზისული მართვის ეფექტურობა მაკროდონეზე (ეროვნული ეკონომიკის დონე), პირველ რიგში, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ეტაპზეა სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ციკლური ხასიათი (ომანაძე, 2023).

იმის გასაცნობიერებლად, რომ ეკონომიკა ციკლურად ვითარდება, აუცილებელია კრიზისის ორმაგი ხასიათის გათვალისწინება - ერთი მხრივ, განადგურების დესტრუქციული პროცესი, და ამავე დროს - განახლების შესაძლებლობა. ამ შემთხვევაში, ჩვენ ვგულისხმობთ იმას, რომ კრიზისი არა მხოლოდ ქმნის პრობლემებს, არამედ ქმნის ეკონომიკის რეორგანიზაციის შესაძლებლობებს, მისი სისუსტეების, კრიტიკული წერტილების გამოვლენისა, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, იმ ხარვეზების გამოსასწორებლად, რომლებიც კრიზისის ტრაექტორიაზე არ ჩანს - თავისუფალ განვითარებას.

ამრიგად, კრიზისი ავლენს არა მხოლოდ ზღვარს, არამედ იმპულსს ეკონომიკის განვითარებაში, ასრულებს „გამწმენდ“, მასტიმულირებელ ფუნქციას (ომანაძე, 2023).

ანტიკრიზისული მენეჯმენტი, როგორც ორგანიზაციის მართვის სისტემა, ატარებს რთულ სისტემურ ხასიათს. ის მიზნად ისახავს ბიზნესისთვის არასასურველი მოვლენების თავიდან აცილებას ან აღმოფხვრას თანამედროვე მენეჯმენტის სრული პოტენციალის გამოყენებით, რაც ნიშნავს, რომ უმჯობესია ორგანიზაციისთვის შემუშავდეს სპეციალური პროგრამა, რომელსაც ექნება სტრატეგიული ხასიათი და საშუალებას მოგვცემს აღმოვფხვრათ დროებითი სირთულეები, შევინარჩუნოთ და გავზარდოთ ბაზარზე პოზიციები ნებისმიერ პირობებში. (Грязновой.А.Г, 2014) (ომანაძე.ქ, 2023).

1.1 ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელობა ეროვნულ და სოციალურ-ეკონომიკური უსაფრთხოების კონცეფციაში. ჯანდაცვის ეკონომიკური უსაფრთხოების სისტემის ფორმირების ასპექტები

ჯანმრთელობის დაცვის სოციალურ-ეკონომიკურ უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული პრობლემები მრავალფეროვანია და ასახავს მათი შესწავლის სირთულესა და ბუნდოვანებას, ვინაიდან ამ სფეროში არსებობს თეორიული პრობლემების გადაფარვა რიგი პრაქტიკული სირთულეებით.

ეროვნული უსაფრთხოება შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ეროვნული სოციალურ-ეკონომიკური სისტემის მდგომარეობა, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის, საზოგადოების, სახელმწიფოს ინტერესების დაცვას, მდგრადი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პროცესების მიმდინარეობას დროული იდენტიფიკაციითა და არსებულის განეიტრალებით და ეროვნული ინტერესების შესაძლო საფრთხეები. (Залозная.Г.М, 2018) (ომანაძე.ქ, 2023).

ეკონომიკური უსაფრთხოების მახასიათებელია ეროვნული უსაფრთხოების სისტემაში ის ფაქტი, რომ ეკონომიკური უსაფრთხოება უზრუნველყოფს ეროვნული უსაფრთხოების სხვა სახის განხორციელების შესაძლებლობას, მათ შორის: სოციალური, სამხედრო, ინფორმაციული, ტექ-

ნიკური, გარემოსდაცვითი და ა.შ (Залозная.Г.М, Экономическая безопасность России в условиях глобализации, 2006).

ეკონომიკური უსაფრთხოება არის ეკონომიკის მდგომარეობა, რომელიც უზრუნველყოფს სოციალურ-ეკონომიკური სისტემის სტაბილურობას საფრთხეებისგან, მხარს უჭერს გამრავლების პროცესებს, უზრუნველყოფს პირობებს მდგრადი სოციალურ-ეკონომიკური განვითარებისათვის, ქმნის პირობებს ადამიანის, საზოგადოებისა და სახელმწიფოს საჭიროებების დაკმაყოფილებისთვის.

ეკონომიკური უსაფრთხოების ძირითადი ტიპები მოიცავს ფინანსურ, მაკროეკონომიკურ, საგარეო ეკონომიკურ, სამრეწველო, სამეცნიერო და ტექნოლოგიურ, ინვესტიციურ, ენერგეტიკულ, სოციალურ, დემოგრაფიულ სფეროებს (ომანაძე, 2023).

სახელმწიფომ, სასურველია, შექმნას უსაფრთხოების ისეთი დონე, რომელიც უზრუნველყოფს შიდა და გარე სტაბილურობას, რაც აუცილებელია ეკონომიკური საქმიანობის ნორმალური ფუნქციონირებისთვის, ქვეყნის აქტიურ მონაწილეობას შრომის საერთაშორისო განაწილებაში და კონკურენტუნარიანობას. როგორც წესი, სახელმწიფოს ეკონომიკური უსაფრთხოება მოქმედებს როგორც სისტემა, რომლის ძირითადი ფუნქციები იყოფა ხუთ ჯგუფად: დამცავი, მარეგულირებელი, პრევენციული, ინოვაციური და სოციალური (Поздеев, 2019).

მ. გროსმანი განსაზღვრავს ჯანმრთელობას, როგორც სამომხმარებლო პროდუქტს და როგორც კაპიტალურ საქონელს. ჯანმრთელობა უშუალოდ არის ადამიანის სასარგებლო ფუნქციის ნაწილი. როგორც კაპიტალი, ჯანმრთელობა ამცირებს ავადმყოფობის დღეების რაოდენობას და, შესაბამისად, ზრდის დღეების რაოდენობას როგორც საბაზრო, ისე არასაყოფაცხოვრებო საქმიანობისთვის. ამრიგად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაღალი დონის უზრუნველყოფა გავლენას ახდენს ადამიანის სასარგებლოებაზე არა მხოლოდ მისი კეთილდღეობის გამო, არამედ იმიტომაც, რომ ზრდის სამუშაო შესაძლებლობას (და, შესაბამისად, მოგების

მისაღებად). ადამიანები მემკვიდრეობით იღებენ ჯანმრთელობის თავდაპირველ მარაგს, რომელიც დროთა განმავლობაში უარესდება, მაგრამ მათ შეუძლიათ ინვესტიცია ჩადონ მის შენარჩუნებასა და გაძლიერებაში. ამიტომ, ჯანდაცვაზე მოთხოვნილება გამომდინარეობს ჯანმრთელობის მოთხოვნიდან (Grossman.M, 1972) (ომანაძე.ქ, 2023) .

მეცნიერებმა კიმმა და ლაუმ (Румянцев.А.А, 2007) კვლევა ჩატარეს წყნარი ოკეანის 4 ქვეყანაში, სადაც ხელმისაწვდომი იყო საიმედო ინფორმაცია ფიზიკური კაპიტალის მარაგების შესახებ. მოდელირების თვალსაზრისით, ჯანმრთელობის გავლენა ზრდის მოთხოვნის ტემპებს და ფუნქციონალური ფორმისადმი მოქნილი მიდგომა ხაზს უსვამს ურთიერთმიმართების ფორმას, ადამიანური კაპიტალის ჩათვლით, და შედეგს - ეკონომიკურ განვითარებას შორის (ომანაძე.ქ, 2023).

ადამიანური კაპიტალის განვითარების პერსპექტივიდან გამომდინარე, ინვესტიციები ჯანდაცვის სისტემაში ისევე აუცილებელია, როგორც ინვესტიციები მატერიალურ წარმოებაში, ვინაიდან ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ფიზიკური და სულიერი მდგომარეობის შენარჩუნებას, გაძლიერებასა და აღდგენას, ქმნის ქვეყნის საწარმოო პოტენციალს, აქტიურად მონაწილეობს ეროვნული შემოსავლის ფორმირებაში (ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი სახსრების დაზოგვით და გაზრდით) (ომანაძე.ქ, 2023).

ჯანდაცვის სექტორში ხარჯვისა და ინვესტიციების ზრდა, უდავოდ, დადებით ეკონომიკურ ეფექტს ქმნის. ეს არის როგორც ახალი სამუშაო ადგილების შექმნა, ასევე სამედიცინო მომსახურების მოხმარების სტიმულირება მათი ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გამო, ადამიანური კაპიტალის პოტენციალის გაზრდა, რომელიც ჩართულია ეკონომიკის ყველა სფეროში (Вагизова.В.И, 2009).

ჯანდაცვის სისტემის სოციალურ-ეკონომიკური უსაფრთხოება, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ჩათვლით, დამოკიდებულია სახელმწიფოს ინოვაციურ დონეზე, ჯანდაცვის რესურსული პოტენციალის განვითარ-

რებაზე, მათ შორის პერსონალზე, ფინანსურ და ა.შ. ჯანმრთელობის დაცვის სოციალურ-ეკონომიკური უსაფრთხოება დამოკიდებულია ჯანდაცვის სისტემის რესურსების მოწოდებაზე, ინფრასტრუქტურის განვითარების დონეზე ჯანდაცვის სისტემაზე, ხარისხის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გარანტიასა და სისტემის მდგრადი ინოვაციური განვითარების უზრუნველყოფაზე სამომავლო საჭიროებების შესაბამისად (Верзилин, Д. Н., 2016) (ომანაძე, 2023) .

აქედან შეიძლება დადგინდეს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სოციალურ-ეკონომიკური უსაფრთხოება არის სისტემის მდგრადობა, რომელშიც შენარჩუნებულია წინააღმდეგობა სხვადასხვა სახის საფრთხეების მიმართ და უზრუნველყოფილია ადამიანის, საზოგადოებისა და სახელმწიფოს სამედიცინო დაცვა, რაც უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურებისა და საქონლის საჭიროებების ეფექტურად დაკმაყოფილების შესაძლებლობას (Швец, Ю. Ю., Формирование механизма обеспечения экономической безопасности медицинских организаций на основе совершенствования системы управления качеством, 2019).

იმისათვის, რომ ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკური უსაფრთხოების სტრუქტურა იყოს გამართული, აუცილებელია იგი მოიცავდეს რამდენიმე კომპონენტს:

1) ფინანსური - სამედიცინო ორგანიზაციების გადახდისუნარიანობა, სამედიცინო ორგანიზაციების აქტივების ლიკვიდურობა, კაპიტალის ოპტიმალური სტრუქტურა;

2) პერსონალი - პირობების შექმნა და სამედიცინო ორგანიზაციების მაღალკვალიფიციური სამედიცინო პერსონალით უზრუნველყოფა, აგრეთვე, სამედიცინო პერსონალის სწავლებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების სისტემის ორგანიზებისა და უზრუნველყოფის პირობების შექმნა (ომანაძე, 2023).

3) პოლიტიკური და სამართლებრივი - საკანონმდებლო სფერო სამედიცინო ორგანიზაციების საქმიანობის უზრუნველსაყოფად, სამედი-

ცინო ორგანიზაციების ფუნქციონირებისათვის საკანონმდებლო სფეროს ფარგლებში;

4) გარემოს დაცვა - სანიტარიული და ეპიდემიოლოგიური რეგულაციების დაცვა, ბიოლოგიურ და სახიფათო ნარჩენებთან მუშაობის სტანდარტები, კანონმდებლობის მკაცრი დაცვა, ფინანსური ხარჯების ოპტიმიზაცია ფინანსური ზარალის შემცირების მიზნით;

5) ძალა - სამედიცინო ორგანიზაციების ქონების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, პაციენტებისა და პერსონალის უსაფრთხოების სისტემის შექმნა (ომანაძე, 2023).

6) სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური - სამედიცინო ორგანიზაციის საქმიანობის უსაფრთხოების პირობების უზრუნველყოფა, რომლის შესაძლებლობაც არ არსებობს (Надеина.И.А. С.В. Зайцев, 2018).

ჯანმრთელობის დაცვის სოციალურ-ეკონომიკური უსაფრთხოების პრობლემა დაკავშირებულია ისეთ საკითხებთან, როგორებიცაა სამედიცინო ორგანიზაციების საქმიანობის სამედიცინო, სოციალური და ეკონომიკური ეფექტურობა, ეფექტური სანიტარული და პროფილაქტიკური ღონისძიებები, მედიკამენტების უსაფრთხოება, ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოება და ა.შ (Швец.Ю.Ю, “Структурные изменения в управлении устойчивым развитием в сфере здравоохранения“, 2019).

2018 წელს ტოკიოში ჩატარდა ფორუმი სამედიცინო დახმარების ეფექტურობისა და პაციენტების ჯანმრთელობის უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად. ფორუმის მთავარი ამოცანა იყო პაციენტის უსაფრთხოების პრობლემის შესახებ ცნობიერების ამაღლება. მიღებული დეკლარაცია, რომელიც დაფუძნებულია მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეის 55.18 რეზოლუციაზე, ითხოვს „რაც შეიძლება მეტი ყურადღება მიაქციონ პაციენტის უსაფრთხოებას“ და „შეიქმნას და გაძლიერდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ზომები, რომლებიც აუცილებელია პაციენტის უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის გასაუმჯობესებლად, მათ შორის წამლის

მონიტორინგი, სამედიცინო მოწყობილობები და ტექნოლოგიები“ (ომანაძე.ქ, 2023).

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების ეფექტური ფუნქციონირების, ეროვნული, სოციალური და სოციალურ-ეკონომიკური უსაფრთხოების კონცეფციის სტრუქტურის ფორმირების პირობებში განსაკუთრებით აუცილებელია მათი ფორმულირება იყოს ინსტიტუციური, ანუ სახელმწიფო დონის და სპეციფიკური ტიპის. ასევე ამ დონეზე შეიძლება გამოიყოს მიზნები: ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ჯანმრთელობის შენარჩუნება, დიაგნოზი და მკურნალობა, სადაც მთავარი ამოცანა იქნება კონკრეტულ პაციენტთან კონტაქტი(Швец.Ю.Ю, 2018).

ს. ვლოდარციკი აღნიშნავს ჯანდაცვის სისტემის დუალიზმს რეალური და კონცეპტუალური მიდგომების თვალსაზრისით. ერთი მხრივ, იგი, როგორც კონკრეტული სახელმწიფოს ერთიანი სოციალური სისტემის ნაწილი, მკაფიოდ განსაზღვრული, თანმიმდევრული და დალაგებულია. კონცეპტუალური თვალსაზრისით, ჯანდაცვის სისტემა არის რეალობის, მისი მოდელის სქემატური მიახლოება (ომანაძე.ქ, 2023).

აქედან გამომდინარე, მეცნიერი აყალიბებს ჯანდაცვის სისტემის შემდეგ განმარტებას: „სისტემა მთლიანობაში არის ურთიერთდაკავშირებული ნაწილების, ანუ ადამიანების, პროცესების, პროდუქტების, სერვისების ერთობლიობა, რომლებიც დაკავშირებულია ერთ მიზანთან“. ამავდროულად, აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის დამახასიათებელი სისტემის შემდეგი კომპონენტები: მისი ინსტიტუციური პრინციპები; სისტემის ობიექტები (სამედიცინო ორგანიზაციები); ეროვნული სპეციფიკა და საზოგადოებაში ზოგადად მიღებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ნორმები“ (ვლოდარციკ.ს, 2001).

ჯანდაცვის სისტემის ეს ფართო გაგება აახლოებს მას ჯანდაცვის სისტემის კონცეფციასთან, რაც, თავის მხრივ, წარმოშობს დასკვნას, რომ ჯანდაცვის სისტემის ელემენტია ჯანმრთელობის სისტემის ინსტიტუციური

კომპონენტი (Илларионова.В.А, Система охраны здоровья граждан РФ: состояние и перспективы, 2010) (ომანაძე.ე, 2023).

საერთაშორისო გამოცდილების მიხედვით, თუ ვსაუბრობთ ჯანმრთელობის დაცვის, როგორც სისტემის, უნივერსალობაზე, მაშინ ის, სასურველია, აკმაყოფილებდეს გარკვეულ კრიტერიუმებს. პირველი, ეს არის სისტემის მუდმივი გაუმჯობესების შესაძლებლობა როგორც საბაზრო, ისე ინსტიტუციური მექანიზმების გამოყენებით, აგრეთვე, მათი დამოუკიდებლობის საკმარისი დონის მიღწევა. მეორეც, ეს არის სისტემის გაუმჯობესების მიმართულებების, მასშტაბების, აგრეთვე, ობიექტებისა და საგნების განსაზღვრა. მესამე, ეს არის ჯანდაცვის სისტემის ინტეგრაცია სხვა სოციალურ სისტემებთან (Розмаинский.И, 2011). ტრადიციულად, პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, სადაც ეროვნული შემოსავლის შეფასების მარქსისტული მიდგომა დომინირებდა, ითვლებოდა, რომ ეროვნული სიმდიდრე იქმნებოდა მხოლოდ მატერიალურ სფეროში. ვინაიდან ჯანდაცვა არამატერიალურ სფეროს მიეკუთვნება, მიიჩნეოდა, რომ ამ სფეროში არ ხდებოდა ეროვნული შემოსავლის მატება და აღიქმებოდა, რომ ჯანდაცვის ხარჯვა არის საზოგადოებრივი პროდუქტის მოხმარების ერთ-ერთი გზა და განიხილებოდა, როგორც აუცილებელი საბიუჯეტო შეზღუდვა. ეს იწვევს ნეგატიური დაგროვების პროცესებს და საერთო კეთილდღეობის შემცირებას (Илларионова.В.А, 2013).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული რეკომენდაციებით, ჯანდაცვის სისტემა ფუნქციონირებს მომსახურების მიწოდების სამი სვეტის გარშემო: ჯანმრთელობის დაცვა, დაავადებების პრევენცია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (WORLD HEALTH ORGANIZATION).

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, როგორც მთლიანობაში, ისე მისი თითოეული დონის ეფექტური ფუნქციონირება დამოკიდებულია ყველა ცალკეული კომპონენტის ეფექტურობაზე (Швец.Ю.Ю, Влияние соотношения частного и государственного секторов в системе здравоохранения на качество предоставляемых медицинских услуг, 2017). დონე, რომელიც

უზრუნველყოფს ინდივიდუალურ მომსახურებას პაციენტების ჯანმრთელობის შენარჩუნების, დაავადებების თავიდან აცილებისა და ა.შ. სათანადო პირობების შექმნის გარეშე, სავარაუდოდ, არ იქნება წარმატებული (Shvets.Y.Y, 2020)ამ მხრივ, თითოეულ დონეზე აუცილებელია უზრუნველყოფილი იყოს ფინანსური, იურიდიული, პერსონალი, ტექნოლოგიური და სხვა რესურსები (ომანაძე, 2023).

საბოლოო ჯამში უნდა ჩამოვყალიბდეთ, რომ, როგორც წესი, მნიშვნელობა არ აქვს, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების რა პროცენტურაა მიღებული ქვეყანაში, აღნიშნული ფუნქციები, რომლებიც ჩვენ მიერ იქნა განხილული, ყველგან მეტ-ნაკლებად ხორციელდება. შესაძლოა, თითოეული განხორციელებული ფუნქციის ხარჯი განსხვავდებოდეს. მოდელი, რომელიც აჩვენებს სისტემის თითოეულ საგანს შორის ურთიერთმოკიდებულებას, ხელს შეუწყობს სისტემის მუშაობის მექანიზმის გაგებას (ომანაძე, 2023).

1.2 ჯანდაცვის სისტემის საერთაშორისო მოდელები, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები

ჯანმრთელობის სისტემა წარმოადგენს ყველა დაწესებულების, ორგანიზაციის, მატერიალური და ადამიანური რესურსების მთლიანობას. რომლებიც მონაწილეობენ ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიებებში. მისი წარმატებული ფუნქციონირებისთვის აუცილებელია პრობლემების ეფექტურად გადაჭრა შემდეგ მთავარ პოზიციებზე: პერსონალი; ინფრასტრუქტურა; აღჭურვილობა და მედიკამენტები; მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფა; პროგრესის თვალყურის დევნება; დაფინანსება (ომანაძე, 2022).

როგორც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აღნიშნავს, მნიშვნელოვან ჯანდაცვაზე შეზღუდული წვდომა ბევრ განვითარებად ქვეყანაში განპირობებულია მათი ჯანმრთელობის სისტემების მძიმე მდგომარეობით.

ჯანმო ხაზს უსვამს, რომ დედამიწის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაში ცვლილებების შესატანად მთავრობებმა უმჯობესია შექმნან ძლიერი და ეფექტური ჯანდაცვის სისტემები, დაავადების პრევენცია და მკურნალობა ყველა ადამიანისთვის, განურჩევლად რასობრივი, ეროვნული, სოციალური, სქესობრივი და სხვა მიმართულებისა(WORLD HEALTH ORGANIZATION).

განვითარებულ ქვეყნებში დომინირებს ისეთი ჯანდაცვის მოდელები, როგორცაა: ბევერიჯი, სემაშკო, ბისმარკი. როდესაც ვაკეთებთ ჯანდაცვის მოდელების ანალიზს, აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ ორი გარემოება: პირველი, თითოეული მოდელი წარმოადგენს თითოეული ქვეყნის ან ქვეყნების ჯგუფის სისტემის სინთეზურ აღწერას, სადაც სისტემები თითქმის იდენტურია და მეორეც, სისტემა, სადაც შედარებულია ყველა ქვეყანაში განსხვავებულად ფუნქციონირებული სისტემები (ომანაძე, ქ, 2022).

განვიხილოთ ბისმარკის მოდელი. ისტორიულად, ეს იყო პირველი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა. იგი ემსახურებოდა რიგითი მუშაკების ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, რომლებიც ითვლებოდნენ პოტენციურ სამხედრო პერსონალად. თავდაპირველად შეიქმნა სოციალური დაზღვევის ფონდები, რომლებიც იხდიდნენ მკურნალობის ხარჯებს, გასცემდნენ უმუშევრობის შეღავათებს, პენსიებს და სხვა. თანდათან გაჩნდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდები. ჯანდაცვის ამ სისტემას ასევე უწოდებენ გერმანულ მოდელს, ან კონტინენტურ მოდელს.

ბისმარკის სისტემის მიხედვით, ექიმები უფასო სუბიექტები არიან, რომლებიც თავიანთ მომსახურებას სთავაზობენ სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე. სახელმწიფო კანონიერად ავალდებულებს დამსაქმებლებს, მონაწილეობა მიიღონ დასაქმებულთა სამედიცინო დახმარების გადახდაში ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდების მეშვეობით. დამსაქმებლები იხდიან მხოლოდ ნაწილს იმ სამედიცინო მომსახურების ღირებულებისა, რომელიც

გაწეული იყო მუშებისთვის. სამედიცინო მომსახურების ღირებულების მეორე ნაწილს თავად მუშები იხდიან (ომანაძე, ქ, 2022).

ბისმარკის სისტემის მიხედვით, სადაზღვევო კომპანიები და სტრუქტურები, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სუბიექტები არიან, ვალდებულნი არიან გამოიყენონ მთელი შეგროვებული სახსრები მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების გადასახდელად. ბისმარკის სისტემის დამახასიათებელი ნიშანია დამოუკიდებელი სადაზღვევო ფონდების არსებობა, რომლებიც იმართება სახელმწიფო თუ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით, მათ საქმიანობას მკაცრად არეგულირებს სახელმწიფო (BAՅBA.O.B., 2016).

ბისმარკის სისტემის მიხედვით ჯანდაცვის სისტემა ორგანიზებულია ისეთ ქვეყნებში როგორებიცაა: ბელგია, ლუქსემბურგი, გერმანია, ნიდერლანდები, საფრანგეთი, შვეიცარია.

ბისმარკის სისტემის უპირატესობები:

- სამედიცინო მომსახურების სოლიდარობის პრინციპი;
- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა ქვეყნის მთელი მოსახლეობისთვის.

ბისმარკის სისტემის ნაკლოვანებები:

- დიდი ადმინისტრაციული პერსონალი;
- სამედიცინო დაწესებულებებთან დასახლებების რთული სისტემა; სადაზღვევო ინფრასტრუქტურის შენარჩუნების მაღალი ხარჯები.

ჯანდაცვის მეორე მოდელი, რომელსაც განვიხილავ, არის ბევერიჯის მოდელი (ომანაძე, ქ, 2022).

სისტემა შემოგვთავაზა ინგლისელმა ეკონომისტმა ბევერიჯმა. იგი დაფუძნებულია დაზღვევის ჩვეულებრივი პრინციპების გადაცემის სისტემაზე. სახელმწიფო ავრცელებს სატრანსფერო გადახდებს მხოლოდ იმ პირებზე, რომლებიც ვერ უზრუნველყოფენ სამედიცინო დახმარებას. მაგალითად, ბავშვები.

ბისმარკის სისტემისგან განსხვავებით, ბევერიჯის ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემაში ექიმები არ არიან სუბიექტები სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე, მაგრამ მოქმედებენ, როგორც დაქირავებული მუშაკები. ბევერიჯის სისტემა ინარჩუნებს კონკურენციას ექიმებს შორის, მაგრამ ეს კონკურსი არის არა ფონდებისთვის, არამედ სახელმწიფო სახსრებისთვის. სამედიცინო მუშაკის ხელფასი დამოკიდებულია გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე და ექიმისა და ექთნის კვალიფიკაციაზე (ომანაძე, ქ, 2022).

ბევერიჯის სისტემის მიხედვით ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზებისას პაციენტები შეზღუდულნი არიან სამედიცინო დახმარების ვარიანტების არჩევანში.

ბევერიჯის სისტემა დაინერგა დიდ ბრიტანეთში, საბერძნეთში, დანიაში, ირლანდიაში, იტალიაში, ესპანეთში, კანადაში, ნორვეგიაში, პორტუგალიასა და ფინეთში.

ბევერიჯის სისტემის უპირატესობები:

- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა ქვეყნის მთელი მოსახლეობისთვის;
- სამედიცინო და პროფილაქტიკური დაწესებულებების დაფინანსების შედარებით მარტივი ტექნოლოგიები;
- შედარებით მარტივი ანაზღაურების სისტემა ინდუსტრიაში.

ბევერიჯის სისტემის ნაკლოვანებები:

- ეკონომიკური ეფექტურობის საბაზრო სტიმულირების ნაკლებობა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სუსტი მოტივაცია;
- ჯანდაცვის სექტორის განვითარებისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მნიშვნელოვანი ფინანსური რესურსების საჭიროება (BAЭBA.O.B, 2016) (ომანაძე, ქ, 2022).

ბევერიჯის მოდელის იდეალურობა იყო სრული დასაქმება, დაბალი, მაგრამ საკმარისად მინიმალური სოციალური შეღავათები სახელმწიფოს

მიერ იყო გარანტირებული. თუ ბისმარკის მოდელში მთავარი იდეა იყო „ეკონომიკური სოლიდარობა“, ბევრიჯის მოდელის მთავარი კონცეფცია იყო „სოციალური სამართლიანობა“, რომლის მოდელი იყო ომისშემდგომი დიდი ბრიტანეთი.

ჯანდაცვის მესამე მოდელი, რომელსაც განვიხილავ, არის სემაშკოს მოდელი. სისტემა ხასიათდება დარგის დაფინანსებით სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მკაცრი ცენტრალიზებული მენეჯმენტით და სახელმწიფოს მიერ კონტროლით.

მოდელი ეფუძნება ჯანდაცვის ბაზრის ორგანიზაციის საჯარო მმართველობის სისტემით შეცვლას. მოდელი ფოკუსირებულია ინდუსტრიის ბიუჯეტის ფორმირების ცენტრალიზებულ მექანიზმზე, სახელმწიფო შეკვეთებზე დაფუძნებული მატერიალურ-ტექნიკური და წამლების მხარდაჭერის ორგანიზებაზე და მარაგის მიწოდებაზე, ფიქსირებულ ფასებზე, სამედიცინო ქსელის ფორმირებასა და განვითარებაზე მთავრობის რეგულაციების შესაბამისად. სახელმწიფო, რესურსები, ხელფასები და ა.შ (ომანაძე, ქ, 2022).

