



საექთნო საქმის მდგომარეობა და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში

ავტორი: მაია გოგაშვილი

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია
საქართველოს უნივერსიტეტის
ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის
დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: ოთარ ვასაძე

თბილისი
2016

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: *საექთნო საქმის მდგომარეობა და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში*

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ავტორი - მაია გოგაშვილი

მაია გოგაშვილი © თბილისი, 2016 წლის 27 დეკემბერი

მიმოხილვა

საექთნო საქმე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ნაწილია, რომელზეც ბევრად არის დამოკიდებული მიწოდებული სამედიცინო სერვისების ხარისხი.

საექთნო პროფესია განსხვავებულად ვითარდებოდა კაპიტალისტურ სამყაროსა და საბჭოთა სივრცეში. დასავლეთის ქვეყნებში საექთნო საქმე მედიცინის ცალკე, დამოუკიდებელ, ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან პროფესიად ჩამოყალიბდა, ხოლო საბჭოთა ქვეყნებში ეს პროფესია იქცა საექიმო პროფესიის დამხმარე ნაწილად, მის დაბალ საფეხურად. სახელწოდებაც ამაზე მიუთითებდა - ექთანს (მედ. და - მედიცინის და) ეწოდებოდა „საშუალო სამედიცინო პერსონალი“, ხოლო ექთნების საბაზისო მომზადების დონე ტექნიკური განათლების სფეროს მიეკუთვნებოდა. ამან გამოიწვია საექთნო საქმის, როგორც პროფესიის განვითარების შეფერხება. გასული საუკუნის მეორე ნახევრიდან სამედიცინო ტექნოლოგიების სწრაფმა განვითარებამ, ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისათვის აუცილებელი ცოდნის მოცულობისა და ხარისხის გაზრდამ საექთნო საქმეს მაღალი მოთხოვნები წაუყენა ტექნიკური კომპეტენციების, ინტერდისციპლინური უნარებისა და მოვალეობების კუთხით.

მეოცე საუკუნის ოთხმოცდაათიანი წლებიდან საქართველოში საექთნო პერსონალის რიცხოვნობის დრამატულად შემცირებამ ჯანდაცვითი სერვისების მიმწოდებელთა რაოდენობის ზრდის ფონზე კიდევ უფრო გაზარდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემცირების საფრთხე. საექთნო პროფესიის არსებული სტატუსის გამოკვლევამ, ძირითადი პრობლემების იდენტიფიკაციამ, არსებული საექთნო კადრის საბაზისო ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შეფასებამ და ამ მონაცემების საერთაშორისო სტანდარტებთან შედარებამ საექთნო საქმის რეფორმირების ძირითადი მიმართულებების განსაზღვრის საშუალება მოგვცა. ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად აუცილებელია საექთნო პროფესიის ყველა ასპექტის (საექთნო დონეები, დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი განათლება, ფუნქცია-მოვალეობები) რეფორმა და ექთნებისათვის პაციენტის სრულყოფილი საექთნო მოვლის მოდელის შემოღება.

ნაშრომში დასახული მიზნის მისაღწევად ჩატარდა არსებული ლიტერატურის, საერთაშორისო რეგულაციების, თემატური სამეცნიერო სტატიების, ანგარიშებისა და

ნაშრომების შესწავლა და ანალიზი, ასევე ნაწარმოები იქნა კვლევები, რომლითაც გამოიკვეთა საექთნო საქმეში არსებული რეალობა.

საქართველოში საექთნო საქმის შემდგომი განვითარებისა და საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად ცვლილებების მიმართულებების განსაზღვრისთვის ამ დარგში არსებული მდგომარეობის ზოგიერთი ასპექტების შესწავლა-ანალიზი წარმოდგენილია წინამდებარე ნაშრომში.

სარჩევი

შემოკლებების ჩამონათვალი	6
შესავალი	12
თემის აქტუალობა	12
კვლევის მიზანი	14
კვლევის მეცნიერული სიახლე	15
კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება	16
თავი 1 - ლიტერატურის მიმოხილვა.....	17
1.1. საექთნო საქმის განვითარების მოკლე ისტორიული მიმოხილვა.....	17
1.2 საექთნო საქმის განმარტება, ფილოსოფია.....	19
1.3 საექთნო საქმის მეცნიერული თეორიები.....	25
1.4 საექთნო საქმეე ვროკავშირის ქვეყნებში	28
1.5. ექთან-სპეციალისტების მომზადების მოდელები ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემის ქვეყნებში. ფსიქიატრიის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი.....	32
1.6 საექთნო კომპეტენციები:	55
1.7. საექთნო განათლების გლობალური სტანდარტები	63
1.8. საექთნო საბაკალავრო განათლების მიღების შესაძლებლობები.....	70
1.9. კლინიკური პრაქტიკის როლი საექთნო საბაკალავრო სწავლებაში	74
1.10. ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა (ოსკგ).....	85
1.11. საექთნო საქმის განვითარება საქართველოში.....	89
თავი 2: კვლევის მეთოდოლოგია.....	97
თავი 3. კვლევების შედეგები	102
3.1. საქართველოში საექთნო პერსონალის ფუნქციებისა და მოვალეობების შესახებ ინფორმაციის ფლობის გამოკვლევა.....	102
3.2. საქართველოში საექთნო საქმის ძირითადი პრობლემების იდენტიფიცირება	142
3.3. საექთნო პერსონალის ცოდნის დონის შეფასება	163
თავი 4. საექთნო საქმეში არსებული პრობლემების ანალიზი და მათი მოგვარების პერსპექტივები.....	170
დასკვნები და რეკომენდაციები.....	183
გამოყენებული ლიტერატურა	185
დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სია	193
დანართი: CD:	194

შემოკლებების ჩამონათვალი

ICN – International Council of Nurses - ექთნების საერთაშორისო საბჭო

ANA – American Nurses Association, ამერიკის ექთნების ასოციაცია

RN – Registered Nurse, რეგისტრირებული ექთანი

LPN – Licensed Practice Nurse, ლიცენზირებული პრაქტიკოსი ექთანი

BSN – Bachelor of Science in Nursing, ბაკალავრის ხარისხი საექთნო საქმეში

MSN – Master of Science in Nursing, მაგისტრის ხარისხი საექთნო საქმეში

ECTS - European credit transfer system, კრედიტების ტრანსფერისა და დაგროვების ევროპული სისტემა

PHD – Doctor of Philosophy - ფილოსოფიის დოქტორი

NACEP- The National Alliance of Concurrent Enrollment Partnerships, კონკურენტული ჩართულობის პარტნიორთა ეროვნული ალიანსი

OSCE – Objective structured clinical examination - ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა

WHO – World Health Organization -ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

NMC – Nursing and Midwifery Council, ექთნების და ბებიაქალების საბჭო

HSPA – Health System Performance Assessment. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასება

ნაშრომში მოყვანილი ცხრილები ჩამონათვალი

ცხრილი 1: განათლებისა და საექთნო პროცესების პარალელები.....	63
ცხრილი 2. საექთნო საბაკალავრო პროგრამის კრედიტები/საათები წელიწადში.....	65
ცხრილი 3. შეფასებული ექთნების რაოდენობა რაიონების მიხედვით	100
ცხრილი 4. მოსაზრება ექთნის მოვალეობის შესახებ რესპოდენტთა კატეგორიების მიხედვით	103
ცხრილი 5. მოსაზრება იმის შესახებ, რომ პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა არის ექთნის მოვალეობა.....	107
ცხრილი 6. მოსაზრება, რომ ექთნის მოვალეობა არის სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი და დოკუმენტირება.....	111
ცხრილი 7. მოსაზრება, რომ ექთნის მოვალეობა არის პაციენტის განათლება.....	115
ცხრილი 8. მოსაზრება, რომ ექთნის მოვალეობა არის სამკურნალო საშუალებების მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების გამოცნობა და შესაბამისი ზომების მიღება	119
ცხრილი 9. მოსაზრება, რომ ექთნის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად საჭიროა საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავება და წარმოება	123
ცხრილი 10. მოსაზრება, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ	127
ცხრილი 11. მოსაზრება, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში მკურნალობის ყველა ეტაპზე და ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში	132
ცხრილი 12. მოსაზრება, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში.....	135
ცხრილი 13. მოსაზრება, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები	140
ცხრილი 14. რესპოდენტთა ჯგუფები და კითხვარების რაოდენობრივი ანალიზი	144
ცხრილი 15. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნად მუშაობისათვის აუცილებელია საექთნო განათლების დამადასტურებელი დიპლომი	145
ცხრილი 16. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნების სამუშაოს აღწერილობის არ არსებობა ხშირად გავლენას ახდენს მომსახურების ხარისხზე	147
ცხრილი 17. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესია აუცილებლად საჭიროებს „კანონს საექთნო საქმიანობის შესახებ“ და საკანონმდებლო რეგულაციებს.....	148
ცხრილი 18. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საქართველოში ექთანს აქვს მცირე, შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამო ანაზღაურება.	149
ცხრილი 19. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ აუცილებლად უნდა არსებობდეს პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტები სპეციფიკაციის გათვალისწინებით	151
ცხრილი 20. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ ექთნები კარგად იცნობენ ხელშეკრულების ყველა პუნქტს და უფლება-მოვალეობებს	152
ცხრილი 21. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო ვერ ხორციელდება სრულყოფილი საექთნო მოვლა	154
ცხრილი 22. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ პაციენტთა მომსახურების ამალგების მიზნით საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე უნდა იზრუნოს დამსაქმებელმა ..	155
ცხრილი 23. რესპოდენტთა მოსაზრება საქართველოში საექთნო პროფესიის პრესტიჟულობასთან დაკავშირებით.....	156
ცხრილი 24. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესიის განვითარებას არ ექცევა სათანადო ყურადღება.....	158
ცხრილი 25. ექთნების ტესტირების საშუალო მაჩვენებლები რაიონებისა და სერვისის	

ტიპის მიხედვით	165
ცხრილი 26. ექთნების ზეპირი გამოცდის საშუალო მაჩვენებლები რაიონებისა და სერვისის ტიპის მიხედვით	167
ცხრილი 27. ექთნების შეფასების შეწონილი ქულები რაიონებისა და სერვისის ტიპის მიხედვით	167

[illegible]

ნახაზი 24. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად საჭიროა საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავება და წარმოება.....	126
ნახაზი 25. მოსაზრება, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.....	127
ნახაზი 26. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.	128
ნახაზი 27. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.....	129
ნახაზი 28. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.	130
ნახაზი 29. მოსაზრება, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში მკურნალობის ყველა ეტაპზე და ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში.	131
ნახაზი 30. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში.	132
ნახაზი 31. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში.	133
ნახაზი 32. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში.....	134
ნახაზი 33. მოსაზრება, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში	135
ნახაზი 34. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში.	136
ნახაზი 35. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში.	137
ნახაზი 36. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში.	138
ნახაზი 37. მოსაზრება, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები.....	139
ნახაზი 38. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები.	140
ნახაზი 39. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები.	141
ნახაზი 40. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები.	142
ნახაზი 41. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნად მუშაობისათვის აუცილებელია საექთნო განათლების დამადასტურებელი დიპლომი	145
ნახაზი 42. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნების სამუშაოს აღწერილობის არ არსებობა ხშირად გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე	146
ნახაზი 43. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესია აუცილებლად საჭიროებს „კანონს საექთნო საქმიანობის შესახებ“ და საკანონმდებლო რეგულაციებს.....	147
ნახაზი 44. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საქართველოში ექთანს აქვს მცირე, შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამო ანაზღაურება.	149
ნახაზი 45. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ აუცილებლად უნდა არსებობდეს	

პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტები სპეციფიკაციის გათვალისწინებით.....	150
ნახაზი 46. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პერსონალი კარგად იცნობს ხელშეკრულების ყველა პუნქტს და უფლება-მოვალეობებს.....	152
ნახაზი 47. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო ვერ ხორციელდება სრულყოფილი საექთნო მოვლა.	153
ნახაზი 48. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ პაციენტთა მომსახურების ამადლების მიზნით საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე უნდა იზრუნოს დამსაქმებელმა.....	155
ნახაზი 49. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესია საქართველოში პრესტიჟულია.	156
ნახაზი 50. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესიის განვითარებას არ ექცევა სათანადო ყურადღება.....	157
ნახაზი 51. რესპოდენტთა ჯგუფების მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს ხელს საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციას.	159
ნახაზი 52. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს ხელს საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციას.....	159
ნახაზი 53. რესპოდენტთა ჯგუფების მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს ხელს საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ამადლებას.....	160
ნახაზი 54. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს ხელს საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ამადლებას.....	161
ნახაზი 55. ექთნების ტესტირების საშუალო მაჩვენებელი რაიონების მიხედვით.....	164
ნახაზი 56. ექთნების ტესტირების საშუალო მაჩვენებელი რაიონებისა და სერვისის ტიპის მიხედვით	165
ნახაზი 57. ექთნების მოსწრება შეფასების შეწონილი ქულების მიხედვით	168
ნახაზი 58. ექთნების რაოდენობა ზოგიერთ ქვეყანაში 1000 მოსახლეზე	170
ნახაზი 59. ექთნების რაოდენობა საქართველოში.....	171

შესავალი

თემის აქტუალობა

საექთნო საქმე ჯანმრთელობის დაცვის განუყოფელი და უმნიშვნელოვანესი ნაწილია. მეოცე საუკუნის 90-იან წლებამდე საქართველოში საექთნო საქმის მოდელი განიხილავდა ექთანს, როგორც საექიმო საქმიანობის პირველ საფეხურს. ამან გამოიწვია საექთნო საქმის, როგორც დამოუკიდებელი პროფესიის, განვითარების შეფერხება.

ექთნების საერთაშორისო საბჭოს (ICN - International Council of Nurses) განმარტებით „ექთანი ანხორციელებს ყველა ასაკის ინდივიდის, ოჯახების, ჯგუფებისა და საზოგადოების, დაავადებულთა და კარგად მყოფთა ავტონომიურ და კოლაბორაციულ მოვლას ყველა სიტუაციაში. ექთნობა მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას, დაავადებების პრევენციას, დაავადებული, უუნარო და მომაკვდავი ადამიანების მოვლას. საექთნო საქმის მნიშვნელოვანი ფუნქციაა დაცვა/ადვოკატირება, უსაფრთხო გარემოს ხელშეწყობა, კვლევა, ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირება, ჯანდაცვის სისტემის მენეჯმენტი და განათლება“ (ICN/ექთნების საერთაშორისო საბჭო, 2012. გვ.4).

ასეთი მნიშვნელოვანი ფუნქციების შესრულება საჭიროებს საფუძვლიან, მაღალი დონის განათლებას, განსაკუთრებით, როდესაც საქმე ეხება მენეჯერულ და საგანმანათლებლო აქტივობებს. ქვეყანაში საექთნო საქმის შემდგომი განვითარებისა და აქედან გამომდინარე, საექთნო მოვლის ხარისხის გაზრდის გზით საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის, აქტუალურია უმაღლესი საექთნო განათლების სისტემის დანერგვა. ბაკალავრის ხარისხის მქონე ექთანს შეუძლია აწარმოოს პაციენტის/მომხმარებლის სრული საექთნო შეფასება, საექთნო მოვლის დაგეგმვა და განხორციელება, შედეგების შეფასება და მონიტორინგი. ბაკალავრ ექთანს ექნება პედაგოგიური მოღვაწეობის შესაძლებლობაც.

ევროპარლამენტის დირექტივა და ევროკავშირის საბჭოს 2005 წლის 7 სექტემბრის „პროფესიული კვალიფიკაციის ცნობისა და შესწორებების აქტის“ მიხედვით საექთნო საქმიანობისთვის მაღალი მოთხოვნებია წაყენებული. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჯანმო/WHO, 2009) გამოაქვეყნა ექთნის ან ბეზიაქალის საწყისი მომზადების გლობალური სტანდარტები, სადაც გაცხადებულია, რომ საექთნო საქმის მომავალი ითვალისწინებს მომზადებას პროფესიონალურ, პირველხარისხოვან დონეზე

უნივერსიტეტში, ანუ საექთნო პროფესიის მისაღებად აუცილებელია საბაკალავრო პროგრამის გავლა. ეს მიუთითებს თუ რამდნად მნიშვნელოვანია საექთნო მოვლის განხორციელება და ამ დარგის თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად განვითარება ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტულ ამოცანად უნდა ჩაითვალოს. ქვეყანაში საექთნო საბაზისო განათლების საუნივერსიტეტო საფეხურზე აყვანით მომავალში აუცილებლად გაიზრდება სამედიცინო სერვისების ხარისხი.

საქართველოს უახლესი ისტორიის მანძილზე დარგის განვითარების მრავალი ფრაგმენტული მცდელობის მიუხედავად სიტუაცია ბევრად არ შეცვლილა. განათლების სისტემის რეფორმირების შედეგად ჯანდაცვის სისტემაში შემოვიდა სამი დონის ექთნის ცნება - ექთნის ასისტენტი, პრაქტიკოსი ექანი და ბაკალავრი ექთანი. სასწავლო პროგრამების გადახედვა მხოლოდ ბოლო წლების განმავლობაში დაიწყო, მაგრამ პროფესიული საექთნო ლიტერატურის არარსებობისა და სხვადასხვა ფაქტორების გამო, როგორცაა საექთნო საქმის ექთან პედაგოგების არარსებობა, სასწავლო პროგრამებში კლინიკური პრაქტიკის განხორციელების მოძველებული მეთოდები, სწავლების ხარისხი საერთაშორისო სტანდარტებს ბევრად ჩამორჩება. მეოცე საუკუნის ოთხმოცდაათიანი წლებიდან საექთნო პერსონალის რიცხოვნობის შემცირების ტენდენცია სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი ინსტრუქციების ზრდის ფონზე სერიოზულ საფრთხეს ქმნის ჯანდაცვითი სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის კუთხით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2015 წლის მონაცემებით საქართველოში 1000 მოსახლეზე 0,139 ექთანია და ბევრად ჩამორჩება არა მხოლოდ ევროკავშირის ქვეყნებს (საშუალო მაჩვენებელი 7,7), ამერიკის შეერთებულ შტატებს (9,815) და ნორვეგიას (17,269), არამედ ნიგერიას (1,605) და კენიასაც (0,863). (WHO, 2015).

ხარისხიანი საექთნო სერვისების გარეშე არ არსებობს ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვა. სამედიცინო დაწესებულებაში პრაქტიკოსი ექთნების სიმცირე გავლენას ახდენს მათ მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობასა და შესრულების ხარისხზე.

პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე შეირჩა წარმოდგენილი სამეცნიერო კვლევა და მისი დიზაინი, რომლის მიხედვითაც განისაზღვრა:

1. შეფასდეს და გაანალიზდეს საქართველოში საექთნო საქმის არსებული მდგომარეობა
2. მოხდეს საქართველოში საექთნო საქმის, როგორც დარგის, ხარვეზების გამოვლენა და პერსპექტივების გამოკვეთა

3. შეფასდეს საექთნო საბაზისო განათლებაში არსებული სიტუაცია და საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობა
4. საექთნო საქმის არსებული მდგომარეობისა და იდენტიფიცირებული ხარვეზების ანალიზის შედეგად საერთაშორისო რეგულაციებისა და საქართველოს რეალობის გათვალისწინებით პრობლემების მოგვარებისაკენ მიმართული რეკომენდაციების მომზადება.

კვლევის მიზანი

საქართველოში თანამედროვე ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებისთვის რელევანტური, საერთაშორისო მოთხოვნების შესაბამისი დამოუკიდებელი საექთნო პროფესიის ჩამოყალიბება-განვითარების პერსპექტივებისა და სამოქმედო მიმართულების განსაზღვრა, საექთნო საქმის არსებული მდგომარეობის შესწავლის, პრობლემების იდენტიფიცირებისა და მათ მოგვარებაზე მიმართული რეკომენდაციების მომზადების გზით.

ვინაიდან დასახული სამეცნიერო კვლევის საკითხი მოიცავდა მრავალ კომპონენტს, კვლევის დიზაინი გულისხმობდა შემდეგი ამოცანების გადაჭრას:

1. საქართველოში საექთნო საქმის არსებული მდგომარეობის ანალიზი
 - ა) ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი
 - ბ) საქართველოში საექთნო პერსონალის ფუნქციებისა და მოვალეობების შესახებ ინფორმაციის ფლობის გამოკვლევა.
2. საქართველოში საექთნო საქმის, როგორც დარგის ხარვეზების გამოვლენა და პერსპექტივების გამოკვეთა
 - გ) საქართველოში საექთნო საქმის ძირითადი პრობლემების იდენტიფიცირება.
3. საქართველოში საექთნო საბაზისო განათლებაში არსებული სიტუაციის გამოკვლევა, მიღწეული შედეგების აღწერა, არსებული სიტუაციის საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობის დონის განსაზღვრა.
 - დ) საქართველოში საექთნო პერსონალის ცოდნის დონის შეფასება და პრობლემების იდენტიფიცირება.
4. საექთნო საქმეში არსებული პრობლემების მოგვარებაზე მიმართული რეკომენდაციების მომზადება

დასახული ამოცანების შესასრულებლად გამოყენებული იქნა არსებული ლიტერატურის, საერთაშორისო რეგულაციების, თემატური სამეცნიერო სტატიების, ანგარიშებისა და ნაშრომების შესწავლა და ანალიზი, ასევე ნაწარმოები იქნა სამი კვლევა.

- 1) საქართველოში საექთნო პერსონალის ფუნქციებისა და მოვალეობების შესახებ ინფორმაციის ფლობის გამოკვლევა.
- 2) საქართველოში საექთნო საქმის ძირითადი პრობლემების იდენტიფიცირება.
- 3) საექთნო პერსონალის ცოდნის დონის შეფასება და პრობლემების იდენტიფიცირება. გამოყენებულ იქნა მეორადი მონაცემების ანალიზი, ლიტერატურული წყაროების მიმოხილვა, ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუება, ფოკუს ჯგუფები. მიღებული მონაცემების დამუშავება განხორციელდა სტატისტიკურად პროგრამული პაკეტის Microsoft Excel-ის და SPSS-ის გამოყენებით.

კვლევის მეცნიერული სიახლე

საქართველოში საექთნო საქმის მდგომარეობის შესწავლისა და შეფასების შედეგად მიღებული იქნა ახალი, ობიექტურად დასაბუთებული ცოდნა ამ დარგში არსებული პრობლემების შესახებ, რაც თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებსა და ნორმებთან შედარების შემდეგ დარგის განვითარების რეკომენდაციების შემუშავების საფუძველი გახდა. კერძოდ, კვლევების შედეგად პირველად დადგინდა, რომ:

1. საქართველოში არის საექთნო პროფესიის რაობისა და ფუნქციების ცოდნის დეფიციტი არა მხოლოდ საზოგადოების არასამედიცინო ნაწილში (პაციენტი), არამედ საექიმო და საექთნო პერსონალშიც (კვლევა 1);
2. სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნების სამუშაოს აღწერილობის არ არსებობა ხშირად გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე (67%. n=2860);
3. საექთნო საქმე აუცილებლად საჭიროებს საკანონმდებლო რეგულაციებს (95%. n=2860);
4. საექთნო პერსონალს აქვს მცირე, შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამო ანაზღაურება (97%. n=2860);
5. შესაქმნელია პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტები სამუშაოს სპეციფიკის გათვალისწინებით (88%. n=2860);
6. საექთნო პერსონალის მხოლოდ 61% იცნობს სამუშაო ხელშეკრულების პირობებს (n=2860);

7. საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო ვერ ხორციელდება პაციენტის სრულყოფილი საექთნო მოვლა (მენეჯერი 79% n=66, ექიმი 52% n=412);
8. საექთნო კადრის უწყვეტ განათლებაზე დამსაქმებელმა უნდა იზრუნოს (96%. n=2860);
9. საექთნო საქმე საქართველოში არ არის პრესტიჟული (53%. n=2860);
10. საქართველოში საექთნო საქმის, როგორც დამოუკიდებელი პროფესიის განვითარებას არასაკმარისი ყურადღება ექცევა (83%. n=2860);
11. საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ამაღლებას ხელს შეუწყობს: საექთნო უწყვეტი განათლების სისტემის განვითარება (90%. n=2860), საექთნო ლიტერატურის არსებობა (84%. n=2860), საექთნო პროტოკოლებისა და გაიდლაინების დანერგვა (77%. n=2860);
12. საქართველოში დასაქმებული ექთნების პროფესიული ცოდნის დონე საშუალოზე დაბალია. დაბალი სირთულის კითხვების შემცველ ტესტირებულ გამოკითხვაზე 75%-იანი ზღვარის გადალახვა შეძლო მხოლოდ გამოკითხული ექთნების (n=336) 19%-მა; საექთნო პერსონალის წერთი და ზეპირი შეფასების შეწონილი ქულის (მაქსიმუმ 100 ქულა) მიხედვით ექთნების 59%-მა დაიმსახურა 0-50 ქულა, 40%-მა - 50-75 ქულა და მხოლოდ 1%-მა შეძლო 75 ქულაზე მეტის მოგროვება.
13. საექთნო პერსონალის დიდ ნაწილს არა აქვს გააზრებული საექთნო საქმის ცოდნის მოცულობა - თავისი ცოდნა მეტ-ნაკლებად რეალურად შეაფასა საკვლევი ჯგუფის მხოლოდ 9%-მა.
14. ექთნების აბსოლიტური უმრავლესობა ვერ ახერხებს თავისი სამუშაო პროფილით გათვალისწინებულ საკითხებზე მსჯელობას. გასაუბრების მაქსიმალური 20 ქულიდან საკვლევი ჯგუფის საშუალო ქულა არის 6.8.

კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება

ლიტერატურული მიმოხილვის ანალიზის და კვლევების შედეგებზე დაყრდნობით მომზადდა რეკომენდაციები, რომელთა გათვალისწინების შემთხვევაში შესაძლებელი იქნება საქართველოში საექთნო საქმის რეფორმის პროცესის დაწყება, ცვლილებების „გარდამავალი“ პერიოდის დაგეგმვა და საბოლოო ჯამში საექთნო პროფესიის სინქრონიზაცია საერთაშორისო ნორმებთან, რაც თავის მხრივ დადებითად აისახება სამედიცინო სერვისების მიწოდების ხარისხზე.

თავი 1 - ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1. საექთნო საქმის განვითარების მოკლე ისტორიული მიმოხილვა

საექთნო საქმის ისტორიის ცოდნა დარგის განვითარების პროცესის სწორად წარმართვის აუცილებელ წინაპირობას წარმოადგენს. პროფესიის ისტორიის ცოდნა უზრუნველყოფს პროფესიის მდიდარი გამოცდილების გაგებას; იძლევა საექთნო საქმის მუდმივი, ყველა საზოგადოებრივი ფორმაციის პირობებში გამოკვეთილი საჭიროების აღქმის საშუალებას; იძლევა მომავალი პროფესიული განვითარების მიმართულებებს. საექთნო საქმის განვითარებას საკმაოდ დიდი ისტორია გააჩნია. მკვლევარების ერთი ნაწილი (Berman&Snyder /ბერმანი&შნაიდერი, 2012) მას სამ პერიოდად ყოფს:

1. პრეისტორიული ხანა
2. აღორძინების, ანუ რენესანსის პერიოდი
3. ფლორას ნაიტინგელის პერიოდი

მკვლევართა მეორე ნაწილი (Berman&Snyder,2012) საექთნო საქმის ისტორიულ განვითარებაში უფრო მეტ ეტაპს გამოყოფს:

1. ადრეული ცივილიზაციის
2. ადრეული ქრისტიანული
3. შუა საუკუნეები (476 – 1400)
4. რენესანსის პერიოდი (1400 – 1600)
5. მე-18 - მე-19 საუკუნეები
6. ფლორანს ნაიტინგელის ხანა

მკვლევართა მიერ საექთნო საქმის პერიოდიზაციას საფუძვლად უდევს ის ფაქტი, რომ ექთნად ყოველთვის ითვლებოდა პიროვნება, რომელიც ფლობდა მოვლის ხელოვნებას. ექიმი ოდითგანვე იყენებდა დამხმარე პერსონალის შრომას სხვადასხვა მანიპულაციის ჩატარების, მედიკამენტების მიწოდების დროს, რაც თავისთავად გულისხმობდა ამ პერსონალის სათანადო მომზადებას. საექთნო პროფესია განსაკუთრებულად განვითარდა ქრისტიანობის აღმავლობისას, როდესაც განვითარდა სამონასტრო მედიცინა და ბერ-მონაზვნები აქტიურად ჩაებნენ ავადმყოფთა მოვლის პროცესში.

საექთნო პროფესიის დამოუკიდებელ სამედიცინო პროფესიად ჩამოყალიბებას უკავშირებენ ფლორენს ნაიტინგელს, რომელმაც საზოგადოებას დაანახა პაციენტის გამოჯანმრთელების საქმეში კარგი მოვლის წვლილი. ნაიტინგელი ითვლება საექთნო განათლების ფუძემდებლად (Berman&Snyder, 2012).

ფლორენს ნაიტინგელი 1820 წლის 12 მაისს დაიბადა იტალიაში, ქალაქ ფლორენციაში. მისი მშობლები მდიდარი ინგლისელები იყვნენ. მიუხედავად მათი წინააღმდეგობისა, ფლორენსი სწავლობდა პარიზის მოწყალების დათა სკოლაში, მაგრამ მალე მოუხდა სკოლის დატოვება და მხოლოდ მოგვიანებით შესძლო სწავლების დასრულება გერმანიაში. 1854 წელს დაიწყო ყირიმის ომი, რომელსაც თან მოჰყვა უამრავი დაჭრილი მეომრის სიკვდილი არა მხოლოდ ბრძოლის ველზე, არამედ ჰოსპიტლებშიც. ეს პირველ რიგში განპირობებული იყო პაციენტთა ცუდი მოვლით. ფლორენს ნაიტინგელს დაევალა თურქეთის ქალაქ სკუტარში გაშლილი ჰოსპიტლის დაჭრილი მეომრების მოვლა. ფ.ნაიტინგელმა შეკრიბა და მოამზადა 38 ექთანი. ფლორენსმა და მისმა კოლეგებმა შეძლეს ჰოსპიტალის სანიტარული მდგომარეობის გამოსწორება და საკმაოდ ხანმოკლე პერიოდში აღნიშნულ ჰოსპიტალში შესაძლებელი გახადეს არა მხოლოდ დაჭრილ მეომართა, არამედ სხვადასხვა დაავადების მქონე პაციენტთა მოვლაც (Cook/კუკი, 1913).

ფ.ნაიტინგელისა და მისი თანამოაზრეების მიერ მიღებულმა გამოცდილებამ ხელი შეუწყო იმას, რომ მანამდე ინტუიციურად დამყარებული საექთნო საქმე თანდათან გადავიდა მეცნიერულ საფუძვლებზე, რის გამოც ნაიტინგელი ითვლება საექთნო საქმის მეცნიერული საფუძვლების ფუძემდებლად (Herbert/ჰერბერტი, 1981). ნაიტინგელმა ჩამოაყალიბა სანიტარული ნორმები და კვების რეჟიმი, უზრუნველყო საკვების უსაფრთხოება და სასმელი წყლის ვარგისიანობა. 38 ექთნის დახმარებით და აღნიშნული მეთოდების გამოყენებით მეომართა სიკვდილიანობა შეამცირა 40%-ით (Berman&Snyder, 2012). 1860 წელს ფ.ნაიტინგელმა ჩამოაყალიბა პირველი საექთნო სკოლა წმინდა თომას ჰოსპიტალში, ლონდონში. აქ ექთნებს ერთი წლის განმავლობაში ამეცადინებდნენ. პირველ ჯგუფში 15 მსმენელი იყო. ისინი ყავისფერ ფორმასა და ნაიტინგელის ექთნების განმასხვავებელ ნიშანს - ქუდს ატარებდნენ. ამ სკოლის კურსდამთავრებულთ ეძლეოდათ ექთნად მუშაობის უფლება. ძალიან მნიშვნელოვანია მედიცინაში ფ.ნაიტინგელის წვლილი პაციენტის როლის გამოკვეთის თვალსაზრისითაც - პირველად ამ ქალბატონმა მიაქცია ყურადღება პაციენტის უსაფრთხოების საკითხებს. მან განსაზღვრა ექთნის როლი და ადგილი, ექთნებს მიზნად დაუსახა არა მხოლოდ მოვლის განხორციელება, ასევე პაციენტისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნაც, დაწერა სახელმძღვანელოები ექთნებისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ნაშრომები საუკუნეზე მეტი ხნის წინ არის დაწერილი, მათ აქტუალობა დღესაც არ დაუკარგავთ. მაგალითად, ფ.ნაიტინგელის 7

პრინციპი (Berman&Snyder, 2012). დღეს, ისე როგორც არასდროს, მნიშვნელოვანია საქართველოში საექთნო პროფესიის შემდგომი ზრდისა და განვითარებისათვის:

1. საექთნო განათლების საკითხები უნდა განსაზღვროს ექთანმა;
2. ექთან-მასწავლებლები პასუხისმგებელი არიან სტუდენტებისა და კურსდამთავრებულთა მიერ გაწეულ მოვლაზე;
3. პედაგოგები უნდა იყვნენ ექთნები;
4. საექთნო სკოლა უნდა იყოს ცალკე, არ უნდა იყოს მიბმული საექიმო სკოლასთან;
5. ექთნები უნდა მომზადდნენ განათლების მუდმივად ამაღლების მისაღებად და პროფესიულ განვითარებაზე მუდმივი ზრუნვისათვის;
6. ექთნობა მოიცავს ზრუნვას როგორც ავადმყოფ, ასევე ჯანმრთელ ადამიანზე და გარემოზე;
7. საექთნო საქმე პრაქტიკის გარდა მოიცავს თეორიასაც.

1910 წელს ფლორანს ნაიტინგელის გარდაცვალების შემდეგ დარჩა მისი მოძღვრება, რომელიც უთუოდ მოითხოვს ექთნის განათლებისა და ცოდნის გაღრმავებას. ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ საერთაშორისო წითელი ჯვრის კომიტეტი 50 ექთანს აჯილდოებს ფლორანს ნაიტინგელის სახელობის მედლით, რომელიც ითვლება უმაღლეს ჯილდოდ საექთნო პროფესიაში (Herbert, 1981).

1.2 საექთნო საქმის განმარტება, ფილოსოფია

საექთნო საქმის საერთო კრიტერიუმებია:

- 1) საექთნო პრაქტიკა უნდა ეყრდნობოდეს თეორიასა და ცოდნას, რომელიც უწყვეტად უნდა ღრმავდებოდეს;
- 2) ეს პროფესია ალრტუისტულია და გულისხმობს პაციენტთან ჰუმანურ მიდგომას;
- 3) ეს ავტონომიური პროფესიაა და პრაქტიკის განხორციელებისას მოითხოვს საკუთარ სტანდარტებს;
- 4) საექთნო პროფესიულმა გაერთიანებებმა, პროფესიულმა ასოციაციებმა უნდა გაითვალისწინონ ამ პროფესიისათვის დამახასიათებელი მორალურ-ეთიკური და პროფესიონალური ნორმები (ICN, 2012).

საექთნო საქმის თეორიებისადმი მიძღვნილ კონფერენციაზე (გალიცინო, რუსეთი, 1992 წ.)

საექთნო საქმეს მიეცა შემდეგი განმარტება: „საექთნო საქმე არის სამედიცინო მოვლის ნაწილი, მეცნიერება და ხელოვნება, რომელიც მიმართულია მუდმივად ცვალებად

გარემოში ჯანმრთელობის არსებული და პოტენციური პრობლემების გადასაჭრელად“ (Stanhope&Lancaster/სტანგოუპი&ლანკასტერი, 2012).

საექთნო საქმის კლასიკურ განმარტებად მიიჩნევენ ამერიკაში საექთნო საქმის ფუძემდებლის, ვირჯინია ჰენდერსონის მიერ 1981 წელს გაკეთებულ განმარტებას: „საექთნო საქმე არის დახმარების აღმოჩენა დაავადებული ან ჯანმრთელი ადამიანისათვის გამოჯანმრთელების ან მშვიდი სიკვდილის მისაღწევად ისე, როგორც ამას თვითონ გააკეთებდა ამისი ძალა რომ ჰქონოდა. ექთანმა უნდა დაეხმაროს პაციენტს დამოუკიდებლობის რაც შეიძლება სწრაფად მოპოვებაში.“ (Berman&Snyder, 2012. გვ. 13). საექთნო საქმის პირველი განმარტებები ფლორანს ნაიტინგელს ეკუთვნის: „საექთნო საქმე არის პაციენტის გარემოს გამოყენება მისი გამოჯანმრთელებისათვის, პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მიახლოება მის ბუნებრივ მდგომარეობასთან ისე, რომ შესაძლებელი გახდეს მასზე ზემოქმედება სამედიცინო საშუალებებით.“ (Herbert, 1981. გვ. 18).

ნაიტინგელი თვლიდა, რომ ჯანმრთელი და ავადმყოფი ადამიანის მოვლა საექთნო საქმის ორი უმნიშვნელოვანესი სფეროა. მან პირველმა მოახდინა საექთნო და საექიმო პროფესიების ფუნქციების გამოიჯვნა და განსაზღვრა, რომ საექთნო საქმე, როგორც პროფესია, განსხვავდება საექიმო საქმისაგან და მოითხოვს სპეციალურ, საექთნო ცოდნისაგან განსხვავებულ ცოდნას. ამასთან საჭიროა ორგანიზაციული, პრაქტიკული და მეცნიერული მომზადებაც.

რით განსხვავდება საექიმო და საექთნო პროფესიები ერთმანეთისგან?

ექიმის მოქმედება მიმართულია კონკრეტული ავადმყოფის კონკრეტული დაავადების მკურნალობისაკენ. ექიმის ქმედება მკურნალობის, სწავლების ან სამეცნიერო მუშაობისას, მიმართულია დაავადების სხვადასხვა პათოლოგიური ასპექტისაკენ. ნებისმიერი დაავადება ავადმყოფის, მისი ოჯახის წევრებისა და მეგობრების წინაშე მრავალ პრობლემას აჩენს. მაგალითად, ავტოსაგზაო შემთხვევის შედეგად ადამიანმა მიიღო ქალაქტინის ტრავმა. ექიმებმა შესძლეს მისი გადარჩენა, მაგრამ მხედველობის ნერვის დაზიანების გამო პაციენტმა დაკარგა მხედველობა. ავადმყოფისა და მისი ოჯახის წევრების წინაშე გაჩნდება უამრავი პრობლემა, რომელთა მოგვარება სპეციალური სამედიცინო და სოციალური სამსახურების, ასევე საზოგადოების თანადგომას მოითხოვს. ამ შემთხვევაში ძლიერ მნიშვნელოვანი და შეუცვლელია ექთნის როლი - მას შეუძლია პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, მათი ადაპტირება. ექთანს ევალება პაციენტის განათლება ელემენტარული ჰიგიენური პროცედურებისა და

თვითმოვლის კუთხით. საექთნო საქმე არ არის ორიენტირებული მხოლოდ საექთნო მანიპულაციების ჩატარებაზე და დაავადებაზე. ის უფრო მეტად ორიენტირებულია ადამიანზე და ადამიანთა ჯგუფებზე (ოჯახი, კოლექტივი), მთლიანად საზოგადოებაზე. საექთნო საქმე დამოუკიდებელი პროფესიაა და არ შემოიფარგლება ექიმის მითითებების შესრულებით. ექთნის მოვალეობაში შედის პაციენტის მოვლა, დაავადების პროფილაქტიკა, ჯანმრთელობის შენარჩუნება, რეაბილიტაცია და ტანჯვის შემსუბუქება (Berman&Snyder, 2012).

საექთნო საქმიანობის ყველა ეტაპზე ექთანი უნდა იყოს კარგი მენეჯერი ლიდერის თვისებებით, პედაგოგი და ფსიქოლოგი. საექთნო მომსახურების საჭიროებას არა აქვს შეზღუდვა არც პოლიტიკური, არც სოციალური, არც რელიგიური, არც ნაციონალური და რასობრივი, არც ასაკობრივი და სქესობრივი ნიშნით.