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება ექსკლუზიურად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, რაც არ არის დამოკიდებული რეგიონებიდან შემოსულ შემოსავლებზე, ანუ არსებობს სახელმწიფოს მიერ წარმოდგენილი სამედიცინო მომსახურების ერთი მომხმარებლის სისტემა. ამ სისტემაში ექიმებისა და პაციენტების ურთიერთქმედება ყველა ასპექტში რეგულირდება და ექვემდებარება ეკონომიკის დაგეგმვისა და განაწილების ორგანიზაციის პრინციპებს. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციის ნორმატიული და ადმინისტრაციული ფორმა აღმოფხვრის საბაზრო სისტემის ნაკლოვანებებს (ომანაძე, ქ, 2022).

ჯანდაცვის მართვის სისტემას არ ესაჭიროება ცალკეულ დამოუკიდებელ მომხმარებელთა სტრუქტურა, რომელიც პასუხისმგებელია სახსრების მოზიდვასა და თითოეული რეგიონის მოსახლეობის ინტერესების წარმომადგენლობაზე. ის რეალურად წარმოდგენილია შემსრულებლის

ვერტიკალით, მათ შორის სახელმწიფო (ჯანმრთელობის სამინისტრო), ტერიტორიული (სსრკ-ში - რესპუბლიკური ჯანდაცვის სამინისტროები, დამოუკიდებელ უკრაინაში - რეგიონული ჯანდაცვის დეპარტამენტები) და ადგილობრივი ჯანდაცვის ორგანოები. ეს სისტემა დამახასიათებელია გეგმიური ეკონომიკის მქონე ქვეყნებისთვის.

სემაშკოს სისტემის უპირატესობები:

- ეფექტურია საგანგებო სიტუაციებში (ომები, ეპიდემიები);
- მოსახლეობის ყველა სეგმენტის უზრუნველყოფა ყველა ან ძირითადი ტიპის სამედიცინო მომსახურებით;
- ჯანდაცვის სისტემის მაღალი თანაფარდობა დახარჯული თანხების მხრივ.

სემაშკოს სისტემის ნაკლოვანებები:

- სამედიცინო მომსახურების განვითარების დაბალი მაჩვენებლები;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით მოტივაციის ნაკლებობა;
- მედიცინის მუშაკთა ხელფასების დაბალი დონე.

ბოლო წლების განმავლობაში, ჯანმოს ევროპის რეგიონის ჯანდაცვის ორგანოებმა გამოავლინეს ინტერესი ჯანმრთელობის სისტემის მუშაობის ანალიზისა და შეფასების მიმართ, რომელიც სტრატეგიული მართვის იარაღია. ჯანმრთელობის სისტემის მუშაობის შეფასება აუცილებელია ჯანმრთელობის სისტემის განმტკიცების სტრატეგიისა და განჭვრეტის მიზნით, სხვადასხვა პროგრამებისა და სექტორების ურთიერთქმედებისა და ურთიერთგადაკვეთის პლატფორმის შესაქმნელად, რათა გატარდეს ერთობლივი მოქმედებები და დადებითი გავლენა იქონიოს ჯანმრთელობის პრევენციის საკითხების მოგვარებაზე (ომანაძე, ქ, 2022).

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, ჯანდაცვის მიმართულებით მიმდინარე რეფორმებმა საინტერესო და მრავალფეროვანი პერიოდი განვლო. ეს პროცესები, რომლებიც სისტემის გაუმჯობესებისთვის განხორციელდა, შეგვიძლია დავყოთ ოთხ ეტაპად: პირველი ეტაპი - ეს იყო

„ინერციის“ პერიოდი -1991-1994 წლებში, მომდევნო ეტაპია 1995-2003 წლის ჩათვლით, რეფორმების შემდგომი პერიოდი განხორციელდა 2004-2012 წლებში, საბოლოო რეფორმების პერიოდი 2013 წლიდან დღემდე.

1991-1994 წლებში, როდესაც საბჭოთა რეჟიმი დაინგრა, საქართველოს ჯანდაცვა ისევ აგრძელებდა ჯანდაცვის საბჭოთა ეგრეთ წოდებულ „სემაშკოს“ მოდელით მუშაობას. მოგეხსენებათ, იმ პერიოდში ქვეყანაში განვითარდა ეკონომიკური კოლაფსი, რასაც მოჰყვა არარეგულირებადი სამედიცინო ბაზარი. მინიმუმამდე შემცირდა სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსება, ინფრასტრუქტურა სრულად ამორტიზირებული იყო (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

1995 წელს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემამ სწორედ ეს მოდელი აირჩია სრულყოფისათვის. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა ყოვლისმომცველ სამედიცინო დახმარებას, რის გამოც აუცილებელი გახდა სახელმწიფო ვალდებულებანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დაბალანსებულიყო მის შესაძლებლობებთან. საქართველოს 1995 წლის კონსტიტუციის (მიღებული იქნა 1995 წლის 24 აგვისტოს) 37-ე მუხლით, სახელმწიფომ პირველად განაცხადა, რომ ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებლობის ტვირთი ნაწილდება სახელმწიფოს სხვადასხვა სუბიექტზე და სამედიცინო მომსახურება აღარ არის უფასო. სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა აღარ არის ყოვლისმომცველი და ვალდებულებები განისაზღვრება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით, აგრეთვე დარგის მართვის (რეგულირების) მექანიზმებით. საზოგადოებას რჩება უფლება, ხელი მიუწვდებოდეს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებაზე (ვერულავა.თ, 2021).

საქართველოს მთავრობის 2007 წლის N11 დადგენილებით დამტკიცდა „ჰოსპიტალური განვითარების გენერალური გეგმა“, რომე-

ლიც გულისხმობდა, რომ ქვეყანაში უნდა შექმნილიყო 100 მრავალპროფილური სამედიცინო დაწესებულება, რომლებიც გათვლილი იქნებოდა 7800 საწოლზე. საბოლოოდ აღმოჩნდა, რომ რეგიონებში ინვესტირების სახით ნაკლები დაინტერესება იყო, ამიტომ ამ გეგმის განხორციელება ვერ მოხერხდა (ომანაძე, ქ, 2022).

ამავე წელს, 2007-ში, საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილებით დაიწყო რეფორმების ახალი ტალღა. ბევერიჯის მოდელი - ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული (ბევერიჯის) მოდელი საკმაოდ ჰგავს სემაშკოს სისტემას, რომელიც მთლიანად გამორიცხავს დაზღვევის პრინციპს. დაზღვევის ნაცვლად, ჯანდაცვა მთლიანად ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და, ზოგადად, საგადასახადო შემოსავლებიდან. ბევერიჯის მოდელში სახელმწიფო უფრო დომინანტურ როლს ასრულებს, ვიდრე ბისმარკის მოდელში, რადგან ჯანდაცვის ორგანიზაციები უფრო მეტად არიან დამოკიდებულნი სახელმწიფოზე (ვერულავა, თ., 2021). გაჩნდა კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარების პერსპექტივა. კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომელთაც უნდა მოეხდინათ ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფა, გადაეცათ მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფები.

2013 წლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია, გაზარდოს მოსახლეობისთვის სამედიცინო სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა. თავდაპირველად დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პირველი ეტაპი, რაც გულისხმობდა თითოეული მოქალაქის მინიმალური პაკეტით უზრუნველყოფას, პროგრამას მართავდა „სოციალური მომსახურების სააგენტო“. 2013 წლის ივნისიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის მეორე ეტაპი, რაშიც იგულისხმება ბაზისური პაკეტის გაზრდა მოსახლეობისთვის. რაც შეეხება სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილ სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობას, 2012 წელთან შედარებით 2017-ში გაორმაგდა და 365 მილიონი ლარიდან 800 მილიონ ლარამდე გაიზარდა(საქართველოს

ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

ყველა ქვეყანა ინდივიდუალურ გზას გადის უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის მისაღწევად. ჯანდაცვის მოდელების წარმატება, ზოგადად, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ეკონომიკური რესურსი აქვს ქვეყანას და როგორია სამთავრობო პოლიტიკა. მოგეხსენებათ, საქართველო მწირი ეკონომიკური რესურსის ქვეყანაა, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც საშუალებას აძლევს თითოეულ ბენეფიციარს ისარგებლოს შესაბამისი სერვისებით, კარგი ნაბიჯია, თუმცა სამუშაო საკმაოდ ბევრია სამედიცინო ხარისხის გაუმჯობესებისა და მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის კუთხით. ჯანდაცვის სისტემის სწორი დაგეგმვა, კლინიკური და სტატისტიკური ჯგუფების გამოყენებით, სამედიცინო ორგანიზაციების სათანადო ფუნქციონირების ორგანიზება, ასევე მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა უზრუნველყოფს მათ მიღწევას (ომანაძე, ქ, 2022).

თავი 2: კატასტროფისთვის მზადყოფნის საჭიროება

გაეროს კატასტროფების რისკის შემცირების საერთაშორისო სტრატეგია - UNISDR (2009) კატასტროფისთვის მზადყოფნა, ნიშნავს სამთავრობო და სათემო ორგანიზაციების შესაძლებლობას და უნარს, რეაგირება მოახდინონ, ეფექტურად და სწრაფად გამოვიდნენ კატასტროფების უარყოფითი ზემოქმედებისგან.

სამედიცინო დაწესებულებები დიდ როლს ასრულებენ კატასტროფული მოვლენების მიმდინარეობისას და მათი როლი, ძირითადად, სიცოცხლის გადარჩენაზეა ფოკუსირებული (Mulyasari, 2013). საგანგებო სიტუაციებისთვის მზადყოფნა მიზნად ისახავს ავადობისა და სიკვდილიანობის პრევენციას, დაშავებულებზე ზრუნვას, არახელსაყრელი პირობების შესწავლას ნორმალური ჯანმრთელობის აღდგენის უზრუნველსაყოფად, ჯანდაცვის სერვისების აღდგენას, პერსონალის დაცვას და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვას (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

სამედიცინო დაწესებულებები მიეკუთვნება ჯანდაცვის ცენტრებს, რომელთა სწრაფ და ეფექტურ მომსახურებას შეუძლია მნიშვნელოვანი როლი შეასრულოს კატასტროფებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებაში. შესაბამისად, რეკომენდებულია, სამედიცინო დაწესებულებები აშენებული და დაპროექტებული იყოს ისე, რომ მათ შეძლონ ყველა სახის კრიზისული სიტუაციის ეფექტურად მართვა. კატასტროფებს აქვს უნარი, წინა პლანზე წამოწიოს სტრუქტურების დაუცველობა. (DISASTER MANAGEMENT PLAN) კატასტროფები გავლენას ახდენს ქვეყნების ეკონომიკურ, პოლიტიკურ და კულტურულ მდგომარეობაზე, იწვევს ჯანდაცვის სექტორის გადატვირთულობას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. სტატისტიკა აჩვენებს, რომ დაახლოებით 3,4 მილიარდი ადამიანი ცხოვრობს სტიქიური უბედურების ცხელ წერტილებში. კატასტროფების შერბილებისათვის საჭიროა მეტი ქმედება,

მათ შორის: რისკის შეფასება, სტრუქტურული და არასტრუქტურული პრევენცია და საგანგებო სიტუაციების დაგეგმვის, გაფრთხილებისა და ევაკუაციისათვის მზადყოფნა (Bajow, 2014). საზოგადოების არცერთი ნაწილი არ არის დაცული კატასტროფებისგან, ყოველწლიურად მილიონობით ადამიანი განიცდის სტიქიურ უბედურებას, კატასტროფები ტოვებენ ისეთ გლობალურ პრობლემებს, როგორცაა: ეკონომიკური ზარალი, დაღუპულთა დიდი რაოდენობა. ყველაზე დიდ გავლენას ამ მხრივ განიცდიან ეკონომიურად და სოციალურად ღარიბი ქვეყნები (Heidaranlu E, 2015).

კატასტროფების სიხშირით აზიის რეგიონი ლიდერობს, ინდოეთი - ეს არის ერთ-ერთი ყველაზე მიდრეკილი ქვეყანა სტიქიური მოვლენებისკენ (Panel. E, 2018) (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

კატასტროფების კვალიფიკაცია იყოფა ორ ნაწილად - ბუნებრივი კატასტროფები, რომლებსაც მიეკუთვნება: ბუნებრივი მოვლენები დედამიწის ზედაპირის ქვეშ, მიწისძვრა, ცუნამი, ვულკანური ამოფრქვევა და ადამიანის მიერ შექმნილი კატასტროფები: ომი, ბირთვული, ბიოლოგიური და ქიმიური ომი.

კატასტროფების რისკის შემცირების სისტემის ინსტიტუციური შესაძლებლობების შეფასების ანგარიში, 2014

კატასტროფების რისკის შემცირების სისტემის ინსტიტუციური შესაძლებლობების შესწავლა, რომელიც 2014 წელს განხორციელდა საქართველოში, მიზნად ისახავდა კატასტროფების რისკის შემცირებასთან დაკავშირებული შესაძლებლობების ძლიერი და სუსტი მხარეების განსაზღვრას. იგი დაფუძნებული იყო გაეროს წევრი ორგანიზაციების მიერ შემუშავებულ მეთოდოლოგიაზე. შესწავლის დასრულების შემდეგ, შესწავლის ანგარიშში წარმოდგენილი დასკვნები აგებული იყო ჰიოგოს სამოქმედო ჩარჩო-პროგრამაში (HFA) განსაზღვრული მოქმედებების ხუთი პრიორიტეტული მიმართულების მიხედვით (გაეროს განვითარების პროგრამა, 2014).

კატასტროფებისა და საგანგებო სიტუაციების მართვასთან დაკავშირებული საკითხები ჩვენს ქვეყანაში რეგულირდება საქართველოს კონსტიტუციით, რამდენიმე კანონითა და განკარგულებით, ასევე, ბრძანებებითა და დებულებებით. მთავრობის 2014 წლის 6 იანვრის N 38 დადგენილების შესაბამისად, საქართველოს მთავრობის სტრუქტურაში შეიქმნა სახელმწიფო უსაფრთხოებისა და კრიზისების მართვის საბჭო.

საბჭოს მიზანი იყო ნებისმიერი საფრთხის განსაზღვრა სტრატეგიულ და ტაქტიკურ დონეზე და მისი თავიდან აცილება. საბჭოს ფუნქციებში შედის შიდა და გარე საფრთხეების შეფასება, უსაფრთხოებასთან პირდაპირ კავშირში არსებული შიდა და გარე პოლიტიკური საფრთხეები. მძიმე პოლიტიკური, სოციალურ-ეკონომიკური, ასევე ეკოლოგიური შედეგების თავიდან აცილებისთვის საჭირო ქმედებების შემუშავება და განხორციელება, კრიზისების მართვა პოლიტიკურ დონეზე (გაეროს განვითარების პროგრამა, 2014).

ამჟამად არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად, საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების ეროვნული სისტემა კატასტროფების მასშტაბის შესაბამისად სამ საფეხურად არის წარმოდგენილი:

- ადგილობრივი მცირემასშტაბიანი კატასტროფა, რომელიც მუნიციპალიტეტისა და იქ არსებული საგანგებო სიტუაციების მართვის დეპარტამენტის პასუხისმგებლობაა.

- კატასტროფა, რომელიც სცდება მუნიციპალიტეტის შესაძლებლობებს, გადადის რეგიონული ხელისუფლების პასუხისმგებლობაში. ამ შემთხვევაში იქმნება საგანგებო სიტუაციებზე მორეაგირე სპეციალური ჯგუფები.

- როდესაც კატასტროფა არის სახელმწიფო მასშტაბების, ეს უკვე ცენტრალური ხელისუფლების პასუხისმგებლობაა.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო კოორდინირებას უწევს დაავადებათა პრევენციასა და გარემო ფაქტორების საზიანო ზემოქმედებისგან მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას. სამინისტრო

ვალდებულია, საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საერთაშორისო მნიშვნელობის საგანგებო მდგომარეობის აღმოჩანისას, დროულად მიაწოდოს ინფორმაცია შესაბამის საერთაშორისო სტრუქტურებს.

ეროვნული რეაგირების გეგმის შესაბამისად, სამედიცინო დახმარების ღონისძიებებზე პასუხისმგებლობა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ეკისრება. რეაგირების დარგობრივ გეგმაზე პასუხისმგებელია სამინისტრო, ხოლო საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირებისათვის გამოიყოფა სარეზერვო ფონდი (გაეროს განვითარების პროგრამა, 2014).

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის N01-50/ნ ბრძანებით, რომელიც თარიღდება 2019 წლის 11 ივნისით, განისაზღვრა საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - საგანგებო სიტუაციებისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის საქმიანობა, ძირითადი ფუნქციები და მიზნები (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2019).

ცენტრი უზრუნველყოფს მოსახლეობისათვის უწყვეტი სამედიცინო დახმარების მიწოდებას, როგორც ყოველდღიურ რეჟიმში ასევე სხვადასხვა სახის კატასტროფების, ეპიდემიებისა და პანდემიის დროს, ასევე უზრუნველყოფს საომარი მდგომარეობის დროს დამდგარი საგანგებო სიტუაციებისას სწრაფი და ხარისხიანი სამედიცინო დახმარების მიწოდებას.

ცენტრი ახორციელებს სასწრაფო სამედიცინო და რეფერალური დახმარების მიწოდებას კანონით დადგენილი წესის ფარგლებში. მის ფუნქციებში შედის საგანგებო სიტუაციების დროს დროული და ადეკვატური რეაგირება, სამედიცინო დაწესებულებებს შორის დროული სამედიცინო ტრანსპორტირების კოორდინაცია, ასევე, საგანგებო სიტუაციების დროს რისკის მართვის გეგმის შედგენა - განხორციელება, რათა უზრუნველყოს დაზარალებული მოსახლეობისთვის დროული სამედიცინო მომსახურების გაწევა (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2019).

ცენტრის ფუნქციებში შედის სამედიცინო დაწესებულებების მდგრადობისა და უსაფრთხოების შეფასება და, ასევე, საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების სწავლება, დაგეგმვა და ორგანიზების უზრუნველყოფა, შემდგომში ეს უნარ - ჩვევები გამოყენებული იქნება დაზარალებული მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გასაწევად.

ცენტრი უზრუნველყოფს საგანგებო სიტუაციების დროს სამინისტროსთვის გადაცემული ჰუმანიტარული ტვირთის განაწილებას კანონმდებლობის შესაბამისად. საგანგებო სიტუაციებისა და სპეციალური ოპერაციების დროს ცენტრი უზრუნველყოფს სამედიცინო ბრიგადების აღჭურვას შესაბამისი ტექნიკით, ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის უწყვეტ განათლებას.

ცენტრი თანამშრომლობს საერთაშორისო სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2019).

სექტორში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების 85%, როგორც ვიცით, არის კერძო საკუთრება, ძირითადად ახალაშენებული ან რეაბილიტირებული. როდესაც საგანგებო სიტუაციები იქმნება, ყველა სამედიცინო დაწესებულება გადადის სამინისტროს დაქვემდებარებაში. სამინისტროს ექვემდებარება, ასევე, სისხლის ბანკიც. საგანგებო სიტუაციების დროს მედიკამენტების გაცემა ხდება უფასოდ, რაც სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხებით ანაზღაურდება. სამინისტროსთან კოორდინირებულად ხდება კატასტროფის გეგმის განახლება, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებებში არსებობს. საგანგებო სიტუაციების დროს ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურაში შემავალ დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს მკაფიოდ განსაზღვრული ფუნქციები აქვს (გაეროს განვითარების პროგრამა, 2014).

2008 წლის შემდეგ საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებას, ერთადერთ არასახელმწიფო ინსტიტუციას, დაევალა ეროვნული გეგმის კონკრეტული ამოცანების შესრულება. (პრეზიდენტის 2008 წლის 26

ავგისტოს 415-ე ბრძანებულების საფუძველზე) წითელი ჯვრის საზოგადოება მონაწილეობს სამძებრო და სამაშველო საქმიანობებში გადაუდებელი სიტუაციების ზონებში. შსს-ს საგანგებო სიტუაციების დეპარტამენტის კოორდინაციით, საქართველოს წითელი ჯვარი კოორდინაციას უწევს კატასტროფული მოვლენების შემდგომ ლიკვიდირების საქმიანობას. იგი წარმოადგენს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დამხმარე ორგანიზაციას. გადაუდებელი მოვლენების დროს უზრუნველყოფს დაჭრილებისთვის პირველადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენას, ასეთი სიტუაციების დროს იქმნება სავსე საავადმყოფოები. საქართველოს წითელი ჯვარი, ასევე, წარმოადგენს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს დამხმარე ორგანიზაციას, რომელიც კატასტროფების დროს ახდენს საკვებისა და წყლის მიწოდებას (გაეროს განვითარების პროგრამა, 2014).

2.1 საავადმყოფოს კატასტროფის გეგმა

საგანგებო სიტუაციებისა და კატასტროფული მოვლენებისთვის მზადყოფნა ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციისთვის მნიშვნელოვანია. თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებას აუცილებელია ჰქონდეს გეგმა გადაუდებელი მოვლენებისათვის, რომელიც უზრუნველყოფს გადაუდებელი მოვლენების კატეგორიზაციას დონეებად, მოვლენის ბუნების მიხედვით. ასევე, გეგმა განსაზღვრავს კატასტროფების მართვის გუნდებისა და პერსონალის ხელმისაწვდომობას (United Nations Development Program and government of India, 2002).

სამედიცინო დაწესებულებების კატასტროფების მართვის გეგმის მთავარი მიზანია პერსონალის ოპტიმალურად მომზადება სამედიცინო დაწესებულების ინსტიტუციური რესურსებისა და სტრუქტურების ეფექტური მუშაობისათვის. (DISASTER MANAGEMENT PLAN) საავადმყოფოს კატასტროფების მართვის გეგმა არის წერილობითი დოკუმენტი, რომელიც, სასურველია, ხელმისაწვდომი იყოს სამედიცინო დაწესებულების

პერსონალისთვის. კატასტროფის გეგმა აუცილებლად უნდა იყოს ყოვლისმომცველი სამოქმედო გეგმა, რომელიც აუცილებელია მოიცავდეს კატასტროფისთვის მზადყოფნას, რეაგირებასა და აღდგენას (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

სამედიცინო დაწესებულების კატასტროფის გეგმების პრინციპებია: იყოს მარტივი და ოპერატიულად ფუნქციონალური; ასევე, შესრულებადი სხვადასხვა ფორმის კატასტროფებისათვის; სასურველია, იყოს საკმარისად ყოვლისმომცველი, რათა მოხდეს სამედიცინო დაწესებულებების ქსელი-სათვის საერთო პოლიტიკის ფორმულირება; გეგმა, მიზანშეწონილია, იყოს ადაპტირებადი, მიუხედავად იმისა, რომ კატასტროფის გეგმა მიზნად ისახავს სტანდარტის უზრუნველყოფის პროცედურებს; არ უნდა იყოს იზოლირებული, არამედ უმჯობესია იყოს ინტეგრირებული რეგიონულ და ქვეყნის გეგმასთან.

სამედიცინო დაწესებულებები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაში. საზოგადოება მას აღიქვამს, როგორც დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და შემდგომი დაკვირვების სასიცოცხლო რესურსს. კატასტროფების დროს სამედიცინო დაწესებულება იძულებულია უზრუნველყოს პაციენტების დიდი რაოდენობის მომსახურება შეზღუდულ დროში, რაც იწვევს მისი ინფრასტრუქტურის გადატვირთვას. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის კატასტროფა არის „რესურსების დროებითი ნაკლებობა, რომელიც გამოწვეულია მოულოდნელად დიდი რაოდენობის პაციენტთა შემოდინებით“. სამედიცინო დაწესებულების კატასტროფების მენეჯმენტი იძლევა სიტუაციის დაგეგმვის, რაციონალური რეაგირების შესაძლებლობას.

კატასტროფის მართვა შეუძლებელია სახელმწიფოსა და საერთაშორისო სააგენტოების ჩართულობის გარეშე. კატასტროფების ნეგატიური შედეგების შესამცირებლად მნიშვნელოვანია საზოგადოების მომზადება (Panel. E, 2018).

სამედიცინო დაწესებულებების კატასტროფების მართვა დაყოფილია სამ ეტაპად: კატასტროფამდელი ფაზა, კატასტროფის ფაზა, კატასტროფის შემდგომი ფაზა (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

კატასტროფამდელი ეტაპი მოიცავს მომზადების პროცესს, რაც ძალზე მნიშვნელოვანია კატასტროფულ მოვლენებზე ეფექტური რეაგირებისათვის. სამედიცინო დაწესებულებებისათვის ეს ეტაპი მოიცავს გადაუდებელი შემთხვევების დაგეგმვას, კატასტროფებზე რეაგირებაში ჩართული პერსონალის განათლებასა და ტრენინგს (Chimenya, 2011).

კატასტროფის ფაზა შესაძლოა დაიყოს სამ ქვეფაზად:

ა) აქტივაციის ეტაპზე ინიშნება საავადმყოფოს კატასტროფების მართვის მთავარი მენეჯერი.

ბ) საოპერაციო ფაზაში დაზიანებულ ადამიანებს უტარდებათ ჰოსპიტალური ოპერაციები გადაუდებელი დახმარების გეგმის შესაბამისად.

გ) დეაქტივაციის ქვეფაზაში მცირდება მსხვერპლთა ნაკადი, შედეგად, იგი არ აჭარბებს საავადმყოფოს რესურსებს და ხდება გადაუდებელი დახმარების გეგმის დეაქტივირება (United Nations Development Program and government of India, 2002).

კატასტროფის შემდგომი ფაზა უნდა იყოს ინტეგრირებული გადაუდებელი დახმარების გეგმასთან. იგი მოიცავს კატასტროფამდელი და კატასტროფის ფაზების ყველა აქტივობის შეფასებას და განსაზღვრავს მათი გაუმჯობესების მოქმედებებს მომავალში (Chimenya, 2011) (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

2.2 ჰოსპიტალური კატასტროფისთვის მზადყოფნა

გადაუდებელი დახმარების დროს სამედიცინო მომსახურების მიზანია, ხელმისაწვდომი რესურსებით შესთავაზოს ყველაზე ეფექტური მკურნალობა დაშავებულთა დიდ რაოდენობას, ამიტომ სამედიცინო დაწესებულებები უმჯობესია იყვნენ კარგად მომზადებული გადაუდებელი მოვლენებისთვის. სამედიცინო დაწესებულებები ცენტრალური ობიექტებია გადაუდებელი დახმარების უზრუნველსაყოფად და, შესაბამისად, როდესაც

ხდება კატასტროფა, საზოგადოება დამოკიდებულია სამედიცინო დაწესებულებაზე, რათა მიიღონ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება(WORLD HEALTH ORGANIZATION, United Nations Development Program). მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს კატასტროფისა და საგანგებო სიტუაციების მართვის სისტემა და ჰაიდლაინები, მაინც გვხვდება განსხვავებები სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კატასტროფებისთვის მზადყოფნის თვალსაზრისით, რაც ასახავს, თუ მართვის როგორი განსხვავებული დონე აქვს ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებას სხვებთან შედარებით (FEMA, 2006). განსხვავებები ბევრ სფეროშია, როგორცაა სამედიცინო დაწესებულების შესაძლებლობა, შეასრულოს განსაზღვრული ამოცანები, მახასიათებლები და მართვის სტილი; ამ განსხვავებებზე გავლენას ახდენს სამედიცინო დაწესებულებისა და მისი საზოგადოების ზომა და მდებარეობა (Corbaley, 2010) (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

მიუხედავად იმისა, რომ კრიზისის მრავალი განმარტება არსებობს, ის, უმეტესად, განიმარტება, როგორც სიტუაცია, როდესაც ათასობით დამავებული და მსხვერპლი მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას, რათა გამოიყენონ ჯანდაცვის სერვისები. ასეთ ვითარებაში ამ უკანასკნელთა მზადყოფნა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია და განიხილება მათთვის სპეციფიკურ მოთხოვნად (Jacques, 2014). სამედიცინო დაწესებულების მზადყოფნა არის მრავალგანზომილებიანი ტერმინი, რომელიც დაკავშირებულია სამედიცინო შეზღუდვებთან და სხვა შესაბამის პირობებთან. ჯანდაცვის დაწესებულებების მენეჯერებმა სრულად უნდა გააანალიზონ კრიზისების საშიშროება და შეეცადონ გააუმჯობესონ თავიანთი მზადყოფნა ამ პირობების წინააღმდეგ (Kearns. R. D. Conlon, K. M, Valenta, A. L. Lord, G. C. Cairns, C. B. Holmes, J. H, 2014).

მზადყოფნა განიმარტება, როგორც „მოქმედებები, რომლებიც მიიღება მოსალოდნელი ან მიმდინარე საფრთხის ეფექტიანი რეაგირებისათვის (Reduction, 2009) სამედიცინო დაწესებულების კატასტროფებისთვის მზადყოფნისთვის მნიშვნელოვანია, რომ დაზარალებულთა მასობრივი

შემოდინების გეგმა იყოს ცნობილი და გასაგები პროფესიონალებისათვის (Paganini. M. Borrelli, F. Cattani, J. Ragazzoni, L. Djalali, A. Carengo, 2016) (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

სამედიცინო დაწესებულების მზადყოფნის განსაზღვრის ერთ-ერთი მთავარი მაჩვენებელი მათი პერსონალის უნარია. ბევრი სამედიცინო დაწესებულება კრიზისის დროს განიცდის საწოლების დეფიციტს და სამედიცინო პერსონალის არასრულფასოვან მომსახურებას. მოულოდნელ მოვლენებზე სათანადო რეაგირებისთვის საჭიროა სათანადო მზადყოფნა. ყველა მოვლენა უნიკალურია და თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებას აქვს თავისი სიტუაცია, მაგრამ სასურველია არსებობდეს ერთიანი მკაფიო გეგმა კრიზისებთან საბრძოლველად (Mastaneh. Z. & Mouseli, 2013). კრიზისების წინააღმდეგ გეგმას სჭირდება სათანადო ექსპერტიზა, განათლება, რესურსები და მზადყოფნა (Luc, Greet, & Kurt, 2014).

ერთი კვლევის მიხედვით, რომელიც ლოს-ანჯელესის 45 სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარდა, საავადმყოფოების 96%-ს გააჩნდა გადაუდებელი შემთხვევების მართვის სისტემა (ICS), მხოლოდ 29%-ს ჰქონდა 20 საწოლზე მეტი რაოდენობა, 42%-ს - 10 ან მეტი იზოლირებული ოთახი, 29%-ს - ვენტილაციის ექვსი ან მეტი ხაზი (Amy H Kaji, 2006).

იტალიაში ჩატარებულმა კვლევამ, რომელიც ეფუძნებოდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ინდიკატორების გამოყენებით სამედიცინო დაწესებულების მზადყოფნის დონის შეფასებას კატასტროფების წინააღმდეგ, აჩვენა, რომ საავადმყოფოების მზადყოფნის დონე აღმოჩნდა დაბალი. ტანზანიაში, სადაც შეფასდა 25 სამედიცინო დაწესებულების მზადყოფნა კატასტროფების წინააღმდეგ, დონე იყო 20%-დან 60%-მდე (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

რაც შეეხება ირანში ჩატარებულ კვლევას, ჯანდაცვის სერვისებმა აჩვენა მზადყოფნის კრიტიკული დონე კატასტროფების დროს და მის შემდეგ (Jafar BAZYAR, 2020).

კიდევ ერთი პერსპექტიული დაკვირვებითი კვლევა მიზნად ისახავდა გამოეკვლიათ სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის ცოდნის დონე გადაუდებელი დახმარების გეგმის შესახებ იტალიაში ჯანდაცვის პროვაიდერებს შორის. კვლევა მოიცავდა 85 იტალიურ გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტს და შედეგებმა აჩვენა, რომ პერსონალის მხოლოდ 45%-მა იცის, რა არის გადაუდებელი დახმარების გაწევის გეგმა დაზარალებულთა მასობრივი ნაკადისთვის, 41%-მა იცის, ვის აქვს გეგმის გააქტიურების უფლება, 38%-მა იცოდა, ვინ იყო პასუხისმგებელი კატასტროფის გეგმაზე. შედეგებმა აჩვენა, რომ იტალიელ სამედიცინო პერსონალს კატასტროფების დაგეგმვის ძირითადი კონცეფციების ცოდნის საკმაოდ დაბალი დონე აქვთ (Paganini. M. Borrelli, F. Cattani, J. Ragazzoni, L. Djalali, A. Carenzo, 2016) (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

იაპონიაში ჩატარებულმა კვლევამ, რომელიც მიზნად ისახავდა სამედიცინო დაწესებულების მზადყოფნისა და გადაუდებელ მოვლენებზე რეაგირების შესაძლებლობის შეფასებას ლიკერტის 6-ბალიან სკალაზე, გამოავლინა შეფასების დაბალი საშუალო ქულა 2,63. ექთნებმა აღიარეს, რომ არ ჰქონდათ სხვადასხვა კატასტროფულ სიტუაციაში რეაგირების სათანადო ცოდნა, კერძოდ, მათ ჰქონდათ ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულების კატასტროფის გეგმის შესახებ, მაგრამ იცოდნენ, რომ ვერ შეძლებდნენ მის შესრულებას (Öztekin. S, 2016).

კიდევ ერთი კვლევა, რომელიც ტეხასის შტატში ჩატარდა, მიზნად ისახავდა აღეწერა მედლების უნარ-ჩვევები კატასტროფული სიტუაციების მართვისათვის მზადყოფნის შესახებ. კვლევაში მონაწილეობას იღებდა 620 მედდა და უმეტესობამ აჩვენა, რომ არ არის დარწმუნებული თავის შესაძლებლობებში, უპასუხოს დიდ კატასტროფებს (Baack. S, 2013).

ჩრდილო - დასავლეთ ეთიოპიაში სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში ჩატარებულმა კვლევამ, რომელშიც მონაწილეობდა 10 სამედიცინო დაწესებულება, აჩვენა, რომ საგანგებო და კატასტროფების მზადყოფნისადმი გასაშუალოებული მნიშვნელობა იყო - 54,75%. ყველაზე

დაბალი მზადყოფნის ნიშნული იყო ლოჯისტიკასა და ფინანსებში(43.33%), ხოლო ყველაზე მაღალი მზადყოფნის ნიშნული იყო პაციენტთა მოვლისა და მზარდაჭერის პუნქტში (60%)

ამ კვლევის შედეგების მიხედვით, შესწავლილი სამედიცინო დაწესებულებების მზადყოფნა კატასტროფებისადმი შეფასდა დაბალ დონედ. სამედიცინო დაწესებულებებს მიეცათ რეკომენდაციები, ითანამშრომლონ ჯანდაცვის რეგიონულ ბიუროებთან ინტერვენციული სტრატეგიის შესამუშავებლად(Temesgen Ayenew S. F., 2022).

ინდოეთში მესამეხარისხოვან სამედიცინო დაწესებულებებში ჩატარებული კვლევა, მიზნად ისახავდა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის (KAP) გამოკვლევას საავადმყოფოს კატასტროფის გეგმის შესახებ. კვლევა მოიცავდა 186 ჯანდაცვის პროვაიდერს (მონაწილეთა 22.6% იყო ექიმი, 27.6% იყო მედდა, 28.6% ტექნიკოსი და 21.4% ადმინისტრაციული პერსონალი). შედეგებმა აჩვენა, რომ კვლევის მონაწილეთა 40.5%-მა იცოდა კატასტროფის გეგმის კონცეფცია, ხოლო 61.3%-მა იცოდა კატასტროფის წვრთნების შესახებ, 83.3%-ს ჰქონდა დადებითი დამოკიდებულება იმის მიმართ, რომ ყველა ჯანდაცვის მუშაკმა სასურველია იცოდეს კატასტროფის გეგმის შესახებ, 90.5 % თვლიდა, რომ კატასტროფებისთვის მზადყოფნის ტრენინგი აუცილებელია მთელი პერსონალისთვის, და 82.7% დაეთანხმა, რომ უმჯობესია მენეჯმენტი მზად იყოს კატასტროფისთვის, მონაწილეთა 70%-მა არ იცოდა სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარებული წვრთნების შესახებ, ხოლო მონაწილეთა 93%-მა არ იცოდა, თუ სამედიცინო დაწესებულება ატარებდა რაიმე ტრენინგს კატასტროფებისთვის მზადყოფნის შესახებ (Sharma. S. Koushal, 2016) (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

ევროკავშირის 27 ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევამ, რომელიც მიზნად ისახავდა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემის მზადყოფნის განსაზღვრას კატასტროფულ მოვლენებზე რეაგირებისათვის, აჩვენა, რომ ევროკავშირის წევრი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში კატასტროფების მართვის

მომზადების დონე იყო საშუალო(68%). მზადყოფნის უმაღლესი დონე დაფიქსირდა გაერთიანებულ სამეფოში, ლუქსემბურგსა და ლიეტუვაში (Djalali. A. Della Corte, F., Foletti, M. Ragazzoni, L. Ripoll, A. Lupescu, O, 2014) .

შემდეგ კვლევაში, რომელიც ავსტრალიაში ჩატარდა და ითვალისწინებდა სამედიცინო დაწესებულებების მდგრადობის შესწავლას კატასტროფებისადმი, მონაწილეობდა 6 სამედიცინო დაწესებულება, კვლევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებები შეფასებული იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უსაფრთხოების ინდექსით. აღმოჩნდა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებმა მაღალი ინდექსი აჩვენეს კატასტროფებისადმი მზადყოფნის მხრივ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ორგანიზაციის უსაფრთხოების ინდექსის აპლიკაცია, რომელიც განკუთვნილია, ძირითადად, განვითარებად ქვეყნებსა და კატასტროფების მიერ დაზარალებულ რეგიონებში გამოსაყენებლად, ავსებს და აფართოებს ავსტრალიის ეროვნული ჯანდაცვის აკრედიტაციისა და დაწესებულებების დიზაინის სტანდარტებს. ეს შედეგები მხარს დაუჭერს არსებული შეფასების ინსტრუმენტების გაფართოებას, რომლებიც გამოიყენება ავსტრალიის ჯანდაცვის დაწესებულებების კატასტროფებისთვის მზადყოფნისა და მდგრადობის შესაფასებლად (Jenny Luke, 2022).

მომდევნო კვლევა, რომელიც ირანში ჩატარდა, მიზნად ისახავდა არდაბილში ექთნების მზადყოფნის ცოდნის დონეს. კვლევამ აჩვენა ექთნების მზადყოფნის დაბალი დონე. გამოკითხულ ექთანთა შორის მათ, ვინც მაღალი მაჩვენებელი დააფიქსირა კატასტროფული სიტუაციებისადმი მზადყოფნის შესახებ, ჰქონდათ ტრიაჟის გადაწყვეტილების მიღების მაღალი უნარები. ვარაუდობენ, რომ აუცილებელია საგანმანათლებლო და სამედიცინო ცენტრებისა და პროფესიული ორგანიზაციების ხელმძღვანელებმა უზრუნველყონ ხელსაყრელი პირობების შექმნა გადაუდებელი დახმარების ექთნების მომზადებისა და კატასტროფებისადმი მზადყოფნის გაზრდისთვის მათი ასაკისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით(Islam Azizpour, 2022).

განვიხილოთ კიდევ ერთი კვლევა, რომელიც ტანზანიაში ჩატარდა და ასახავდა კატასტროფებისათვის მზადყოფნას და რეაგირების შესაძლებლობებს. კვლევაში მონაწილეობდა 25 რეგიონული სამედიცინო დაწესებულება, კატასტროფების კუთხით რეგიონში პირველ სამეულში არის ავტოსაგზაო შემთხვევები (87%), წყალდიდობა (26%), ინფექციური დაავადებები (22%), მხოლოდ 5 სამედიცინო დაწესებულებას ჰქონდა კატასტროფის გეგმა. არცერთ ჰოსპიტალს არ ჰქონდა სიმძლავრის ყველა ელემენტი. ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ტანზანიას აქვს მნიშვნელოვანი შესაძლებლობები, რათა უკეთ მოემზადოს რეგიონული სამედიცინო დაწესებულების კატასტროფებზე რეაგირებისათვის (Philip M. Koka, 2018).

კიდევ ერთი კვლევა, რომელიც ეთიოპიაში ჩატარდა: შერჩეულ სამედიცინო დაწესებულებებში კატასტროფებზე მზადყოფნა იყო დაბალი, გასაშუალოებული მნიშვნელობით 45,6%. ამ კვლევის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულებებში არ არსებობდა ევაკუაციის გეგმა, შედარებით უკეთესი იყო სამედიცინო დაწესებულებებში ადამიანური რესურსების მომზადება. ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში ხელმძღვანელობის მიერ კატასტროფის რისკის აღქმა იცვლებოდა უბედურების ტიპის მიხედვით. კვლევის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულებები არასაკმარისად იყვნენ მომზადებულნი პოტენციური კატასტროფებისთვის (Temesgen Ayenew. Sheganew Fetene. Tassew Belayneh Shetie Workneh, 2022).

კიდევ ერთ კვლევაში, რომელიც ლიბანში ჩატარდა, მონაწილეობდა 24 სამედიცინო დაწესებულება, სამედიცინო დაწესებულების თითქმის 46% მდებარეობდა ბეირუთში. ყველა სამედიცინო დაწესებულება აკმაყოფილებდა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ აკრედიტაციის მინიმალურ მოთხოვნებს, თუმცა მხოლოდ 7-ს ჰქონდა საერთაშორისო აკრედიტაცია. ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში იყო საგანგებო სიტუაციებისათვის მზადყოფნის გეგმა, ეს სისტემა იმართებოდა აუდიო კოდის საშუალებით. სამედიცინო დაწესებულებებში პერიოდულად იგეგმებოდა წვრთნები. სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობას ჰქონდა მორგის ფართი,

თუმცა მხოლოდ 10 სხეულზე გათვლილი, არცერთ გამოკითხულ სამედიცინო დაწესებულებას არ გააჩნდა დამწვრობის სპეციალური განყოფილება. ყველა სამედიცინო დაწესებულებას ჰქონდა საკუთრებაში არსებული აფთიაქი(Samar Al-Hajj, 2020).

ჯანდაცვის სისტემების კატასტროფებით დაზიანება არის ადამიანის ჯანმრთელობის მძიმე ტვირთი, იწვევს უზარმაზარ ეკონომიკურ ზარალს, დამანგრეველ დარტყმას აყენებს განვითარების მიზნებს და არღვევს სოციალურ ნდობას. სამედიცინო დაწესებულების მზადყოფნა კატასტროფისთვის წარმოადგენს კომპლექსურ კლინიკურ ოპერაციას. რთული ფილოსოფიური გამოწვევაა. უმჯობესია, ისინი მზად იყვნენ სიცოცხლის გადასარჩენად და განაგრძონ არსებითი საგანგებო სიტუაციების და კატასტროფების უზრუნველყოფა. ჯედას აქვს კატასტროფების რისკის შედარებითი დონე, რაც მიეკუთვნება მის გეოგრაფიულ მდებარეობას, კლიმატის ცვალებადობას, ტოპოგრაფიას და ა.შ. კითხვარი შემუშავებული იყო ლიკერტის ხუთი სკალის მიხედვით. იგი დაყოფილი იყო 33 ინდიკატორის რვა ველად.

ძნელია იმის დადგენა, თუ რამდენი დრო, ფული და ძალისხმევა შეიძლება დაიხარჯოს მოვლენის მოსამზადებლად, რომელიც შეიძლება არ მოხდეს. კატასტროფების შედეგად ჯანდაცვის სისტემების დაზიანება ნეგატიურ გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, იწვევს უზარმაზარ ეკონომიკურ ზარალს. მიზანშეწონილია, სამედიცინო ორგანიზაციები მზად იყვნენ საგანგებო სიტუაციებისა და კატასტროფების უზრუნველსაყოფად (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

ჰოსპიტალური კატასტროფისთვის მზადყოფნის ინდიკატორები: სამედიცინო დაწესებულების მართვა ჩვეულებრივ ვითარებაში რთული ამოცანაა, ხოლო კატასტროფისთვის სამედიცინო დაწესებულების მომზადება უსასრულოდ უფრო რთულია. კატასტროფისთვის მზადყოფნის დაგეგმვა მოიცავს ბევრ კითხვასა და აქტივობას. ქვემოთ მოცემულია

ქმედებები სამედიცინო დაწესებულების კატასტროფებისთვის მზადყოფნის ინდიკატორებისთვის (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

კომუნიკაცია და კოორდინაცია: შიდა და გარე საკომუნიკაციო სისტემები აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულების სათანადო ფუნქციონირებისთვის, სხვა ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან თანამშრომლობისა და კოორდინაციისთვის. კომუნიკაცია აუცილებელია პერსონალის გამოძახების, შეტყობინებების გაგზავნისა და პაციენტების სამედიცინო დაწესებულებებს შორის გადაყვანის კოორდინაციისთვის (Bagaria. J. Heggie, 2009).

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის მოკლევადიანი ზრდა: კატასტროფების დროს პაციენტთა მოცულობის ზრდის გარდა, მოსალოდნელია სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნის ზრდა (McManus. J., 2006). ყოველდღიური ოპერაციების, ადეკვატური სივრცისა და პერსონალის მართვის უნარი პირდაპირ გავლენას ახდენს სამედიცინო დაწესებულების უნარზე, გაუმკლავდნენ პაციენტთა ჭარბ ნაკადს გადაუდებელი სიტუაციების დროს. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დეპარტამენტის გადატვირთულობა კრიტიკული პრობლემაა. სამედიცინო დაწესებულებებს უხდება დაზიანებების მასობრივ შემთხვევებთან გამკლავება, რისთვისაც იძულებულია გააფართოვოს თავისი რესურსები და განხორციელდეს ისეთი ქმედებები, როგორცაა: გეგმიური ოპერაციების გაუქმება, პაციენტთა სასწრაფო გაწერა სტაციონარიდან, ალტერნატიური მოვლის ზონების გახსნა, სამედიცინო პერსონალის მობილიზება (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

ტრიაჟი: ტრიაჟი არის პაციენტის მკურნალობის პრიორიტეტის განსაზღვრის პროცესი მათი მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით და მოიცავს სამ კატეგორიას: ა) ისინი, ვინც სავარაუდოდ გადარჩებიან, მიუხედავად გაწეული სამედიცინო მომსახურებისა; ბ) მათ, ვისაც გადარჩენის ნაკლები შანსი აქვთ; გ) მათ, ვისთვისაც გადაუდებელმა დახმარებამ შესაძლოა დადებითი გავლენა მოახდინოს შემდგომში (Iserson. KV. & Moskop, 2007).

დღესდღეობით სამედიცინო დაწესებულებების უმეტესობა იყენებს ტრიაჟის სისტემას, რათა დადგინდეს მკურნალობის პრიორიტეტი სხვადასხვა პაციენტებისთვის, რომლებიც მიიყვანეს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დეპარტამენტებში. ტრიაჟის სისტემაში მონაწილეობს კვალიფიციური ექთანი ან ექიმი, რათა შეაფასოს ყველა პაციენტი და დაახარისხოს ისინი დაავადების ან დაზიანების სიმძიმისა და მკურნალობის საჭიროების მიხედვით. შერჩეული კვალიფიციური ექთნები და ექიმები გადიან ტრენინგს ტრიაჟის შესახებ, ხოლო სისტემის ეფექტურობის შესაფასებლად ტარდება პერიოდული მონიტორინგი. ტრიაჟის სისტემაში იყენებენ ფერად ტეგებს პაციენტების კატეგორიიზაციისთვის მათი მკურნალობის საჭიროების მიხედვით (International Committee of Red Cross, 2016):

- წითელი ფერი: ამ ტიპის პაციენტებს აქვთ უმაღლესი პრიორიტეტი და საჭიროებენ სასწრაფო ჩარევას. პაციენტებში გამოხატულია სიცოცხლისათვის საშიში დაზიანებები, მათ შორის სისხლდენა, სუნთქვის დისტრესი ან სუნთქვის უკმარისობა, თავის მძიმე დაზიანება.
- ყვითელი ფერი: ამ პაციენტებს აწუხებთ საშუალო სიმძიმის დაავადება ან ტრავმა, მაგრამ მათი მდგომარეობა სტაბილურია და შეუძლიათ 1-2 საათის განმავლობაში იყვნენ დაყოვნების რეჟიმში. მათ სჭირდებათ დაკვირვება და პერიოდული შეფასება რაიმე ცვლილების გამოსავლენად. მაგალითად, სტაბილური მოტეხილობები, ჭრილობები აქტიური სისხლდენის გარეშე, მუცლის ტკივილი (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).
- მწვანე ფერი: პაციენტები უჩივიან მსუბუქ დაზიანებას ან ავადმყოფობას და, ჩვეულებრივ, თვითონ მიმართავენ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დეპარტამენტს. მათ არ სჭირდებათ დაყოვნებული მკურნალობა და შეუძლიათ რამდენიმე საათი ან დღე იყვნენ მოცდის რეჟიმში. მათ შეუძლიათ მიიღონ შესაბამისი მედიკამენტები და მკურნალობა განაგრძონ ბინაზე ან ამბულატორიულ კლინიკაში.

მაგალითად, დაბალი ხარისხის ცხელება, თავის ტკივილი, თირკმლის კოლიკა.

- შავი ფერი: პაციენტები იმდენად მძიმედ არიან დაზიანებულები, რომ ნაკლებად სავარაუდოა, გადარჩნენ სამედიცინო ან ქირურგიული ჩარევით. კატასტროფების დროს ამ პაციენტებს ჩვეულებრივ ათავსებენ სპეციალურ ზონაში, მაგრამ ჩვეულებრივ სიტუაციებში ტარდება გარკვეული ინტერვენციები მათი სიცოცხლის გადასარჩენად. პაციენტებს აქვთ დიდი ფართობის დამწვრობა, მძიმე მრავლობითი ტრავმა, მათ შორის ტვინის ქსოვილის დაზიანება, გულმკერდის მძიმე ჭრილობები (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

სიცოცხლის ხაზის ობიექტების უსაფრთხოება და ტექნიკური უსაფრთხოება: თითოეულ ჰოსპიტალს სასურველია ჰქონდეს სამაშველო საშუალებების უსაფრთხოების მართვის პროტოკოლები, რათა უზრუნველყოს სამედიცინო დაწესებულების ყველა რგოლის გამართული მუშაობა ნებისმიერ გარემოებაში. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია ელექტრო-მომარაგება, ელექტროენერჯის გენერატორები, სუფთა წყალმომარაგება, ჟანგბადის მიწოდება და საცავი, გადაუდებელი გასასვლელი სისტემა და ნარჩენების მართვისა და განადგურების სისტემა(WORLD HEALTH ORGANIZATION).

საგანგებო სიტუაციებში, კატასტროფებსა და სხვა კრიზისებში, მიზანშეწონილია დაზარალებული მოსახლეობის სიცოცხლე და კეთილდღეობა ყოველთვის დაცული იყოს, დიდი მნიშვნელობა აქვს წუთებსა და საათებს, რადგან დრო არის არსებითი ფაქტორი სიცოცხლის გადასარჩენად. კატასტროფების რისკის შემცირების პროგრამის მიზანია ინფრასტრუქტურის, სერვისების დაზიანების შემცირება(World Health Organization, Making health facilities safe in emergencies and disasters).

იმისათვის, რომ უსაფრთხო სამედიცინო დაწესებულება დარჩეს ხელუხლებელი, ხელმისაწვდომი და მაქსიმალურად ფუნქციონირებდეს

საგანგებო ან კატასტროფის მდგომარეობის დროს, რეკომენდებულია ეყრდნობოდეს ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა:

- ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა, რომელსაც შეუძლია წინააღმდეგობა გაუწიოს პაციენტთა დიდი ნაკადების შემოდინებას კატასტროფის დროს და ჰქონდეს თავდაცვითი მექანიზმი ყველანაირი საფრთხისგან.

- მედიკამენტები და სამედიცინო აღჭურვილობა, უმჯობესია ხელმისაწვდომი და დაცული იყოს ყველანაირი საფრთხისგან.

- ინფრასტრუქტურა და კრიტიკული სერვისები (წყალი, ელექტროენერგია, საკვები) რომლებიც ხელმისაწვდომი იქნება სამედიცინო სერვისების მიწოდების მხარდასაჭერად.

- სამედიცინო პერსონალი, რომელსაც შეუძლია უზრუნველყოს სამედიცინო დახმარების გაწევა უსაფრთხო და დაცულ გარემოში (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული ჰოსპიტლის უსაფრთხოების ინდექსი არის ინსტრუმენტი, რომელსაც იყენებენ ჯანდაცვის ორგანოები და მულტიდისციპლინური პარტნიორები, რათა შეაფასონ იმის ალბათობა, რომ სამედიცინო დაწესებულება კვლავ უსაფრთხოა და ფუნქციონირებს საგანგებო სიტუაციებში. ინსტრუმენტი მოიცავს შეფასების ფორმებს, შემფასებელთა სახელმძღვანელოსა და უსაფრთხოების ინდექსის კალკულატორს (World Health Organization).

სამედიცინო დაწესებულებები და განსაკუთრებით მათი გადაუდებელი დახმარების განყოფილებები კატასტროფებზე რეაგირების გადამწყვეტი ელემენტებია მსოფლიოს ნებისმიერ წერტილში. ისინი სათანადოდ მომზადებული უნდა იყვნენ ისეთი მოვლენებისთვის, როგორცაა ბუნებრივი კატასტროფები, მოსახლეობის მასობრივი დაზიანების შემთხვევები და ტერორისტული თავდასხმები (Barten. Dennis G. Vincent W. Klokman, 2021).

2.3 კატასტროფების გავლენა საავადმყოფოებსა და ჯანდაცვის სისტემაზე.

კატასტროფის ზემოქმედებამ შეიძლება დაარღვიოს ან გაანადგუროს სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირებისა და დაშვებულთა ფართომასშტაბიანი მომსახურების შესაძლებლობა. შედეგად, სამედიცინო დაწესებულებებმა შეიძლება დაკარგონ კატასტროფებთან გამკლავების უნარი და ამ ვითარებამ შეიძლება გამოიწვიოს უარყოფითი ზემოქმედება ჯანდაცვის სისტემაზე, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს ჯანდაცვის სერვისების კოლაფსს (United Nations, 2009).

გარდა ამისა, კატასტროფის შედეგად დაზიანებულთა მკურნალობის ხარჯებმა შეიძლება გაამწვავოს სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები. კატასტროფის სიტუაციის დროს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტური მიწოდებისთვის საჭიროა სასწრაფო დახმარების მიმწოდებელ ორგანიზაციებს შორის კომუნიკაცია და კოორდინაცია (Pan American Health Organization / World Health Organization, 2005).

სამედიცინო დაწესებულებების უნიკალური პოზიცია სირთულის თვალსაზრისით მათ დაუცველს ხდის საფრთხეების მიმართ. სამედიცინო დაწესებულებებს ესაჭიროებათ ადეკვატური სამედიცინო მარაგი და მედიკამენტები, ელექტროენერჯის, წყლისა და ჟანგბადის უწყვეტი მიწოდება (Pan American Health Organization / World Health Organization, 2005). გარდა ამისა, პრობლემას წარმოადგენს კრიზისის დროს მოვალეობების არასწორი გადანაწილება (Pan American Health Organization / World Health Organization, 2005). კატასტროფების დროს იქნება დაზიანებულთა დიდი რაოდენობა, რომლებსაც სჭირდებათ სათანადო მოვლა და ყურადღება. ზოგიერთმა ადამიანმა შეიძლება დაკარგოს სახლი და სამედიცინო დაწესებულება გახდეს თავშესაფარი (Alshehri. A, 2012) (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022) .