ამერიკის ექთნების ასოციაციის მიერ გამოცემულ ბუკლეტში „საექთნო საქმე სოციალური პოლიტიკის საკითხები“ (ANA/აეა, 1980 წ.) აღწერილია ექთნობის სოციალური კონტექსტი, საექთნო პრაქტიკის მახასიათებლები. აქ ექთნობა განსაზღვრულია, როგორც „არსებული ან პოტენციური ჯანმრთელობის პრობლემებისადმი ადამიანების რეაქციის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა“. ამერიკის ექთნების ასოციაციას განსაზღვრული აქვს, თუ რა შემთხვევებში ხდება საექთნო მოვლა აუცილებელი:

- 1) თვითმოვლის შესაძლებლობის დაქვეითება
- 2) ფუნქციური სტატუსის გაუარესება ისეთ სიტუაციებში, როგორიცაა: ძილი და დასვენება, მოძრაობა, კვება, გამოყოფა, კანის მოვლა და სხვა;
- 3) ტკივილი და დისკომფორტი;
- 4) ავადმყოფობასთან დაკავშირებული ემოციური პრობლემები, სტრესული სიტუაცია, მართობა, დეპრესია და სხვა;
- 5) სიმბოლიკური ფუნქციების დაზიანება, რომელიც გამოხატულია პიროვნებათშორისი და ინტელექტუალური პროცესების შეცვლაში. მაგალიტად, ჰალუცინაციები და სხვა;
- 6) გადაწყვეტილების მიღებისა და პიროვნული არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობის დაქვეითება;
- 7) ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოწვეული თვითაღქმის შეცვლა, პიროვნული კომპლექსი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით: „საექთნო საქმე ეხმარება პიროვნებებს, ოჯახებს და ადამიანთა ჯგუფებს განსაზღვრონ და წარმოაჩინონ მათი ფიზიკური, მენტალური და სოციალური პოტენციალი და შესაბამისად იმოქმედონ

ცვალებად გარემოში, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ. ექთანს მოეთხოვება განავითაროს და განახორციელოს ჯანმრთელობის ხელშეწყობი და დაავადების თავიდან აცილებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები. საექთნო საქმე ასევე გულისხმობს დაავადების ან რეაბილიტაციის პროცესში მოვლის დაგეგმვასა და განხორციელებას ფიზიკური, მენტალური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებით” (WHO, 1996. გვ. 2).

საექთნო საქმე ხელს უწყობს პიროვნების, მისი ოჯახის, მეგობრების, სოციალური ჯგუფებისა და თემის აქტიურ ჩართვას ჯანდაცვის ყველა ასპექტში, რითაც ხელს უწყობს პიროვნული პასუხისმგებლობის ამაღლებას და ჯანმრთელი გარემოს ხელშეწყობას ახდენს. საექთნო საქმე არის მეცნიერება და ხელოვნება ერთდროულად. ის მოითხოვს სპეციალურ ცოდნისა და ჩვევების ფლობა-გამოყენებას, მაგრამ ამავე დროს ემყარება კაცობრიობის მიღწევებს ფიზიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და ბიოლოგიურ მეცნიერებებში (WHO, 2010).

საექთნო საქმესთან დაკავშირებული მეცნიერული კონცეფციების დიდი ნაწილი შემდეგ საკითხებს ეთმობა:

1. ჯანმრთელობისა და დაავადების კონტინიუმი
2. ცხოვრების ციკლის განმავლობაში ადამიანის განვითარების პროცესი
3. სტრესულ სიტუაციებთან ადაპტაცია

ექთანი უნდა ფლობდეს ცოდნას არა მხოლოდ დაავადების შესახებ, აგრეთვე ჯანმრთელი ადამიანის, ფიზიოლოგიური და ფსიქო-სოციალური მეცნიერებების შესახებაც და პრაქტიკაში ამ ცოდნას უნდა იყენებდეს საზოგადოების საკეთილდღეოდ. ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად ექთანი უნდა ფლობდეს არა მხოლოდ ჯანმრთელობის ნორმებისა და საექთნო მოვლის საფუძვლების, არამედ ასევე უნდა იცნობდეს პაციენტის ქცევის ფსიქოლოგიური აფუძვლებიც. უნდა შეეძლოს არა მხოლოდ დაავადების სიმპტომებისა და სინდრომების იდენტიფიცირება, არამედ განსაზღვროს მათი აღმოცენების მიზეზები, შეიმუშაოს პაციენტის მოვლის ინდივიდუალური, კომპლექსური პროგრამა, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება საექიმო დახმარება, საექთნო დაკვირვება, სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება. ექთანი თავისი მოღვაწეობის დროს ხელმძღვანელობს პრონციპით, რომ სამედიცინო დახმარება არის ადამიანის უფლება და არა პრივილეგია (ჩერი&იაკობი/Cherry&Jacob, 2011).

საზოგადოება სამედიცინო პერსონალისაგან მოითხოვს მაღალი მორალურ-ეთიკური პრინციპების დაცვას. ექთანი ექიმთან ერთად მონაწილეობს ახალი სამკურნალო პრეპარატების აპრობაციაში, გამოკვლევების ახალი მეთოდების შემუშავებაში, ყველა სამედიცინო მანიპულაციების წარმოებაში და სხვა.

ა) ვინ არის ექთანი - მხოლოდ შემსრულებელი თუ აქტიური მონაწილე?

ბ) როგორ განისაზღვროს მისი უფლებები?

ბოლო პერიოდში მოსახლეობის რაოდენობისა და სიცოცხლის ხანგრძლივობის სწრაფმა ზრდამ, ასევე სიღარიბის დონის მატებამ აქტუალური გახადა სამედიცინო დახმარების შემდეგი პრინციპი: ეფექტურობა - თანასწორუფლებიანობა - უსაფრთხოება. ეს არის საექთნო პროფესიის აქტუალობის კიდევ ერთი მიზეზი. ექთნის მისია მდგომარეობს პაციენტისათვის მაღალკვალიფიციური და სპეციალიზირებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში. ამასთან ერთად საექთნო საქმიანობა მოიცავს:

ა) საზოგადოებისა და სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციისათვის

(საჭიროებისას) თანამედროვე ეტაპზე საექთნო საქმის მნიშვნელობისა და

პრიორიტეტულობის გაცნობას;

ბ) საექთნო პოტენციალის მოზიდვას, განვითარებასა და ეფექტურ გამოყენებას

საზოგადოების მოთხოვნების მაქსიმალურად დასაკმაყოფილებლად;

გ) მაღალკვალიფიციური საექთნო კადრის მისაღებად საექთნო განათლების პროცესის დახვეწას;

დ) საექთნო პერსონალის მუშაობის პროცესში კრიტიკული აზროვნების უნარის

აქტიურ გამოყენებას (Bauman & Blythe/ბაუმანი&ბლაიტი, 2004).

საექთნო საქმის ფილოსოფია ასახავს ექთნის მსოფლმხედველობას მისი

ფუნქციონირების, პროფესიული შეხედულებების, საზოგადოებაში საექთნო პერსონალის როლისა და ადგილის შესახებ.

ფილოსოფია და მედიცინა უძველესი დროიდან მჭიდრო კავშირშია. მედიცინაში

ფილოსოფიის შესახებ წერდნენ პლატონი და სოკრატი, გალენი და ჰიპოკრატე, მრავალი

სხვა. ფილოსოფია კლასიკური განმარტებით არის მეცნიერება, ზოგადსაკაცობრიო

საკითხების მოძიების, ანალიზისა და გადაჭრისაკენ მიმართული სულიერი მოქმედების

ფორმა, რომლის მიზანიც არის სამყაროს მთლიანობისა და მასში ადამიანის ადგილისა და

როლის განსაზღვრა. ფილოსოფია არის საშუალება გავიაზროთ: ვინ ვართ და როგორია

საზოგადოებაში ჩვენი როლი. საექთნო საქმის ფილოსოფიის ცენტრში არის ადამიანი -

პაციენტი, ჯანმრთელი ან მომაკვდავი. ადამიანი, რომელსაც აქვს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი მოთხოვნილებები. ადამიანი, რომელსაც განუზღვრავს სხვადასხვა მდგომარეობებისა (სოციალური და სხვა), აქვს აქტიური, ჰარმონიული ცხოვრებისა და სამედიცინო მომსახურების, მათ შორის საექთნო მომსახურების მიღების უფლება. ეს ფილოსოფია დაფუძნებულია საყოველთაოდ მიღებულ მორალურ-ეთიკურ ნორმებზე. საექთნო საქმის ფილოსოფიის ძირითადი პრონციპების პაციენტის ცხოვრების, ღირსებისა და უფლებების პატივისცემა (Berman&Snyder, 2012).

საექთნო საქმის ფილოსოფია ადგენს;

- 1) ექთნის ეთიკურ მოვალებებს პაციენტთან მიმართებაში;
- 2) საექთნო საქმის მიზნებს - ჯანმრთელობა, დამოუკიდებლობა, ცოდნა, ჩვევები და სხვა;
- 3) მორალურ ნორმებს - სიბრძნე, თანაგრძნობა, გულისხმიერება, გულმოწყალება, მოთმინება, სიმამაცე და სხვა.

საექთნო საქმის განმარტება იძლევა ოთხ ძირითად პარადიგმას, ანუ ოთხ ძირითად კონცეფციას: საექთნო საქმე, პიროვნება, გარემო და ჯანმრთელობა. (Stanhope& Lancaster/სტანჰოპე&ლანკასტერი, 2015).

ფ.ნაიტინგელის განმარტებით საექთნო საქმე არის უძველესი ხელოვნება და ამავე დროს ერთ-ერთი ყველაზე ახალი მეცნიერება, რომელიც მიმართულია პაციენტზე ზრუნვისაკენ. ხელოვნება და მეცნიერება საექთნო საქმეში ვლინდება როგორც პრაქტიკოსი ექთნის, ასევე ექთან-მენეჯერის საქმიანობისას. მაგალითად, პაციენტისათვის ნახვევის დადებისას ექთანს მოეთხოვება არა მხოლოდ დესმურგიის, ტრავმატოლოგიის, ასეპტიკა-ანტისეპტიკისა და სხვათა ცოდნა-გამოყენება, არამედ მან ამავე დროს უნდა იზრუნოს ესთეტიურ მხარეზეც, რომ ნახვევი იყოს აკურატულად, ლამაზად დადებული. გარდა ამისა, ექთნის მოვალეობაში შედის პაციენტის ინფორმირება, თუ რატომ გაუკეთდა ეს ნახვევი, როგორ მოუაროს ბინის პირობებში და სხვა. ე.ი. ექთანმა უნდა გამოავლინოს პაციენტზე ზრუნვისა და კომუნიკაციის ხელოვნება (Herbert, 1981).

ექთან-მენეჯერის ფუნქციონირების სფეროში ხელოვნება და სამეცნიერო მიდგომა ვლინდება პერსონალთან, ადმინისტრაციასთან, პაციენტებთან და საზოგადოებასთან ურთიერთობაში საექთნო პროცესის ეფექტური ორგანიზების, კადრების პროფესიული ზრდის უზრუნველყოფისა და სხვა მრავალი პროცესების დროს. ექთან-მენეჯერს

მოეთხოვება წარმოსახვისა და შემოქმედებითი უნარის შერწყმა სამეცნიერო მიდგომასთან (Cherry & Jacob, 2011).

საექთნო საქმის ფილოსოფიაში წამყვანი ადგილი უჭირავს პიროვნების არსს.

ფილოსოფოსი და მკურნალი ავიცენა მოითხოვდა თვითოეული პაციენტისადმი განსაკუთრებულ მიდგომას. ექთანი მზად უნდა იყოს ნებისმიერი ნატურის პაციენტთან მუშაობისათვის. სხვადასხვა კატეგორიის პაციენტებთან ურთიერთობისას ექთანმა ინდა შექმნას მათი წარსულისა და აწმყოსადმი, ცხოვრებისეული ფასეულობებისადმი, წეს-ჩვეულებებისა და რწმენისადმი პატივისცემის ატმოსფერო. ყველაფერი ეს ექთანს სჭირდება პაციენტისათვის კომფორტული გარემოს შესაქმნელად.

ექთანს ევალება პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. ექთნების საერთაშორისო საბჭოს ეთიკის კოდექსში აღნიშნულია: „არც ექიმის დანიშნულება, არც პოლიტიკა, არც ადმინისტრაცია (მათი გადაწყვეტილება და ქმედება, გატარებული პოლიტიკა) ექთანს არ უხსნის მის მოქმედებასა და მიღებულ გადაწყვეტილებაზე მორალურ ან იურიდიულ პასუხისმგებლობას“.

შემთხვევითი არ არის, რომ ექთნის ძირითად თვისებას მიაკუთვნებენ გამოცდილებას, თანაგრძნობას, გულისხმიერებას. ამიტომაც არის პირველი საერთაშორისო საექთნო საზოგადოების დევიზი: სიყვარული, სიმამაცე და პატიოსნება (ICN, 2006).

1.3 საექთნო საქმის მეცნიერული თეორიები

საზოგადოებრივი საქმიანობის მრავალი მოდელი არსებობს: სოციალური, ეკონომიკური, პოლიტიკური, სამედიცინო, საექთნო და სხვა მრავალი. სამედიცინო მოდელი საუკუნეების მანძილზე არსებობს და ორიენტირებულია დაავადებაზე, მის დიაგნოსტიკასა და პათოლოგიური მდგომარეობის გამოსწორებაზე, მკურნალობაზე. მთელი ყურადღება მიმართულია ორგანიზმის დისფუნქციისა და დეფექტების მკურნალობისაკენ. საექიმო აქტივობების უდიდესი ნაწილი (მკურნალობა, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური საქმიანობა და სხვა) მიმართულია დაავადების სხვადასხვა ასპექტის წინააღმდეგ (Berman&Snyder, 2012).

საექთნო საქმის მოდელი ორიენტირებულია ადამიანზე და არა დაავადებაზე. ეს მოდელი ითვალისწინებს პაციენტის, მისი ოჯახის, საზოგადოების საჭიროებებს და ექთანს აძლევს ფუნქციისა და როლის არჩევის ფართო შესაძლებლობას არა მხოლოდ დაავადებულ ან მომაკვდავ, ასევე ჯანმრთელ ადამიანთან მუშაობისას. საექთნო საქმის მოდელი ასახავს

არსებულ რეალობას, იძლევა საექთნო საქმის სხვადასხვა კონცეფციების შედარების საშუალებას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. მაგალითად, მე-19 საუკუნემდე საექთნო საქმე შემოიფარგლებოდა მხოლოდ პაციენტის მოვლით და დაავადების მიმდინარეობაზე აქტიური ზემოქმედების მოხდენის არანაირი მცდელობა არ ხდებოდა.

მე-20 საუკუნეში ამერიკის შეერთებული შტატების საექთნო საქმის მოდელის ჩამოყალიბებაშიც უდიდესი წვლილი ფლორანს ნაიტინგელს მიუძღვის, რომელიც თვლიდა, რომ პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება შესაძლებელია გარემო ფაქტორებზე ზემოქმედების გზითაც. ამისათვის საჭიროა სუფთა ჰაერი, სითბო, სინათლე, შესაბამისი კვება და ჰიგიენა. თანდათან ეს ფაქტორები მნიშვნელოვანი გახდა არა მხოლოდ ავადმყოფების, არამედ ყველა ადამიანისათვის და საფუძველი ჩაეყარა პროფილაქტიკურ მედიცინას. სამედიცინო დახმარების განვითარებასთან ერთად ექიმის მრავალი მოვალეობა ექთნებზე გადავიდა (მაგალითად, არტერიული წნევის მონიტორინგი, თერმომეტრია). ავადმყოფის მოვლის გარდა ექთანი აქტიურ მონაწილეობას იღებს რეაბილიტაციისა და პროფილაქტიკის საკითხების განხორციელებაში. ამასთან დაკავშირებით გაჩნდა საექთნო საქმის სხვადასხვა მოდელები.

დღეისათვის მსოფლიოში საექთნო საქმის 30-ზე მეტი კონცეპტუალური მოდელია შექმნილი. (Berman&Snyder, 2012). ყველა მათგანი მოიცავს შემდეგ ძირითად დებულებებს:

- ა) პაციენტის განსაზღვრა
- ბ) პაციენტის პრობლემის მიზეზები
- გ) ექთნის როლი
- დ) პრიორიტეტული საექთნო ამოცანები
- ე) საექთნო ინტერვენციის სფეროები და საექთნო ინტერვენციების საშუალებები
- ვ) მოსალოდნელი შედეგები

საექთნო საქმე შედარებით „ახალგაზრდა“ პროფესიაა, ვინაიდან მისი მეცნიერული საფუძვლები მე-19 საუკუნიდან გამოჩნდა. ამიტომ მას „მემკვიდრეობით“ არ ერგო სხვა ეპოქისა და საზოგადოების მოდელები. საექთნო საქმისთვის შეიქმნა სპეციალურად მორგებული მოდელები, რომელნიც პასუხობენ თანამედროვე მედიცინისა და საზოგადოების მოთხოვნებს. განსაკუთრებული გავრცელება მოიპოვა საექთნო საქმის ხუთმა მოდელმა:

1. ევოლუციურ-ადაპტაციური მოდელი (კანადის ექთნების ასოციაცია)

ეს მოდელი პაციენტს განიხილავს როგორც პიროვნებას, ინდივიდს. პრობლემის წყაროდ გვევლინება მისი ცხოვრების არსებული ან მომავალი ცვლილებები, განსაკუთრებით კი ის კრიტიკული პერიოდები, რომელნიც ნეგატიურ გავლენას ახდენენ ჯანმრთელობაზე. ექთნის პრიორიტეტული ამოცანაა პაციენტის დახმარება ამ პერიოდში ჯანმრთელობის ოპტიმალური დონის მიღწევისა და შენარჩუნებისათვის. ამ დროს ექთანი გვევლინება დამრიგებელ-კოორდინატორის როლში. საექთნო ჩარევის ფოკუსია გარემო სიტუაციაში პაციენტის ადაპტირების საშუალებები, ხოლო ჩარევის საშუალებები აერთიანებს პაციენტის სტიმულირების სხვადასხვა ფორმებს. მოსალოდნელი შედეგია - ცხოვრების კრიტიკულ პერიოდში პაციენტის ჯანმრთელობის ოპტიმალური შესაძლო დონის მიღწევა.

2. დამატებით-შემავსებელი მოდელი (ჰენდერსონი)

3. ქცევითი სისტემის მოდელი (ჯონსონი)

ეს მოდელი პაციენტს განიხილავს, როგორც ქცევით სისტემას. ამ მოდელის მიხედვით პრობლემის წყაროა ფუნქციური და სტრუქტურული სტრესი. ექთნის პრიორიტეტული ამოცანაა პაციენტის ქცევითი სისტემის წონასწორობისა და ფუნქციური სტაბილურობის უზრუნველყოფა. ექთანი გვევლინება მარეგულირებლისა და ზედამხედველის როლში. ჩარევის ფოკუსია კონტროლისა და რეგულაციის მექანიზმები, ასევე პაციენტისადმი წაყენებული მოთხოვნები. ჩარევის საშუალებები გულისხმობს ფუნქციური და/ან სტრუქტურული სტრესის დროს პაციენტზე დამცავ, შემაკავებელ და დამამშვიდებელ გავლენას. მოსალოდნელი შედეგია - სტრესულ სიტუაციაში პაციენტის ადექვატური ქცევა.

4. ადაპტაციური მოდელი (რაი)

ეს მოდელი პაციენტს განიხილავს, როგორც მუდმივად გარემოსთან კონტაქტში მყოფ და სხვადასხვა ადაპტაციური საშუალებებით მასთან შეგუებულ ადამიანს. პრობლემის წყაროდ არსებული დაავადების გამო პაციენტის პასიურობა განიხილება. ექთნის პრიორიტეტული ამოცანაა დაავადების პერიოდში პაციენტს ასწავლოს გარემოსთან ადაპტაცია. ჩარევის ფოკუსად გვევლინება პაციენტის მრავალმხრივი სტიმულირება არსებულ სიტუაციასთან შესაგუებლად. საექთნო ჩარევის საშუალებები და მოსალოდნელი შედეგებია - გამოყენებული სტიმულირების ადექვატური აღქმის შედეგად პაციენტის ადაპტაცია.

5. თვითმოვლის დეფიციტის მოდელი (ორემი)

ეს მოდელი პაციენტს განიხილავს თვითმოვლის უნარის მქონე არსებად. პრობლემის წყაროა თვითმოვლის უნარის დეფიციტი. ექთნის პრიორიტეტული ამოცანაა პაციენტის ჯანმრთელობის ოპტიმალური დონის მიღწევისა და შენარჩუნებისათვის თვითმოვლის პირობების შექმნა. ექთანი გვევლინება მასწავლებლისა და კონტროლიორის როლში. ჩარევის ფოკუსია თვითმოვლის პროცედურების ჩატარების დარღვევა. ჩარევის საშუალებაა - ასისტირება, სწავლება. მოსალოდნელი შედეგია - პაციენტის მიერ თვითმოვლის აქტივობების ჩატარება (Berman&Snyder, 2012).

1.4 საექთნო საქმე ევროკავშირის ქვეყნებში

ევროკავშირში ჯანმრთელობის დაცვა იყო და კვლავ რჩება უდიდეს ეროვნულ საქმედ. ჯერ კიდევ 1988 წელს ვენაში (ავსტრია) ჩატარდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პირველი კონფერენცია ევროპის ექთნებისა და ბეზიაქალთათვის. ამ კონფერენციაზე მიღებულ დეკლარაციაში ხაზგასმული იყო საექთნო და საბეზიო კადრის როლის გაუმჯობესების მნიშვნელობაზე ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიების განხორციელების საქმეში. ამ პერიოდში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაში ევროპის რეგიონის 32 ქვეყანა შედიოდა (ამჟამად - 53) (WHO, 2006). შემდგომ წლებში ევროპა ძალიან შეიცვალა მრავალი პოლიტიკური და სხვადასხვა მიზეზების გამო, რამაც მნიშვნელოვანი ცვლილებები გამოიწვია როგორც ცალკეულ ქვეყნებში საექთნო საქმის, ასევე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიზნებშიც. პოლიტიკურმა ცვლილებებმა და ჯანდაცვის სფეროში მნიშვნელოვანმა რეფორმებმა განაპირობა მიუნხენში (გერმანია) 2000 წელს ამ საკითხებისადმი მიძღვნილი წარმომადგენლობითი კონფერენციის ჩატარება. აქ ევროპის ქვეყნების ჯანდაცვის მინისტრებმა ხელი მოაწერეს დეკლარაციას, რომელიც ითვალისწინებს:

1. ექთნებისა და ბეზიაქალების მონაწილეობის უზრუნველყოფას ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებისა და რეალიზაციის ყველა ეტაპზე
2. არსებული პრობლემების გადაწყვეტას, როგორცაა საკადრო პოლიტიკა, სქესობრივი თანასწორობა, ექთნის დაბალი სტატუსი და ექიმთა როლის დომინირება
3. საექთნო კადრისათვის კარიერული (სამსახურებრივი) ზრდის შესაძლებლობის უზრუნველყოფას შესაბამისი ფინანსური სტიმულირებით
4. საექთნო საბაზისო და უწყვეტი განათლების გაუმჯობესებას და უმაღლესი საექთნო განათლების დანერგვას

5. საექთნო და საექიმო კადრის ერთობლივი სწავლების შესაძლებლობის უზრუნველყოფას სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლების მიზნით
6. საექთნო პრაქტიკაში სამეცნიერო კვლევებისა და ინფორმაციის გავრცელების უზრუნველყოფას საექთნო საქმეში ცოდნისა და ფაქტიური მონაცემების ბაზის განვითარების მიზნით
7. ოჯახის მოთხოვნებზე ორიენტირებული საექთნო დახმარების ჩამოსაყალიბებლად პროგრამების მოძიებასა და ხელშეწყობას. სადაც შესაძლებელია საოჯახო მედიცინის კონცეფციის რეალიზაცია
8. ექთნების როლის გაძლიერებას საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში (WHO, 2000). ყოველივე ზემოთჩამოთვლილის შესასრულებლად მიუწეხენის დეკლარაციაში მოცემულია სამი ძირითადი საკითხი:

1. საექთნო სამუშაო რესურსების სტრატეგიული დაგეგმარება კარგად მომზადებული საექთნო კადრით (ექთნები, ბებიასალები) ჯანდაცვის სისტემის უზრუნველსაყოფად
2. ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე აუცილებელი ნორმატიულ - სამართლებრივი ბაზის შექმნა
3. დამოუკიდებლად თუ სხვა სამედიცინო პერსონალთან ერთად მომუშავე ექთნების ეფექტური და შედეგიანი ფუნქციონირებისა და მათი პროფესიული პოტენციალის სრულად რეალიზებისათვის ყველა პირობის შექმნა.

მიუწეხენის დეკლარაცია იქცა მნიშვნელოვან საბაზისო დოკუმენტად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შემდგომი საქმიანობისათვის საექთნო საქმის მიმართულებით. ევროკავშირის წევრ ზოგიერთ ქვეყანაში დღესაც არის ორი დონის ექთანი, მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში საექთნო განათლება მხოლოდ საუნივერსიტეტო დონეზე ხორციელდება (WHO, 2006).

საექთნო საბაზისო განათლების სინქრონიზაციისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ასევე ევროსაბჭოს მხრიდან. აღსანიშნავია დოკუმენტები:

- 1) ევროპარლამენტის დირექტივა 2005/36/EC
- 2) ევროკავშირის საბჭოს „პროფესიული კვალიფიკაციის ცნობისა და შესწორებების აქტი“ 2005 წლის 7 სექტემბერი.

ევროპარლამენტის 2005/36/EC დირექტივის პარაგრაფი 31-ის მე-3 პუნქტში ნათქვამია:

„ექთნების ტრეინინგის ხანგრძლივობა არის არა უმცირეს 3 წლისა და მოიცავს თეორიული და კლინიკური სწავლების 4600 საათს. თეორიული სწავლების

ხანგრძლივობა უნდა იყოს პროგრამის მინიმუმ ერთი-მესამედი, კლინიკური სწავლების - მინიმუმ პროგრამის ნახევარი.“ (2005/36/EC, 2005, პარ.31). იმ პირებს, რომლებსაც გავლილი აქვთ გარკვეული დონის შესაბამისი საექთნო ტრეინინგის ნაწილი, წევრ ქვეყნებს შეუძლიათ ნაწილობრივ ჩაუთვალონ ეს სწავლება. წევრი ქვეყნები დარწმუნებულნი უნდა იყვნენ, რომ საექთნო განათლების მიმწოდებელი ინსტიტუტები პასუხისმგებელნი არიან თეორიული და კლინიკური სწავლების კოორდინაციაზე მთელი სწავლების მანძილზე.“

ამავე პარაგრაფის მე-4 და მე-5 პუნქტში განხილულია საექთნო საბაზისო განათლებისას თეორიული სწავლებისა და კლინიკური პრაქტიკის მნიშვნელობა:

- 1) თეორიული სწავლება არის საექთნო სწავლების ნაწილი, რომელიც ექთნებს აძლევს პროფესიულ ცოდნას, გააზრებასა და უნარ-ჩვევებს, რომელიც საჭიროა მთლიანად ჯანდაცვის ორგანიზების, განაწილებისა და შეფასებისათვის.
- 2) ტრეინინგის მიმწოდებლები უნდა იყვნენ საექთნო საქმის პედაგოგები და სასწავლო დაწესებულების მიერ შერჩეული სხვა კომპეტენტური პირები.
- 3) კლინიკური სწავლება არის საექთნო სწავლების ნაწილი, რომელზეც ექთანი-პრაქტიკანტი სწავლობს გუნდში მუშაობას და ჯანმრთელ/ავადმყოფ ინდივიდთან და საზოგადოებასთან შესაბამისი ყოვლისმომცველი საექთნო მოვლის ორგანიზებას, განაწილებასა და შეფასებას მიღებული ცოდნის საფუძველზე. ექთანი-პრაქტიკანტი სწავლობს არა მხოლოდ გუნდში მუშაობას, არამედ გუნდის წარმართვას და სრულყოფილი საექთნო მოვლის ორგანიზებას, რომელიც მოიცავს ინდივიდებისა და საზოგადოების განათლებასაც (სწავლებას).
- 4) კლინიკური სწავლება უნდა ხდებოდეს ჰოსპიტალში, ჯანდაცვის სხვა ინსტიტუტებში და საზოგადოებაში ექთან-პედაგოგების მეთვალყურეობისა და კვალიფიცირებული ექთნების ზედამხედველობის ქვეშ.
- 5) ექთან-პრაქტიკანტი ვალდებულია აქტიურად ჩაერთოს პრაქტიკის ადგილზე მისი ტრეინინგის შესაბამის მუშაობაში.

ამ დირექტივის 31-ე პარაგრაფი მთლიანად დათმობილია საექთნო საბაკალავრო სასწავლო პროგრამის სავალდებულო საგნების ჩამონათვალს. გამომდინარე იქიდან, რომ ევროპის ქვეყნების უმრავლესობის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საექთნო საქმეს დამოუკიდებელ პროფესიად აღიარებს, შესაბამისად ექთან-ბაკალავრს აქვს განუსაზღვრელად მეტი უფლება-მოვალეობები, ვიდრე პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებსა და სამწუხაროდ, საქართველოში არსებულ ექთნებს, მათი საბაზისო განათლების

მოცულობაც ბევრად აღემატება ყოფილი საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების სასწავლო პროგრამებს. კურიკულუმში შესატანი საგნების მინიმალური რაოდენობა გადმოცემულია 31-ე პარაგრაფში:

პუნქტი 5.2.1-ში ნათქვამია, რომ საექთნო პროგრამა უნდა შედგებოდეს 2 ნაწილისაგან: თეორიული და კლინიკური პრაქტიკა, კერძოდ თეორიულ ნაწილს მიეკუთვნება:

1. საექთნო საქმე: პროფესიის რაობა და პროფესიული ეთიკა, ჯანდაცვისა და საექთნო საქმის ძირითადი პრინციპები, საექთნო საქმის პრინციპები: ზოგად და კერძო თერაპიაში, ზოგად და კერძო ქირურგიაში, პედიატრიაში, მეანობაში, ფსიქიატრიაში, გერიატრიაში
2. საბაზისო მეცნიერებები: ანატომია და ფიზიოლოგია, პათოლოგია, ბაქტერიოლოგია, ვირუსოლოგია და პარაზიტოლოგია, ბიოფიზიკა, ბიოქიმია და რადიოლოგია, დიეტოლოგია, ჰიგიენა - პრევენციული მედიცინა, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა/განათლება, ფარმაცოლოგია
3. სოციალური მეცნიერებები: სოციოლოგია, ფსიქოლოგია, ადმინისტრირების პრინციპები, სწავლების პრინციპები, სოციალური და ჯანდაცვის კანონმდებლობა, საექთნო საქმის სამართლებრივი ასპექტები

კლინიკური პრაქტიკის სფეროზად განსაზღვრულია თერაპიული, ქირურგიული, პედიატრიული, სამეანო, ფსიქიატრიული, გერიატრიული და ბინაზე მოვლის პროფილის საექთნო პრაქტიკა..

ექთნის პირდაპირი მოვალეობაა ინდივიდის, ოჯახების, საზოგადოების დახმარება ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებების შესაბამისად. საექთნო პროფესიას აქვს ზრუნვის ფუნქციით, რომელიც უკავშირდება როგორც ჯანმრთელობას, ასევე ავადობას და მომდინარეობს სიკვდილის კონცეფციიდან. ექთნობა დაკავშირებულია ადამიანის (ჯანმრთელი ან დაავადებული) დახმარებასთან, ჯანმრთელობის ხელშეწყობასთან და რეაბილიტაციასთან.

ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში ექთნის უფლება-მოვალეობა განსხვავებულია ერთმანეთისაგან. ეს განსხვავება განსაკუთრებით თვალში საცემია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. მაგალითად: ესპანეთში, შვედეთსა და დიდ ბრიტანეთში პრაქტიკის ექთანი, რომელიც წარმოადგენს უმაღლესი განათლების ექთანს შემდგომი სპეციალიზაციით (ხშირად - სამაგისტრო დონე), აწარმოებს პაციენტის სრულ საექთნო

შეფასებას, მოვლასა და ზოგჯერ დანიშნულების მიცემასაც კი. ამ ქვეყნებში ასევე არიან არა უმაღლესი განათლების, ე.წ. „დამხმარე“ ექთნები, ანუ ექთან-ასისტენტები, რომელნიც ექთნებს ეხმარებიან ტექნიკურ სამუშაოების შესრულებისას. მაგალითად: პაციენტების ბინაზე მოვლასა და სხვადასხვა მანიპულაციების ჩატარებისას (King's College/სამეფო კოლეჯი, 2007). ბოლო ათწლეულში ექთნის როლი გაიზარდა და შეიცვალა ექიმის ფუნქციებთან მიმართებაში, ასევე დამხმარე ექთნის როლი შეიცვალა ექთანთან მიმართებაში (ორივეს ფუნქციები გაიზარდა).

დიდ ბრიტანეთში, ფინეთში, პორტუგალიაში, ესპანეთში, შვედეთში და ბევრ სხვა ქვეყანაში ექთნების ერთ-ერთი მთავარი ფუნქცია არის პრევენციული ღონისძიებების არა მხოლოდ გატარება, არამედ დაგეგმვა და საჭიროებების გამოვლენაც. დანიაში, დიდ ბრიტანეთსა და იტალიაშიამ როლის შესასრულებლად არსებობს საექონო პოზიცია - „ჯანმრთელობის ვიზიტორი“ და სახელმწიფო ჯანდაცვის ექთნების ფუნქციასაც ასრულებენ (UK National Profiles, 2006).

ბებიაქალებს ნათლად განსაზღვრული როლი აქვთ, რომელიც შობადობის პროცესთანაა დაკავშირებული. თუმცა მათი ფუნქციები თანდათანობით დაემსგავსა ანტე-, პოსტნატალურ დაცვასა და პატრონაჟის უზრუნველყოფას. მაგალითისათვის შეიძლება ავღნიშნოთ, რომ დღემდე ნიდერლანდებში ბინაზე მშობიარობა ჩვეულებრივი პრაქტიკაა, ამიტომ პაციენტთა უმრავლესობას ბებიაქალი სახლში აკითხავს. სკანდინავიის ქვეყნებში, საფრანგეთსა და იტალიაში საზოგადო ექთნებისა და უბნის ექთნების პრაქტიკაა დანერგილი. ისინი ახორციელებენ ზრუნვას ახლომახლო მყოფ კლინიკებში ან ბინაზე.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის მონაცემებიდან და შესაბამისი კვლევებით დგინდება, რომ ანტე და პოსტ-ნატალური და ფიზიოლოგიური ორსულობის ზედამხედველობა უფრო შედეგიანია, თუ მას ანხორციელებს არა ექიმი, არამედ ბებიაქალი ან ზოგადი პრაქტიკოსი (ოჯახის) ექთანი (Royal College of Nursing, 2010). ევროპაში ექთნების რაოდენობა სუსტად იზრდება. არსებობს სერიოზული პრობლემები სხვადასხვა ქვეყანაში ექთნების განსხვავებული ვალდებულებების გამო.

1.5. ექთან-სპეციალისტების მომზადების მოდელები ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემის ქვეყნებში. ფსიქიატრიის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი.

ექთან-სპეციალისტების მომზადების ოთხი მოდელია ცნობილი:

მოდელი 1: სპეციალისტების მომზადება პირველ დონეზე პირდაპირ საბაზისო განათლებით. მაგალითად, გერმანული სისტემა ამზადებს ექთან-სპეციალისტებს ზოგად, პედაგოგიურ და გერიატრიულ ექთნობაში პირდაპირ ამ მიმართულებით, უმაღლესი განათლების პირველ საფეხურზე.

ირლანდიაში, სადაც ზოგადი საექთნო განათლების მიღება 4 წლიანი საბაკალავრო პროგრამის გავლით ხორციელდება, არსებობს 5 საექთნო სპეციალობაზე პირდაპირი სწავლის შესაძლებლობა. ეს გარდა ზოგადი საექთნო სპეციალობისა, არის პედაგოგიური ექთნობა, ინტელექტუალურად უუნარო ავადმყოფთა მოვლა, ფსიქიატრიული ექთნობა და საბებიო. კანადის ზოგიერთ პროვინციაში შესაძლებელია პირდაპირ ფსიქიატრიულ ექთნობაში სწავლის დაწყება, ხოლო იტალიაში - პედაგოგიური ექთნობის მიმართულებით.

მოდელი 2: სპეციალისტების მომზადება პირველ დონეზე ძირითადი მოდულების გავლის შემდეგ. ასეთი მოდელი აქვს გაერთიანებული სამეფოს საექთნო სწავლებას. უნივერსიტეტის დამამთავრებელ კურსზე, ანუ ძირითადი მოდულების გავლის შემდეგ შესაძლებელია სურვილისამებრ სხვადასხვა სპეციალობების განხრით სწავლის გაგრძელება. ეს სპეციალობებია: მოზრდილთა, ბავშვთა, მენტალური პრობლემებით ან გონებრივად ჩამორჩენილთა ექთნობა. ეს მოდელი უნიკალურია და მხოლოდ გაერთიანებულ სამეფოში გვხვდება.

მოდელი 3: ზოგადი პროფილის ექთნის მომზადება სპეციალობების არჩევანის შესაძლებლობით

მოდელი 4: ზოგადი პროფილის ექთნის მომზადება სპეციალობების არჩევანის შესაძლებლობის გარეშე.

უმრავლეს ქვეყანაში სწორედ ეს მოდელია მიღებული. დიპლომამდელ განათლების დონეზე საექთნო სპეციალობების მიღება არ ხდება და მხოლოდ დიპლომის შემდგომი განათლების მიღება იძლევა საექთნო ვიწრო სპეციალობის დაუფლების საშუალებას, ანუ ეს არის სამაგისტრო დონე.

საექთნო საქმის რეგულირება სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულად ხდება: ზოგან არის ეროვნულ დონეზე, ხოლო რამოდენიმე ქვეყანაში რეგიონულ დონეზე. რეგულირების განმახორციელებელი არიან:

1) სახელმწიფო სტრუქტურები - ჯანმრთელობისა და განათლების სამინისტროები და მათი ერთობლივი მუშაობა ამ მიმართულებით;

2) ეროვნული საექთნო და დამოუკიდებელი არასამთავრობო ორგანიზაციები. ევროკავშირის ქვეყნებში, მიუხედავად ჯანდაცვის სისტემების მსგავსებისა, საექთნო პერსონალის საბაზისო განათლება და შესაბამისად უფლება-მოვალეობებიც განსხვავებული იყო, თუმცა დღევანდელი მდგომარეობა იძლევა იმის იმედს, რომ საერთაშორისო რეგულაციებისა და რეკომენდაციების გამოყენებით ეს პროფესია სტანდარტულ, სინქრონულ ფორმას მიიღებს მთელს მსოფლიოში. ექთან-სპეციალისტების მომზადების სისტემისა და ახლა უკვე საბაზისო განათლების მსგავსების პირობებში ექთან-სპეციალისტების უფლება-მოვალეობები იქნება იდენტური.

თუ რამდენად იყო განსხვავებული თუნდაც მსგავსი საბაზისო განათლების შემთხვევაში სხვადასხვა ქვეყნის ექთნების ფუნქციები, მაგალითისათვის შეგვიძლია განვიხილოთ ინტენსიური მოვლის განყოფილების ექთნის (რომელიც კრიტიკული მედიცინის ექთან-სპეციალისტად ითვლება) ფუნქციებს შორის განსხვავების იდენტიფიცირების მიზნით 1989 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგები: შვეციაში ამ სპეციალობის ექთნების 100% და შვეიცარიაში 91% რეგულარულად ასრულებდა პერიფერიული ვენის კათეტერიზაციას. გერმანიაში კი ექთნების მხოლოდ 7% აკეთებდა ამას. არტერიის პუნქციის ჩატარება შვედეთში ექთნების 75%-ს, ხოლო დიდ ბრიტანეთში - 12%-ს შეეძლო, განსხვავებით მაგალითად გერმანიის ექთნებისა, რომელთაც ამისი გაკეთების არც უფლება და არც ცოდნა არა ჰქონდათ (Royal College of Nursing/სამეფო საექთნო კოლეჯი, 2010). ასევე განსხვავებული იყო საექთნო პროფესიის ავტონომია.

ჯანდაცვის სხვადასხვა კლასიკურ სისტემაში საექთნო საქმე მცირედი, მაგრამ მაინც განსხვავებებით ხასიათდება.

ლორდ ბევერიჯის მოდელი მოქმედებს დიდ ბრიტანეთში, საბერძნეთსა და პორტუგალიაში. ამ მოდელის ძირითადი მახასიათებლებია:

- 1) ცენტრალიზებული და რეგიონული დაგეგმვა
- 2) დაფინანსება პირდაპირი დაგეგმვის წესით
- 3) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვა პროფესიონალ მედიკოსთა მიერ
- 4) მკურნალობის ხარისხის სახელმწიფოებრივი მართვა და კონტროლი
- 5) რესურსების ეკონომიური გამოყენება
- 6) დაბალი ადმინისტრაციული ხარჯები (გერზმავა, 2008).

განვიხილოთ ბევერიჯის მოდელის მქონე ქვეყნებში საექთნო საქმის მდგომარეობა: გაერთიანებულ სამეფოში, სადაც პოპულაციის რაოდენობა 59.989 მილიონია (2005), საექთნო პერსონალის რიცხოვნება 551 899 შეადგენს, 1000 სულ მოსახლეზე მოდის 9.2 ექთანი.