**კრიზისისა და კატასტროფების მიმართ ჯანმრთელობის დაწესებულებების
მზადყოფნის ბარიერები**

კატასტროფებზე რეაგირების უპირველესი მიზანია წესრიგის აღდგენა, დაზარალებული საზოგადოების მხარდაჭერა და მათი პრობლემების მინიმუმამდე დაყვანა. კატასტროფებზე რეაგირების სამი სასიცოცხლო ეტაპი არსებობს: მზადყოფნა, რეაგირება და აღდგენა.

მზადყოფნა მოიცავს მატერიალური და პერსონალურ რესურსებთან დაკავშირებული რისკების შეფასებასა და ეფექტურ დაგეგმვას, სამედიცინო რეაგირების ტაქტიკასა და პერსონალის მუდმივ მომზადებას, სავლელ ვარჯიშების ჩათვლით. ასევე მოიცავს ტრიაჟს, უსაფრთხო ტრანსპორტირებას სამედიცინო დაწესებულებებში სრულყოფილი მკურნალობისათვის (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

აღდგენის ფაზა არის ადაპტაციის ან წონასწორობის დაბრუნების ხანგრძლივი პერიოდი, რომელიც საზოგადოებამ და ინდივიდებმა უნდა გაიარონ. კატასტროფის შეფასება იწყება რეაგირების გეგმისა და მისი გაზომვადი მიზნების განხილვით. შეფასების ჩატარების პროცესში შეფასებები მიმართულია საქმიანობის ხუთ სფეროზე: სტრუქტურა, პროცესი, შედეგები, რეაგირების ადეკვატურობა და ხარჯები. კატასტროფების მართვასა და რეაგირებაში თითოეულ სპეციალისტს აქვს მნიშვნელოვანი როლი, მათ შორის ქირურგებს, ანესთეზიოლოგებს, ექთნებს, პედიატრებსა და ფსიქიატრს (Shannon L. Wagner, 2009).

სამედიცინო დაწესებულებები კომპლექსურია და დამოკიდებულნი არიან გარე მხარდაჭერისა და მიწოდების ხაზებზე, შესაბამისი საგანგებო მდგომარეობის გეგმის გარეშე, სამედიცინო დაწესებულება შეიძლება გადატვირთონ კატასტროფული მოვლენის დროს შესაბამისი რაოდენობის პერსონალის დეფიციტით, შეზღუდული რესურსებით. მაღალი მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე და კომუნიკაციისა და მიწოდების ხაზების შეფერხება მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნის ჯანდაცვის უზრუნველსაყოფად (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

კვლევები აჩვენებს, რომ მთავარი პრობლემები დაკავშირებულია დაგეგმვის სხვადასხვა ასპექტთან, მათ შორის: თანმიმდევრული პროგრამების სიმცირე, ჯანდაცვის საჭიროებებზე ყურადღების ნაკლებობა, უწყებებს შორის ცუდი კოორდინაცია, ორგანიზაციებისა და პერსონალის შესაბამისი ტრენინგის ნაკლებობა (Nekoei-Moghadam. M. Amiresmaili, 2016).

კატასტროფების დროს ჯანდაცვის სისტემა განიცდის მრავალ დაბრკოლებას: სამედიცინო დაწესებულება ხდება გადატვირთული, იქმნება აუცილებელი წამლებისა და მარაგების მწვავე დეფიციტი, არასაკმარისი საწვავი, პერსონალის ნაკლებობა, კვალიფიციური პერსონალის მიგრაცია. აღნიშნული დაბრკოლებები ართულებს მწირი რესურსებით დიდი რაოდენობით პაციენტების მკურნალობას, ზრდის ზეწოლას ჯანდაცვის სისტემაზე (ვერულავა. თ. ომანაძე. ქ, 2022).

სამხედრო კონფლიქტები გავლენას ახდენს ცხოვრების ყველა ასპექტზე და წარმოადგენს რეალურ გამოწვევას ჯანდაცვის სისტემისთვის. ამ ვითარებაში საგანგებო სიტუაციების სამსახურს უწევს დიდი ზეწოლის ქვეშ მუშაობა, არაადეკვატური ადამიანური რესურსებით, არასაკმარისი მედიკამენტებითა და სამაშველო აღჭურვილობით (Hamdan. M, 2017).

თავი 3: კატასტროფებისთვის მზადყოფნა სამედიცინო დაწესებულებებში: კვლევის ანალიზი და შედეგები

ტერმინი „კატასტროფა“ აღნიშნავს მცირე ალბათობით, მაგრამ მაღალი ზემოქმედების მოვლენას, რომელიც იწვევს ადამიანების დიდი რაოდენობის ავადმყოფობას ან დაშავებას (INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES, 2007). კატასტროფები არის მოულოდნელი მოვლენები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს მსხვერპლთა დიდი რაოდენობა. ამრიგად, კატასტროფებისადმი მზადყოფნა არის ერთ-ერთი მთავარი ნაბიჯი ჯანდაცვის სისტემის გეგმებსა და აქტივობებში. კატასტროფებისთვის მზადყოფნა დინამიკური პროცესია, რომელიც არ არის დაკავშირებული კონკრეტულ დროსთან. კატასტროფები იწვევენ მასობრივ განადგურებას, რაც არღვევს ადამიანების მშვიდ ცხოვრებას და იწვევს ადამიანთა ტანჯვას. კატასტროფებისადმი მზადყოფნა ზრდის ჩვენს ადაპტაციის უნარს მის მიმართ და ამცირებს გავლენას ჩვენს ცხოვრებაზე (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე, 2023).

კვლევა, რომელს შედეგებსაც წარმოგიდგენთ, განხორციელდა ექვს მულტიპროფილურ სამედიცინო დაწესებულებაში, კვლევაში მონაწილეობდა: 1. ავთანდილ ყამბარაშვილის სახელობის კლინიკა, 2. მცხეთის სამედიცინო ცენტრი, 3.ჯეო ჰოსპიტალის მცხეთის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი, 4.აკადემიკოს ნიკოლოზ ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა, 5.ჯეო ჰოსპიტალის დუმეთის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი, 6. სსიპ „გიორგი აბრამიშვილის სახელობის თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო ჰოსპიტალი“. აქედან ორი სამედიცინო დაწესებულება სახელმწიფოს დაქვემდებარებაშია, ხოლო ოთხი სამედიცინო დაწესებულება წარმოადგენს

კერძო სექტორს. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 50-მა რესპონდენტმა, რომელთათვისაც წინასწარ იყო შემუშავებული კითხვარი. რესპონდენტები იყვნენ სამედიცინო დაწესებულების დირექტორები, ადმინისტრაციული მენეჯერები, დეპარტამენტის უფროსები ექიმები და ექთნები. კვლევა განხორციელდა 28 სექტემბრიდან 24 ნოემბრის ჩათვლით. კვლევის შედეგები დამუშავდა spss სისტემაში, რომელთა მონაცემებზე დაყრდნობითაც წარმოდგენილია კვლევის სიღრმისეული ანალიზი (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე, ქ, 2023).

3.1 საავადმყოფოების შესაძლებლობების აღწერა

სამედიცინო დაწესებულებების ძირითადი აღჭურვილობის კვლევამ გამოავლინა, რომ მხოლოდ ერთ სამედიცინო დაწესებულებას ჰყავს საკუთარი სასწრაფო დახმარების მანქანა, რითაც ხდება პაციენტების სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანა საჭიროების შემთხვევაში. რაც შეეხება დანარჩენ მახასიათებლებს, ყველა სამედიცინო დაწესებულებას აქვს კარდიომონიტორები, საინჰალაციო აპარატები, საოპერაციოები და ინტენსიური თერაპიის განყოფილება.

ცხრილი 1.5

დასახელება	ყამბარაშკალი	მცხ.სამ.ცენტრ	ჯეო.მცხეთა	ყიფშ.კლ	ჯეო.დუმ	ჰოსპიტალი
სასწრაფოების რაოდენობა	0	0	0	0	0	3
კარდიომონიტორები	18	5	24	298	8	25
საინჰალაციო აპარატები	3	10	16	90	2	12
საოპერაციოები	4	4	3	3	1	5

უსაფრთხოება და თავდაცვა

ცხრილი 1.6

		1	2	3	4	5	6	Total	Chi-square	df	Sig.
	1 დიახ	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	0.0 %	83.3 %			
აქვს თუ არა ობიექტს შესაძლებლობა დამატებითი უსაფრთხოების პერსონალი განათავსოს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში	0 არა	0.0 %	0.0%	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0%			1.000
	1 დიახ	100.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %	100.0 %			
არსებობს თუ არა გეგმა , რომლის მიხედვითაც მოხდება ინფორმაციის მიწოდება დაშვებულთა ოჯახის წევრებზე და ასევე გაკონტროლდება დიდი რაოდენობით ხალხის შემოდინება	0 არა	0.0 %	0.0%	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0%			1.000
	1 დიახ	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %			
კონტროლდება თუ არა ყველა შესასვლელი და გასასვლელი კამერებით, შესაძლებელია თუ არა საჭიროების შემთხვევაში მათი ჩაკეტვა?	0 არა	0.0 %	0.0%	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0%			1.000
	1 დიახ	100.0 %	100.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %			

ცხრილი 1.6 გვიჩვენებს, რომ უსაფრთხოების თანამშრომელი 24 საათის განმავლობაში ხელმისაწვდომია ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში, ასევე სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ შესაძლებლობა, აუცილებლობის შემთხვევაში, დაამატონ უსაფრთხოების თანამშრომელი, კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით არსებობს გეგმა, თუ როგორ გაკონტროლდება ინფორმაციის მიწოდება დაშვებულთა ოჯახის წევრებისათვის (Verulava. T. Omanadze. K, 2023).

ლოჯისტიკა

ცხრილი 1.7

	h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება			
--	---	--	--	--

		1	2	3	4	5	6	Total	Chi-square	d f	Sig.
1 არსებობს თუ არა დენის გენერატორი გადაუდებელი სიტუაციების დროს გამოსაყენებლად?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			1.000
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
2 აქვს თუ არა საავადმყოფოს შესაძლებლობა უზრუნველყოს ელექტროენერგიის მიწოდება ყველა აუცილებელი სერვისისთვის სამი დღის განმავლობაში	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			1.000
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
არის თუ არა საავადმყოფოში პრიორიტეტების მიხედვით დაყოფილი სერვისები, რომლებიც მიიღებენ	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			1.000

ელექტროენერგია?											
	1 დი ახ	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%			
ტარდება თუ არა გენერატორზე ყოველწლიურად დატვირთვის ტესტირება?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			1.0 00
	1 დი ახ	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%			
აქვს თუ არა საავადმყოფოს სარეზერვო წყარო, რომელსაც შეუძლია უზრუნველყოს საკმარისი საწვავი 3 დღის უწყვეტი, სრული დატვირთვის მოთხოვნისთვის.	0 არა	0.0%	100. 0%	100. 0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3 %	6.00	5	0.3 06
	1 დი ახ	100. 0%	0.0%	0.0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	66.7 %			
არის თუ არა დაცული საწვავის რეზერვუარი	0 არა	0.0%	0.0%	100. 0%	0.0%	0.0%	100. 0%	33.3 %	6.00	5	0.3 06
	1 დი ახ	100. 0%	100. 0%	0.0%	100. 0%	100. 0%	0.0%	66.7 %			
	0 არა	0.0%	0.0%	100. 0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7 %	6.00	5	0.3 06

არის თუ არა წყლის მიწოდების მეორადი წყარო, თუ პირველადი წყარო გათიშულია?	1 დი ახ	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	83.3%			
აქვს თუ არა დაწესებულებას საკმარისი რაოდენობის საკვების მარაგი პერსონალისთვის 3-4 დღის განმავლობაში?	0 არა	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	6.00	5	0.306
	1 დი ახ	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%			
არის თუ არა საკვები პროდუქტების უსაფრთხოება შენარჩუნებული ნებისმიერ დროს: მიწოდება, შენახვა და მომზადება?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			1.000
	1 დი ახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
აქვს თუ არა სამედიცინო დაწესებულებას 3-4 დღის საკმარისი ჟანგბადის მარაგი?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%			1.000
	1 დი ახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%			

არის თუ არა ტექნიკური და საინჟინრო პერსონალი ხელმისაწვდომი 24 საათის განმავლობაში ?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			1.000
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
შეუძლია თუ არა საავადმყოფოს საგანგებო სიტუაციებში გათბობის, ვენტილაციისა და კონდიციონერების სისტემის ზონების იზოლირება და დახურვა?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			1.000
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
განხორციელდა თუ არა ამ პროცედურის ტესტირება უახლოესი ერთი წლის მანძილზე ?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	16.7%	6.00	5	0.306	
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	83.3%				
აქვს თუ არა საავადმყოფოს დაბინძურებული ნარჩენების, საქონლისა და სითხეების	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			1.000	
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				

მართვის, გადაცემისა და ნარჩენების განადგურების პროცედურები?												
ინახავს თუ არა საავადმყოფო აღჭურვილობის, აუცილებელი მასალების და სხვა საჭირო ინვენტარის მარაგებს, რომელიც საჭიროა მასობრივი მსხვერპლის მოვლენებზე ეფექტური რეაგირებისთვის?	0 არა	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	50.0%	6.00	5	0.306	
	1 დიახ	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	50.0%				
					Total		0 არა	12.3%				
							1 დიახ	87.6%				

როგორც ცხრილი 1.7 გვიჩვენებს, გამოკითხულ რესპონდენტთა 100%-მა აღნიშნა, რომ ყველა დაწესებულებას აქვს გენერატორის გამოყენების შესაძლებლობა გადაუდებელი სიტუაციების დროს, ასევე ყველა რესპონდენტმა დადებითად უპასუხა კითხვას, რომ წელიწადში ერთხელ

ხდება გენერატორის სრული დატვირთვის ტესტირება. რაც შეეხება კითხვას, არსებობს თუ არა სარეზერვო წყარო საწვავის უწყვეტი მიწოდების უზრუნველსაყოფად, რესპონდენტთა 33,3%-მა უპასუხა, რომ არა, ხოლო 66,7%-მა კითხვაზე დადებითი პასუხი გასცა. რესპონდენტთა 16,7 %-მა აღნიშნა, რომ არ არსებობს წყლის მიწოდების მეორადი წყარო იმ შემთხვევაში, თუ პირველადი გაითიშება, ხოლო 88,3%-მა უპასუხა, რომ მეორადი წყარო არსებობს, რათა პრობლემა თავიდან იქნეს აცილებული. რაც შეეხება საკვებ მარაგებს, 33,3%-მა უპასუხა, რომ 3 დღის საკვები მარაგი არ არსებობს სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო 66,7%-მა უპასუხა, რომ მარაგები აქვთ. კვლევის მიხედვით ყველა დაწესებულებას აქვს შესაძლებლობა, მიზნობრივად მიაწოდოს გათბობა და კონდენცირება იზოლირებულ ზონებს. საბოლოო ჯამში, თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს, „არა“ - უპასუხა 12,36 %-მა, ხოლო პასუხი „დიახ“ დააფიქსირა რესპონდენტთა 87,64%- მა.

3.2 სამედიცინო დაწესებულებების კატასტროფებისადმი მზადყოფნის

შეფასების ინდიკატორები

საგანგებო სიტუაციების მართვის გეგმა

კვლევის ეს ნაწილი წარმოადგენს საკითხებს, რომლებიც დაკავშირებულია გადაუდებელი სიტუაციების წერილობითი გეგმის არსებობასთან, ასევე, აფთიაქისა და ლაბორატორიის დეპარტამენტების გამართულ მუშაობასთან კატასტროფების დროს, სტრესის მართვასთან და პაციენტებზე ზრუნვის უზრუნველყოფასთან (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

ცხრილი 1.8

	h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება		
--	---	--	--

		1	2	3	4	5	6	Total	Chi-square	df	Sig.
აქვს თუ არა დაწესებულებას გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა, რომელიც ეხება საგანგებო სიტუაციების მართვის ოთხ ფაზას: მზადყოფნას, რეაგირებას, შერბილებასა და აღდგენას?	0 არა	14.3%	12.5%	0.0%	12.5%	0.0%	10.0%	8.0%	2.35	5	0.799
	1 დიახ	85.7%	87.5%	100.0%	87.5%	100%	90.0%	92.0%			
ეხება თუ არა გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა შიდა და გარე საგანგებო სიტუაციებს?	0 არა	42.9%	50.0%	42.9%	0.0%	10.0%	20.0%	26.0%	8.79	5	0.118
	1 დიახ	57.1%	50.0%	57.1%	100.0%	90.0%	80.0%	74.0%			
არის თუ არა გეგმა ადვილად ხელმისაწვდომი ადმინისტრაციისთვის და	0 არა	28.6%	50.0%	57.1%	25.0%	10.0%	30.0%	32.0%	5.69	5	0.338
	1 დიახ	71.4%	50.0%	42.9%	75.0%	90.0%	70.0%	68.0%			

პერსონალისთვის.											
ეხება თუ არა გეგმა ყველა სახის კატასტროფულ სიტუაციას	0 არა	71.4 %	75.0 %	71.4 %	25.0 %	90.0 %	40.0 %	62.0 %	11.1 3	5	0.0 49
	1 დი ახ	28.6 %	25.0 %	28.6 %	75.0 %	10.0 %	60.0 %	38.0 %			
მოიცავს თუ არა გეგმა იმ ღონისძიებებს, რომლებიც უნდა განხორციელდეს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებიდან, პაციენტების სტაციონარში სწრაფი გადაყვანისთვის	0 არა	42.9 %	25.0 %	14.3 %	12.5 %	0.0 %	10.0 %	16.3 %	6.20	5	0.2 87
	1 დი ახ	57.1 %	75.0 %	85.7 %	87.5 %	100 %	90.0 %	83.7 %			
მოიცავს თუ არა გეგმა გადაუდებელი სიტუაციების დროს გეგმიური პაციენტების ადრეულ გაწერას და	0 არა	57.1 %	50.0 %	66.7 %	50.0 %	40.0 %	0.0 %	40.8 %	9.89	5	0.0 78
	1 დი ახ	42.9 %	50.0 %	33.3 %	50.0 %	60.0 %	100.0 %	59.2 %			

მათთვის სამედიცინო დახმარების ყოველდღიურ მიწოდებას ამბულატორიუ ლად.											
მოიცავს თუ არა გეგმა საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი პერსონალის მოძიებას?	0 არა	42.9 %	62.5 %	71.4 %	25.0 %	70. 0%	10.0 %	46. 0%	11.6 8	5	0.0 39
	1 დი ახ	57.1 %	37.5 %	28.6 %	75.0 %	30. 0%	90.0 %	54. 0%			
მოიცავს თუ არა გეგმა გეგმიური სერვისების (მაგ. ქირურგიული ოპერაციების) გაუქმებას საგანგებო სიტუაციების დროს?	0 არა	14.3 %	0.0% %	28.6 %	25.0 %	0.0 %	10.0 %	12. 0%	5.63	5	0.3 44
	1 დი ახ	85.7 %	100. 0%	71.4 %	75.0 %	100 %	90.0 %	88. 0%			
გეგმის მიხედვით ჩართულია თუ არა პროცესებში ფსიქოლოგი და ფსიქიატრი?	0 არა	85.7 %	100. 0%	85.7 %	25.0 %	90. 0%	40.0 %	70. 0%	18.9 8	5	0.0 02
	1 დი ახ	14.3 %	0.0% %	14.3 %	75.0 %	10. 0%	60.0 %	30. 0%			

მოიცავს თუ არა გეგმა აღდგენის ფაზაში გეგმიურ ოპერაციებზე დაბრუნების დებულებებს?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	4.0%	10.94	5	0.053
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	75.0%	100.0%	100.0%	96.0%			
არის თუ არა გეგმა გაზიარებული ადგილობრივ და სახელმწიფო შესაბამის საგანგებო სააგენტოებთან (ორგანიზაციებთან)?	0 არა	28.6%	12.5%	0.0%	37.5%	10.0%	30.0%	20.0%	5.13	5	0.400
	1 დიახ	71.4%	87.5%	100.0%	62.5%	90.0%	70.0%	80.0%			
აქვს თუ არა ყველა თანამშრომელს წვდომა საგანგებო სიტუაციების გეგმასთან?.	0 არა	71.4%	75.0%	85.7%	50.0%	80.0%	50.0%	68.0%	4.57	5	0.471
	1 დიახ	28.6%	25.0%	14.3%	50.0%	20.0%	50.0%	32.0%			
გადიან თუ არა საგანგებო სიტუაციების დეპარტამენტის თანამშრომლებ	0 არა	71.4%	87.5%	100.0%	25.0%	90.0%	60.0%	71.0%	14.19	5	0.014
	1 დიახ	28.6%	12.5%	0.0%	75.0%	10.0%	40.0%	28.0%			

ი ტრენინგს წელიწადში ორჯერ მაინც საგანგებო მოვლენებთან დაკავშირებით ?											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 არა	36.63%
1 დიახ	63.37%

Total

როგორც ცხრილი 1.8 გვიჩვენებს, კითხვაზე - აქვს თუ არა დაწესებულებას გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა, რომელიც ეხება საგანგებო სიტუაციების მართვის ოთხ ფაზას: მზადყოფნას, რეაგირებას, შერბილებასა და აღდგენას? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 14.3% - მა, „დიახ“ - 85.7% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 12.5%-მა, ხოლო „დიახ“ - 87.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0%-მა, „დიახ“ კი -100%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 12.5%-მა, „დიახ“ - 87.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90% (Verulava. T. Omanadze. K, 2023).

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე აქვს თუ არა დაწესებულებას გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა, რომელიც ეხება საგანგებო სიტუაციების მართვის ოთხ ფაზას: მზადყოფნას, რეაგირებას, შერბილებასა და აღდგენას? - „არა“ უპასუხა 8%-მა, ხოლო „დიახ“ - 92%-მა.

Sig.=0.779>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

შემდეგ კითხვაზე - ეხება თუ არა გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა შიდა და გარე საგანგებო სიტუაციებს? - პირველ კლინიკაში „არა“

უპასუხა რესპონდენტების 42.9% - მა, „დიახ“ - 57.1% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 50.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 50.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 42.9%-მა, „დიახ“ კი - 57.1%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 0.0%-მა, „დიახ“ 100.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0%-მა რესპონდენტების, „დიახ“ კი - 90.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 20.0% - მა რესპონდენტების, „დიახ“ კი 80.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - ეხება თუ არა გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა შიდა და გარე საგანგებო სიტუაციებს?- „არა“ უპასუხა 26.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 74.0%-მა.

Sig.=0.118>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

კითხვაზე - მოიცავს თუ არა გეგმა საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი პერსონალის მოძიებას?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 42.9% - მა, „დიახ“ - 57.1% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 62.5%-მა, ხოლო „დიახ“ - 37.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 71.4%-მა, „დიახ“ კი -28.6%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 25.0%-მა, „დიახ“ 75.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 70.0%-მა რესპონდენტებისა. „დიახ“ კი - 30.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე მოიცავს თუ არა გეგმა საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი პერსონალის მოძიებას?- „არა“ უპასუხა 46.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 54.0%-მა.

Sig.=0.039<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

კითხვაზე - გადიან თუ არა საგანგებო სიტუაციების დეპარტამენტის თანამშრომლები ტრენინგს წელიწადში ორჯერ მაინც საგანგებო მოვლენებთან დაკავშირებით? პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 87.5%-მა, ხოლო „დიახ“ - 12.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა

- 100%-მა, „დიახ“ კი -0%. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების
 - 25.0%-მა, „დიახ“ 75.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა
 რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა
 60.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 40.0%-მა (ვერულავა, თ.
 ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე, ე, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - გადინ
 თუ არა საგანგებო სიტუაციების დეპარტამენტის თანამშრომლები ტრენინგს
 წელიწადში ორჯერ მაინც საგანგებო მოვლენებთან დაკავშირებით? - „არა“
 უპასუხა 71.4%-მა, ხოლო „დიახ“ - 28.6%.

Sig.=0.014 < 0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება
 სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს
 გავსაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 36.6%-მა,
 ხოლო „დიახ“ 63.7%-მა .

ობიექტის მზადყოფნა და ტრენინგი

ცხრილი 1.9

		h_1 სმედიცინო დაწესებულების დასახელება					6	Total	Chi - squ ar e	df	Sig
		1	2	3	4	5					
ახორციელებს თუ არა დაწესებულება წელიწადში ორჯერ სავარჯიშო საგანგებო სიტუაციებს?	0 არა	100.0 %	100.0 %	100.0 %	62.5 %	100.0%	30.0 %	79.2 %	23.90	5	0.00
	1 დიახ	0.0%	0.0%	0.0%	37.5 %	0.0%	70.0 %	20.8 %			
მონაწილეობს თუ არა დაწესებულება სულ მცირე ერთ წერთნაში წელიწადში კატასტროფებზე რეაგირებასთან დაკავშირებით?	0 არა	100.0 %	100.0 %	100.0 %	50.0 %	100.0%	10.0 %	74.0 %	34.93	5	0.00
	1 დიახ	0.0%	0.0%	0.0%	50.0 %	0.0%	90.0 %	26.0 %			

მონაწილეობს თუ არა ყველა გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტის პერსონალი წელიწადში ორჯერ მაინც კატასტროფების რეაგირების წვრთნებში?	0 არა	100.0 %	87.5 %	100.0 %	75.0 %	100.0%	60.0 %	86.0 %	10.34	5	0.07
	1 დიახ	0.0%	12.5 %	0.0%	25.0 %	0.0%					
განხორციელდა თუ არა დაწესებულებაში პერსონალის და პაციენტების ევაკუაცია ბოლო 12 თვის განმავლობაში.	0 არა	100.0 %	87.5 %	100.0 %	75.0 %	100.0%		88.0 %	7.62	5	0.18
	1 დიახ	0.0%	12.5 %	0.0%	25.0 %	0.0%		12.0 %			
ჰქონია თუ არა დაწესებულებას სიმულაციური ან ფაქტობრივი გადაუდებელი მოვლენების მოქმედების შემდგომი მიმოხილვის ჩატარების პროცედურა.	0 არა	85.7 %	62.5 %	100.0 %	62.5 %	100.0%	30.0 %	72.0 %	16.73	5	0.01
	1 დიახ	14.3 %	37.5 %	0.0%	37.5 %	0.0%	10.0 %	28.0 %			
იყენებს თუ არა დაწესებულება ქმედებისშემდგომ ანგარიშებს გადაუდებელი სიტუაციების მოქმედების გეგმის ძლიერი და სუსტი მხარეების დასადგენად?	0 არა	71.4 %	0.0%	71.4 %	12.5 %	40.0%	90.0 %	68.0 %	17.68	5	0.00
	1 დიახ	28.6 %	100.0 %	28.6 %	87.5 %	60.0%					
		71.81 %	28.19 %								

Total	0 არა	71.81%
	1 დიახ	28.19%

როგორც ცხრილი 1.9 გვიჩვენებს, კითხვაზე - ახორციელებს თუ არა დაწესებულება წელიწადში ორჯერ სავარჯიშო საგანგებო სიტუაციებს? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 100% - მა, „დიახ“ - 0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 100%-მა, ხოლო „დიახ“- 0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 62.5%-მა, „დიახ“ 37.5% - მა. მეხუთე

კლინიკაში „არა“ უპასუხა 100%-მა რესპონდენტებისა. „დიახ“ კი - 0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 30% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 70%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - ახორციელებს თუ არა დაწესებულება წელიწადში ორჯერ სავარჯიშო საგანგებო სიტუაციებს? – „არა“ უპასუხა 79.2%-მა, ხოლო „დიახ“ - 20.8%-მა.

Sig.=0.000<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია (Verulava. T. Omanadze. K, 2023).

კითხვაზე - მონაწილეობს თუ არა დაწესებულება წელიწადში სულ მცირე ერთ წვრთნაში კატასტროფებზე რეაგირებასთან დაკავშირებით?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 100 % - მა, „დიახ“ - 0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 100%-მა, ხოლო „დიახ“- 0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი -0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 50.0%-მა, „დიახ“ 50.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 100%-მა რესპონდენტებისა. „დიახ“ კი - 0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე omdt_5 მონაწილეობს თუ არა დაწესებულება წელიწადში სულ მცირე ერთ წვრთნაში კატასტროფებზე რეაგირებასთან დაკავშირებით? - „არა“ უპასუხა 71.8%-მა, ხოლო „დიახ“ - 28.2%-მა.

Sig.=0.000<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

შემდეგ კითხვაზე - განხორციელდა თუ არა დაწესებულებაში პერსონალისა და პაციენტების ევაკუაცია ბოლო 12 თვის განმავლობაში?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 100% - მა, „დიახ“ - 0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 87.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 12.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 75.0%-მა, „დიახ“ 25.0% - მა.

მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 100%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 70.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 30.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - განხორციელდა თუ არა დაწესებულებაში პერსონალისა და პაციენტების ევაკუაცია ბოლო 12 თვის განმავლობაში?- „არა“ უპასუხა 88.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 12.0%-მა.

Sig.=0.18>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

მომდევნო კითხვაზე - იყენებს თუ არა დაწესებულება ქმედების შემდგომ ანგარიშებს გადაუდებელი სიტუაციების მოქმედების გეგმის ძლიერი და სუსტი მხარეების დასადგენად? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 71.4%-მა, „დიახ“ კი -28.6%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 12.5%-მა, „დიახ“ 87.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 40.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 60.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - იყენებს თუ არა დაწესებულება ქმედების შემდგომ ანგარიშებს გადაუდებელი სიტუაციების მოქმედების გეგმის ძლიერი და სუსტი მხარეების დასადგენად?- „არა“ უპასუხა 32.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 68.0%-მა.

Sig.=0.000 <0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 71.8%-მა, ხოლო „დიახ“ - 29.2%-მა .

შემთხვევების მართვის სისტემა

ცხრილი 1.10

		h_1 საავადმყოფოს დასახელება							Chi-square	df	Sig.
		1	2	3	4	5	6	Total			
არსებობს თუ არა შემთხვევების მართვის სისტემა საავადმყოფოში?	0 არა	42.9 %	25.0%	28.6%	25.0%	0.0%	0.0%	18.0 %	8.38	5	0.14
	1 დიახ	57.1 %	75.0%	71.4%	75.0%	100.0%	100.0%	82.0 %			
ტარდება თუ არა წელიწადში ორჯერ მაინც კატასტროფების მართვის სავარჯიშო წრეებები?	0 არა	100.0 %	100.0%	100.0%	50.0%	100.0%	40.0%	80.0 %	22.50	5	0.00
	1 დიახ	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	60.0%	20.0 %			
არსებობს თუ არა კატასტროფების მართვის მენეჯერის დანიშვნის პროცედურა	0 არა	71.4 %	75.0%	100.0%	50.0%	40.0%	40.0%	60.0 %	9.46	5	0.09
	1 დიახ	28.6 %	25.0%	0.0%	50.0%	60.0%	60.0%	40.0 %			
იცნობს თუ არა პერსონალი კატასტროფების მართვის მენეჯერს	0 არა	28.6 %	25.0%	28.6%	37.5%	10.0%	30.0%	26.0 %	2.02	5	0.85
	1 დიახ	71.4 %	75.0%	71.4%	62.5%	90.0%	70.0%	74.0 %			
არის თუ არა კატასტროფის მართვის მენეჯერის პოზიციაზე მყოფი პერსონა მასზე მიმაგრებულ ჯგუფის ქმედებებზე პასუხისმგებელი?	0 არა	0.0%	0.0%	14.3%	12.5%	0.0%	10.0%	6.0%	3.33	5	0.65
	1 დიახ	100.0 %	100.0%	85.7%	87.5%	100.0%	90.0%	94.0 %			
აქვს თუ არა პერსონალს ინფორმაცია როგორ უნდა მოიქცეს როცა კატასტროფის მართვის სისტემა ამუშავდება?	0 არა	57.1 %	37.5%	42.9%	37.5%	70.0%	20.0%	44.0 %	5.85	5	0.32
	1 დიახ	42.9 %	62.5%	57.1%	62.5%	30.0%	80.0%	56.0 %			

Total	0 არა	39.00%
	1 დიახ	61.00%

როგორც ცხრილი 1.10-დან ჩანს, კითხვაზე -არსებობს თუ არა შემთხვევების მართვის სისტემა სამედიცინო დაწესებულებაში? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 42.9% - მა, „დიახ“ - 57.1% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 25.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 75.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 28.6%-მა, „დიახ“ კი - 71.4%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 25.0%-მა, „დიახ“ 75.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 100%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არსებობს თუ არა შემთხვევების მართვის სისტემა სამედიცინო დაწესებულებაში? - „არა“ უპასუხა 18.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 82.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

Sig.=0.14>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

შემდეგ კითხვაზე - ტარდება თუ არა წელიწადში ორჯერ მაინც კატასტროფების მართვის სავარჯიშო წრთვები?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 100 % - მა, „დიახ“ - 0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 100%-მა, ხოლო „დიახ“- 0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი -0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 50.0%-მა, „დიახ“ 50.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 100%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 40.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 60.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - ტარდება თუ არა წელიწადში ორჯერ მაინც კატასტროფების მართვის სავარჯიშო წრთვები? - „არა“ უპასუხა 80.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 20.0%-მა.

Sig.=0.000<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

კითხვაზე - არსებობს თუ არა კატასტროფების მართვის მენეჯერის დანიშვნის პროცედურა?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 75.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 25.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 50.0%-მა, „დიახ“ - 50.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 40.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 60.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 40.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 60.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არსებობს თუ არა კატასტროფების მართვის მენეჯერის დანიშვნის პროცედურა? - „არა“ უპასუხა 60.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 40.0%-მა.

Sig.=0.09>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

შემდეგი კითხვა ეხებოდა - ჰქონდა თუ არა პერსონალს ინფორმაცია, თუ როგორ მოქცეულიყვნენ, როცა კატასტროფის მართვის სისტემა ამუშავდება? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 57.1% - მა, „დიახ“ - 42.9% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 37.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 62.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 42.9%-მა, „დიახ“ კი - 57.1%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 37.5%-მა, „დიახ“ - 62.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 70.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 30.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 20.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 80.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე, ქ, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას - აქვს თუ არა პერსონალს ინფორმაცია, თუ როგორ უნდა მოიქცნენ, როცა კატასტროფის მართვის სისტემა ამუშავდება?- „არა“ უპასუხა 44.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 56.0%-მა.

Sig.=0.32>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 39.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 61.0% -მა.

კატასტროფებისადმი მზადყოფნის კომიტეტი

		h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება							Chi-square	df	Sig.
		1	2	3	4	5	6	Total			
არსებობს თუ არა საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების დროს მზადყოფნის კომიტეტი და უზრუნველყოფს თუ არა პერსონალის ხელმძღვანელობას?	0 არა	71.4 %	50.0 %	100.0 %	25.0 %	50.0 %	10.0 %	48.0 %	16.63	5	0.01
	1 დიახ	28.6 %	50.0 %	0.0 %	75.0 %	50.0 %	90.0 %	52.0 %			
საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტი მულტიდისციპლინურია?	0 არა	42.9 %	75.0 %	100.0 %	37.5 %	80.0 %	50.0 %	64.0 %	10.12	5	0.07
	1 დიახ	57.1 %	25.0 %	0.0 %	62.5 %	20.0 %	50.0 %	36.0 %			
იმართება თუ არა ხშირად გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტში რეგულარული ღია შეხვედრები?	0 არა	71.4 %	87.5 %	100.0 %	42.9 %	100.0 %	70.0 %	79.6 %	11.34	5	0.05
	1 დიახ	28.6 %	12.5 %	0.0 %	57.1 %	0.0 %	30.0 %	20.4 %			
Total	0 არა	63.76%									
	1 დიახ	36.24%									

როგორც ცხრილი 1.11 გვიჩვენებს, კითხვაზე - არსებობს თუ არა სამედიცინო დაწესებულების გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების დროს მზადყოფნის კომიტეტი და უზრუნველყოფს თუ არა პერსონალის ხელმძღვანელობას?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 50.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 50.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100.0%-მა, „დიახ“ კი - 0.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 25.0%-მა, „დიახ“ - 75.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 50.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 50.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არსებობს თუ არა სამედიცინო დაწესებულების გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების დროს მზადყოფნის კომიტეტი და უზრუნველყოფს თუ არა პერსონალის ხელმძღვანელობას?- „არა“ უპასუხა 48.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 52.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023).

Sig.=0.01<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

შემდგომ კითხვაზე - იყო თუ არა სამედიცინო დაწესებულების გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტი მულტიდისციპლინური?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 42.9 % - მა, „დიახ“ - 57.1% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 75.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 25.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი -0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 37.5%-მა, „დიახ“ 62.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 80%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 20%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 50.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 50.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე სამედიცინო დაწესებულების გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტი მულტიდისციპლინურია? - „არა“ უპასუხა 64.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 36.0%-მა.

Sig.=0.07>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

კითხვაზე - იმართება თუ არა ხშირად გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტში რეგულარული ღია შეხვედრები?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 87.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 12.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 42.9%-მა, „დიახ“ 57.1% - მა.

მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 100.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 0.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 70.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 30.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - იმართება თუ არა ხშირად გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტში რეგულარული ღია შეხვედრები?- - „არა“ უპასუხა 79.6%-მა, ხოლო „დიახ“ - 20.4%-მა.

Sig.=0.045<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია(Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 63.8%-მა, ხოლო „დიახ“ - 36.2% -მა.

ტრიაჟი

ცხრილი1.12

	h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება							Total	Chi-square	Df	Sig.
	1	2	3	4	5	6					
იყენებს თუ არა საავადმყოფო ტრიაჟის სისტემას?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	2.0%	4.08	5	0.538
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	90.0%	98.0%			
მოიცავს თუ არა პროტოკოლი ტრიაჟის საერთაშორისო ნიშნებს? (წითელი, შავი, მწვანე, ყვითელი	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	2.0%	4.08	5	0.538
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	90.0%	98.0%			
იცის თუ არა პერსონალმა თითოეული ნიშნის მნიშვნელობა	0 არა	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	4.0%	3.78	5	0.582
	1 დიახ	100.0%	87.5%	100.0%	100.0%	100.0%	90.0%	96.0%			
აქვს თუ არა დაწესებულება	0 არა	71.4%	75.0%	100.0%	75.0%	80.0%	30.0%	70.0%	11.29	5	0.046

სალტერნატიული დამუშავების ზონა მსხვერპლთა დიდი ნაკადისათვის?	1 დიახ	28.6%	25.0%	0.0%	25.0%	20.0%	70.0%	30.0%			
Total	0 არა	19.50%									
	1 დიახ	80.50%									

როგორც ცხრილი 1.12-დან ჩანს, კითხვაზე - იყენებს თუ არა სამედიცინო დაწესებულება ტრიაჟის სისტემას?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 0.0% - მა, „დიახ“ - 100.0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0.0%-მა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 0.0%-მა, „დიახ“ - 100.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - იყენებს თუ არა სამედიცინო დაწესებულება ტრიაჟის სისტემას?- „არა“ უპასუხა 2.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 98.0%-მა.

Sig.=0.538>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

შემდეგ კითხვაზე - მოიცავს თუ არა პროტოკოლი ტრიაჟის საერთაშორისო ნიშნებს?(წითელი, შავი, მწვანე, ყვითელი?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 0.0 % - მა, „დიახ“ - 100.0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0.0%-მა, „დიახ“ კი -100.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 0.0%-მა, „დიახ“ - 100.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 10.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - მოიცავს თუ არა პროტოკოლი ტრიაჟის საერთაშორისო ნიშნებს?(წითელი, შავი, მწვანე, ყვითელი? - „არა“ უპასუხა 2.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 98.0%-მა.

Sig.=0.538>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

კითხვაზე - აქვს თუ არა დაწესებულებას ალტერნატიული დამუშავების ზონა მსხვერპლთა დიდი ნაკადისათვის?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 75.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 25.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 75.0%-მა, „დიახ“ 25.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 80.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 20.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 30.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 70.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - აქვს თუ არა დაწესებულებას ალტერნატიული დამუშავების ზონა მსხვერპლთა დიდი ნაკადისათვის? - „არა“ უპასუხა 19.5%-მა, ხოლო „დიახ“ - 80.5%-მა.

Sig.=0.046<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 19.5%-მა, ხოლო „დიახ“ - 80.5% -მა.

პაციენტზე ზრუნვა

ცხრილი 1.13

აქვს თუ არა დაწესებულებას პაციენტებზე ზრუნვის გაწერილი მეთოდი?	0 არა	42.9 %	0.0%	57.1 %	12.5 %	0.0%	10.0 %	18.0 %	14.75	5	0.0 12
	1 დიახ	57.1 %	100.0%	42.9 %	87.5 %	100.0 %	90.0 %	82.0 %			

დაწესებულება ს შეუძლია თვალყური ადევნოს პაციენტებს, რომლებიც გადაყვანილნი არიან სხვა ადგილობრივ დაწესებულება ში?	0 არა	85.7 %	75.0%	85.7 %	37.5 %	90.0 %	50.0 %	70.0 %	9.57	5	0.0 88
	1 დიახ	14.3 %	25.0%	14.3 %	62.5 %	10.0 %	50.0 %	30.0 %			
დაწესებულება ს შეუძლია აკონტროლოს გეგმიური პაციენტები, რომლებიც გაეწერებიან კატასტროფულ ი სიტუაციების დროს?	0 არა	71.4 %	100.0%	100.0 %	50.0 %	90.0 %	30.0 %	72.0 %	18.11	5	0.0 03
	1 დიახ	28.6 %	0.0%	0.0%	50.0 %	10.0 %	70.0 %	28.0 %			
Total	0 არა	53.33 %									
	1 დიახ	46.67 %									

როგორც ცხრილი 1.13 გვიჩვენებს, კითხვაზე - აქვს თუ არა დაწესებულებას პაციენტებზე ზრუნვის გაწერილი მეთოდი? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 42.9% - მა, „დიახ“ - 57.1% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 57.1%-მა, „დიახ“ კი - 42.9%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 12.5%-მა, „დიახ“ - 87.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10% - მა რესპონდენტების, „დიახ“ კი 90%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას - აქვს თუ არა დაწესებულებას პაციენტებზე ზრუნვის გაწერილი მეთოდი?- „არა“ უპასუხა 18.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 82.0%-მა.

Sig.=0.012<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

კითხვაზე - დაწესებულებას შეუძლია თვალყური ადევნოს პაციენტებს, რომლებიც გადაყვანილნი არიან სხვა ადგილობრივ დაწესებულებაში? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 85.7 % - მა, „დიახ“ - 14.3% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 75.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 25.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 85.7%-მა, „დიახ“ კი -14.3%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 37.5%-მა, „დიახ“ 62.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 50.0% - მა რესპონდენტებისა, დიახ კი 50.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - დაწესებულებას შეუძლია თვალყური ადევნოს პაციენტებს, რომლებიც გადაყვანილნი არიან სხვა ადგილობრივ დაწესებულებაში? - „არა“ უპასუხა 70.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 30.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

$Sig.=0.088>0.05$ ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

კითხვაზე - დაწესებულებას შეუძლია აკონტროლოს გეგმიური პაციენტები, რომლებიც გაეწერებიან კატასტროფული სიტუაციების დროს?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 100.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 0.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 50.0%-მა, „დიახ“ - 50.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა რესპონდენტებისა. „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 30.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 70.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - დაწესებულებას შეუძლია აკონტროლოს გეგმიური პაციენტები, რომლებიც გაეწერებიან კატასტროფული სიტუაციების დროს? - „არა“ უპასუხა 72.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 28.0%-მა.

Sig.=0.003<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 53.3%-მა, ხოლო „დიახ“ 46.7% -მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023).

სტრესის მართვა კატასტროფების დროს

ცხრილი1.14

		h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება							Chi-square	d f	Sig.
		1	2	3	4	5	6	Total			
ჰყავს თუ არა დაწესებულ ბას კრიტიკული ინციდენტის სტრესის მართვის გუნდი ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეკვივალენტური სერვისები?	0 არა	85.7 %	87.5 %	100.0 %	62.5 %	90.0 %	30.0 %	74.0 %	15.66	5	0.008
	1 დიახ	14.3 %	12.5 %	0.0%	37.5 %	10.0 %	70.0 %	26.0 %			
არის თუ არა ხელმისაწვდომი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები როგორც კატასტროფის დროს ასევე შემდგომაც? .	0 არა	71.4 %	62.5 %	71.4 %	37.5 %	20.0 %	20.0 %	44.0 %	10.20	5	0.070
	1 დიახ	28.6 %	37.5 %	28.6 %	62.5 %	80.0 %	80.0 %	56.0 %			
გადიან თუ არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჯგუფის წევრები ტრენინგებს კრიზისული სიტუაციების დროს	0 არა	100.0 %	100.0 %	100.0 %	37.5 %	90.0 %	20.0 %	72.0 %	28.30	5	0.000
	1 დიახ	0.0%	0.0%	0.0%	62.5 %	10.0 %	80.0 %	28.0 %			

პაციენტთა მოვლასა და გადაუდებელ დახმარებაში?												
არის თუ არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების წარმოდგენილი საგანგებოს იტუაციების მართვის დაგეგმვის კომიტეტში?	0 არა	100.0 %	100.0 %	100.0 %	37.5 %	90.0 %	30.0 %	74.0 %	24.66	5	0.000	
	1 დიახ	0.0%	0.0%	0.0%	62.5 %	10.0 %	70.0 %	26.0 %				
არსებობს თუ არა გეგმა კატასტროფებზე რეაგირების მუშაკების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის შესაფასებლად?	0 არა	100.0 %	100.0 %	100.0 %	50.0 %	90.0 %	50.0 %	80.0 %	16.25	5	0.006	
	1 დიახ	0.0%	0.0%	0.0%	50.0 %	10.0 %	50.0 %	20.0 %				
Total	0 არა			68.80%								
	1 დიახ			31.20%								

როგორც ცხრილი 1.14 გვიჩვენებს, კითხვაზე - ჰყავს თუ არა დაწესებულებას კრიტიკული ინციდენტის სტრესის მართვის გუნდი ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეკვივალენტური სერვისები?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 85.7% - მა, „დიახ“ - 14.3% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 87.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 12.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100.0%-მა, „დიახ“ კი - 0.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 62.5%-მა, „დიახ“ 37.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 30.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 70.0%-მა(Verulava. T. Omanadze. K, 2023).

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - ჰყავს თუ არა დაწესებულებას კრიტიკული ინციდენტის სტრესის მართვის გუნდი ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეკვივალენტური სერვისები? - „არა“ უპასუხა 74.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 26.0%-მა.

Sig.=0.008<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

შემდეგ კითხვაზე - არის თუ არა ხელმისაწვდომი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები როგორც კატასტროფის დროს, ასევე მის შემდგომაც?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 62.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 37.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 71.4%-მა, „დიახ“ კი - 28.6%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 37.5.0%-მა, „დიახ“ 62.5%-მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 20.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 80.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 20.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 80.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არის თუ არა ხელმისაწვდომი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები როგორც კატასტროფის დროს, ასევე მის შემდგომაც?- - „არა“ უპასუხა 44.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 56.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

Sig.=0.07>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

კითხვაზე - გადიან თუ არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჯგუფის წევრები ტრენინგებს კრიზისული სიტუაციების დროს პაციენტთა მოვლასა და გადაუდებელ დახმარებაში? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 100.0% - მა, „დიახ“ - 0.0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 100.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 0.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100.0%-მა, „დიახ“ კი -0.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 37.5%-მა, „დიახ“ - 62.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე

კლინიკაში „არა“ უპასუხა 20.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 80.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023).

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - გადიან თუ არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჯგუფის წევრები ტრენინგებს კრიზისული სიტუაციების დროს პაციენტთა მოვლასა და გადაუდებელ დახმარებაში? - „არა“ უპასუხა 72.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 28.0%-მა.

Sig.=0.000 < 0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

კითხვაზე - არსებობს თუ არა გეგმა კატასტროფებზე რეაგირების მუშაკების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის შესაფასებლად?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 100.0% - მა, „დიახ“ - 0.0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 100.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 0.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100%-მა, „დიახ“ კი - 0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 50.0%-მა, „დიახ“ - 50.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 50.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 50.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არსებობს თუ არა გეგმა კატასტროფებზე რეაგირების მუშაკების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის შესაფასებლად? - „არა“ უპასუხა 80.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 20.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023).

Sig.=0.006<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 68.8%-მა, ხოლო „დიახ“ - 31.2% -მა.

სააფთიაქო მომსახურება

ცხრილი 1.15

	h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება
--	---

		1	2	3	4	5	6	Total	Chi - square	df	Sig.
ინახავს თუ არა ავთიაქი ანტიდოტების მარაგს?	0 არა	71.4 %	100.0 %	100.0%	87.5 %	90.0%	10.0%	73.5%	27.95	5	0.000
	1 დიახ	28.6 %	0.0%	0.0%	12.5 %	10.0%	90.0%	26.5%			
აკონტროლებს თუ არა ავთიაქი მედიკამენტების ყოველდღიურ გამოყენებას?	0 არა	0.0 %	0.0%	0.0%	0.0 %	0.0%	0.0%	0.0%			0.000
	1 დიახ	100.0%	100.0 %	100.0%	100.0%	100.0 %	100.0 %	100.0%			
აქვს თუ არა ავთიაქს მედიკამენტების 1-თვიანი მარაგი?	0 არა	0.0 %	0.0%	0.0%	0.0 %	0.0%	10.0%	2.0%	4.08	5	0.538
	1 დიახ	100.0%	100.0 %	100.0%	100.0%	100.0 %	90.0%	98.0%			
არსებობს თუ არა გეგმა საგანგებო სიტუაციების დროს, რათა ავთიაქმა უზრუნველყოს წამლების სწრაფი მიღება მომწოდებლისგან ?	0 არა	14.3 %	25.0%	42.9%	12.5 %	10.0%	10.0%	18.0%	4.29	5	0.508
	1 დიახ	85.7 %	75.0%	57.1%	87.5 %	90.0%	90.0%	82.0%			
Total	0 არა				23.23%						
	1 დიახ				76.77%						

როგორც ცხრილი 1.15 გვიჩვენებს, კითხვაზე - ინახავს თუ არა ავთიაქი ანტიდოტების მარაგს?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 100.0%-მა,

ხოლო „დიახ“- 0.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100.0%-მა, „დიახ“ კი - 0.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 87.5%-მა, „დიახ“ 12.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი -90.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - ინახავს თუ არა აფთიაქი ანტიდოტების მარაგს?- „არა“ უპასუხა 73.5%-მა, ხოლო „დიახ“ - 26.5%-მა.

Sig.=0.000<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

კითხვაზე - აკონტროლებს თუ არა აფთიაქი მედიკამენტების ყოველდღიურ გამოყენებას?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 0.0% - მა, „დიახ“ - 100.0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0.0%-მა, დიახ კი -100.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 0.0%-მა, „დიახ“ 100.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 100.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - აკონტროლებს თუ არა აფთიაქი მედიკამენტების ყოველდღიურ გამოყენებას?- „არა“ უპასუხა 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 100.0%მა.

Sig.=1>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

კითხვაზე - აქვს თუ არა აფთიაქს მედიკამენტების 1-თვიანი მარაგი?- პირველ კლინიკაში არა უპასუხა რესპონდენტების 0.0% - მა, „დიახ“ - 100.0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0.0%-მა, „დიახ“ კი -100.0%-მა. მეოთხე

კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 0.0%-მა, „დიახ“ 100.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, აქვს თუ არა აფთიაქს მედიკამენტების 1-თვიანი მარაგი? - „არა“ უპასუხა 2.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 98.0%-მა.

Sig.=0.538 > 0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

კითხვაზე - არსებობს თუ არა გეგმა საგანგებო სიტუაციების დროს, რათა აფთიაქმა უზრუნველყოს წამლების სწრაფი მიღება მომწოდებლისგან ?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 14.3% - მა, „დიახ“ - 85.7% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 25.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 75.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 42.9%-მა, „დიახ“ კი - 57.1%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 12.5.0%-მა, „დიახ“ 87.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 90.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არსებობს თუ არა გეგმა საგანგებო სიტუაციების დროს, რათა აფთიაქმა უზრუნველყოს წამლების სწრაფი მიღება მომწოდებლისგან ? - „არა“ უპასუხა 18.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 82.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

Sig.=0.508>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 23.23%-მა, ხოლო „დიახ“ - 76.77% -მა.

ლაბორატორიული მომსახურება

ცხრილი 1.16

		h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება							Chi-square	df	Sig.
		1	2	3	4	5	6	Total			
არის თუ არა ლაბორატორიის პერსონალი დატრენინგებული გაზრდილი მომართვიანობის მომსახურების უზრუნველსაყოფად საგანგებო სიტუაციების დროს?	0 არა	42.9%	37.5%	28.6%	12.5%	0.0%	10.0%	20.0%	7.54	5	0.183
	1 დიახ	57.1%	62.5%	71.4%	87.5%	100.0%	90.0%	80.0%			
არის თუ არა გეგმაში გაწერილი საჭიროების შემთხვევაში რეაგენტების მიწოდება კრიტიკული შემთხვევებისას?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	10.0%	4.0%	3.78	5	0.582
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	87.5%	100.0%	90.0%	96.0%			
არის თუ არა შეთანხმება სამუშაო დატვირთვის გადანაწილებაზე ე. თუ ლაბორატორია ვერ უმკლავდება დატვირთვას?	0 არა	57.1%	62.5%	28.6%	50.0%	60.0%	30.0%	48.0%	3.85	5	0.571
	1 დიახ	42.9%	37.5%	71.4%	50.0%	40.0%	70.0%	52.0%			
არის თუ არა სისხლის ბანკი მზად გაზრდილი საჭიროებისათვის?	0 არა	71.4%	37.5%	85.7%	12.5%	0.0%	0.0%	30.6%	25.29	5	0.000
	1 დიახ	28.6%	62.5%	14.3%	87.5%	100.0%	100.0%	69.4%			
არის თუ არა კავშირები რეგიონულ სისხლის ბანკთან იმ შემთხვევაში, თუ ამის	0 არა	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	6.27	5	0.281
	1 დიახ	85.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	98.0%			

საჭიროება დადგება												
გაუმჯობესდა თუ არა სისხლის მიწოდების სისტემა ბოლო 12 თვის მანძილზე?	0 არა	71.4%	62.5%	85.7%	62.5%	80.0%	10.0%	60.0%	14.43	5	0.013	
	1 დიახ	28.6%	37.5%	14.3%	37.5%	20.0%	90.0%	40.0%				
Total	0 არა			27.42%								
	1 დიახ			72.58%								

როგორც ცხრილი 1.16 ჩანს, კითხვაზე - არის თუ არა ლაბორატორიის პერსონალი დატრენინგებული გაზრდილი მომართვიანობის მომსახურების უზრუნველსაყოფად საგანგებო სიტუაციების დროს? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 42.9% - მა, „დიახ“ - 57.1% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 37.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 62.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 28.6%-მა, „დიახ“ კი - 71.4%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 12.5%-მა, „დიახ“ - 87.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არის თუ არა ლაბორატორიის პერსონალი დატრენინგებული გაზრდილი მომართვიანობის მომსახურების უზრუნველსაყოფად საგანგებო სიტუაციების დროს? - „არა“ უპასუხა 20.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 80.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

Sig.=0.183>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

კითხვაზე - არის თუ არა გეგმაში გაწერილი საჭიროების შემთხვევაში რეაგენტების მიწოდება კრიტიკული შემთხვევებისას?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 0.0% - მა, „დიახ“ - 100.0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0.0%-მა, „დიახ“ კი -100.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში

„არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 12.5%-მა, „დიახ“ - 87.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არის თუ არა გეგმაში გაწერილი საჭიროების შემთხვევაში რეაგენტების მიწოდება კრიტიკული შემთხვევებისას?- „არა“ უპასუხა 4.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 96.0%-მა.