გაერთიანებულ სამეფოში არის ერთი კატეგორიის - რეგისტრირებული ექთანი და რეგისტრაციამდელი (დიპლომამდელი) საექთნო განათლება ხორციელდება უნივერსიტეტების მიერ. სწავლების დამთავრების შემდეგ გამოდიან დიპლომირებული ან ბაკალავრი ექთნები. დიპლომირებული ექთნის შემთხვევაში სწავლის ხანგრძლივობა 3 წელია, ხოლო საბაკალავრო პროგრამა 3-4 წელს მოიცავს (Royal College of Nursing, 2010). საბუიო განათლება ცალკეა. ექთნის როლი: პაციენტის შეფასება, დახმარების დაგეგმვა, გაწევა, რჩევების მიცემა, სათანადო დოკუმენტაციის წარმოება, საექთნო პროცედურების ჩატარება, სტუდენტებსა და სხვა პერსონალის კლინიკური ზედამხედველობა. დიდ ბრიტანეთში საბაკალავრო განათლების მქონე ექთნის როლი და პასუხისმგებლობები ექვემდებარება სხვადასხვა სამართლებრივ რეგულაციებს. მაგალითად: დიდი ბრიტანეთის ექთნების ეროვნული პროფილი განსაზღვრავს ექთან-ბაკალავრის უფლება-მოვალეობებს და უფრო მეტიც - პასუხისმგებლობას. გათვალისწინებულია ის ფაქტიც, რომ მიუხედავად საუნივერსიტეტო განათლებისა და პაციენტის სრულყოფილი საექთნო შეფასების შესაძლებლობისა, ექთან-ბაკალავრს ასევე მოეთხოვება პაციენტის საბაზისო მოვლის განხორციელება (დაბანა, შარდვა-დეფეკაციაში დახმარება და სხვა) (რობინსონი & გრიფიტი/Robinson & Griffiths, 2007). ექთანი-ბაკალავრი პასუხისმგებელია: განყოფილების უფროსი ექთნის/პალატის უფროსი ექთნის/განყოფილების მენეჯერის წინაშე, მაგრამ ანგარიშვალდებულია საკუთარ პრაქტიკაზე.

პროფესიული მოვალეობის შესასრულებლად ექთან-ბაკალავრს მოეთხოვება მრავალი უნარის ფლობა, კერძოდ, მას უნდა ჰქონდეს:

- 1) კომუნიკაციისა და ურთიერთობის უნარები - ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ შეუძლია პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი ინფორმაციის სათანადოდ მიწოდება. აუცილებლად უნდა ჰქონდეს დარწმუნების, დამაჯერებლობის, ნუგეშისცემის, თანაგრძნობის უნარი. ასევე განსაკუთრებული საჭიროებებისა და

სწავლის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებთან შესაბამისი კომუნიკაციის უნარი.

- 2) სათანადო პროფესიული, თეორიული და პრაქტიკული ცოდნა, რომელიც შეიძინა საბაკალავრო ხარისხის/დიპლომის დონეზე განათლებით.
- 3) ანალიზისა და განსჯის უნარი, რაც გულისხმობს, რომ შეუძლია პრობლემების განსჯა, რომელსაც სჭირდება კვლევა და ანალიზი. მაგალითად, პაციენტის მდგომარეობის საექთნო შეფასება, სტაციონარიდან გაწერისთვის შესაფერისობის დადგენა და სხვა.
- 4) დაგეგმვისა და ორგანიზების უნარები: საკუთარი, სტუდენტებისა და უმცროსი პერსონალის დროის ორგანიზება.
- 5) ფიზიკური უნარები: სიმარჯვე და სიზუსტე, რაც აუცილებელია სხვადასხვა საექთნო პროცედურებისა და მანიპულაციების (ინტრავენური ინექცია, კათეტერიზაცია, ნაკერების მოხსნა და სხვა მრავალი) განსახორციელებლად.
- 6) პაციენტის მოვლაზე პასუხისმგებლობა: პაციენტის შეფასება, მოვლის დაგეგმვა, განხორციელება და შეფასება.

საბაკალავრო განათლების მქონე ექთანს აკისრია მრავალი პასუხისმგებლობა:

- 1) პასუხისმგებლობა დაწესებულების წესების/მომსახურების განხორციელებაზე, საავადმყოფოს პოლიტიკისა და პროცედურების დაცვაზე, პროფესიული პასუხისმგებლობა.
- 2) პასუხისმგებლობა ფინანსურ და ფიზიკურ რესურსებზე, პაციენტების მოვლის პირადი მოვალეობა, პაციენტის ფასეულობათა დაცვა, საჭირო მარაგის შეკვეთა, სამუშაო გრაფიკზე, მიღება-ჩაბარების აქტზე ხელმოწერა, და ა. შ.
- 3) პასუხისმგებლობა ადამიანურ რესურსებზე: ანაწილებს და ამოწმებს განყოფილებაში პერსონალის მუშაობას. აწარმოებს უმცროსი პერსონალის კლინიკურ ზედამხედველობას.
- 4) საინფორმაციო რესურსებზე პასუხისმგებლობა: აწარმოებს დოკუმენტაციას.
- 5) პასუხისმგებლობა კვლევასა და განვითარებაზე: ატარებს კვლევით და საგანმანათლებლო ღონისძიებებს, მონაწილეობს კლინიკურ კვლევებში.
- 7) მოქმედების თავისუფლება: მუშაობს ეთიკის კოდექსის, პრაქტიკისა და პროფესიული გაიდლაინების შესაბამისად.

პროფესიული მოვალეობის შესასრულებლად ექთანს მოეთხოვება შესაბამისი ფიზიკური, გონებრივი და ემოციური შესაძლებლობების ქონა:

- 1) ფიზიკური შესაძლებლობა: ფეხით სიარული, მორიგეობის განმავლობაში უმეტესწილად ფეხზე დგომა, საკაცეების და ტუმბოს მიწოლა/გამოქაჩვა, მუხლებზე დგომა/დახრა ჭრილობების შესახვევად, პაციენტების მანევრირება.
- 2) გონებრივი ძალისხმევა: კონცენტრაცია, დოკუმენტების შემოწმება, საიფუხიო წამლის დოზების შემოწმება;
- 3) ემოციური ძალისხმევა: პაციენტის ნათესავებთან ურთიერთობა, ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის მოვლა, ტერმინალური დაავადებების შედეგებთან შეხებაში ყოფნა.
- 4) შესაძლო სამუშაო პირობები: სუნი/ხმაური, ორგანიზმის გამონაყოფები (ფეკალური მასები, პირნაღები) ღამის ქოთნის, შარდისმიმღების, შარდის ბუშტის კათეტერის ჩანთის დაცლა და სხვა.

გაერთიანებულ სამეფოში საექთნო საქმე განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არის განვითარებული. საოჯახო მედიცინის გუნდში არის რამოდენიმე სპეციალისტისა და დონის ექთანი, რომელთაც განსხვავებული ფუნქციები და მოვალეობები გააჩნიათ:

- 1) ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექთანი
- 2) უბნის ექთანი
- 3) თემის ბებიაქალი
- 4) ჯანმრთელობის ვიზიტორი
- 5) პრაქტიკის მენეჯერი (Robinson & Griffiths, 2007).

გერმანიის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ბისმარკის მოდელზეა აწყობილი. ეს არის სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია პროპორციული პრემიებიდან და განკუთვნილია ჯანდაცვის სისტემისათვის. ამ მოდელის ძირითადი მახასიათებლებია:

1. დაფინანსება ხდება დამქირავებლის მიერ და მომუშავეთა შენატანებით
2. დეცენტრალიზებული დაფინანსება
3. სადაზღვევო ფონდების თავისუფალი არჩევის შესაძლებლობა პაციენტის და დამქირავებლის მიერ

4. კონკურენცია სხვადასხვა სამსახურსა და ფონდს შორის
5. სადაზღვევო ფონდების მიერ დანახარჯზე მკაცრი კონტროლის შესაძლებლობა
6. სადაზღვევო ფონდების მიერ მკურნალობის ხარისხის კონტროლი
7. ფუნქციების გამიჯვნა დამფინანსებელ ორგანოებსა და სამედიცინო დახმარების გამწევთა შორის
8. დაბალი შემოსავლების მქონე პირთა სავალდებულო დაზღვევა (გერზმავა, 2008).

გერმანიაში ჯანდაცვის დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე 3 043 ამერიკულ დოლარს შეადგენს. პოპულაცია 82 466 მილიონი მოსახლეა და ექთნების საერთო რაოდენობაა 799 920. გერმანიაში ფუნქციონირებს ორი დონის ექთანი. ვინაიდან არ არსებობდა საექთნო პერსონალის რეგისტრაცია მთელი ქვეყნის მასშტაბით, სახელწოდება „რეგისტრირებული ექთანი“ არ გამოიყენებოდა, თუმცა დღეისათვის ექთნებისათვის უკვე არსებობს ოფიციალური სახელმწიფო გამოცდა.

1. პირველი დონის ექთანი - მზადდება 3 წლის განმავლობაში საექთნო სკოლაში (არა უმაღლესი განათლება), რომელიც არსებობს საავადმყოფოსთან. აქ სწავლა შეუძლია საშუალო სკოლის 10 კლასის განათლების მქონე არანაკლებ 17 წლის პირებს. სკოლის დამთავრების შემდეგ ეძლევათ ექთნის დიპლომი.

2004 წლიდან გერმანიის მრავალმა უნივერსიტეტმა დაიწყო საბაკალავრო დონეზე საექთნო პროგრამების განხორციელება. უახლოეს წლებში დაგეგმილია საექთნო განათლების მთლიანად საუნივერსიტეტო დონეზე გადაყვანა (საერთაშორისო მოთხოვნების შესაბამისად). ასევე არსებობს სპეციალური საუნივერსიტეტო პროგრამები უკვე არსებული საექთნო პერსონალისათვის, ვისაც სწავლის გაგრძელება და საბაკალავრო და შემდეგ კი სამაგისტრო ან სადოქტორო ხარისხის მიღება სურს. ექთანების მომზადება საბაზისო დონეზე სამი მიმართულებით ხდება:

- 1) ზოგადი საექთნო საქმე
- 2) გერიათრიის ექთანი
- 3) პედიატრიის ექთანი

დიპლომის შემდგომი გადამზადებით შესაძლებელია შემდეგი სპეციალობის მიღება:

ინტენსიური მოვლის ექთანი, ფსიქიატრიის ექთანი, საოპერაციოს ექთანი, ონკოლოგიის ექთანი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ინფექციის კონტროლის ექთანი. ამ კურსების

უმრავლესობა 2 წლიანია და საავადმყოფოების ბაზაზე ხორციელდება. აქვე მიმდინარეობს მენეჯმენტის კურსებიც.

2. მეორე დონის ექთანი - წარმოადგენს ექთნის ასისტენტს. მათი მომზადება ხდება 1 წლის განმავლობაში ჰოსპიტალთან არსებულ საგანმანათლებლო დაწესებულებაში. გერმანიაში არ არის საექთნო საქმის ნაციონალური რეგულაცია. ეს ფუნქცია დელეგირებულია რეგიონებზე. ზოგადი საექთნო განათლების რეგულირება ერთიან ეროვნულ დონეზე ხორციელდება ნაციონალური საექთნო აქტით და 1985 წელს მიღებული კანონებით, რომელიც განსაზღვრავს ექთნების პროფესიულ კომპეტენციებსა და მოვალეობებს. ეს დოკუმენტები არეგულირებს პედიატრიის ექთნებისა და ექთან ასისტენტების საბაზისო განათლებასაც (Robinson & Griffiths, 2007). ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა შერეული ფორმის არის, რომელიც 1960-იან წლებში ჩამოყალიბდა და მისი თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის დაფინანსებაში არის მინიმალური. 2006 წლის მონაცემებით ამერიკის შეერთებული შტატების პოპულაცია 296 410 მილიონი და საექთნო პერსონალის რაოდენობა კი 2 341 639 იყო.

ექთნის სახეები აშშ - ში:

RN - რეგისტრირებული ექთანი

LPN -ლიცენზირებული პრაქტიკოსი ექთანი

NA - ექთნის ასისტენტი. კლინიკასთან არსებული 6-9 თვიანი კურსები.

ექთნის ასისტენტი არ განიხილება ოფიციალურ, სრულყოფილ საექთნო პროფესიად. რეგისტრირებული ექთნის სტატუსის მისაღებად ექთანმა უნდა ჩააბაროს ექთნების სახელმწიფო საბჭოს მიერ მოწოდებული ნაციონალური ტესტირებული გამოცდა და იღებს რეგისტრირებული ექთნის სტატუსს. გამოცდაზე გასვლა შესაძლებელია სამი ტიპის საექთნო საბაზისო განათლების შემდეგ. ესენია:

- 1) 4 წლიანი საბაკალავრო საუნივერსიტეტო საბაზისო განათლება და ბაკალავრი ექთნის ხარისხის მიღება
 - 2) 2 წლიანი განათლება საზოგადოებრივ კოლეჯში და ასოცირებული ხარისხის მიღება
 - 3) 3 წლიანი განათლება საავადმყოფოსთან არსებულ საექთნო სკოლაში
- საექთნო საუნივერსიტეტო განათლების I ეტაპი 4 წელი გრძელდება და კურსდამთავრებული იღებს ბაკალავრის ხარისხს.

II ეტაპი - 2 წელი - მაგისტრის ხარისხი

III ეტაპი - 1-2 წელი - დოქტორის ხარისხი

რეგისტრაციას ექთანი აშშ - ში ერთხელ იღებს - სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ, ხოლო განახლებას ახდენს 2 წელიწადში ერთხელ. სერტიფიკატის ხელახალი მიღება აუცილებელია სპეციალობის შეცვლის შემთხვევაში.

ასოცირებული ხარისხის ან დიპლომის მქონე რეგისტრირებული ექთნებისათვის არსებობს სხვადასხვა შესაძლებლობები ბაკალავრიატში სწავლის გასაგრძელებლად. ექთან-სპეციალისტების მომზადება ხდება მხოლოდ პოსტ-რეგისტრაციულ დონეზე. ლიცენზირებული პრაქტიკოსი ექთნის საბაზისო განათლება მხოლოდ 1-2 წლიანია და ხორციელდება საზოგადოებრივ კოლეჯებში. მათ ასევე შეუძლიათ სწავლის გაგრძელება უნივერსიტეტში. საექთნო კოლეჯების ამერიკული ასოციაციის რეკომენდაციით მომუშავე ექთნების ორი მესამედი უკვე არის ბაკალავრის ან უფრო მაღალი ხარისხის. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ექთან-სპეციალისტის უამრავი სახე არსებობს, განსხვავებული შტატების მიხედვითაც კი, მაგრამ შეიძლება გამოვყოთ 5 ძირითადი არე:

1. გერონტოლოგია
2. თერაპია-ქირურგია
3. პედიატრია
4. პერინატალური ექთნობა
5. ფსიქიატრიული ექთნობა (Robinson & Griffiths, 2007).

აშშ-ში არსებობს ე.წ. გაუმჯობესებული პრაქტიკის მქონე პოზიციები:

1. პრაქტიკოსი ექთანი - (NP). განათლება - ბაკალავრიატის შემდეგ 2 წლიანი სწავლების შემდეგ სამაგისტრო ხარისხი
2. კლინიკური ექთან-სპეციალისტი
3. სერტიფიცირებული ექთან-ბეზიაქალი
4. სერტიფიცირებული ექთან-ანესთეზიოლოგი (სამაგისტრო პროგრამა)

მაგალითისათვის მოვიყვანო ზოგიერთ საექთნო სპეციალობას და მისი მიღებისათვის საჭირო საგანმანათლებლო დონეს:

1. შემთხვევის მენეჯერი - RN, BSN, MSN
2. ბეზიაქალი - RN, BSN, MSN
3. ექთან-სპეციალისტი - RN, BSN + AD
4. ექთან-დირექტორი - RN, BSN, MSN
5. ექთანი - ანესთეზისტი - MSN
6. ექთან-პედაგოგი - MSN, PHD;

7. პრაქტიკოსი ექთანი - MSN, PHD;
8. მენეჯერ-ადმინისტრატორი - MSN, PHD;
9. განყოფილების ექთანი - RN, BSN, MSN.

საექთნო საქმის ბაკალავრის სამეცნიერო წოდება ამერიკაში და კანადაში წარმოადგენს 4 წლიანი განათლების შედეგად მიღებულ აკადემიურ ხარისხს. არსებობს დაჩქარებული 3 წლიანი საბაკალავრო სწავლება, რომლის დროსაც:

- 1) ხდება კურსების კომბინაცია
- 2) არის უწყვეტი, ინტენსიური სწავლა, სესიებს შორის დასვენებების გარეშე
- 3) სტუდენტები იღებენ იგივე რაოდენობით კლინიკურ საათებს, რასაც 4 წლიანი, ტრადიციული საბაკალავრო პროგრამისას

ასეთ დაჩქარებულ პროგრამებს უფრო ხშირად იყენებენ საბაკალავრო, არა საექთნო განათლების საექთნო პროფესიის შემენის სურვილის მქონე პირები. მათ უნივერსიტეტში სწავლის დროს უკვე გავლილი ზოგადი საუნივერსიტეტო საგნების კრედიტები ეთვლებათ და შესაბამისად მცირდება სწავლის პერიოდიც. მიღების პროცედურა საკმაოდ მკაცრია და საჭიროებს საშუალო სკოლის ატესტატის არანაკლებ B შეფასებას და პრერეკვიზიტებს. მაგალითისათვის მოვიყვანო ერთ-ერთი უნივერსიტეტის მიერ 3 წლიან საბაკალავრო საექთნო პროგრამაზე სწავლის მსურველთათვის დაწესებულ მოთხოვნებს: (პრერეკვიზიტები, Purdue University, West Lafayette, IN. USA):

- 1) ანატომია და ფიზიოლოგია (ორი სემესტრი, ლაბორატორიული სწავლებით)
- 2) ქიმია (ორი სემესტრი, ლაბორატორიული სწავლებით)
- 3) ფარმაკოლოგიის საწყისები
- 4) მიკრობიოლოგია
- 5) კვება
- 6) სტატისტიკა
- 7) სოციოლოგია და ფსიქოლოგია
- 8) სამეცნიერო კრედიტები, ინტერნეტ და დაუსწრებელი კურსები განიხილება ინდივიდუალურად

საექთნო ფუნქციები განუსაზღვრელად ფართოა და მკაცრად რეგულირდება როგორც დონეებს შორის, ასევე ყველა სამედიცინო დაწესებულების შიგნით.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ექთან-მენეჯერის განათლება (RN, BSN, MSN) ძალიან მაღალია, ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროა მხოლოდ სამაგისტრო ხარისხი. ძირითადი

პირობაა საექთნო საქმეში პრაქტიკული მუშაობის რამოდენიმე წლიანი გამოცდილება.

ექთან-მენეჯერის სამუშაოს აღწერილობა მოიცავს საექთნო პერსონალის

ფუნქციონირებასთან დაკავშირებულ ყველა ასპექტს:

- 1) ყველა დონის საექთნო კადრის დაკომპლექტება, მუშაობის კოორდინირება
- 2) ექიმებთან ერთად მუშაობა განყოფილებაში პაციენტის საექთნო მოვლის სრულყოფილად დაგეგმვის მიზნით
- 3) ხარისხის კონტროლი და მართვა
- 4) თანამშრომლების სუპერვიზია და შეფასება
- 5) პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან მუშაობა
- 6) დოკუმენტაციაზე მუშაობა:
- 7) განყოფილების ბიუჯეტის დამუშავება
- 8) დისციპლინარული დოკუმენტები
- 9) პაციენტის ისტორიები (ICN, 2015).

ექთან-სპეციალისტის ფუნქციების საილუსტრაციოდ განვიხილოთ კლინიკის ექთან-მენეჯერის სამუშაოს აღწერილობა:

1. საექთნო სამსახურისა და პროგრამების ორგანიზება და მართვა
2. საექთნო კადრის საქმიანობის კოორდინირება ხარისხის სტანდარტების შესაბამისი საექთნო სერვისების უზრუნველსაყოფად
3. მულტიდისციპლინური გუნდის მართვა
4. ექთნებისა და სხვა თანამშრომლების ფუნქციონირებისათვის შესაბამისი გარემოს უზრუნველყოფა
5. საექთნო პრაქტიკისა და სერვისების ხარისხისა და ეფექტურობის სისტემატური შეფასება. შესაბამისი შიდა და გარე მონაცემების ანალიზი სერვისების გასაუმჯობესებლად დაინტერესებულ მხარეებთან თანამშრომლობის შესაძლებლობების გამოსავლენად
6. პროფესიული პრაქტიკის სტანდარტების, შესაბამისი სწავლებებისა და რეგულაციების მიხედვით საკუთარი შესრულებული სამუშაოს შეფასება
7. საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელება პრაქტიკოსი ექთნების პროგრესირების და უნარ-ჩვევების გაღრმავების მიზნით (Robinson & Griffiths, 2007).

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ევროკავშირის ქვეყნების მსგავსად, საექთნო პროფესიის დაუფლების მსურველები ძირითადად საბაკალავრო განათლებას იღებენ.