Sig.=0.582>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

შემდეგ კითხვაზე - არის თუ არა სისხლის ბანკი მზად გაზრდილი საჭიროებისათვის?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 37.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 62.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 42.9%-მა, „დიახ“ კი - 57.1%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 12.5.0%-მა, „დიახ“ - 87.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 90.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა.

კითხვაზე - გაუმჯობესდა თუ არა სისხლის მიწოდების სისტემა ბოლო 12 თვის მანძილზე?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 62.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 37.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 85.7%-მა, „დიახ“ კი -14.3%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 62.5%-მა, „დიახ“ - 37.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 80.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 20.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - გაუმჯობესდა თუ არა სისხლის მიწოდების სისტემა ბოლო 12 თვის მანძილზე?- „არა“ უპასუხა 60.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 40.0%-მა.

Sig.=0.013 < 0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 27.42%-მა, ხოლო „დიახ“ - 72.58%-მა.

ფატალური შემთხვევების მართვა.

ცხრილი 1.17

		h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება							Chi-square	d f	Sig .
		1	2	3	4	5	6	Total			
არსებობს თუ არა მსხვერპლთა მართვის გეგმა?	0 არა	42.9%	0.0%	42.9%	62.5%	0.0%	10.0%	24.0%	15.99	5	0.007
	1 დიახ	57.1%	100.0%	57.1%	37.5%	100.0%	90.0%	76.0%			
არის თუ არა დაწესებულებაში იმაცივრები მსხვერპლთა განსათავსებლად?	0 არა	71.4%	100.0%	100.0%	37.5%	100.0%	0.0%	66.0%	35.28	5	0.000
	1 დიახ	28.6%	0.0%	0.0%	62.5%	0.0%	100.0%	34.0%			
არიან თუ არა მორგის თანამშრომლები დატრენინგებული?	0 არა	71.4%	75.0%	100.0%	25.0%	80.0%	20.0%	60.0%	18.21	5	0.003
	1 დიახ	28.6%	25.0%	0.0%	75.0%	20.0%	80.0%	40.0%			
შეუძლია თუ არა დაწესებულებას გამოყოფის დამატებითი სათავსოები მასობრივი	0 არა	71.4%	87.5%	100.0%	75.0%	90.0%	40.0%	76.0%	11.05	5	0.050
	1 დიახ	28.6%	12.5%	0.0%	25.0%	10.0%	60.0%	24.0%			

მსხვერპლის შემთხვევაში?												
Total	0 არა	56.50%										
	1 დიახ	43.50%										

როგორც ცხრილი 1.17 გვიჩვენებს, კითხვაზე, არსებობს თუ არა მსხვერპლთა მართვის გეგმა?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 42.9% - მა, „დიახ“ - 57.1% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 42.9%-მა, „დიახ“ კი - 57.1%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 62.5%-მა, „დიახ“ კი - 37.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა. (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023)

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არსებობს თუ არა მსხვერპლთა მართვის გეგმა?- „არა“ უპასუხა 24.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 76.0%-მა.

Sig.=0.007<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

კითხვაზე - არის თუ არა დაწესებულებაში მაცივრები მსხვერპლთა განსათავსებლად? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 100.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 0.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0.0%-მა, „დიახ“ კი -100.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 37.5%-მა, „დიახ“ 62.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 100.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 0.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 100.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არის თუ არა დაწესებულებაში მაცივრები მსხვერპლთა განსათავსებლად? - „არა“ უპასუხა 66.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 34.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

Sig.=0.000<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

კითხვაზე -არიან თუ არა მორგის თანამშრომლები დატრენინგებული?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 75.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 25.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100.0%-მა, „დიახ“ კი - 0.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 25.0%-მა, „დიახ“ - 75.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 80.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 20.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 20.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 80.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არიან თუ არა მორგის თანამშრომლები დატრენინგებული?- „არა“ უპასუხა 60.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 40.0%-მა.

Sig.=0.508>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

შემდეგ კითხვაზე - შეუძლია თუ არა დაწესებულებას გამოყოს დამატებითი სათავსოები მასობრივი მსხვერპლის შემთხვევაში?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 87.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 12.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100.0%-მა, „დიახ“ კი -0.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 75.0%-მა, „დიახ“ - 25.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 40.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 60.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - შეუძლია თუ არა დაწესებულებას გამოყოს დამატებითი სათავსოები მასობრივი მსხვერპლის შემთხვევაში?- „არა“ უპასუხა 76.4%-მა, ხოლო „დიახ“ - 24.0%-მა.

Sig.=0.05 < 0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 56.5%-მა, ხოლო „დიახ“ - 43.5% -მა.

კომუნიკაცია, გაფრთხილება შეტყობინება.

ცხრილი 1.18

		h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება							Chi-square	d f	Sig.
		1	2	3	4	5	6	Total			
შეუძლია თუ არა დაწესებულებას გაგზავნოს და მიიღოს საგანგებო გაფრთხილებისა და შეტყობინების ინფორმაცია	0 არა	14.3%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	4.0%	4.89	5	0.429
	1 დიახ	85.7%	100.0%	100.0%	87.5%	100.0%	100.0%	96.0%			
შეუძლია თუ არა დაწესებულებას მიიღოს გაფრთხილება გარე სააგენტოებისგან გარდაუვალი საგანგებო მდგომარეობის შესახებ?	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	10.0%	0.0%	4.0%	3.78	5	0.582
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	87.5%	90.0%	100.0%	96.0%			
შეუძლია დაწესებულებას გაფრთხილების გაგზავნა გარე სააგენტოებისთვის	0 არა	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	10.0%	0.0%	6.0%	7.45	5	0.189
	1 დიახ	100.0%	100.0%	100.0%	75.0%	90.0%	100.0%	94.0%			
შეუძლია დაწესებულებას	0 არა	28.6%	37.5%	28.6%	0.0%	10.0%	10.0%	18.0%	5.74	5	0.332

ას საგანგებო სიტუაციის დროს გამოიძახოს პერსონალი არასამორიგეო დროს?	1 დიახ	71.4 %	62.5 %	71.4 %	100.0 %	90.0 %	90.0 %	82.0 %			
აქვს დაწესებულებას საგანგებო, რომელსაც გააცნობს მორიგე და არამორიგე პერსონალს საგანგებო სიტუაციების დროს?	0 არა	57.1 %	62.5 %	14.3 %	14.3 %	60.0 %	10.0 %	36.7 %	11.98	5	0.035
	1 დიახ	42.9 %	37.5 %	85.7 %	85.7 %	40.0 %	90.0 %	63.3 %			
არსებობს თუ არა ისეთი სისტემა, რომლითაც თანამშრომელი შეტყობინებას იღებს მობილურზე, საგანგებო სიტუაციის დროს?	0 არა	71.4 %	75.0 %	100.0 %	25.0 %	90.0 %	50.0 %	68.0 %	14.02	5	0.015
	1 დიახ	28.6 %	25.0 %	0.0%	75.0 %	10.0 %	50.0 %	32.0 %			
Total	0 არა			22.74 %							
	1 დიახ			77.26 %							

როგორც ცხრილი 1.18 გვიჩვენებს, კითხვაზე - შეუძლია თუ არა დაწესებულებას გაგზავნოს და მიიღოს საგანგებო გაფრთხილებისა და შეტყობინების ინფორმაცია? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 14.3% - მა, „დიახ“ - 85.7% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0.0%-მა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 12.5%-მა, „დიახ“ - 87.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 100.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა

10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“- კი 90.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - შეუძლია თუ არა დაწესებულებას გაგზავნოს და მიიღოს საგანგებო გაფრთხილებისა და შეტყობინების ინფორმაცია? - „არა“ უპასუხა 4.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 96.0%-მა.

Sig.=0.429>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

კითხვაზე - შეუძლია თუ არა დაწესებულებას მიიღოს გაფრთხილება გარე სააგენტოებისგან გარდაუვალი საგანგებო მდგომარეობის შესახებ? - პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 0.0% - მა, „დიახ“ - 100.0% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 0.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 100.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 0.0%-მა, „დიახ“ კი -100.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 37.5%-მა, „დიახ“ - 62.5% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 100.0%-მა რესპონდენტებისა „დიახ“ კი - 0.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 0.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 100.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - შეუძლია თუ არა დაწესებულებას მიიღოს გაფრთხილება გარე სააგენტოებისგან გარდაუვალი საგანგებო მდგომარეობის შესახებ? - „არა“ უპასუხა 22.7%-მა, ხოლო „დიახ“ - 77.4%-მა.

Sig.=0.582>0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არაა.

შემდეგ კითხვაზე - აქვს დაწესებულებას გეგმა, რომელსაც გააცნობს მორიგე და არამორიგე პერსონალს საგანგებო სიტუაციების დროს?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 57.1% - მა, „დიახ“ - 42.9% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 62.5%-მა, ხოლო „დიახ“- 37.5% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 14.3%-მა, „დიახ“ კი - 85.7%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 14.3%-მა, „დიახ“ - 85.7% - მა. მეხუთე

კლინიკაში „არა“ უპასუხა 60.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 40.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 10.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 90.0%-მა (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - აქვს დაწესებულებას გეგმა, რომელსაც გააცნობს მორიგე და არამორიგე პერსონალს საგანგებო სიტუაციების დროს? - „არა“ უპასუხა 36.7%-მა, ხოლო „დიახ“ - 63.3.0%-მა.

Sig.=0.035<0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

კითხვაზე - არსებობს თუ არა ისეთი სისტემა, რომლითაც თანამშრომელი შეტყობინებას იღებს მობილურზე საგანგებო სიტუაციის დროს?- პირველ კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების 71.4% - მა, „დიახ“ - 28.6% - მა. მეორე კლინიკაში უპასუხა „არა“ - 75.0%-მა, ხოლო „დიახ“- 25.0% - მა. მესამე კლინიკაში „არა“ უპასუხა - 100.0%-მა, „დიახ“ კი - 0.0%-მა. მეოთხე კლინიკაში „არა“ უპასუხა რესპონდენტების - 25.0%-მა, „დიახ“ - 75.0% - მა. მეხუთე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 90.0%-მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი - 10.0%-მა. მეექვსე კლინიკაში „არა“ უპასუხა 50.0% - მა რესპონდენტებისა, „დიახ“ კი 50.0%-მა.

საერთო ჯამში, თუ განვიხილავთ ყველა კლინიკას, კითხვაზე - არსებობს თუ არა ისეთი სისტემა რომლითაც თანამშრომელი შეტყობინებას იღებს მობილურზე საგანგებო სიტუაციის დროს? - „არა“ უპასუხა 68.0%-მა, ხოლო „დიახ“ - 32.0%-მა (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023).

Sig.=0.0015 < 0.05 ამიტომ კლინიკებს შორის პროცენტების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

თუ ყველა კითხვაზე „არა“ და „დიახ“ პასუხების პროცენტებს გავასაშუალოებთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს: „არა“ დააფიქსირა 22.74%-მა, ხოლო „დიახ“ - 77.26%-მა.

რაც შეეხება ინდექსისა და დომეინების საშუალოს, სამედიცინო დაწესებულების მიხედვით სტატისტიკურად შემდეგი სახის შედეგები გვაქვს:

	h_2 ქალაქი						sig
	1 თელავი	2 მცხეთა	3 თბილისი	4 დუშეთი	5 გორი	Total	
გადაუდებელი სიტუაციების მართვის დაგეგმვა.	56.0%	53.7%	74.0%	62.1%	76.2%	63.4%	0.09
ობიექტის მზადყოფნა და ტრენინგი	7.1%	16.9%	43.8%	10.0%	65.0%	28.2%	0.00
შემთხვევების მართვის სისტემა	50.0%	52.2%	64.6%	63.3%	76.7%	61.0%	0.15
საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების / კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტი	38.1%	15.6%	64.6%	23.3%	56.7%	36.2%	0.01
ტრიაჟი	82.1%	76.7%	81.3%	80.0%	85.0%	80.5%	0.83
პაციენტზე ზრუნვა	33.3%	31.1%	66.7%	40.0%	70.0%	46.7%	0.01
სტრესის მართვა კრიტიკული ინციდენტების დროს	8.6%	8.0%	55.0%	24.0%	70.0%	36.2%	0.00
სააფთიაქო მომსახურება	78.6%	67.8%	75.0%	75.0%	92.5%	76.8%	0.01
ლაბორატორიული მომსახურება	57.1%	64.4%	75.0%	76.0%	90.0%	72.6%	0.00
ფატალური შემთხვევების მართვა	35.7%	25.0%	50.0%	32.5%	82.5%	43.5%	0.00
კომუნიკაცია, გაფრთხილება, შეტყობინება	71.4%	73.3%	85.4%	70.0%	88.3%	77.3%	0.08
INDEX	47.1%	44.1%	66.8%	50.6%	77.5%	56.6%	0.00

გადაუდებელი სიტუაციების მართვის დაგეგმვა - სიდიდის საშუალო მახასიათებელი თელავში არის - 56.0%, მცხეთაში - 53.7%, თბილისში - 74.0%, დუშეთში - 62.1%, გორში - 76.2%, ხოლო სულ ჯამში - 63.4%. რადგანაც

sig=0.09>0.05 რეგიონების მიხედვით საშუალოების განსხვავება არაა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი.

სააფთიაქო მომსახურება - სიდიდის საშუალო მახასიათებელი თელავში არის - 78.6%, მცხეთაში - 67.8%, თბილისში- 75.0%, დუშეთში - 75.0%, გორში - 92.5% , ხოლო სულ ჯამში - 72.8%. რადგანაც sig=0.000>0.05 რეგიონების მიხედვით საშუალოების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023).

INDEX - სიდიდის საშუალო მახასიათებელი თელავში არის - 47.1%, მცხეთაში - 44.1%, თბილისში- 66.8%, დუშეთში - 50.6%, გორში - 77.5% , ხოლო სულ ჯამში - 56.6%. რადგანაც sig=0.000<0.05 რეგიონების მიხედვით საშუალოების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

ხოლო, რაც შეეხება ინდექსისა და დომენების საშუალოს ქალაქების მიხედვით

	h_1 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება							sig
	1	2	3	4	5	6	Total	
გადაუდებელი სიტუაციების მართვის დაგეგმვა.	56.04 %	53.85 %	53.45 %	74.04 %	62.05 %	76.15 %	63.37 %	0.09
ობიექტის მზადყოფნა და ტრენინგი	7.14%	27.50 %	4.76%	43.75 %	10.00 %	65.00 %	28.19 %	0.00
შემთხვევების მართვის სისტემა	50.00 %	56.25 %	47.62 %	64.58 %	63.33 %	76.67 %	61.00 %	0.15
საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების / კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტი	38.10 %	29.17 %	0.00%	64.58 %	23.33 %	56.67 %	36.24 %	0.01
ტრიაჟი	82.14 %	78.13 %	75.00 %	81.25 %	80.00 %	85.00 %	80.50 %	0.83
პაციენტზე ზრუნვა	33.33 %	41.67 %	19.05 %	66.67 %	40.00 %	70.00 %	46.67 %	0.01
სტრესის მართვა კრიტიკული	8.57%	10.00 %	5.71%	55.00 %	24.00 %	70.00 %	36.24 %	0.00

ინციდენტების დროს								
სააფთიაქო მომსახურება	78.57 %	67.71 %	67.86 %	75.00 %	75.00 %	92.50 %	76.77 %	0.01
ლაბორატორიული მომსახურება	57.14 %	66.67 %	61.90 %	75.00 %	76.00 %	90.00 %	72.58 %	0.00
ფატალური შემთხვევების მართვა	35.71 %	34.38 %	14.29 %	50.00 %	32.50 %	82.50 %	43.50 %	0.00
კომუნიკაცია, გაფრთხილება, შეტყობინება	71.43 %	70.83 %	76.19 %	85.42 %	70.00 %	88.33 %	77.26 %	0.08
INDEX	47.11 %	48.74 %	38.71 %	66.84 %	50.57 %	77.53 %	56.57 %	0.00

გადაუდებელი სიტუაციების მართვის დაგეგმვა - სიდიდის საშუალო მახასიათებელი 1 სამედიცინო დაწესებულებაში არის - 56.04%, 2 სამედიცინო დაწესებულებაში - 53.85%, 3 სამედიცინო დაწესებულებაში - 53.45%, 4 სამედიცინო დაწესებულებაში - 74.04%, 5 სამედიცინო დაწესებულებაში - 62.05% , 6 სამედიცინო დაწესებულებაში - 76.15%. ხოლო სულ ჯამში - 63.37%. რადგანაც $sig=0.09>0.05$ რეგიონების მიხედვით საშუალოების განსხვავება არაა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი.

სააფთიაქო მომსახურება - სიდიდის საშუალო მახასიათებელი 1 სამედიცინო დაწესებულებაში არის - 78.57%, 2 სამედიცინო დაწესებულებაში - 67.71%, 3 სამედიცინო დაწესებულებაში - 67.86%, 4 სამედიცინო დაწესებულებაში - 75.00%, 5 სამედიცინო დაწესებულებაში - 75.00%, 6 სამედიცინო დაწესებულებაში - 92.50%. ხოლო სულ ჯამში - 76.77%. რადგანაც $sig=0.01<0.05$ სამედიცინო დაწესებულების მიხედვით საშუალოების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია. 1 სამედიცინო დაწესებულებაში - 48.74%, 3 სამედიცინო დაწესებულებაში - 38.71%, 4 სამედიცინო დაწესებულებაში - 66.84%, 5 სამედიცინო დაწესებულებაში - 50.57%, 6 სამედიცინო დაწესებულებაში - 77.53%. ხოლო სულ ჯამში - 56.57%. რადგანაც $sig=0.00<0.05$ სამედიცინო დაწესებულებების მიხედვით საშუალოების განსხვავება სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე, ქ, 2023)

პირსონის კორელაციის კოეფიციენტი დომენებს შორის

Correlations

	gsmd გადაუდებელი სიტუაციების მართვის დაგეგმვა.	omdt ობიექტის მზადყოფნა და ტრენინგი	Sms შემთხვევების მართვის სისტემა	კატატროფების მზადყოფნის კომპიუტერი	t ტრიაფი	pz პაციენტზე ზრუნვა	სტრესის მართვა კრიტიკული ინციდენტების დროს cal	sm სააფთიაქო მომსახურება	lm ლაბორატორიული მომსახურება	fsm ფატალური შემთხვევების მართვა	kgS კომუნიკაცია, გაფრთხილება, შეტყობინება
გადაუდებელი სიტუაციების მართვის დაგეგმვა. Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1	.367** .009	.565** .000	.509** .000	.296* .037	.481 .000	.385** .006	.483 .000	.598** .000	.628 .000	.513 .000
ობიექტის მზადყოფნა და ტრენინგი Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.367** .009	1	.327* .020	.445** .001	.330* .019	.496 .000	.673** .000	.275 .053	.468** .001	.606 .000	.208 .147

შემთხვევების მართვის სისტემა	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.565**	.327*	1	.462**	.244	.344*	.449**	.270	.454**	.606**	.411**
საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების / კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტი	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.509**	.445**	.462**	1	.362**	.399**	.488**	.463**	.441**	.651**	.529**
ტრიაჟი	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.296*	.330*	.244	.362**	1	.226	.335*	.264	.346*	.233	.299*
პაციენტზე ზრუნვა	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.481**	.496**	.344*	.399**	.226	1	.487**	.369**	.493**	.685**	.444**

N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
სტრესის მართვა კრიტიკული ინციდენტების დროს	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.385**	.673**	.449**	.488**	.335*	.487**	1	.276	.394**	.665**	.362**
სააფთიაქო მომსახურება	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.483**	.275	.270	.463**	.264	.369**	.276	1	.374**	.446**	.471**
ლაბორატორიული მომსახურება	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.598**	.468**	.454**	.441**	.346*	.493**	.394**	.374**	1	.625**	.508**
ფატალური შემთხვევების მართვა	Pearson Correlation	.628**	.606**	.606**	.651**	.233	.685**	.665**	.446**	.625**	1	.542**

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.104	.000	.000	.001	.000		.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
კომუნიკაცია, მეტყობინება	გაფრთხილება, Pearson Correlation	.513**	.208	.411**	.529**	.299*	.444**	.362**	.471**	.508**	.542**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.147	.003	.000	.035	.001	.010	.001	.000	.000	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

ცხრილის სვეტებში და სტრიქონებში ჩამოწერილია დომეინების, ხოლო სტრიქონისა და სვეტის გადაკვეთაზე(?) მოცემული გვაქვს დომეინებს შორის პირსონის კორელაციის კოეფიციენტის მნიშვნელობა.

მაგალითად: გადაუდებელი სიტუაციების მართვის დაგეგმვა და შემთხვევების მართვის სისტემა დომეინებს შორის პირსონის კორელაციის კოეფიციენტი ტოლია 0.565, რომელიც საშუალოზე (0.5) მაღალია, Sig. (2-tailed)=0.000<0.05, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ ორ დომეინს შორის წრფივი კორელაცია სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

გადაუდებელი სიტუაციების მართვის დაგეგმვა და ტრიაჟი დომეინებს შორის პირსონის კორელაციის კოეფიციენტი ტოლია 0.296, რომელიც საშუალოზე (0.5) დაბალია, Sig. (2-tailed)=0.037<0.05, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ ორ დომეინს შორის წრფივი კორელაცია სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

კორელაციური ცხრილიდან ჩანს, რომ დომეინებს შორის კორელაცია ძირითადად საშუალოზე მაღალია (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე, 2023).

ჯანდაცვის სისტემის მზადყოფნა

ჯანდაცვის სისტემის მზადყოფნის დასადგენად გამოვთვალეთ მზადყოფნის საშუალო ქულა კომპონენტების მიხედვით ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში, რომლებშიც კვლევა განხორციელდა. შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში 1.19:

ცხრილი 1.19

Domain	Average score	Rank
საგანდებო სიტუაციების მართვის დაგეგმვა.	63.37%	5
ობიექტის მზადყოფნა და ტრენინგი	28.19%	11
შემთხვევების მართვის სისტემა	61.00%	6
კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტი	36.24%	10
ტრიაჟი	80.50%	1
პაციენტზე ზრუნვა	46.67%	7
სტრესის მართვა კატასტროფების დროს	36.24%	9
სააფთიაქო მომსახურება	76.77%	3
ლაბორატორიული მომსახურება:	72.58%	4
ფატალური შემთხვევების მართვა	43.50%	8
კომუნიკაცია, გაფრთხილება, შეტყობინება	77.26%	2
გასაშუალოებული მნიშვნელობა	56.57%	

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ყველაზე მაღალი დადებითი პასუხების საშუალო პროცენტული მაჩვენებელი 80,50%, დაფიქსირებულია ტრიაჟის სისტემაში, რასაც მოჰყვება კომუნიკაცია, გაფრთხილება, შეტობინების კომპონენტი 77.26%-ით, ასევე სააფთიაქო მომსახურება 76,77% და ლაბორატორიული მომსახურება 72,58%. ხოლო ყველაზე დაბალი მაჩვენებლები მიღებულია შემდეგ კომპონენტებში: ობიექტის მზადყოფნა და ტრენინგი საშუალო მაჩვენებლით 28,18 %, სტრესის მართვა კრიტიკული

ინციდენტების დროს საშუალო მაჩვენებლით 36,24% და ფატალური შემთხვევების მართვა საშუალო მაჩვენებლით 43,50%(Verulava. T. Omanadze. K, 2023)

გასაშუალოებული მნიშვნელობა, რომელიც წარმოადგენს დადებითი პასუხების საშუალოს და რომელიც კვლევის შედეგად მივიღეთ, ყველა კომპონენტის შეჯამებით არის 56,57%, რაც მიუთითებს სამედიცინო დაწესებულებებში კრიზისებისა და კატასტროფული მოვლენებისათვის ზომიერ მზადყოფნაზე.

დისკუსია

სამედიცინო დაწესებულებები უმთავრესი ორგანიზაციებია, რომლებიც ადამიანებს სთავაზობენ ჯანდაცვის სერვისების ფართო სპექტრს. სამედიცინო დაწესებულებების როლი და საჭიროება განსაკუთრებით იზრდება საგანგებო, კრიზისულ სიტუაციებში დაშავებულ ადამიანთა სიცოცხლის გადასარჩენად. ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულების უნარი, დააკმაყოფილოს მოთხოვნები, დამოკიდებულია მათ ზომაზე, ფუნქციონალურ სიმძლავრეზე, შესაბამისი აღჭურვილობის არსებობაზე და ადეკვატური კვალიფიციური ჯანდაცვის პერსონალის ხელმისაწვდომობაზე (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე, ქ, 2023).

კვლევა მიზნად ისახავდა კრიზისულ და კატასტროფულ სიტუაციებზე სამედიცინო დაწესებულების მზადყოფნის შეფასებასა და ანალიზს. კვლევა ჩატარდა 6 სამედიცინო დაწესებულებაში, მასში მონაწილეობდა 50 რესპონდენტი.

შედეგებმა აჩვენა, რომ ყველა სამედიცინო დაწესებულებას აქვს აუცილებელი აღჭურვილობა, რათა ხელი შეუწყოს სამედიცინო დაწესებულების სრულყოფილ ფუნქციონირებას.

თავდაცვა და უსაფრთხოება: შედეგებმა აჩვენა, რომ ყველა სამედიცინო დაწესებულებას ჰყავს უსაფრთხოების თანამშრომელი. ასევე შეუძლიათ დამატებითი თანამშრომლის მოძიება საჭიროების შემთხვევაში. ყველა დაწესებულებას აქვს შესაძლებლობა, ოპტიმალურად უზრუნველყოს სრული პერიმეტრის მონიტორინგი საგანგებო სიტუაციების დროს. აღსანიშნავია, რომ კატასტროფების დროს სამედიცინო დაწესებულებები თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად (Pan American Health Organization / World Health Organization, 2005).

ლოჯისტიკა: რაც შეეხება ლოჯისტიკის ხელმისაწვდომობას, ყველა სამედიცინო დაწესებულებას აქვს დენის გენერატორი, რომელიც უზრუნველყოფს ელექტრო ენერჯის მიწოდებას სამი დღის მანძილზე

საჭიროების შემთხვევაში. სამედიცინო დაწესებულების უმეტესობას საწვავი განთავსებული აქვს დაცულ ადგილებში. გარდა ამისა, სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ შესაძლებლობა, უზრუნველყონ უწყვეტი წყალ-მომარაგება და ჰქონდეთ წყლის მიწოდების მეორადი წყარო, რომელიც გამოყენებული იქნება იმ შემთხვევაში, თუ პირველადი წყარო ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატური წყლის მიწოდებას. ჩვენი შედეგები შეესაბამება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (2006) ანგარიშს (WORLD HEALTH ORGANIZATION), რომელიც აღნიშნავს, რომ წყლის ალტერნატიული წყარო აუცილებელია იყოს ხელმისაწვდომი, ეს წყარო რეკომენდებულია, იყოს სუფთა და უსაფრთხო, რომელსაც გამოვიყენებთ საგანგებო სიტუაციების შემთხვევაში. კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი, სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობას აქვს ჟანგბადის 3-4 დღის მარაგი, რომელიც ინახება დაცულ ადგილზე. ისინი გამოიყენება საოპერაციო ოთახებში, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში. გამოკითხულთა 100%-მა უპასუხა, რომ ნარჩენების მართვა მიმდინარეობს ორგანიზებულად. ჩვენი შედეგები ემთხვევა კალიფორნიის ჰოსპიტლების ასოციაციის 2009 წლის მოხსენებას, რომელიც ხაზს უსვამს, რომ მყარი ნარჩენების გასანადგურებლად მნიშვნელოვანია ნარჩენების მართვის სისტემის არსებობა, განსაკუთრებით კატასტროფების დროს. ასოციაციის განმარტებით, ნარჩენების ეფექტურად მართვა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ნებისმიერი საზოგადოებისთვის, იმისათვის, რომ არ მოხდეს ნარჩენებისგან წყლის დაბინძურება. საბოლოოდ გამოკითხულთა 87.64%-მა განაცხადა, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში ადეკვატური ლოჯისტიკის ხელმისაწვდომობა ფიქსირდება (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე, ქ, 2023).

გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა: გამოკითხულ რესპონდენტთა 92%-მა დაადასტურა, რომ მათ დაწესებულებაში არსებობს საგანგებო სიტუაციების მართვის გეგმა, 74%-მა აღნიშნა, რომ ეს გეგმა ეხება როგორც შიდა, ასევე გარე გადაუდებელ სიტუაციებს. რაც შეეხება

გადაუდებელი სიტუაციების დეპარტამენტის თანამშრომელთა ტრენინგებს, 71, 4 %-მა აღნიშნა რომ მსგავსი ტრენინგები წელიწადში ორჯერ არ იმართება და მხოლოდ 28,6% მონაწილეობს მსგავს ტრენინგებში. გადაუდებელი და კატასტროფული მოვლენების დროს სამედიცინო დაწესებულების მიზანია რესურსების მაქსიმალური მობილიზება, რათა უზრუნველყოს დაზარალებულთა გამოჯანმრთელების ეფექტური მართვა, ამიტომ მიზანშეწონილია, სამედიცინო დაწესებულებები იყვნენ მაქსიმალურად მომზადებულნი საგანგებო სიტუაციებისთვის. ჩვენი შედეგები არ ემთხვევა კაჯი და ლუისის მიერ ჩატარებულ კვლევას (2006), რომელიც მიუთითებდა, რომ თითქმის ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში ლოს-ანჯელესში ჩატარებული იყო მრავალი ტრენინგი პერსონალის უნარ-ჩვევების გასაუმჯობესებლად (Kaji, 2006). ჩვენი შედეგები ემთხვევა პაგანინის კვლევას (2016) (Paganini. M. Borrelli, F. Cattani, J. Ragazzoni, L. Djalali, A. Carenzo, 2016), სადაც ექთნებმა და ექიმებმა აჩვენეს მოუმზადებლობა საგანგებო სიტუაციების პროცესებში, მათ არ ჰქონდათ შესაბამისი საბაზისო მომზადება, თუ როგორ მოქცეულიყვნენ დაშავებულთა მასობრივი შემოდინების დროს. იტალიაში ჩატარებულმა კვლევამაც (Öztekin. S, 2016) პერსონალის დაბალი მზადყოფნა აჩვენა კატასტროფული სიტუაციების დაგეგმვის კონცეფციებში. მათ იცოდნენ გეგმის არსებობის შესახებ, თუმცა არ ჰქონდათ ინფორმაცია, როგორ მოქცეულიყვნენ მსგავს სიტუაციაში.

სამედიცინო დაწესებულებებში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კატასტროფებისათვის მზადყოფნას, ასევე აუცილებელია, რომ გეგმა, რომელიც არსებობს, ცნობილი და გასაგები იყოს პერსონალისათვის, რომელიც გამოიყენებს მას. სამედიცინო დაწესებულებებში გადაუდებელი სიტუაციების დეპარტამენტის თანამშრომლები არიან სამედიცინო დაწესებულებებში რეაგირებისა და მზადყოფნის პირველი ხაზი (Paganini. M. Borrelli, F. Cattani, J. Ragazzoni, L. Djalali, A. Carenzo, 2016).

საავადმყოფოს მზადყოფნა და ტრენინგი: რაც შეეხება კატასტროფებისათვის მზადყოფნასა და ტრენინგებს, გამოკითხულთა 79,2%-მა უპასუხა, რომ წელიწადში ორჯერ ტრენინგებს არ გადიან. 88-მა უპასუხა, რომ ბოლო 12 თვის მანძილზე პერსონალისა და პაციენტთა სიმულაციური ევაკუაცია არ განხორციელებულა. ჩვენი შედეგები არ დაემთხვა ალ-შარიფის მიერ ჩატარებულ კვლევას (Al-Shareef. AS., 2016), რომლის შედეგებმაც აჩვენა, რომ პერსონალი მონაწილეობს მინიმუმ ორ წვრთნაში წელიწადში. კატასტროფებისადმი მომზადების სუსტი მზადყოფნა აჩვენა ალ-კალილეს მიერ ჩატარებულმა კვლევამ (Al Khalailah. MA., 2012) რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ მათ საბაზისო განათლებაც არ მიუღიათ საგანგებო სიტუაციების მზადყოფნაზე, მხოლოდ მცირე რაოდენობამ რესპონდენტებისა უპასუხა, რომ რამდენიმე ტრენინგში მიიღო მონაწილეობა. აღსანიშნავია, რომ დაგეგმვის პროცესი აყალიბებს საპასუხო ზომებსა და ოქმებს, რომლებიც შესაძლოა იყოს დოკუმენტირებული წერილობითი გეგმა, თუმცა მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მხოლოდ გეგმის არსებობა არ იძლევა გარანტიას საგანგებო სიტუაციებთან გასამკლავებლად, კატასტროფებისადმი მომზადება მიზნად ისახავს საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების გაუმჯობესებას (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

შემთხვევების მართვის სისტემა: რაც შეეხება შემთხვევების მართვას, 82%-მა უპასუხა, რომ მათ სამედიცინო დაწესებულებაში შემთხვევების მართვის სისტემა არსებობს, 60%-მა აღნიშნა, რომ შემთხვევების მართვის მენეჯერის დანიშვნის პროცედურა არ არსებობს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რესპონდენტთა 74% იცნობს შემთხვევების მართვის მენეჯერს. ჩვენი შედეგები ეთანხმება ალ-შარიფის კვლევას (Al-Shareef. AS., 2016), რომელმაც კვლევის საფუძველზე დაადგინა, რომ სამედიცინო დაწესებულებების უმეტესობას ჰქონდა შემთხვევების მართვის სისტემა.

საგანგებო სიტუაციების დროს, შემთხვევების მართვის სისტემის მენეჯერის როლი ძალიან მნიშვნელოვანია, მასზეა დამოკიდებული შემთხვევების მართვა, რესურსების გამოყენება. მას აქვს უფლება

ბრძანებების გაცემისა და ასევე პასუხისმგებელია ჯგუფზე, რომელიც ექვემდებარება.

კატასტროფებისადმი მზადყოფნის კომიტეტი: რაც შეეხება კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტს, რესპონდენტთა 52%-მა აღნიშნა, რომ მათ დაწესებულებაში არსებობს ეს კომიტეტი, 36%-მა აღნიშნა, რომ ეს კომიტეტი მულტიდისციპლინურია. შესაბამისი კრიზისების წინააღმდეგ ეფექტური რომ იყოს, გეგმას სჭირდება ექსპერტიზა, განათლება, რესურსები (Luc, Greet, & Kurt, 2014), ამისათვის აუცილებელია კატასტროფებისადმი მზადყოფნის კომიტეტი, რომელიც მოიცავს პერსონალს სპეციალობების მიხედვით, აუცილებელია კომიტეტი ხელმისაწვდომი იყოს კრიზისული მოვლენების დროს, რათა უხელმძღვანელოს პერსონალს და ეფექტურად მართოს არსებული რესურსები (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

ტრიაჟი: ჩვენს კვლევაში ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ტრიაჟის კომპონენტმა აჩვენა. ტრიაჟის მიზანია, პაციენტი მოხვდეს შესაბამის ადგილას შესაფერის დროს და მიიღოს ოპტიმალური მკურნალობა. ყველა კლინიკაში დანერგილია საერთაშორისო კლასიფიკატორები სამ ფერში.

პაციენტზე ზრუნვა: როგორც ჩვენი კვლევა გვიჩვენებს, გამოკითხულთა 82%-მა უპასუხა, რომ მათ დაწესებულებაში არსებობს პაციენტზე ზრუნვის გაწერილი მეთოდი. 70%-მა უპასუხა, რომ მათი დაწესებულებიდან სხვა დაწესებულებაში გადაყვანილ პაციენტებზე თვალყურის დევნების შესაძლებლობა არ აქვთ.

სტრესის მართვა კრიტიკული ინციდენტების დროს: სტრესის მართვა მნიშვნელოვანი ნაწილია კრიზისულ მოვლენებზე რეაგირების პროცესში, ჩვენს მიერ გამოკითხულ დაწესებულებებში უგულვებელყოფილია სტრესისა და შემდგომი ფსიქიკური აშლილობის მართვა. კვლევის მიხედვით, 74%-მა უპასუხა, რომ დაწესებულებას არ ჰყავს სტრესის მართვის გუნდი. ასევე 74%-მა აღნიშნა, რომ სტრესის მართვის გუნდი არ არის წარმოდგენილი საგანგებო სიტუაციების მართვის კომიტეტში (ვერულავა, თ. ლაზარაშვილი, თ. ომანაძე , ქ, 2023) .

ფარმაცევტული და ლაბორატორიული სერვისების ხელმისაწვდომობა: ფარმაცევტული და ლაბორატორიული მომსახურება ნებისმიერ საგანგებო მოვლენებზე რეაგირებისათვის აუცილებელი კომპონენტია. კვლევის მიხედვით, რესპონდენტთა 98%-მა უპასუხა, რომ აფთიაქი ინახავს მედიკამენტების ერთთვიან მარაგებს. რაც შეეხება ლაბორატორიულ მომსახურებას, რესპონდენტთა 98%-მა აღნიშნა, რომ მუდმივი კავშირია სამედიცინო დაწესებულებებსა და რეგიონულ სისხლის ბანკს შორის.

ფატალური შემთხვევების მართვა: კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა 76%-მა აღნიშნა, რომ სამედიცინო დაწესებულებას აქვს მსხვერპლთა მართვის გეგმა. 66%-მა უპასუხა, რომ დაწესებულებაში არ არის მაცივრები მსხვერპლთა განსათავსებლად, თუმცა სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ შესაძლებლობა, საჭიროების შემთხვევაში მოიძიონ დამატებითი სათავსოები (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

კომუნიკაცია, გაფრთხილება შეტყობინების სისტემა: კომუნიკაცია მნიშვნელოვანი კომპონენტია საგანგებო სიტუაციების დროს. ჩვენმა შედეგებმა აჩვენა, რომ სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობას აქვს საკომუნიკაციო სისტემა, შეუძლია მიიღოს და გააგზავნოს გადაუდებელი გაფრთხილება და შეტყობინება. გამოკითხულთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ სამედიცინო დაწესებულებას გააჩნია სათანადო სისტემა (განახლებული საკონტაქტო ინფორმაცია) აცნობოს როგორც მორიგე, ასევე არამორიგე პერსონალს გადაუდებელი მდგომარეობის შესახებ და საგანგებო სიტუაციების დროს გამოიძახოს სამსახურში. ჩვენი შედეგები ეთანხმება სხვა კვლევებს(deBoisblanc, 2005), რომელთა მკითხვებით, გარე და შიდა საკომუნიკაციო სისტემების გამართული მუშაობა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია საგანგებო სიტუაციების დროს, რათა უზრუნველყოფილი იყოს პერსონალის კოორდინაცია სხვადასხვა ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და სამთავრობო და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან.

ჯანდაცვის დაწესებულებების შიდა ან გარე საკომუნიკაციო სისტემების დაზიანებამ ან გადატვირთულობამ შეიძლება გამოიწვიოს

კომუნიკაციის გაუმართაობა. კომუნიკაციის დაკარგვა აშორებს სამედიცინო დაწესებულებას გარე სამყაროსგან, მათ შორის კატასტროფებზე რეაგირების სხვადასხვა სამსახურებისგან და კიდევ უფრო ართულებს სამედიცინო დაწესებულების შესაძლებლობას, მიიღოს შესაბამისი მხარდაჭერა. შიდა დონეზე კომუნიკაციის დაკარგვა უარყოფითად აისახება კატასტროფებზე რეაგირების კოორდინაციაზე, რადგან ცალკეული სამსახურები და ოპერატიული შტაბის წევრები ვერ ახერხებენ ინფორმაციის გაცვლას. კვლევები ადასტურებს (Rabkin, 2005), რომ კატასტროფების დროს კომუნიკაციის დაზიანების თავიდან ასაცილებლად, ჯანდაცვის დაწესებულებებს მიზანშეწონილია ჰქონდეთ ეფექტური, თანამშრომლობითი ინტერდისციპლინური და მთავრობათაშორისი გეგმა ურთიერთფუნქციონირებადი კომუნიკაციებისთვის (Verulava. T. Omanadze. K, 2023) .

საგანგებო სიტუაციების დროს ინფორმაციის მართვის ინტეგრაციას დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტებისა და სამედიცინო დაწესებულების მუშაობის კოორდინაციისთვის, მონაცემთა შენახვის, მართვისა და ანგარიშგებისთვის. ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტი (IT) მნიშვნელოვან როლს ასრულებს საინფორმაციო სისტემის კარგად ფუნქციონირებისა და პაციენტების ზუსტი ჩანაწერების შენარჩუნებაში. კვლევის შედეგები ეთანხმება სხვა კვლევებს (Chimanya, 2011), რომლებიც ხაზს უსვამენ პაციენტებზე ზუსტი და სათანადო ჩანაწერების შენარჩუნების მნიშვნელობას საგანგებო სიტუაციებამდე, მისი დადგომისას და მის შემდეგ, რადგან შეიძლება იყვნენ პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მუდმივად იღებენ მედიკამენტებს და რომლებსაც ჯერ კიდევ სჭირდებათ მათი მიღება კატასტროფების დროს. ჩანაწერების შენახვა ასევე იძლევა კატასტროფების დროს გაწეული დახმარების ანაზღაურების საშუალებას.

დასკვნა

კრიზისებისა და კატასტროფებისათვის ეფექტური მზადყოფნა უწყვეტი პროცესია, რომელზეც მიზანშეწონილია ზედამხედველობასა და მონიტორინგს მუდმივად ახორციელებდეს ჯანდაცვის სისტემა. კვლევის შედეგებმა აჩვენა კატასტროფებისადმი მზადყოფნის ზომიერი დონე. სამედიცინო დაწესებულებების ძლიერი მხარე გამოვლინდა ტრიაჟის სისტემაში, ასევე კომუნიკაციის, გაფრთხილებისა და შეტყობინების კომპონენტში, ხოლო სუსტი მხარეები გამოვლინდა სამედიცინო ორგანიზაციების მზადყოფნასა და ტრენინგის კომპონენტში, ასევე, სტრესის მართვის კომპონენტში კრიტიკული სიტუაციების დროს.

კატასტროფების დროს სამედიცინო დაწესებულებები თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად. ამ მხრივ, ყველა სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც ჩატარდა კვლევა, აქვს შესაძლებლობა საგანგებო სიტუაციების დროს ოპტიმალურად უზრუნველყოს სრული პერიმეტრის მონიტორინგი, რისთვისაც ჰყავთ სათანადო უსაფრთხოების თანამშრომელი.

ლოჯისტიკის მიმართულებით, სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობას აქვს შესაძლებლობა საგანგებო სიტუაციების შემთხვევაში უზრუნველყოს უწყვეტი წყალმომარაგება, ელექტროენერჯის მიწოდება, დაცულ ადგილებში ინახება საწვავი, ჟანგბადის 3-4 დღის მარაგი. აფთიაქი ინახავს მედიკამენტების ერთთვიან მარაგებს. ასევე, მუდმივი კავშირია სამედიცინო დაწესებულებასა და რეგიონულ სისხლის ბანკს შორის.

კატასტროფების დროს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ნარჩენების მართვა, რომ არ მოხდეს ნარჩენებისგან წყლის დაბინძურება. ამ მხრივ,

სამედიცინო დაწესებულებაში არსებობს ნარჩენების მართვის სისტემა და მყარი ნარჩენების განადგურება მიმდინარეობს ორგანიზებულად.

სამედიცინო დაწესებულებებში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კატასტროფებისათვის მზადყოფნას. სასურველია სამედიცინო დაწესებულებაში მაქსიმალურად მომზადებულნი იყვნენ საგანგებო სიტუაციებისთვის, რათა უზრუნველყონ დაზარალებულთა გამოჯანმრთელების ეფექტური მართვა. სამედიცინო ორგანიზაციების უმრავლესობას გააჩნდა საგანგებო სიტუაციების მართვის გეგმა. თუმცა, პერსონალის უნარ-ჩვევების გასაუმჯობესებლად პერიოდულად არ ტარდება ტრენინგები, ასევე სათანადოდ არ ხორციელდება პერსონალისა და პაციენტთა სიმულაციური ევაკუაცია. აღნიშნული უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო პერსონალის საგანგებო სიტუაციების მზადყოფნის საბაზისო განათლებაზე, მათ ინფორმირებულობაზე, თუ როგორ მოიქცნენ საგანგებო სიტუაციებში, მაგალითად, დაშავებულთა მასობრივი შემოდინების დროს. განსაკუთრებით ეს ეხება გადაუდებელი სიტუაციების დეპარტამენტის თანამშრომლებს, რადგან ისინი წარმოადგენენ კატასტროფებზე რეაგირებისა და მზადყოფნის პირველ ხაზს.

კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო დაწესებულებათა უმეტესობაში ჰქონდათ შემთხვევების მართვის სისტემა. თუმცა, სამედიცინო დაწესებულებათა მხოლოდ ნაწილში არსებობს შემთხვევების მართვის მენეჯერის დანიშვნის პროცედურა და რესპონდენტთა 74% იცნობს შემთხვევების მართვის მენეჯერს. აღსანიშნავია, რომ საგანგებო სიტუაციების დროს, შემთხვევების მართვის სისტემის მენეჯერის როლი ძალიან მნიშვნელოვანია, მასზეა დამოკიდებული შემთხვევების მართვა.

კრიზისების წინააღმდეგ ეფექტური მართვისათვის აუცილებელია კატასტროფებისადმი მზადყოფნის კომიტეტი, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა სპეციალობის პერსონალს. ამ მხრივ, რესპონდენტთა მხოლოდ 52%-მა აღნიშნა მათ დაწესებულებაში კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტის

არსებობა და კიდევ უფრო ნაკლებმა (36%) მიუთითა ამ კომიტეტის მულტიდისციპლინური ხასიათი.

კრიზისულ მოვლენებზე რეაგირების პროცესში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ტრიაჟს, რომლის მიზანია პაციენტი მოხვდეს შესაფერის ადგილას, შესაფერის დროს და მიიღოს ოპტიმალური მკურნალობა. ამ მხრივ, ტრიაჟის კომპონენტი ყველაზე უკეთ შეფასდა. კერძოდ, ყველა კლინიკაში დანერგილია საერთაშორისო კლასიფიკატორები სამ ფერში. თუმცა, საყურადღებოა, რომ პაციენტებზე ზრუნვის მხრივ, რესპონდენტთა 70%-ის აზრით, მათი დაწესებულებიდან სხვა დაწესებულებაში გადაყვანილ პაციენტებზე თვალყურის დევნების შესაძლებლობა არ აქვთ.

კატასტროფული მოვლენები იწვევს ფსიქოლოგიურ და სოციალურ შედეგებს, რაც აზიანებს დაზარალებული მოსახლეობის ფსიქიკურ ჯანმრთელობას და ფსიქოსოციალურ კეთილდღეობას. კატასტროფებმა, შესაძლოა, მკვეთრად შეცვალოს ოჯახის წევრების ცხოვრება, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც არის დანაკარგი. ამ მხრივ, კრიტიკული ინციდენტების დროს მნიშვნელოვანია სტრესის მართვა. კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულ დაწესებულებებში უგულებელყოფილია სტრესისა და შემდგომი ფსიქიკური აშლილობის მართვა. სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობას არ ჰყავს სტრესის მართვის გუნდი. ასევე სტრესის მართვის გუნდი არ არის წარმოდგენილი საგანგებო სიტუაციების მართვის კომიტეტში. დაზარალებულთა ტრავმების ნეგატიური შედეგების შესამცირებლად მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებებში ფსიქოლოგებისა და ფსიქიატრების ჩართვა.

პრობლემები გამოვლინდა ფატალური შემთხვევების მართვის მიმართულებით. ყველა სამედიცინო დაწესებულებას არ აქვს მსხვერპლთა მართვის გეგმა. ასევე, ყველა დაწესებულებაში არ არის მაცივრები მსხვერპლთა განსათავსებლად, თუმცა სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ შესაძლებლობა, საჭიროების შემთხვევაში, მოიძიონ დამატებითი სათავსოები.

გარე და შიდა საკომუნიკაციო სისტემების გამართული მუშაობა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია საგანგებო სიტუაციების დროს, რათა უზრუნველყოფილი იყოს პერსონალის კოორდინაცია სხვადასხვა ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და სამთავრობო და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან. ამ მხრივ, სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობას აქვს საკომუნიკაციო სისტემა, შეუძლია მიიღოს და გააგზავნოს გადაუდებელი გაფრთხილება და შეტყობინება.

ამრიგად, კვლევამ აჩვენა სამედიცინო ორგანიზაციების ძალიან სუსტი მზადყოფნა და კატასტროფებისადმი პერსონალის მომზადების თვალსაზრისით, ძალიან დაბალი მაჩვენებელი. ამ მხრივ, პერსონალის ტრენინგები და სამედიცინო ორგანიზაციის მზადყოფნა ყოველთვის უზრუნველყოფს უკეთეს შედეგს დაზარალებულთათვის. კვლევის შედეგებით დადგინდა სამედიცინო დაწესებულებებში კატასტროფებისადმი მზადყოფნის ზომიერი დონე. მიღებული დასკვნები და რეკომენდაციები ხელს შეუწყობს შემდგომში სამედიცინო ორგანიზაციების პერსონალის განათლების დონის ამაღლებას კრიზისული სიტუაციებისა და კატასტროფული მოვლენების ეფექტური მართვის უზრუნველსაყოფად.

რეკომენდაციები

- აუცილებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქოსოციალური კეთილდღეობის საკითხების ჩართვა სამედიცინო დაწესებულების გადაუდებელი დახმარების გეგმაში. აუცილებელია ფსიქოლოგებისა და ფსიქიატრების ჩართულობა ჰოსპიტალური სერვისების გაწევისას და არა მხოლოდ კატასტროფული მოვლენების დროს.
- სავალდებულოა გადაუდებელი სიტუაციების წვრთნებისა და ტრენინგების ჩატარება ჯანდაცვის სხვადასხვა მიმართულებით, რაც მიზნად ისახავს პერსონალის ცოდნის ამაღლებასა და მათი უნარების გაუმჯობესებას გადაუდებელი შემთხვევების უფრო ეფექტურად მართვაში.
- აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებების შესაძლებლობების გაზრდა დაზარალებული მოსახლეობის ეფექტური მართვის მიზნით, რათა უკეთ მოხდეს დიდი რაოდენობის კატასტროფული შემთხვევების მართვა.
- სავალდებულოა პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის მომზადება და მათი ინტეგრირება საგანგებო სიტუაციების დაგეგმვაში, რათა მათ შეძლონ შედარებით მსუბუქი შემთხვევების მართვა სამედიცინო დაწესებულებების გადატვირთვის შესამცირებლად.
- აუცილებელია საგანგებო სიტუაციების მართვის გეგმის გაზიარება ყველა თანამშრომლისთვის და ამ მხრივ მათი ცნობიერების დონის ამაღლება.
- აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებებში კატასტროფებისადმი მზადყოფნის კომიტეტის არსებობა.
- აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებებში საგანგებო სიტუაციების მართვის სისტემის ჩამოყალიბება, რომელსაც უხელმძღვანელებს კვალიფიციური პერსონალი.

წინადადებები შემდგომი კვლევებისთვის

- კვლევის ჩატარება, რომელიც მიზნად ისახავს სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებისა და კერძო სექტორის თანამშრომლობისა და კოორდინაციის დონის შეფასებას კრიზისისა და კატასტროფების დროს.
- გადაუდებელი სიტუაციების სასწავლო პროგრამების ეფექტურობის შეფასება ჯანდაცვის პროვაიდერთა ცოდნისა და უნარების გაძლიერებაში საგანგებო მოვლენების დროს.
- კრიზისული მოვლენების შედეგად დაზარალებულთა შორის პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის დონისა და ცხოვრების ხარისხზე მისი გავლენის შეფასება.