რეგისტრირებული ექთნის უფლება-მოვალეობები მსგავსია ამერიკაში და ევროპაშიც. როგორც აღმოჩნდა, პოსტსაბჭოთა ქვეყნების გარდა ყველა ქვეყანაში ამ პროფესიის ჩამოყალიბება მოხდა დამოუკიდებელ, სრულყოფილ პროფესიად. ექთან-სპეციალისტების მომზადების განსხვავებულმა სისტემამ ევროკავშირის ქვეყნებს შეუქმნა საგანმანათლებლო სივრცის სინქრონიზაციის აუცილებლობა. განვიხილოთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის / ფსიქიატრიის ექთნის საბაზისო მომზადების გზები ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში:

2009 წელს კიპრზე ჩატარდა ევროპის ფსიქიატრიის ექთნების შეკრება, რომელზეც განიხილეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის / ფსიქიატრიის ექთნის საბაზისო მომზადებისა და უფლება-მოვალეობების საკითხები. (Ward/უარდი, 2011). ევროპის ქვეყნებში ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებთან მომუშავე ფსიქიატრიის ექთნების განათლების და აკადემიური მზადებისთვის ბევრად ნაკლები რეგულაციები არსებობს, ვიდრე ზოგადი პროფილის ექთნებისთვის. მაგალითად: სასწავლო გეგმები - კურიკულუმი, თემების განაწილება, სწავლების მეთოდები, სტილი და პრაქტიკა დამოკიდებულია ნაციონალურ რეგულაციებზე და არა ერთიან ევროპულ სტანდარტებზე. ყველა ქვეყანას შექმნილი ჰქონდა თავისი პროფესიული რეგულაციები, რომელნიც ერთმანეთის მსგავსნი არ იყო. ამ სიტუაციამ გაართულა ევროკავშირის წევრი და არაწევრი ქვეყნების ფსიქიატრიის ექთნების კვალიფიკაციების ცნობის საკითხები და დღის წესრიგში დადგა აკადემიური განათლების ჰარმონიზაციის აუცილებლობა. ევროკავშირის ზოგიერთ ქვეყანაში ფსიქიატრიის ექთანს არ ჰქონდა სპეციალური განათლების მიღების აუცილებლობა, მაშინ როდესაც სხვა ქვეყნებში ამ სპეციალობის მისაღებად ექთნები საკმაოდ რთულ გზას გადიოდნენ.

ბოლონიის პროცესის (1999 წელი) პირველ ეტაპზე მოხდა საბაკალავრო პროგრამებისთვის ერთიანი ევროპული ჩარჩოს შემუშავება, რომელშიც გათვალისწინებულია კვალიფიკაცია და კრედიტების აღიარების/ტრანსფერის სისტემა. 2010 წლიდან საბაკალავრო პროგრამები („საექთნო საქმე“ ერთ-ერთი საბაკალავრო პროგრამა) ევროკავშირის ყველა ქვეყანაში არის 180-240 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System). ამასთან პროგრამის განხორციელების აუცილებელი პირობაა 50-50% თეორია-პრაქტიკის თანაფარდობა, ანუ მინიმუმ 2 300 საათი თეორია და 2 300 საათი კლინიკური პრაქტიკა. ფსიქიატრიის ექთნებისთვის აკადემიური განათლების

უნივერსალური ცნობისთვის (აღიარებისთვის) კურიკულუმების სინქრონიზების არანაირი სტანდარტები არ იყო შექმნილი.

ექთნების საერთაშორისო საბჭომ (ICN, 2009) წელს ბიულეტენში „ორმხრივი აღიარების შესახებ“ გამოაქვეყნა თავისი მიდგომა ამ პრობლემისადმი, მაგრამ შედეგის მიღწევა ვერ მოხერხდა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით მსოფლიოში ჯანმრთელობის წამყვან პრობლემად 2020 წლისათვის გახდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, განსაკუთრებით კი - დეპრესია (WHO, 2007). შესაბამისად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის / ფსიქიატრიულ სერვისებზე მზარდი მოთხოვნილება ამ პროფილის პროფესიონალ ექთნებზე მოთხოვნის ზრდას იწვევს. ევროკავშირის მრავალი ქვეყნისთვის ფსიქიატრიის ექთნების მომზადება პრიორიტეტად იქცა. 2005 წლის მონაცემებით (WHO, 2005) ევროპის ქვეყნებში 100 000 მოსახლეზე საშუალოდ 24.8 ფსიქიატრიის ექთანი მოდიოდა, რაც მსოფლიოში ყველაზე მაღალ მაჩვენებელს წარმოადგენდა. ჯანმო-ს განმარტებით „ფსიქიატრიის ექთანი არის აღიარებული საუნივერსიტეტო განათლების მქონე ექთანი სპეციალიზაციით ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში. ფსიქიატრიის ექთანი რეგისტრირებულია ადგილობრივ საექთნო (ან ექვივალენტ) საბჭოში და მუშაობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში“ (WHO, 2005). ეს დეფინიცია შეუსაბამო აღმოჩნდა ევროკავშირის ზოგიერთი ქვეყნისთვისაც კი, რაც გამოწვეული იყო სხვადასხვა ქვეყანაში სპეციალიზაციის არარსებობით. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ძირითადი ფუნქცია მდგომარეობს მაღალი ხარისხის, მტკიცებულებაზე დამყარებული მომსახურების მიწოდებაში. თანამედროვე სერვისები წარმოადგენს ჰოსპიტალური და საზოგადოებრივი სერვისების ნაზავს. ბოლო ორი დეკადის განმავლობაში ფსიქიატრიაში გაჩნდა მრავალი სუბ.სპეციალობა, მაგალითად როგორიცაა: ბავშვთა და მოზარდთა, სასამართლო ექსპერტიზის, ქვევითი ცვლილებების, მოხუცთა და სხვა. ჰოსპიტალურ სერვისებში შედის სტაციონარი და ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები, ხოლო საზოგადოებრივი მოიცავს ბევრად უფრო მეტს, ვიდრე არის ტრადიციული ამბულატორიული და საზოგადოებრივი საექთნო სერვისები - შემთხვევის მენეჯერი, თერაპიული ჯგუფების სპეციალისტი, ბინაზე მოვლის სპეციალისტი და სხვა (Ward, 2011). ექთნების მომზადება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მისაწოდებლად მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული საგანმანათლებლო პროგრამებზე.

ევროპის ფსიქიატრიის ექთნების ასოციაციის „ჰორაციო“ მიერ 2011 წელს გამოქვეყნდა „ტურკუს დეკლარაცია“ (<http://www.horatio-web.eu/>). მასში ასახულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთნის აქტივობები, რომელნიც მხოლოდ ამ პროფესიისთვის არის განკუთვნილი. ეს იყო ევროკავშირის ქვეყნებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთნის ფუნქციების სინქრონიზების პროგრამის პირველი ეტაპი. დოკუმენტში ხაზგასმულია, რომ ევროპის ქვეყნებში ამ მიმართულებით არის განსხვავებები. სხვაობა არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმღებების სახელწოდებებშიც, მაგალითად: სერვისის მიმღები, რეზიდენტი (ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში), პაციენტი (ჰოსპიტალში და კლინიკაში), მომხმარებელი (საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში). საგანმანათლებლო მიზნით მიჩნეულია უნივერსიტეტის ან კოლეჯის შემდეგ „ფორმალური განათლება, სასურველია საუნივერსიტეტო დონეზე“. ის ექთნები, ვისაც ქვეყნის საგანმანათლებლო თუ ჯანდაცვის სისტემის თავისებურების გამო არ გაუვლია სპეციალიზაცია ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში /ფსიქიატრიაში, უნდა წახალისდნენ, რათა საუნივერსიტეტო დონეზე გაიარონ კურსი მათთვის სპეციფიკური პაციენტის ჯგუფების, სფეროს მიხედვით. (Horatio/ჰორაციო, 2011)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის / ფსიქიატრიის მულტიდისციპლინურ გუნდში ექთნის როლი უპირველესად გულისხმობს უკუკავშირის პაციენტსა და გუნდს შორის, როგორცაა: პაციენტის რეაქცია ფსიქოფარმაკოლოგიაზე, მენტალური სტატუსი, ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობა და რეაქცია მკურნალობაზე, ინდივიდუალური მოვლის შედეგა და მართვა. ამ ფუნქციების შესრულება მოითხოვს სრულყოფილ აკადემიურ განათლებას.

ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში (ბულგარეთი, უნგრეთი) ფსიქიატრიის ექთანს არ მოეთხოვება სპეციალიზაცია და საკმარისია მხოლოდ ზოგადი პროფილის საექთნო საქმის დიპლომი. ამ ქვეყნებში საბჭოთა რეჟიმის ჯანდაცვის სისტემის კვალია დატოვებული, ისევე როგორც საქართველოში, სადაც ექთანი საშუალო სამედიცინო პერსონალს წარმოადგენდა და ჰქონდა შეზღუდული საგანმანათლებლო თუ კარიერული ზრდის შესაძლებლობა. სკანდინავიის ქვეყნებში კვალიფიკაციის მიღება შესაძლებელია მხოლოდ რეგისტრაციის გავლის შემდეგ. მაგალითად შვედეთში საბაკალავრო განათლების მიღებისა და რეგისტრაციის შემდეგ გადის გადამზადებას და იღებს ლიცენზირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთნის კვალიფიკაციას. გერმანიასა და

ავსტრიაში პირდაპირ ფსიქიატრიაში კვალიფიკაციის მიმნიჭებელი საბაკალავრო კურსი გაიხსნა 2010 წელს. ბელგიაში დღემდე არის საექთნო საბაკალავრო პროგრამები, რომელნიც ხუთი საექთნო სპეციალობით, მათ შორის ფსიქიატრიის, პირდაპირ ამზადებს ექთან-სპეციალისტებს. თუმცა ბელგიაში ასევე არის ბაკალავრის ხარისხის მიღებისა და რეგისტრაციის შემდგომი სპეციალიზაციის შესაძლებლობა ფსიქიატრიაში (60 ETCS) (Robinson & Griffiths, 2007).

გაერთიანებულ სამეფოში, ირლანდიაში, მალტაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთნების მომზადება ხდება სამაგისტრო დონეზე. დიპლომისშემდგომი, უწყვეტი განათლების კურსების ხანგრძლივობა განსხვავებულია ქვეყნებს შორის და ვარირებს რამოდენიმე დღიდან 18 თვემდე. წლების განმავლობაში დიდ ბრიტანეთში და ფინეთში ხდებოდა ფსიქიატრიის სფეროში ექთან-სპეციალისტების მომზადება სხვა ქვეყნებისათვის, უმთავრესად - რუსეთისთვის (Bloor et al/ბლური&სხვა, 2004).

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საექთნო საქმეს საფუძველი ინგლისში ჩაეყარა, როდესაც 1859 წელს ფლორანს ნაითინგელმა ლონდონში ორგანიზება გაუკეთა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საექთნო საქმეს: ექთნები გადაანაწილა ლონდონის კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალში და თოთოეულს დააკისრა პასუხისმგებლობა კონკრეტულ რაიონში არსებული მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. დღემდე მთელ რიგ სახელმწიფოებში გამოიყენება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული პრინციპი და ამ ფუნქციის შემსრულებელ ექთნებს ეწოდებათ „უბნის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნები“.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნობის პიონერად ითვლება ლილიან უალდი. მან შემოიღო და დაამკვიდრა ტერმინი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთანი“. 1800-იანი წლების ბოლოს ნიუ იორკში უაილდმა ექთნები სამუშაოდ გაანაწილა იმ ქუჩებზე, სადაც ისინი ცხოვრობდნენ. ეს წამოწყება, რომელიც თავიდან ცნობილი გახდა როგორც „ჰენრის ქუჩის დასახლება“, 1913 წელს გადაიზარდა „ნიუ იორკის ვიზიტორი ექთნების სერვისში“. დასაწყისში ამ ექთნების მოვალეობაში შედიოდა ღარიბი ავადმყოფი მოსახლეობის ბინაზე მოვლა. უალდმა მოსახლეობის ავადობასა და სოციალურ პრობლემებს შორის კავშირი გააანალიზა და ექთნების მუშაობა მიმართა სანიტარიის, შრომისა და დასვენების, განათლების, ჯანსაღი გარემოს უზრუნველყოფის მიმართულებით. მეოცე საუკუნის დასაწყისში ჩამოყალიბდა

„ვიზიტორი ექთნების ასოციაცია“, რომელმაც გააგრძელა ავადმყოფთა ბინაზე მოვლის ტრადიცია. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნები მოღვაწეობდნენ ისე თ ორგანიზაციებში, როგორიცაა „წითელი ჯვარი“, ასევე სამთავრობო უწყებებში - ადგილობრივ თუ რეგიონალურ (შტატის) ჯანმრთელობის დეპარტამენტებში. ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებები დარჩა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითად ასპექტად.

მეოცე საუკუნის შუა პერიოდიდან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნობაში ბინაზე მოვლამ გადაინაცვლა კლინიკებში, სადაც ექთანი მუშაობდა დაუზღვეველი მოსახლეობის ბავშვთა ჯანმრთელობისა და იმუნიზაციის მიმართულებით, აკონტროლებდა და აქტიურ მონაწილეობას იღებდა ისეთ ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის საქმეში, როგორიცაა ტუბერკულოზი.

საექთნო საქმე საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ცალკე სპეციალობად მოიაზრება, ვინაიდან გააჩნია პრაქტიკის გამოკვეთილი ფოკუსი, ჩარჩო და საჭიროებს სპეციფიკურ ცოდნას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნობას, როგორც სპეციალობას, აქვს შემდეგი მახასიათებლები:

- 1) არის პოპულაციაზე ფოკუსირებული: ძირითადი აქცენტი კეთდება არა ინსტიტუციონალიზებულ პოპულაციაზე, რომლის წევრებიც საზოგადოებაში თავისუფლად, დამოუკიდებლად ცხოვრობენ.
- 2) არის საზოგადოებაზე-ორიენტირებული: ითვალისწინებს ურთიერთკავშირს საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსსა და იმ გარემოს (ფიზიკური, ბიოლოგიური, სოციოკულტურალური) შორის, რომელშიც ეს საზოგადოება ცხოვრობს. აუცილებელია საზოგადოების წევრებთან მუშაობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ფუნქციების განსახორციელებლად.
- 3) არის ფოკუსირებული ჯანმრთელობასა და პრევენციაზე: პირველადი აქცენტი გაკეთებულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და დაავადებების პრევენციის სტრატეგიაზე, კერძოდ პირველად და მეორად პროფილაქტიკაზე.
- 4) ინტერვენციები ტარდება საზოგადოებრივ ან პოპულაციურ დონეზე; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზნების მისაღწევად ხდება პოლიტიკური პროცესების, როგორც ძირითადი ინტერვენციების სტრატეგიის, გამოყენება.

- 5) მნიშვნელოვანი ყურადღება ეთმობა საზოგადოების / პოპულაციის ყველა წევრის ჯანმრთელობას, განსაკუთრებით კი მოწყვლად (სოციალურად დაუცველ) პოპულაციას.

პოპულაციაში ჩარევების განხორციელება ხშირად მოიცავს საჯარო პოლიტიკის დონის ისეთ აქტივობებს, როგორიცაა მაგალითად: თამბაქოს მოხმარების საწინააღმდეგო კანონები, იმუნიზაციის მოთხოვნები, უსაფრთხოების ღვედების გამოყენება და სხვა.

1981 წელს ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციის (APHA) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნების სექციამ შეიმუშავა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის განმარტება და მათი როლი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების მიწოდებაში“ (APHA, 1981). დოკუმენტის განახლება მოხდა 1996 წელს. 1999 წელს ამერიკის ექთნების ასოციაციამ ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციის (APHA) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნების სექციას, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საექთნო ტერიტორიალური დირექტორების ასოციაციასა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთან-პედაგოგების ასოციაციასთან ერთად გამოაქვეყნა „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის პრაქტიკის ფარგლები და სტანდარტები“ (Quad Council, 1999). დოკუმენტში 1996 წელს შემუშავებული პროფესიული განმარტების საფუძველზე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნობა განმარტა, როგორც „საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაცვა საექთნო, სოციალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მეცნიერებების ცოდნის გამოყენებით“ (APHA, 1996). საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნობა დამატებით განისაზღვრება, როგორც პოპულაციაზე-ფოკუსირებული პრაქტიკა, რომელიც ხორციელდება შეფასების, პოლიტიკის შემუშავების და მულტიდისციპლინარულ გუნდში პარტნიორული მუშაობით. (Stanhope & Lancaster. 2012. P.10)

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნობა არის სისტემატური პროცესი, რომლის შედეგად:

1. ფასდება პოპულაციის ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობის საჭიროებები სუბპოპულაციის, ოჯახებისა და ინდივიდუუმების იდენტიფიცირებისთვის, რომელთაც სჭირდებათ ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ან არიან დაავადების, დაზიანების, ინვალიდობის, ნაადრევი სიკვდილის რისკის ქვეშ.

2. საზოგადოების საჭიროებების მიხედვით ხდება ინტერვენციების დაგეგმვა შესაძლო რესურსების და დაავადებების, დაზიანების, ინვალიდობის, ნაადრევი სიკვდილის პრევენციისათვის აუცილებელი აქტივობის მოცულობის გათვალისწინებით.
3. ინტერვენციები (გეგმა) ხორციელდება ეფექტურად, ეფექტიანად და სამართლიანად.
4. პოპულაციისა და ინდივიდების ჯანმრთელობის სტატუსზე განხორციელებული აქტივობების გავლენის დასადგენად ტარდება შედეგების შეფასება.
5. პროცესის შედეგების გამოყენება ხდება მოვლის კონკრეტული სერვისების მიწოდებისთვის, ჯანდაცვის რესურსების განლაგების, ადგილობრივი, რეგიონული, შტატის და ეროვნული ჯანმრთელობის პოლიტიკის, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის კვლევებისათვის. (Stanhope & Lancaster. 2012. P.1052)

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საექთნო პრაქტიკა ეფუძნება და შედგება შემდეგი ელემენტებისგან: საზოგადოების ძლიერი მხარეები, საჭიროებები და მოლოდინი, არსებული სამეცნიერო ცოდნა, შესაძლო რესურსები, საექთნო პრაქტიკის მიღებული კრიტერიუმები და სტანდარტები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის/სააგენტოს მიზნები, ფილოსოფია და ამოცანები, მოსახლეობის მხრიდან თანამონაწილეობა, თანამშრომლობა და გაგება.

რესურსების მაქსიმალურად ეფექტურად გამოყენებისთვის საზოგადოების სხვა სერვისები და ორგანიზაციები მოიაზრება ინტერვენციების გეგმაში და ხდება მათი კოორდინირება. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის აქტივობა მოიცავს აქტიურ, აუცილებელ მონაწილეობას ინტერდისციპლინურ პროგრამებში, რომელნიც პოპულაციაში / პოპულაციის ჯგუფებში განსაზღვრავენ ჯანმრთელობის საჭიროებებს, ახდენენ მონიტორინგსა და რეაგირებას ჯანმრთელობის პრობლემებზე, რის შედეგადაც ხდება დაავადებების და/ან ჯანმრთელობის პრობლემების იდენტიფიცირება. ევალებათ პოპულაციაში ჯანმრთელობის ტენდენციებისა და რისკ ფაქტორების შეფასება; დახმარება მიზანმიმართული ინტერვენციების პრიორიტეტების განსაზღვრაში, ასევე საზოგადოებასთან და პოპულაციის სპეციფიკურ ჯგუფებთან მუშაობა საზოგადოებრივი პოლიტიკისა და მიზანმიმართული ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციის აქტივობების შესამუშავებლად; ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების შეფასებაში მონაწილეობა, რათა დარწმუნდნენ, რომ საზოგადოება არის ინფორმირებული ჯანდაცვაში არსებული სხვადასხვა პროგრამებისა და მათი გამოყენების შესაძლებლობების შესახებ; საზოგადოების განათლება ჯანმრთელობის საკითხებზე,

მოვლის მენეჯმენტი, მოწყვლადი და მაღალი რისკის ჯგუფის პოპულაციის პირველადი მოვლა.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის ჩარევები, ანუ მოქმედების სფეროები აღწერილი და დახასიათებულია. ჩარევები (ინტერვენციები) არის საზოგადოების, სისტემის, ინდივიდებისა და ოჯახების ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესებისა და დაცვისაკენ მიმართული ქმედებები.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნის ფუნქციებში შედის:

- 1) ზედამხედველობა - საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ჩარევების დაგეგმვის, განხორციელებისა და შეფასების მიზნით აღწერს და აკონტროლებს ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე მოვლენებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონაცემების მუდმივი, სისტემატური შეგროვების, ანალიზისა და ინტერპრეტაციის გზით.
- 2) დაავადებებისა და ჯანმრთელობის სხვა მოვლენების გამოკვლევა - პოპულაციის ჯანმრთელობის საფრთხეების შესახებ მონაცემების სისტემატური შეგროვება და ანალიზი, საფრთხეების წყაროებისა, შემთხვევებისა და სხვა რისკების დადგენა, კონტროლის ღონისძიებების განსაზღვრა.
- 3) საზოგადოების პროპაგანდა - მოიძიებს ინტერესის- ან რისკის ჯგუფის პოპულაციას და წარუდგენს ინფორმაციას არსებული პრობლემის ბუნების, შესაძლო ქმედებებისა და იმსერვისების შესახებ, რომელთა მიღებაც არის შესაძლებელი.
- 4) შემთხვევების გამოვლენა - პოულობს გამოხატული რისკ-ფაქტორების მქონე ოჯახებსა და ინდივიდებს, ახდენს მათ დაკავშირებას რესურსებთან.
- 5) სკრინინგი - პოპულაციაში ახდენს ჯანმრთელობის არაგამოხატული რისკ-ფაქტორებისა და უსიმპტომო დაავადებების გამოვლენას.
- 6) რეფერალი და შემდგომი ქმედება - ეხმარება ინდივიდებს, ოჯახებს, ჯგუფებს, ორგანიზაციებს, საზოგადოებას პრობლემების ან მდგომარეობების პრევენციის ან გადაჭრისათვის საჭირო რესურსების იდენტიფიცირებაში.
- 7) შემთხვევის მენეჯმენტი - სერვისების კოორდინირებისა და მიწოდებისათვის ახდენს ინდივიდებისა და ოჯახების თვითმოვლის შესაძლებლობების, სისტემისა და საზოგადოების პოტენციალის ოპტიმიზაციას
- 8) დელეგირება - ზოგიერთი ფუნქციის შესრულების გადაცემა სხვა პროფესიონალისათვის კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნორმებისა და წესების დაცვით.

- 9) ჯანმრთელობის სწავლება - აკავშირებს ფაქტებს, იდეებს და ჩვევებს, რომელნიც ახდენენ ინდივიდის, ოჯახის, სისტემის და/ან საზოგადოების ცოდნის, დამოკიდებულების, ფასეულობების, ქცევის და პრაქტიკის ცვლილებას.
- 10) კონსულტირება - აყალიბებს ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს ინდივიდთან, ოჯახთან, საზოგადოებასთან ან სისტემასთან მათი თვით-მოვლისა და პრობლემების დაძლევის უნარის გაძლიერების მიზნით. მოიპოვებს ინფორმაციას და იღებს პრობლემების გადაჭრის გადაწყვეტილებებს საზოგადოებასთან, ინდივიდებთან, ოჯახთან ინტერაქტივის შედეგად.
- 11) კოლაბორაცია - ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაცვისათვის ორი ან რამოდენიმე პირის ან ორგანიზაციის თანამშრომლობა მიზნის მისაღწევად ერთი ან რამოდენიმე წევრის პოტენციალის გაძლიერებით.
- 12) კოალიციის შექმნა - საერთო მიზნის ქვეშ ორგანიზაციებისა და გარემოცვის გაერთიანებით ახდენს ალიანსის შექმნას, აყალიბებს კავშირებს, წყვეტს პრობლემებს, და/ან აძლიერებს ადგილობრივ მენეჯმენტს.
- 13) საზოგადოების ორგანიზება - საზოგადოების ჯგუფებს ეხმარება საერთო პრობლემებისა და მიზნების დადგენაში, ახდენს რესურსების მობილიზებას, შეიმუშავებს და ანხორციელებს სტრატეგიებს ერთობლივად დასახული მიზნების მისაღწევად.
- 14) ადვოკატირება - საზოგადოებრივი, ინდივიდის, ოჯახის ინტერესების დაცვის მეთოდი, რომლის გამოყენება შესაძლებელია საზოგადოებისათვის სასარგებლო ცვლილებების ინიცირებისათვის. საზოგადოებრივი ინტერესების დაცვა შეიძლება გულისხმობდეს როგორც ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული პოლიტიკის, პოზიციისა და პროგრამების ცვლილებას, ისე - იდეების შემუშავებას ამ ინტერესების დასაცავად, ან მათ შეთავაზებას საზოგადოებისათვის. ამას გარდა - საზოგადოებრივი ინტერესების დაცვა ნიშნავს საზოგადოების მხრივ ხმის ამაღლებას, მნიშვნელოვანი საკითხებისათვის თვალყურის დევნას და გადაწყვეტილებების მიმღებთაგან შესაბამისად გადაჭრის მოთხოვნას.
- 15) პოლიტიკის შემუშავება - ჯანმრთელობის საკითხებზე საკანონმდებლო რეგულაციების შემუშავებაში მონაწილეობის მიღება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის საექთნო პროფესიონალების მომზადებას დიდი ხნის ისტორია აქვს. მე-20 საუკუნის 60-იანი წლებამდე, სანამ მოხდებოდა საზოგადოებრივი

ჯანმრთელობის კონცეფციების ინტეგრირება საექთნო საბაკალავრო პროგრამებში, ცალკე შეიქმნა სპეციალური სასწავლო გეგმები საუნივერსიტეტო დონეზე. დღეისათვის ითვლება, რომ ნებისმიერ ექთანს, რომელსაც აქვს საექთნო საქმის ბაკალავრის სტატუსი, აქვს საწყისი საბაზისო ცოდნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში და შეუძლია სპეციალიზაცია საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში.

1960 წელს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ლიდერები მივიდნენ შეთანხმებამდე, რომ ამ დარგის საექთნო პერსონალი უნდა ფლობდეს მაგისტრის ხარისხს. ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის სასერთიფიკატო გამოცდებზე გასვლა შეუძლია მხოლოდ სულ მცირე სამაგისტრო განათლების მქონე ექთნებს.

1984 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების (USDHHS) განყოფილების სპონსორობით ჩატარებულ კონფერენციაზე დაადგინეს, რომ „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთანი არის პიროვნება, რომელმაც საექთნო საბაკალავრო პროგრამის დასრულების შემდეგ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართულებით მიიღო სპეციფიკური განათლება და სუპერვიზირებული კლინიკური პრაქტიკა. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნად მოიაზრება პროფესიონალი, რომელსაც აქვს მაგისტრის ან დოქტორის ხარისხი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართულებით“. (Consensus Conference, 1985, p.4). საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთანი არის რეგისტრირებული ექთანი, რომელსაც აქვს სპეციალიზაცია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში და აერთიანებს საექთნო და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრინციპებს.

ამერიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციის განმარტებით საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის პირდაპირ ფოკუსს უფრო მეტად წარმოადგენს თემის, მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ვიდრე მხოლოდ ინდივიდის ან ოჯახის. ტერმინები „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნობა“ ("public health nursing") და „სათემო ჯანმრთელობის ექთნობა“ ("community health nursing") ხშირად გამოიყენება ერთნაირ კონტექსტში, თუმცა მათ შორის, მიუხედავად მსგავსი ფუნქციებისა, არის სხვაობაც, მაგალითად: საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთანი პროფესიულ მოვალეობას ასრულებს ფართო მასშტაბით, სათემო ჯანმრთელობის ექთანი კი -

კონკრეტული თემის ფარგლებში. როგორც წესი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა სახელმწიფოს პრეროგატივაა, ხოლო სათემო - შესაძლოა სხვადასხვა მფლობელების მიერ იმართებოდეს. საზოგადოებრივი და სათემო ჯანმრთელობის ექთნები არიან რეგისტრირებული ექთნები, შემდგომი სპეციალიზაციით. ითვლება, რომ „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთანს“ შეუძლია თემში იმუშაოს, მაგალითად სკოლაში, პირველადი ჯანდაცვაში, მაგრამ თემის ექთანი ვერ დასაქმდება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის პოზიციაზე მაგალითად ჯანდაცვის დეპარტამენტში.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის როლი იდეალურ შემთხვევაში შეიძლება განვსაზღვროთ როგორც „პირველადი პრევენცია“, რაც ნიშნავს დაავადებების, ტრავმების, ინვალიდობის და ნაადრევი სიკვდილის თავიდან აცილებას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნების ხშირად მუშაობენ სამთავრობო უწყებებში, არაკომერციულ ორგანიზაციებში, სათემო ჯანმრთელობის ცენტრებსა და სხვა ორგანიზაციები, რომლებიც მიზნად ისახავენ გააუმჯობესონ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ადგილობრივ დონეზე.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნები გუნდურად მუშაობენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალებთან ერთად, როგორებიც არიან გარემოს ჯანმრთელობის სპეციალისტები, ეპიდემიოლოგები, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექიმები, ნუტრიციოლოგები, სამედიცინო განათლების მიმწოდებელნი. როგორც ამ გუნდს წევრები, ექთნები მუშაობენ საზოგადოებასთან, ადგილობრივ მოსახლეობასთან, აწარმოებენ აფასებენ და ადგენენ ჯანმრთელობის ძირითადი პრობლემების პრიორიტეტებს, ადგენენ ამ პრობლემების შემსუბუქების ან აღმოფხვრის გეგმებს, ატარებენ შესაბამის სამუშაოებს.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნებს შეუძლიათ დაეხმარონ ინდივიდებსა და ოჯახების მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესელი ღონიძიებების გატარებაში. ამის მაგალითია ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდა-სწავლება. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნები ადამიანებს ეხმარებიან ყოველდღიურ ცხოვრებაში ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ჩვევების არჩევაში, მაგალითად თამბაქოს

მოხმარების შეწყვეტა, სწორი კვების რეჟიმი, ფიზიკური აქტივობა, უსაფრთხო სექსი, ფიზიკურ მდგომარეობაში ავტომატური მართვა და სხვა მრავალი.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნები, გამომდინარე იქიდან, რომ საზოგადოებამ და გარემომ, რომელშიც ადამიანი ცხოვრობს, შეიძლება გავლენა მოახდინოს ინდივიდების ცხოვრების სტილზე, სამუშაო დროის მნიშვნელოვან ნაწილს უთმობენ მთელ საზოგადოებას და არა მხოლოდ კონკრეტულ ადამიანებს.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნები მუშაობენ სხვადასხვა ორგანიზაციებში, მათ შორის სკოლებშიც. არის შემთხვევები, როდესაც არ არის ნათლად ჩამოყალიბებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის ფუნქცია და ასეთ შემთხვევაში მათ საქმიანობის არეალი შემოიფარგლება ბინაზე და კლინიკაში მუშაობით, მაგრამ ასეთ სიტუაციაში ექთნები პრობლემაზე ორიენტირებული მიდგომით ასრულებენ შემთხვევის-მენეჯერის ფუნქციას. ზოგჯერ ხდება შემთხვევის-მენეჯერი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის ვიწრო სპეციალიზაცია რომელიმე კონკრეტულ პრობლემაზე, მაგალითად: ტყვიით ინტოქსიკაციის შედეგად ახალშობილთა უეცარი გარდაცვალების შემთხვევების კონტროლი.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნის პრაქტიკა დაფუძნებულია საექთნო პროცესის გამოყენებაზე. ამ შემთხვევაში „ინდივიდის“ როლში გვევლინება საზოგადოება. საექთნო პროცესის ყველა ეტაპი - შეფასება, დიაგნოსტიკა, დაგეგმვა, განხორციელება და შედეგების შეფასება ხორციელდება თემთან, საზოგადოებასთან მიმართებაში.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნების საქმიანობა შუქდება პროფესიულ ჟურნალებში. ამ დარგის ერთ-ერთ თვალსაჩინო პერიოდიკას წარმოადგენს ამერიკის შეერთებულ შტატებში გამოცემული ჟურნალი „Public Health Nursing“, რომელიც 1952 წელს შეიქმნა საექთნო საქმის ეროვნული ორგანიზაციის მიერ 1931 წელს დაარსებული საექთნო ჟურნალის ბაზაზე. გამოქვეყნებული სტატიები ძალზე ფართოდ ასახავს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თანამედროვე საექთნო კვლევებს, პრაქტიკას, სწავლებას. 1993 წლამდე ჟურნალი იბეჭდებოდა ყოველკვარტალურად, ხოლო 1994 წლიდან ეს ჟურნალი უკვე ორ თვეში ერთხელ გამოდის.

თანამედროვე „Public Health Nursing“ მკითხველს სთავაზობს სტატიების დიდ დიაპაზონს, მრავალფეროვანი თემატიკით: დაწყებული საექთნო განათლებიდან - საექთნო პრაქტიკითა და კვლევებით დამთავრებული. ასევე ქვეყნდება ახალი ისტორიული

კვლევები და ძველი კლასიკური საჟურნალო სტატიები, რომელთა დახმარებითაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თანამედროვე ექთნები იღებენ შთაგონებას ინოვაციებისა და შემდგომი პროფესიული განვითარებისათვის.

1.6 საექთნო კომპეტენციები:

ექთნების საერთაშორისო საბჭოს (ICN, 2011) მიერ მოწოდებულია საერთაშორისო საექთნო კომპეტენციები, რომელშიც გაწერილია საექთნო პროცესის წარმართვისთვის აუცილებელი ყველა მნიშვნელოვანი ასპექტი:

1. პროფესიული, ეთიკური და იურიდიული პრაქტიკა - ანგარიშვალდებულება, რაც გულისხმობს, რომ ექთანი:
 - 1) იღებს პასუხისმგებლობას პროფესიულ დასკვნებსა და ქმედებებზე
 - 2) აღიარებს როლისა და კომპეტენციის შეზღუდვებს
 - 3) როდესაც სჭირთაი სეთი ცოდნა, რომელიც სცდება მისი კომპეტენციისა და პრაქტიკის ფარგლებს, კონსულტაციას გადის საჭირო ცოდნის მქონე ექთანთან.
 - 4) კონსულტაციას გადის სამედიცინო საქმის სხვა პროფესიონალებთან და სათანადო ორგანიზაციებთან/სააგენტოებთან, როდესაც ინდივიდუალური ან ჯგუფის საჭიროებები სცდება საექთნო პრაქტიკის ფარგლებს.
2. მოვლის განხორციელება და მართვა- პაციენტის მოვლისა და მართვის პრინციპები
 - 1) საექთნო პრაქტიკაში იყენებს სათანადო ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს
 - 2) პრაქტიკაში იყენებს მტკიცებულებებს, შესაბამისი კვლევების შედეგებს და სხვა მონაცემებს.
 - 3) იწყებს და ერთვება დისკუსიაში საექთნო პრაქტიკასა და ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე სიახლეებისა და ცვლილებების შესახებ.
 - 4) იყენებს კრიტიკული აზროვნებისა და პრობლემების გადაწყვეტის უნარ-ჩვევებს.
 - 5) ახდენს ჯანსაღ კლინიკურ შეფასებასა და გადაწყვეტილების მიღებას პროფესიულ და პაციენტის მოვლის კონტექსტში.
 - 6) იძლევა გაწეული საექთნო დახმარების რაციონალურ დასაბუთებას
 - 7) პრიორიტეტების მიხედვით ალაგებს სამუშაო დატვირთვას და ეფექტურად იყენებს დროს.
 - 8) ახდენს დაცვის პროცესის ცოდნის დემონსტრირებას.

- 9) ცალკეული პიროვნებების, ოჯახებისა და საზოგადოების ჯგუფებისათვის ასრულებს ინფორმაციის წყაროს როლს ჯანდაცვაში მომხდარ ცვლილებებთან, შრომის უნარის დაკარგვასა და გარდაცვალების შემთხვევებთან გამკლავების მიზნით.
 - 10) ინფორმაციას აწვდის გარკვევით და მოკლედ.
 - 11) ახდენს ობიექტური და სუბიექტური მონაცემებისა და პაციენტის უსაფრთხო მოვლისათვის მათი მნიშვნელობის ზუსტ ინტერპრეტაციას.
 - 12) ახდენს საგანგებო სიტუაციებში მოქმედების გეგმის ცოდნის დემონსტრირებას.
3. პაციენტის მოვლა - ჯანმრთელობის ხელშეწყობა
- 1) ახდენს ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სფეროში ქვეყნის პოლიტიკის ცოდნის დემონსტრირებას
 - 2) ურთიერთთანამშრომლობის პირობებში მუშაობს სხვა პროფესიონალებთან და მოსახლეობის ჯგუფებთან.
 - 3) აქვს პიროვნების, ოჯახისა და საზოგადოების ჰოლისტური ხედვა, რომელიც ითვალისწინებს ჯანმრთელობის განმაპირობებელ მრავალ ფაქტორს.
 - 4) მონაწილეობს ჯანმრთელობის გაძლიერებისა და დაავადებათა პრევენციის ინიციატივებში და წვლილი შეაქვს მათ შეფასებაში.
 - 5) პრაქტიკაში იყენებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და სანიტარული განათლების ხელშეწყობის რესურსების ცოდნას.
 - 6) მოქმედებს პიროვნების, ოჯახისა და საზოგადოების ჯგუფების დასახმარებლად ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებაში.
 - 7) ცალკეულ პირებს, ოჯახებსა და საზოგადოების ჯგუფებს აწვდის სათანადო ინფორმაციას ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რათა დაეხმაროს ოპტიმალური ჯანმრთელობისა და რეაბილიტაციის მიღწევაში.
 - 8) ავლენს პიროვნების, ოჯახისა და/ან საზოგადოების ჯგუფის შეხედულებათა სისტემებისათვის ტრადიციული სამკურნალო პრაქტიკის ცოდნას.
 - 9) ეხმარება / ასწავლის თვითმომსახურების ჩვევების განვითარებას და/ან შენარჩუნებას.
 - 10) აცნობიერებს სამედიცინო განათლების მიწოდების პოტენციალს პაციენტის მოვლის საქმეში საექთნო ჩარევების სფეროში.
 - 11) ცალკეულ პირებთან, ოჯახებთან და საზოგადოების ჯგუფებთან პრაქტიკაში იყენებს სწავლებისა და სწავლის მთელი რიგი სტრატეგიების ცოდნას

12) ახდენს ჯანდაცვის პრაქტიკის შესწავლისა და გაგების შეფასებას.

4. შეფასება

- 1) ანხორციელებს ჯანდაცვისა და პაციენტის მოვლის სათანადო და სისტემატურ შეფასებას.
- 2) გულდასმით აწარმოებს მონაცემთა ანალიზს, ინტერპრეტაციასა და დოკუმენტირებას.
- 3) დაგეგმვა
- 4) აყალიბებს პაციენტის მოვლის გეგმას, შეძლებისდაგვარად, პაციენტებთან და/ან მომვლელებთან ერთად.
- 5) კონსულტაციას გადის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის გუნდის სათანადო წევრებთან.
- 6) უზრუნველყოფს პაციენტების/კლიენტებისა და/ან მომვლელების მიერ ინფორმაციის მიღებასა და გაგებას, რომელსაც უნდა დაეყრდნოს თანხმობა მოვლაზე.
- 7) საჭიროებისას იყენებს ადვოკატს, როდესაც პაციენტი/კლიენტი და/ან მომვლელი ითხოვს დახმარებას ან შეზღუდული აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი.
- 8) აწესებს პაციენტის მოვლის პრიორიტეტებს, შეძლებისდაგვარად, პაციენტებთან და/ან მომვლელებთან თანამშრომლობით.
- 9) პაციენტებთან და/ან მომვლელებთან თანამშრომლობის რეჟიმში საზღვრავს მოსალოდნელ შედეგებსა და მათი მიღების და/ან გადახედვის დროს
- 10) რეგულარულად აწარმოებს პაციენტის მოვლის გეგმის გადახედვასა და შესწორებას, შეძლებისდაგვარად პაციენტებთან და/ან მომვლელებთან თანამშრომლობის რეჟიმში.
- 11) დოკუმენტურად აფორმებს პაციენტის მოვლის გეგმას.

5. იმპლემენტაცია

- 1) პრაქტიკულად ახორციელებს მითითებული შედეგების მისაღწევად დაგეგმილ საექთნო მოვლას.
- 2) პაციენტის მოვლას ახორციელებს პაციენტთან/კლიენტთან პროფესიონალური ურთიერთობისათვის დედგენილი წესის ფარგლებში.
- 3) დოკუმენტურად აფორმებს საექთნო ჩარევების გამოყენებას.
- 4) ეფექტურად ეხმაურება მოულოდნელ ან სწრაფად ცვალებად სიტუაციებს.
- 5) ეფექტურად ეხმაურება საგანგებო და სტიქიური უბედურებების სიტუაციებს.

6. შედეგების შეფასება

- 1) ახდენს მოსალოდნელი შედეგების მიხედვით მიღწეული პროგრესის საბოლოო შეფასებასა და დოკუმენტურ გაფორმებას.
- 2) დაგეგმილი შედეგების მიღებაში მიღწეული პროგრესის შემოწმების მიზნით, თანამშრომლობს პაციენტებთან/კლიენტებთან და/ან მომვლელებთან.
- 3) საატესტაციო შეფასების მონაცემებს იყენებს პაციენტის მოვლის გეგმაში ცვლილებების შესატანად.