ბიბლიოგრაფია

- Al Khalaileh. MA., B. E. (2012, JANUARY). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *INTERNATIONAL EMERGENCY NURSING*, 20(1), 14-23. doi:10.1016/j.ienj.2011.01.001
- Al-Safadi.H. (2018). Great March injuries pushing Gaza's hospitals to brink of collapse. <https://www.middleeasteye.net/>.
- Al-Shareef. AS., A. L. (2016 წლის 14 DECEMBER). Evaluation of Hospitals' Disaster Preparedness Plans in the Holy City of Makkah (Mecca): A Cross-Sectional Observation Study. *PREHOSPITAL AND DISASTER MEDICINE*, 35(1), 33-45. doi: 10.1017/S1049023X16001229
- Alshehri. A. (2012). *The Hospital's role within a regional disaster response: A Comparison study of an urban hospital versus a rural hospital*. Retrieved from RIT SCHOLAR WORKS: <https://scholarworks.rit.edu/theses/704/>
- Al-Thobaity. A., P. V. (2015, AUGUST 15). Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *AUSTRALASIAN EMERGENCY NURSING JOURNAL*, 18(3), 156-164. doi: 10.1016/j.aenj.2015.03.001
- Amy H Kaji, R. J. (2006, AUGUST 2). Hospital disaster preparedness in Los Angeles County. *ACAD EMERG MED*, 13(11), 1198-1203. doi:10.1197/j.aem.2006.05.007
- Ashour. M., Z. G. (2013). *Emergency preparedness and response of the Palestinian health system to an Israeli assault on the Gaza Strip, occupied Palestinian territory, in 2012: a qualitative assessment*. THE LANCET. Retrieved from <https://www.thelancet.com/>
- Baack. S, .. D. (2013, APRIL 19). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 45(3), 281- 287. doi:10.1111/jnu.12029
- Bagaria. J., H. C. (2009, OCTOBER). Evacuation and Sheltering of Hospitals in Emergencies: A Review of International Experience. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(5), 461 - 467. doi:10.1017/S1049023X00007329
- Bajow, N. A. (2014, november). Evaluation and Analysis of Hospital Disaster Preparedness in Jeddah. *Scientific Research Publishing*, 6(19), 2668-2687. doi: 10.4236/health.2014.619306

- Bajow. NA., & A. (2014). Evaluation and Analysis of Hospital Disaster Preparedness in Jeddah. *SCIENTIFIC RESEARCH AN ACADEMIC PUBLISHER*, 6(19), 2668-2687. doi:10.4236/health.2014.619306
- Barten. Dennis G. Vincent W. Klokman, S. C. (2021, SEPTEMBER 9). When disasters strike the emergency department: a case series and narrative review. *International Journal of Emergency Medicine*, 14(49). doi:doi.org/10.1186/s12245-021-00372-7
- Chimenya, G. (2011). *Hospital emergency and disaster preparedness: A study of Onandjokwe Lutheran hospital, northern Namibia. MA Thesis, disaster management training and education center for Africa, University of the Free State.* UNIVERSITY OF THE FREE STATE, DISASTERS MANAGEMENT TRAINING AND EDUCATION CENTER FOR AFRICA, NAMIBIA.
- Corbaley, S. (2010). *A descriptive study to determine the level of crisis preparedness frontline leaders are trained to perform during an exploding crisis in Los Angeles County healthcare facilities, providing emergency services.* California: University of La Verne. დაბრუნებული <https://eric.ed.gov/?id=ED520993>-დან
- deBoisblanc, B. (. (2005 წლის 15 November). Black Hawk, please come down: Reflections on a hospital's struggle to survive in the wake of Hurricane Katrina. (172).
DISASTER MANAGEMENT PLAN.
- Djalali. A., D. C. (2014). Art of disaster preparedness in European union: a survey on the health systems. *PUL MED GOV.* doi:10.1371/currents.dis.56cf1c5c1b0deae1595a48e294685d2f
- FEMA. (2006). *NIMS IMPLEMENTATION ACTIVITIES FOR HOSPITALS AND HEALTHCARE SYSTEMS.* დაბრუნებული https://www.fema.gov/pdf/emergency/nims/imp_hos.pdf-დან
- Fuchs, J. (2020). " 22 State That Prove Why You Need a Crisis Management Strategy in 2020".
- Grossman.M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, Vol. 80, (N2), 223-255.
- Hamdan. M, A. A. (2017, JUNE 15). Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Services Research*, 17(405). doi:10.1186/s12913-017-2356-3

- Heidaranlu E, E. A. (2015, SEPTEMBER 14). Hospital Disaster Preparedness Tools: a Systematic Review. *PLOS CURRENTS*. doi:10.1371/currents.dis.7a1ab3c89e4b433292851e349533fd77.
- INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. (2007). *Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point. Disaster Preparedness*. washington, USA: NATIONAL ACADEMIES PRESS. doi:10.17226/11621
- International Committee of Red Cross. (2016).
- Iserson. KV., & M. (2007, MARCH). Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE*, 49(3), 275-281. doi:10.1016/j.annemergmed.2006.05.019
- Islam Azizpour, S. M. (2022 წლის 20 July). Disaster preparedness knowledge and its relationship with triage decision-making among hospital and pre-hospital emergency nurses - Ardabil, Iran. *BMC Health Services Research*, 22. doi:doi.org/10.1186/s12913-022-08311-9
- Jacques, C. C.-R. (2014, FEBRUARY 1). Resilience of the Canterbury hospital system to the 2011 Christchurch earthquake. *Earthquake Spectra*,. *SAGE Journals*, 30(1), 533-554. doi:doi.org/10.1193/032013EQS074M
- Jafar BAZYAR, H. S. (2020 წლის may). Hospital Disaster Preparedness in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 49, 837-850.
- Jenny Luke, P. A. (2022 წლის 14 November). Building Toward a Disaster Resilient Health System: A Study of Hospital Resilience. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17. doi:https://doi.org/10.1017/dmp.2022.204
- Justin Barr, M. P. (2020, AUGUST 13). A NATIONAL MEDICAL RESPONSE TO CRISIS- THE LEGACY OF WORLD WAR 2. *PERSPECTIVE HISTORY OF MEDICINE*, 383, 613-615. doi:10.1056/NEJMp2008512
- Kaji, A. &. (2006, november 13). Hospital disaster preparedness in Los Angeles County. *National library of medicine*.
- Kearns. R. D., C. K. (2014 წლის 1 JENUARY). Disaster planning: the basics of creating a burn mass casualty disaster plan for a burn center. *Journal of Burn Care Research*, 35(1), 1-13. doi: 10.1097/BCR.0b013e31829afe25

- Luc, M., Greet, D., & Kurt, A. (2014, FEBRUARY). Belgian senior medical students and disaster medicine, a real disaster? *European Journal of Emergency Medicine*, *21*(1), 77-78. doi:10.1097/MEJ.0b013e3283643874
- Mastaneh, Z., & M. (2013, JULY). Capabilities and limitations of crisis management in the Teaching Hospitals of Hormozgan University of Medical Sciences. *SCIENTIFIC RESEARCH AND ESSAYS*, *8*(26), 1196- 1202. doi:doi.org/10.5897/SRE11.1668
- McManus, J., H. K. (2006 ഫ്ലോം NOVEMBER). The science of surge: detection and situational awareness. *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE*, *13*(11), 1179-1182. doi:10.1197/j.aem.2006.06.038
- Moabi. MR. (2009, NOVEMBER 3). Knowledge, attitudes and practices of health care workers regarding disaster preparedness at Johannesburg hospital in Gauteng Province, South Africa. *SEMANTIC SCHOLAR*.
- Mulyasari, F. (2013). Disaster preparedness: looking through the lens of hospitals in Japan. *Int J Disaster Risk Science*, *4*(2), 89-100. doi:doi:10.1007/s13753-013-0010-1
- National Association of Public Hospitals and Health Systems. (2007).
- Nekoei-Moghadam. M., A. M. (2016, JANUARY). Investigation of obstacles against effective crisis management in earthquake. *JOURNAL OF ACUTE DISEASE*, *5*(2), 91-95. doi:10.1016/j.joad.2015.10.001
- Öztekin. S, D. E. (2016, FABRUARY 15). Japanese nurses' perception of their preparedness for disasters: Quantitative survey research on one prefecture in Japan. *JAPAN JOURNAL OF NURSING SCIENCE*, *13*(3). doi:10.1111/jjns.12121
- Paganini. M., B. F. (2016, AUGUST 15). Assessment of disaster preparedness among emergency departments in Italian hospitals: a cautious warning for disaster risk reduction and management capacity. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, *24*(101). doi:doi.org/10.1186/s13049-016-0292-6
- Pan American Health Organization / World Health Organization. (2005).
- Panel. E. (2018). *HOSPITAL DISASTER GUIDELINES*. DIRECTORATE OF HEALTH SERVICES, KERALA.
- Philip M. Koka, H. R. (2018 ഫ്ലോം 6 November). Disaster preparedness and response capacity of regional hospitals in Tanzania: a descriptive cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *18*. doi:doi.org/10.1186/s12913-018-3609-5
- Reduction, T. U. (2009).

- Samar Al-Hajj, M. E. (2020 წლის December). Hospital disaster and emergency preparedness (HDEP) in Lebanon: A. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51. doi:doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101889
- Shannon L. Wagner, N. W. (2009, MAY 27). Mental Disorders in Firefighters Following Large-Scale Disaster. *DISASTER MEDICINE AND PUBLIC HEALTH PREPAREDNESS*, 15(4), 504-517. doi: 10.1017/dmp.2020.61
- Sharma. S., K. V. (2016, JUNE 1). Are our hospitals prepared for disasters? Evaluation of health-care staff vis-à-vis disaster management at a public hospital in India. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SYSTEM AND DISASTER MANAGEMENT*, 4(2), 63-66. doi:10.4103/2347-9019.183231
- Shvets.Y.Y. (2020). *Regional Health Promotion: Health Care Development and Improvement of Health Care System*. Test Engineering and Management.
- Temesgen Ayenew, S. F. (2022 წლის 24 september). Level of emergency and disaster preparedness of public hospitals in Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *African Journal of Emergency Medicine*, vol 12(3), 246-251. doi:10.1016/j.afjem.2022.05.007
- Temesgen Ayenew, S. F. (2022 წლის September). Level of emergency and disaster preparedness of public hospitals in Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *African Journal of Emergency Medicine*, 12(3), 246-251. doi:doi.org/10.1016/j.afjem.2022.05.007
- United Nations. (2009). *Hospitals safe from disasters. 2008 – 2009 World Disaster Reduction Campaign. Technical guidelines, United Nations*. .
- United Nations Development Program and government of India. (2002).
- Verulava. T. Omanadze. K. (2023, July 5). Hospital Health Care Anti - Crisis Management Issues In Georgia. *Archives of the Balkan Medical Union*, 131-140. doi:doi.org/10.31688/ABMU.2023.58.2.06
- World Health Organization. (თ. გ.). დაბრუნებული <https://www.who.int/activities/making-health-facilities-safe-in-emergencies-and-disasters-დან>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (თ. გ.).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2011).

- World Health Organization. (n.d.). *Making health facilities safe in emergencies and disasters*. Retrieved from <https://www.who.int/activities/making-health-facilities-safe-in-emergencies-and-disasters>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (с. 8.). United Nations Development Program.
- Александров. Г.А. (2002). *"Антикризисное управление: теория, практика, инфраструктура"*.
- Балдина.К.В. (2009). *Антикризисное управление*. ИНФРА-М.
- БАЭВА.О.В. (2016). *„Менеджмент в области охраны здоровья“*.
- БАЭВА.О.В. (2016). *„Менеджмент в области охраны здоровья“*.
- Вагизова.В.И. (2009). Факторы, формы и способы обеспечения развития инновационной деятельности хозяйствующих агентов. *Экономический вестник Республики Татарстан*.
- Валиулина.С.К. (2012). *Факторы устойчивого развития регионов России: монография*. «агентство «СИБ-ПРИНСТ».
- Верзилин.Д.Н. (2016). Взаимобусловленность общественного здоровья и экономической безопасности в системе здравоохранения. *Многопрофильная клиника XXI века*, (стр. Передовые медицинские технологии: материалы международного научно- практического конгресса). Санкт-Петербург: .
- Грязновой.А.Г. (2014). *"Антикризисный менеджмент"*. Издательство "ЭКМОС".
- Залозная.Г.М. (2006). Экономическая безопасность России в условиях глобализации. *Известия Оренбургского государственного аграрного университета*, 4(12).
- Залозная.Г.М. (2018). Управление экономической безопасностью: от хозяйствующего субъекта до экономики государства. *материалы Всероссийской научно-практической конференции*. Орен.
- Збинякова.Е.А. (2010). Збиняков” Повышение финансового обеспечения развития региона на основе совершенствования налогово-бюджетной политики”. *Орен*.
- Зуб.А.Т. (2006). *Теория и практика антикризисного управления: Монография*.
- Зуб.А.Т. (2013). *Кризисы, катастрофы и управление*. Москва: studme.org.
- Илларионова.В.А. (2013). Система охраны здоровья граждан РФ: состояние и перспективы. *Проблемы учета и финансов*, 6(2).
- Илларионова.В.А. (2010). *Система охраны здоровья граждан РФ: состояние и перспективы*. Проблемы учета и финансов.

- Короткова Э.М. (2002). *"Антикризисное управление"*.
- Короткова.Э.М. (2010). *Антикризисное управление*. ИНФРА-М.
- Надеина.И.А. С.В. Зайцев. (2018). Инвестиции как элемент оценки экономической безопасности в сфере здравоохранения. *Финансы и кредит.*, 24(13), 798-816.
- Ожегов С.И., Ш. Н. (2010). *Толковый словарь русского языка.*
- Поздеев.В.Л. (2019). Концептуальный подход к анализу экономической безопасности предприятия. *Инновационное развитие экономики.*, 4-2(52).
- Розмаинский.И. (2011). *Почему капитал здоровья накапливается в развитых странах и «проедается» в постсоветской России?* Вопросы экономики.
- Румянцев.А.А. (2007). Исследования современных рынков. *Вестник Санкт-Петербургского Университета.*
- Сажина.М.А. (2010). *Сажина М.А. Формирование антикризисной политики государства в современных условиях финансово-экономической нестабильности.* Вестник Московского университета.
- Швец.Ю.Ю. (2018). *Правовой аспект институциональных преобразований в экономике здравоохранения.* Москва: Наука и образование,.
- Швец.Ю.Ю. (2017). Влияние соотношения частного и государственного секторов в системе здравоохранения на качество предоставляемых медицинских услуг. *Экономика и право.*, 2.
- Швец.Ю.Ю. (2019). "Структурные изменения в управлении устойчивым развитием в сфере здравоохранения ". *Экономика строительства и природопользования*, 2(71), 139-148.
- Швец.Ю.Ю. (2019). *Формирование механизма обеспечения экономической безопасности медицинских организаций на основе совершенствования системы управления качеством.* Москва: Перо.
- გაეროს განვითარების პროგრამა. (2014). *კატასტროფების რისკის შემცირების სისტემის ინსტიტუციური შესაძლებლობების შეფასების ანგარიში.* თბილისი: გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია.
- ვერულავა თ. (2021). *რატომ აირჩია საქართველომ 1995 წელს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა და არა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსება და რატომ არის ევროპა თანამიმდევრული?* tbilisi: forbes georgia.

- ვერულავა თ. ლაზარაშვილი თ. ომანაძე ქ. (2023). ჰოსპიტალური სერვისების ანტიკრიზისული მართვის გამოწვევები საქართველოში. *"ეკონომისტი"*, 19(2), 86-104. doi: DOI: 10.36172/EKONOMISTI
- ვერულავა თ. ომანაძე ქ. (2022). ანტიკრიზისული პროცესების მართვა სამედიცინო კლინიკებში. *"ეკონომისტი"*, 18(3), 121-134. doi:DOI: 10.36172/EKONOMISTI
- ვერულავა თ. (2021). *რატომ აირჩია საქართველომ 1995 წელს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა და არა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსება და რატომ არის ევროპა თანამიმდევრული?* Tbilisi: forbes georgia. დაბრუნებული Forbse.ge. .-დან
- ვლოდარციკ ს. (2001). *"ჯანდაცვის სისტემები"*.
- ომანაძე ქ. (2022). "ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორის, პროფესორ გიორგი წერეთლის დაბადებიდან 70-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის მასალები". *ჯანდაცვის სისტემის საერთაშორისო მოდელები და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები*. (გვ. 456-461). თბილისი: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. დაბრუნებული 2022 წლის 27 november, <http://conferenceconomics.tsu.ge/uploads/images/konfkreb2022.pdf>-დან
- ომანაძე ქ. (2023). ჯანდაცვის სისტემების სოციალურ-ეკონომიკური უსაფრთხოებისა და ანტიკრიზისული მენეჯმენტის თეორიულ-მეთოდოლოგიური საფუძვლები. *ეკონომისტი*, 19(1), 179-190. doi:DOI: 10.36172/EKONOMISTI
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (თ. გ.).
- საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. (2019 წლის ივნისი 11). საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი. თბილისი, საქართველო. დაბრუნებული <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/4582524?publication=0>-დან

დანართი N1

ანტიკრიზისული პროცესების მართვა სამედიცინო დაწესებულებებში.
კატასტროფები.

ნაწილი პირველი: ჰოსპიტალური ნაწილი		
1	საავადმყოფოს დასახელება	.....
2	ქალაქი	.....
3	პაციენტთა რა რაოდენობას ემსახურება წელიწადში	.....
4	საწოლების რაოდენობა	.....
5	რამდენი დეპარტამენტი	.....
პერსონალის რაოდენობა		
1	ექიმები/ ქირურგები	.....
2	მედიკები	.....
3	ლაბორატორიის თანამშრომლები	.....
4	რადიოლოგები და ექოსკოპისტები	.....
5	ადმინისტრაცია	.....
საავადმყოფოს სხვა შესამღებლობები		
1	ჰყავს თუ არა საავადმყოფოს საკუთარი სასწრაფო დახმარების მანქანა?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	სასწრაფო დახმარების მანქანების რაოდენობა	.....
3	აქვს თუ არა საავადმყოფოს პორტატული რენტგენის აპარატი	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4	აქვს თუ არა საავადმყოფოს პორტატული კარდიომონიტორი	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5	კარდიომონიტორების რაოდენობა	.....
6	აქვს თუ არა საავადმყოფოს ექოსკოპიის აპარატი	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
7	აქვს თუ არა საავადმყოფოს საინჰალაციო აპარატები?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
8	საინჰალაციო აპარატების რაოდენობა	.....
9	საოპერაციოების რაოდენობა	.....
10	ინტენსიური თერაპიის საწოლფონდი	.....

უსაფრთხოება		
1	უსაფრთხოების სამსახურის თანამშრომელთა რაოდენობა	.....
2	მორიგეობს თუ არა უსაფრთხოების თანამშრომელი 24/7 გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3	აქვს თუ არა ობიექტს შესაძლებლობა დამატებითი უსაფრთხოების პერსონალი განათავსოს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4	არსებობს თუ არა გეგმა, რომლის მიხედვითაც მოხდება ინფორმაციის მიწოდება დაშავებულთა ოჯახის წევრებზე და ასევე გაკონტროლდება დიდი რაოდენობით ხალხის შემოდინება	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5	კონტროლდება თუ არა ყველა შესასვლელი და გასასვლელი კამერებით, შესაძლებელია თუ არა საჭიროების შემთხვევაში მათი ჩაკეტვა?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
ლოჯისტიკა		
1	არსებობს თუ არა დენის გენერატორი გადაუდებელი სიტუაციების დროს გამოსაყენებლად?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	აქვს თუ არა საავადმყოფოს შესაძლებლობა უზრუნველყოს ელექტროენერჯის მიწოდება ყველა აუცილებელი სერვისისთვის სამი დღის განმავლობაში	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3	არის თუ არა საავადმყოფოში პრიორიტეტების მიხედვით დაყოფილი სერვისები, რომლებიც მიიღებენ ელექტროენერჯიას?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4	ტარდება თუ არა გენერატორზე ყოველწლიურად დატვირთვის ტესტირება?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5	აქვს თუ არა საავადმყოფოს სარეზერვო წყარო, რომელსაც შეუძლია უზრუნველყოს საკმარისი საწვავი 3 დღის უწყვეტი, სრული დატვირთვის მოთხოვნისთვის.	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6	არის თუ არა დაცული საწვავის რეზერვუარი	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
7	არის თუ არა წყლის მიწოდების მეორადი წყარო თუ პირველადი წყარო გათიშულია?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
8	აქვს თუ არა დაწესებულებას საკმარისი რაოდენობის საკვების მარაგები პერსონალისთვის 3-4 დღის განმავლობაში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
9	არის თუ არა საკვები პროდუქტების უსაფრთხოება შენარჩუნებული ნებისმიერ დროს: მიწოდება, შენახვა და მომზადება?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
10	აქვს თუ არა სამედიცინო დაწესებულებას 3-4 დღის საკმარისი ჟანგბადის მარაგი?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
11	არის თუ არა ტექნიკური და საინჟინრო პერსონალი ხელმისაწვდომი 24 საათის განმავლობაში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

12	შეუძლია თუ არა საავადმყოფოს საგანგებო სიტუაციებში გათბობის, ვენტილაციისა და კონდიციონერების სისტემის ზონების იზოლირება და დახურვა?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
13	განხორციელდა თუ არა ამ პროცედურის ტესტირება უახლოესი ერთი წლის მანძილზე?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
14	აქვს თუ არა საავადმყოფოს დაბინძურებული ნარჩენების, საქონლისა და სითხეების მართვის, გადაცემის და ნარჩენების განადგურების პროცედურები?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
15	ინახავს თუ არა საავადმყოფო აღჭურვილობის, აუცილებელი მასალების და სხვა საჭირო ინვენტარის მარაგებს, რომელიც საჭიროა მასობრივი მსხვერპლის მოვლენებზე ეფექტური რეაგირებისთვის?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

დანართი N 2

ანტიკრიზისული პროცესების მართვა სამედიცინო დაწესებულებებში.
კატასტროფები.

ნაწილი მეორე: საგანგებო სიტუაციების მართვის დაგეგმვა.		
1	აქვს თუ არა დაწესებულებას გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა, რომელიც ეხება საგანგებო სიტუაციების მართვის ოთხ ფაზას: მზადყოფნას, რეაგირებას, შერბილებასა და აღდგენას?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	ეხება თუ არა გადაუდებელი სიტუაციების მართვის გეგმა შიდა და გარე საგანგებო სიტუაციებს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3	არის თუ არა გეგმა ადვილად ხელმისაწვდომი ადმინისტრაციისა და პერსონალისთვის.	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4	ეხება თუ არა გეგმა ყველას ხისკატასტროფულ სიტუაციას	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5	მოიცავს თუ არა გეგმა იმ ღონისძიებებს, რომლებიც უნდა განხორციელდეს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებიდან, პაციენტების სტაციონარში სწრაფი გადაყვანისთვის	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6	მოიცავს თუ არა გეგმა გადაუდებელი სიტუაციების დროს გეგმიურ რიპატიენტებისადრეულგაწერას დამათვის სამედიცინო დახმარების ყოველდღიურ მიწოდებას ამბულატორიულად..	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
7	მოიცავს თუ არა გეგმა საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი პერსონალის მოძიებას?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
8	მოიცავს თუ არა გეგმა გეგმიური სერვისების (მაგ. ქირურგიული ოპერაციების) გაუქმებას საგანგებო სიტუაციების დროს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
9	გეგმის მიხედვით ჩართულია თუ არა პროცესებში ფსიქოლოგი და ფსიქიატრი?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
10	მოიცავს თუ არა გეგმა აღდგენის ფაზაში გეგმიური ოპერაციებზე და ბრუნების დებულებებს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
11	არის თუ არა გეგმა გაზიარებული ადგილობრივ და სახელმწიფო შესაბამის საგანგებო სააგენტოებთან (ორგანიზაციებთან)?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
12	აქვს თუ არა ყველა თანმშრომელს წვდომა საგანგებო სიტუაციების გეგმასთან?.	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
13		<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

	გადიან თუ არა საგანგებო სიტუაციების დეპარტამენტის თანამშრომლები ტრენინგს წელიწადში ორჯერ მაინც საგანგებო მოვლენებთან დაკავშირებით?	
ობიექტის მზადყოფნა და ტრენინგი		
1	პერსონალის რაოდენობა (%), რომელმაც გაიარა კატასტროფებზე რეაგირების /მომზადების ტრენინგი. %
2	ექიმების რაოდენობა (%), რომლებმაც გაიარეს კატასტროფებზე რეაგირების /მომზადების ტრენინგი. %
3	მედიკოსების რაოდენობა მაინც კატასტროფებზე რეაგირების /მომზადების ტრენინგი. (%) %
4	ახორციელებს თუ არა დაწესებულება წელიწადში ორჯერ სავარჯიშო მოსაგანგებო სიტუაციებს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5	მონაწილეობს თუ არა დაწესებულება წელიწადში სულ მცირე ერთ წვრთნაში კატასტროფებზე რეაგირებასთან დაკავშირებით?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6	მონაწილეობს თუ არა ყველა გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტის პერსონალი წელიწადში ორჯერ მაინც კატასტროფების რეაგირების წვრთნებში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
7	განხორციელდა თუ არა დაწესებულებაში პერსონალისა და პაციენტების ევაკუაცია ბოლო 12 თვის განმავლობაში	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
8	ჰქონია თუ არა დაწესებულებას სიმულაციური ან ფაქტობრივი გადაუდებელი მოვლენების მოქმედების შემდგომი მიმოხილვის ჩატარების პროცედურა.	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
9	იყენებს თუ არა დაწესებულება ქმედების შემდგომ ანგარიშებს გადაუდებელი სიტუაციების მოქმედების გეგმის ძლიერი დასუსტი მხარეების დასადგენად?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
შემთხვევების მართვის სისტემა		

1	არსებობს თუ არა შემთხვევების მართვის სისტემა საავადმყოფოში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	ტარდება თუ არა წელიწადში ორჯერ მაინც კატასტროფების მართვის სავარჯიშო წრთვნები?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3		<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

	არსებობს თუ არა კატასტროფების მართვის მენეჯერის დანიშვნის პროცედურა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4	იცნობს თუ არა პერსონალი კატასტროფების მართვის მენეჯერს	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5	არის თუ არა კატასტროფის მართვის მენეჯერის პოზიციაზე მყოფი პერსონალის მონაწილეობა მართვის მენეჯერის მუშაობაში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6	აქვს თუ არა პერსონალს ინფორმაცია, როგორ უნდა მოიქცეს, როცა კატასტროფის მართვის სისტემა ამუშავდება?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
კატასტროფების მზადყოფნის კომიტეტი		
1	არსებობს თუ არა საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების დროს მზადყოფნის კომიტეტი და უზრუნველყოფს თუ არა პერსონალის ხელმძღვანელობას?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტი მულტიდისციპლინურია?	დიახ არა
3	იმართება თუ არა ხშირად გადაუდებელი დახმარების/კატასტროფების კომიტეტში რეგულარული ღია შეხვედრები?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტის ტევადობა		
1	საწოლფონდი	<input type="checkbox"/> საწოლი
2	საშუალო ყოველდღიური ვიზიტები / დატვირთვა	<input type="checkbox"/> პაციენტი

ტრიაჟი		
1	იყენებს თუ არა საავადმყოფო ტრიაჟის სისტემას?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	მოიცავს თუ არა პროტოკოლი ტრიაჟის საერთაშორისო ნიშნებს?(წითელი, შავი, მწვანე, ყვითელი)	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3	იცის თუ არა პერსონალმა თითოეული ნიშნის მნიშვნელობა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

4	აქვს თუ არა დაწესებულებას ალტერნატიული დამუშავების ზონა მსხვერპლთა დიდი ნაკადისათვის?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	---	--

პაციენტზე ზრუნვა

1	აქვს თუ არა დაწესებულებას პაციენტებზე ზრუნვის გაწერილი მეთოდი?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	--	--

2	დაწესებულებასშეუძლიათვალყურიადევნოსპაციენტებს, რომლებიცგადაყვანილნიარიაანსხვაადგილობრივდაწესებულებაში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	--	--

3	დაწესებულებასშეუძლიააკონტროლოსგეგმიურიპაციენტები, რომლებიცგაეწერებიანკატასტროფულისიტუაციებისდროს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	---	--

სტრესის მართვა კატასტროფების დროს

1	ჰყავს თუ არა დაწესებულებას კრიტიკული ინციდენტის სტრესის მართვის გუნდი ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეკვივალენტური სერვისები?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	--	--

2	არის თუ არა ხელმისაწვდომი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები როგორც კატასტროფის დროს, ასევე მის შემდგომაც? .	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	--	--

3	გადიან თუ არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჯგუფის წევრები ტრენინგებს კრიზისული სიტუაციების დროს პაციენტთა მოვლასა და გადაუდებელ დახმარებაში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	--	--

4	არის თუ არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები წარმოდგენილი საგანგებო სიტუაციების მართვის დაგეგმვის კომიტეტში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	--	--

5	არსებობს თუ არა გეგმა კატასტროფებზე რეაგირების მუშაკების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის შესაფასებლად?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	--	--

სააფთიაქო მომსახურება

1	ინახავს თუ არა აფთიაქი ანტიდოტების მარაგს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	--	--

2	აკონტროლებს თუ არა აფთიაქი მედიკამენტების ყოველდღიურ გამოყენებას?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	---	--

3	აქვს თუ არა აფთიაქს მედიკამენტების 1-თვიანი მარაგი?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
---	---	--

4	არსებობს თუ არა გეგმა საგანგებო სიტუაციების დროს, რათა აფთიაქმა უზრუნველყოს წამლების სწრაფი მიღება მომწოდებლისგან ?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
ლაბორატორიული მომსახურება:		
1	არის თუ არა ლაბორატორიის პერსონალი დატრენინგებული გაზრდილი მომართვიანობის მომსახურების უზრუნველსაყოფად საგანგებო სიტუაციების დროს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	არის თუ არა გეგმაში გაწერილი საჭიროების შემთხვევაში რეაგენტების მიწოდება კრიტიკული შემთხვევებისას?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3	არის თუ არა შეთანხმება სამუშაო დატვირთვის გადანაწილებაზე, თუ ლაბორატორია ვერ უმკლავდება დატვირთვას?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4	არის თუ არა სისხლის ბანკი მზად გაზრდილი საჭიროებისათვის?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

5	არის თუ არა კავშირები რეგიონულ სისხლის ბანკთან იმ შემთხვევაში თუ ამის საჭიროება დადგება	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6	გაუმჯობესდა თუ არა სისხლის მიწოდების სისტემა ბოლო 12 თვის მანძილზე?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

ფატალური შემთხვევების მართვა

1	არსებობს თუ არა მსხვერპლთა მართვის გეგმა?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	არის თუ არა დაწესებულებაში მაცივრები მსხვერპლთა განსათავსებლად?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3	გავლილი აქვთ თუ არა მორგის თანამშრომლებს ტრენინგი?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4	შეუძლია თუ არა დაწესებულებას გამოყოს დამატებითი სათავსოები ,ასობრივი მსხვერპლის შემთხვევაში?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

კომუნიკაცია, გაფრთხილება, შეტყობინება

1	შეუძლია თუ არა დაწესებულებას გაგზავნოს და მიიღოს საგანგებო გაფრთხილებისა და შეტყობინების ინფორმაცია	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2	შეუძლია თუ არა დაწესებულებას მიიღოს გაფრთხილება გარე სააგენტოებისგან გარდაუვალი საგანგებო მდგომარეობის შესახებ?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3	შეუძლია დაწესებულებას გაფრთხილების გაგზავნა გარე სააგენტოებისთვის	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4	შეუძლია დაწესებულებას საგანგებო სიტუაციის დროს გამოიძახოს პერსონალი არასამორიგეო დროს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5	აქვს დაწესებულებას გეგმა, რომელსაც გააცნობს მორიგე და არამორიგე პერსონალს საგანგებო სიტუაციების დროს?	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6	არსებობს თუ არა ისეთი სისტემა, რომლითაც თანამშრომელი შეტყობინებას იღებს მობილურზე საგანგებო სიტუაციის დროს?	დიახ არა