7. თერაპევტული კომუნიკაცია და ინტერპერსონალური ურთიერთობები

- 1) სათანადო საკომუნიკაციო და ინტერპერსონალური უნარ-ჩვევების გამოყენებით იწყებს, ანვითარებს და წყვეტს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ურთიერთობებს პაციენტებთან და/ან მომვლელებთან.
- 2) თანმიმდევრულად ატყობინებს რელევანტურ, ზუსტ და სრულ ინფორმაციას პაციენტის/კლიენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ზეპირ, წერილობით და ელექტრონულ ფორმატში.
- 3) უზრუნველყოფს პაციენტის/კლიენტის და/ან მომვლელისათვის ინფორმაციის სათანადოდ და გარკვევით მიწოდებას.
- 4) სათანადოდ ეხმაურება პაციენტის/კლიენტის და/ან მომვლელის კითხვებს, თხოვნებსა და პრობლემებს.
- 5) კომუნიკაციას ამყარებს იმგვარად, რომ ეს პაციენტს/კლიენტს და/ან მომვლელს ძალას ჰმატებდეს.
- 6) ეფექტურად და სწორად იყენებს ხელმისაწვდომ ტექნიკურ საშუალებებს.
- 7) ახდენს ინფომირებულობის დემონსტრირებას სამედიცინო ტექნიკის განვითარების/ ადგილობრივი გამოყენების სფეროში.

8. პაციენტის მოვლის მენეჯმენტი - უსაფრთხო გარემო

- 1) ხარისხის უზრუნველყოფისა და რისკების მართვის სტრატეგიების გამოყენებით ქმნის და ინარჩუნებს პაციენტის მოვლის უსაფრთხო გარემოს.
- 2) არსებული და პოტენციური რისკების გამოვლენის მიზნით იყენებს სათანადო საშუალებებს.
- 3) უზრუნველყოფს სამკურნალო-პროფილაქტიკური ნივთიერებების უსაფრთხო გამოყენებას.
- 4) პრაქტიკაში ნერგავს ინფექციური კონტროლის პროცედურებს.

5) სათანადო უწყებებს აცნობებს და აღრიცხავს უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

9. პროფესიათაშორისი სამედიცინო დახმარება

- 1) იყენებს ეფექტური პროფესიათაშორისი სამუშაო პრაქტიკის ცოდნას.
- 2) ამყრებს და ინარჩუნებს კონსტრუქციულ სამუშაო ურთიერთობებს სხვა სამედიცინო პერსონალთან და კოლეგებთან.
- 3) თანამშრომლობის გზით წვლილი შეაქვს მრავალდარგობრივი გუნდის ეფექტურ მუშაობაში.
- 4) პატივს სცემს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში მომუშავე ჯგუფების ყველა წევრის როლსა და პროფესიონალიზმს.
- 5) ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ჯგუფების წევრებთან ერთად მონაწილეობს პაციენტების/კლიენტების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში.
- 6) ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ჯგუფებთან ერთად აწარმოებს პაციენტის მოვლის გადახედვასა და საბოლოო შეფასებას.
- 7) პროფესიათაშორისი ჯგუფების მიერ გადაწყვეტილების მიღების დროს ითვალისწინებს პაციენტების/კლიენტების და/ან მომვლელების შეხედულებებს.

10. დელეგირება და ზედამხედველობა

- 1) ახდენს თავისი საქმიანობების სხვებისათვის დელეგირებას მათი უნარისა და პრაქტიკის მასშტაბის შესაბამის ფარგლებში
- 2) იყენებს დახმარების მთელ რიგ სტრატეგიებს პაციენტის მოვლის სხვებისათვის დელეგირებული ასპექტების ზედამხედველობის დროს.
- 3) ინარჩუნებს ანგარიშვალდებულებასა და პასუხისმგებლობას პაციენტის მოვლის ასპექტების სხვებისათვის დელეგირების დროს

საბაკალავრო განათლების მქონე ექთანს ევალება პროფესიული განვითარებზე ზრუნვა და პროფესიული შესაძლებლობების გაძლიერება, რაც ნიშნავს, რომ ექთანი ხელს უწყობს და ინარჩუნებს ექთნის პროფესიულ იმიჯს, იყენებს ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარებასა და პროგრამის დაგეგმარებაში მონაწილეობის უფლებას, წვლილი შეაქვს პროფესიონალური საექთნო საქმის განვითარებაში, აფასებს კვლევის როლს საექთნო საქმის განვითარებაში და როგორც პაციენტის მოვლის სტანდარტების გაუმჯობესების საშუალებას, მოქმედებს როგორც ეფექტური როლური მოდელი, სათანადო დროს თავის თავზე იღებს ლიდერის პასუხისმგებლობას სამედიცინო დახმარებისა და სერვისების

მიწოდებაში, საექთნო საქმის ხარისხის შეფასებისას იყენებს დასაბუთებულ მონაცემებს, მონაწილეობს ხარისხის გაუმჯობესებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის პროცედურებში.

პროფესიული ცოდნისა და პრაქტიკის უწყვეტი გაუმჯობესებისათვის ბაკალავრი ექთანი რეგულარულად ახდენს საკუთარი პრაქტიკული მოღვაწეობის გადახედვას, პასუხისმგებლობას იღებს უწყვეტ განათლებასა და კომპეტენტურობის შენარჩუნებაზე, იღებს ზომებს უწყვეტი განათლების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, წვლილი შეაქვს სტუდენტებისა და კოლეგების განათლებასა და პროფესიონალურ ზრდაში, ასრულებს ეფექტური მენტორის მოვალეობას, იყენებს სხვებთან ერთად სწავლის შესაძლებლობებს, რითაც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სერვისების განვითარებას. ექთნების საერთაშორისო საბჭოს მიერ მოწოდებულ საერთაშორისო საექთნო კომპეტენციებში ხაზგასმულიად წინა პლანზეა წამოწეული ექთნის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფუნქცია - პაციენტის, ოჯახის, საზოგადოებისა და კოლეგების განათლება. ჯერ კიდევ ფლორანს ნაითინგელის ექთნების მოვალეობაში შედიოდა არა მხოლოდ პაციენტის მოვლა, არამედ მათი სწავლება ადექვატური კვების რეჟიმის, შესაბამისი გარემოს, ფიზიკური აქტივობის, პერსონალური ჰიგიენის შესახებ. მეოცე საუკუნის დასაწყისში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ექთნებმა ნათლად დაანახეს საზოგადოებას მათი როლი სწავლების, განათლების გზით დაავადებების პროფილაქტიკასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საქმეში (Chachkes&Christ/ჩაჩკესი&კრაისი, 1996).

საექთნო პერსონალის ეს ფუნქცია მრავალ წელს ითვლის, მაგრამ მხოლოდ ბოლო წლებში აისახა პროფესიულ მარეგულირებელ აქტებში. საექთნო პრაქტიკის აუცილებელ ნაწილად იქცა საგანმანათლებლო აქტივობები. აღსანიშნავია, რომ ექთნის საგანმანათლებლო როლი თანაბრად მნიშვნელოვანია როგორც დაავადებული, ასევე ჯანმრთელი ინდივიდების, ოჯახების და საერთოდ - საზოგადოების შემთხვევაში. ექთანს ასევე ევალება კოლეგების, განსაკუთრებით ახალი კადრის, სამედიცინო დაწესებულებების სხვადასხვა დამხმარე სერვისების პერსონალის, კლინიკურ პრაქტიკაზე მყოფი სტუდენტების სწავლება-განათლებაც (Bastable/ბესტაბლე, 2009).

ექთნის, როგორც პაციენტის „მასწავლებლის“ ფუნქციას მოწინააღმდეგეებიც ჰყავდა. მათი ძირითადი არგუმენტი იმაში მდგომარეობდა, რომ სწავლება, განსაკუთრებით კი

მოზრდილთა სწავლება, კომპლექსური კონცეფციაა და მოითხოვს სპეციალურ ტრეინინგს (Knowles et al /ნოვლესი და სხ.,1998). ამერიკის შეერთებულ შტატებში ზოგიერთი ავტორი არარეალურად მიიჩნევდა ყველა ექთნის ჩართვას პაციენტის განათლების საქმეში, ვინაიდან ბევრ ექთანს არ ჰქონდა საბაკალავრო განათლება, ხოლო პაციენტებს კი დაავადებების ტიპებიდან გამომდინარე, შესაძლოა ჰქონდეთ სწავლის სპეციფიკური პრობლემები, რომელთა გასამკლავებლად აუცილებელია სწავლისა და სწავლების პრინციპების ცოდნა (Luker & Caress /ლუკერი & კარესი, 1989). იყო მოსაზრება, რომ პაციენტის განათლების ფუნქცია მხოლოდ საბაკალავრო და უფრო მაღალი აკადემიური ხარისხის მქონე ექთნებს ჰქონოდათ.

ყველა ექთნის მოვალეობაში შედის ინფორმაციის მიწოდება პაციენტისა და მისი ოჯახისათვის, მაგრამ როდესაც პაციენის / ოჯახის / საზოგადოებისათვის ჯანმრთელობის საკითხების სწავლებაზე, მათ განათლებაზე ვსაუბრობთ, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ:

- a) ყველა ექთანი არის შესაბამისად მომზადებული სასწავლო საჭიროებების შესაფასებლად?
- b) ყველა ექთანს შეუძლია დაადგინოს მის მიერ მიწოდებული ინფორმაციის მიღება და აღქმა?
- c) ყველა ექთანს შეუძლია შეცვალოს სწავლების მეთოდები თუ ინფორმაციის აღქმა ვერ მოხერხდა?

ექთნის საგანმანათლებლო ფუნქციის მოწინააღმდეგეთა საპირისპიროდ სააკრედიტაციო და მარეგულირებელი სტრუქტურების გადაწყვეტილებით „პაციენტის განათლება“ იქცა უმაღლესი ხარისხის სამედიცინო მოვლის ინტეგრირებულ ნაწილად ყველა რეგისტრირებული ექთნის (RN) საქმიანობაში, მიუხედავად მათი საბაზისო განათლების დონისა. სწავლების პროცესში ექთნები უნდა იყვნენ პაციენტის ფასილიტატორები, მოტივატორები, სწავლის შესაბამისი გარემოს შემქმნელები; ექთნებმა უნდა შეძლონ გამოარკვიონ ჯანმრთელობის კონკრეტული საკითხების შესახებ ინდივიდის ცოდნის დეფიციტი, სწავლების საჭიროებანი, სწავლების მაქსიმალური ეფექტის მომცემი მეთოდი; უნდა შეიმუშაონ და დაგეგმონ სასწავლო პროგრამა, სასწავლო მასალები და შეფასების კრიტერიუმები.

როდესაც საქმე ეხება პაციენტის სწავლებას, ყველა ეს ეტაპი მაქსიმალურად მორგებული უნდა იყოს საექთნო პროცესზე. ხშირ შემთხვევაში ექთნის პაციენტის განათლების

ფუნქცია გულისხმობს თვით-მოვლის სწავლებას და პაციენტი გარკვეულწილად პასუხისმგებლობას იღებს თავის მოვლაზე. (Knowles/ნოუელსი, 1998)

საგანმანათლებლო პროცესს ადარებენ საექთნო პროცესს. მართალია მათ აქვთ სხვადასხვა მიზნები და ამოცანები, მაგრამ აქვთ მსგავსი და პარალელურად მიმდინარე ეტაპები: შეფასება, დაგეგმვა, განხორციელება და შედეგების შეფასება. ორივე პროცესი წარმოადგენს ობიექტური მონაცემებისა და მეცნიერული კრიტერიუმების საფუძველზე საექთნო ჩარევების ხარისხის მინიტორინგის მეთოდს.

საექთნო პროცესი შეფასებასა და საექთნო დიაგნოზებზე დაყრდნობით ფოკუსირებულია მოვლის დაგეგმვასა და განხორციელებაზე; საგანმანათლებლო პროცესი კი განსაზღვრავს სწავლების შინაარსსა და მეთოდებს კლიენტის სწავლის საჭიროებების, სწავლისათვის მზაობის და სწავლების სტილის შეფასებისა და პრიორიტეტებად დალაგების გზით. საექთნო პროცესის გამოსავალი მდგომარეობს პაციენტის / კლიენტის ფიზიკური და ფსიქოსოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილებაში, ხოლო საგანმანათლებლო პროგრამის შედეგი კი მდგომარეობს პაციენტის / კლიენტის ცოდნის, დამოკიდებულებისა და უნარ-ჩვევების ცვლილებაში. (იხ. ცხრილი 1)

პაციენტის/საზოგადოების განათლების ფუნქციის შესრულებისათვის საექთნო დიპლომამდელი განათლების სასწავლო პროგრამებში დაიწყეს „სწავლების თეორიებისა და პრინციპების“ სწავლება. დღეისათვის სწავლება შედის საექთნო მოვალეობებში. ექთნებს ევალებათ მომხმარებლის (პაციენტი, საზოგადოება და სხვა) განათლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის, დაავადებათა პრევენციისა და მართვის, მხარდამჭერი სერვისების შესახებ, შესაბამისი უნარ-ჩვევების გამომუშავება.

ცხრილი 1: განათლებისა და საექთნო პროცესების პარალელები

საექთნო პროცესი	განათლების პროცესი
ფიზიკური და ფსიქოსოციალური საჭიროებების შეფასება	სწავლების საჭიროებების, სწავლისთვის მზაობისა და სწავლების მეთოდების განსაზღვრა
საექთნო მოვლის გეგმის შედგენა ძირითადი მიზნის მისაღწევად და ინდივიდუალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად	სწავლების გეგმის შედგენა წინასწარგანზრახული ქცევითი ცვლილებების საფუძველზე ინდივიდუალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად
საექთნო მოვლის განხორციელება სტანდარტული პროცედურების გამოყენებით	სწავლების განხორციელება სპეციფიკური მეთოდებისა და ინსტრუმენტების გამოყენებით
ფიზიკური და ფსიქოსოციალური შედეგების შეფასება	ცოდნის, დამოკიდებულებისა და უნარ-ჩვევების ქცევითი ცვლილებების განსაზღვრა (შედეგი)

წყარო: Bastable, (2009). გვ: 30

1.7. საექთნო განათლების გლობალური სტანდარტები

ევროპარლამენტის დირექტივა 2005/36/E და ევროკავშირის საბჭოს 2005 წლის 7 სექტემბრის „პროფესიული კვალიფიკაციის ცნობისა და შესწორებების აქტის“ მიხედვით საექთნო საქმიანობისათვის მაღალი მოთხოვნები არის წაყენებული. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO, 2009) გამოაქვეყნა ექთნის ან ბეზიაქალის საწყისი მომზადების გლობალური სტანდარტები, სადაც გაცხადებულია, რომ საექთნო საქმის მომავალი ითვალისწინებს მომზადებას პროფესიონალურ, პირველხარისხიან დონეზე უნივერსიტეტში, ანუ საექთნო პროფესიის მისაღებად აუცილებელია საბაკალავრო პროგრამის გავლა უნივერსიტეტში.

ევროპის საკვალიფიკაციო ჩარჩოში (EQF, 2009) საექთნო საქმის ბაკალავრიატს დათმობილი აქვს მეექვსე დონე. საექთნო საქმის ბაკალავრიატრის - VI დონის სწავლის შედეგების განმსაზღვრელი დისკრიპტორები მოიცავს ცოდნის, უნარ-ჩვევების, კომპეტენციების ძირითადი მახასიათებლების ჩამონათვალს, კერძოდ:

ცოდნა - შესასწავლი და/ან სამუშაო სფეროს მაღალ დონეზე ცოდნა. იმ სფეროს მიღწევების ცოდნა რომელშიც ვმუშაობთ ან რომელსაც შევისწავლით, რაც ასევე მოიცავს თეორიებისა და პრინციპების კრიტიკულ გააზრებას;

უნარ-ჩვევები - დახვეწილი უნარ-ჩვევები, რომლებიც გამოირჩევიან სრულყოფილებითა, ნოვატორობით და უზრუნველყოფენ სპეციფიური სფეროების კომპლექსური და არაპროგნოზირებადი პრობლემების გადაჭრას სამუშაო ან სასწავლო გარემოში

კომპეტენცია - რთული ტექნიკური და პროფესიული სამუშაოების ან პროექტების მართვა; გადაწყვეტილებების მიღება არასტანდარტულ სამუშაო ან სასწავლო პირობებში; პასუხისმგებლობის აღება ცალკეული პირებისა და ადამიანთა ჯგუფების პროფესიული განვითარების მართვაზე.

ევრო კავშირის დირექტივა 2005/36/ევრო საბჭო/მუხლი 31-ით განისაზღვრა ექთნების საბაკალავრო პროგრამების ხანგრძლივობა - 4 წელი. ეს შესაბამისობაშია საექთნო ზოგადი განათლების ევროპულ დირექტივებთანაც, რომელიც საექთნო პერსონალისთვის სავალდებულოდ აცხადებს სულ მცირე 3 წლიან განათლებას, ამასთან სწავლისთვის განსაზღვრულია მინიმუმ 4600 საათი, სადაც თეორია-პრაქტიკის გადანაწილება მინიმუმ უნდა იყოს:

I თეორია - საათების მთელი მოცულობის 1/3 ანუ მინიმუმ 1533 საათი

II პრაქტიკა - საათების მთელი მოცულობის 1/2 ანუ მინიმუმ 2300 საათი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის “საექთნო სტრატეგია ევროპისათვის” მიხედვით პროგრამის ხანგრძლივობა საკმარისი უნდა იყოს ექთნისთვის განსაზღვრული კომპეტენციებისა და აკადემიური კვალიფიკაციის მისაღებად და არ უნდა იყოს 3 წელზე ნაკლები (WHO, 2010).

სწავლის ხანგრძლივობა ასევე განსაზღვრულია ევრო კომისიის დირექტივებში 77/452/EEC (შესწორებული 89/595 EEC), რომელიც განსაზღვრავს მინიმუმ 4600 საათს, აქედან 2300 ან 50% უნდა დაეთმოს პრაქტიკას.” 1 კრედიტი (ECTS - European credit transfer system) მოიცავს 25-30 საათს.

ცხრილი 2. საექთნო საბაკალავრო პროგრამის კრედიტები/საათები წელიწადში

წელი	თეორიული სწავლა	კლინიკური პრაქტიკა	მთლიანად
წელი 1	30 კრედიტი 750 - 900 საათი	30 კრედიტი 750 საათი	60 კრედიტი 1500 საათი
წელი 2	30 კრედიტი 750 საათი	30 კრედიტი 750 საათი	60 კრედიტი 1500 საათი
წელი 3	30 კრედიტი 750 საათი	30 კრედიტი 750 საათი	60 კრედიტი 1500 საათი
წელი 4	30 კრედიტი 750 საათი	30 კრედიტი 750 საათი	60 კრედიტი 1500 საათი
სულ 240 კრედიტი 6000 საათი.			

წყარო: (MacCormick/მაკ კორმიკი, 2011, გვ. 156)

აკადემიური წელი შედგება ორი სემესტრისგან. საექთნო პროგრამების უმრავლესობა აგებულია მოდულარული სტრუქტურით. თითოეულ მოდულს შეესაბამება კრედიტების გარკვეული რაოდენობა.

აშშ კონგრესის ჯანმრთელობისა და ადამიანური სერვისების დეპარტამენტმა 2010 წელს იმსჯელა საექთნო რესურსების გაძლიერებაზე, მათი გამოყენების გაუმჯობესების გზებზე მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროების დასაკმაყოფილებლად, საექთნო პერსონალის ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაღრმავებაზე, საექთნო სერვისების ორგანიზების გაუმჯობესებული მოდელების დანერგვასა და დისემინაციაზე, ფინანსირებისა და მიწოდების დახვეწაზე, ინტერდისციპლინური მიდგომების ხელშეწყობაზე. მიღებული იქნა გადაწყვეტილება, რომ:

- დიპლომამდელი საექთნო განათლების პროგრამები უნდა ამზადებდნენ ზოგადი პროფილის ექთნებს;
- უნდა მოხდეს დამსაქმებელთა და საექთნო პერსონალის მოლოდინების „გადატვირთვა“. მაგალითად: დამსაქმებელმა უნდა მოახდინოს ინვესტირება ახალი საექთნო კადრის მენტორობაში, ორიენტირებასა და დამატებით ტრეინინგებში, ხოლო დასაქმებულმა (ექთანი) - უნდა გაიაზროს და აღიაროს კარიერის მანძილზე უწყვეტი განათლების, სწავლის საჭიროება;
- აუცილებელია საექთნო სკოლებსა და დამსაქმებლებს შორის ურთიერთკავშირის ხელშეწყობა, რათა განვითარდეს ურთიერთთანამშრომლობა კლინიკური ინსტრუქტორების, სპეციალისტების მომზადების კუთხით, დამსაქმებლებისათვის. საექთნო აკადემიური პერსონალი იყვნენ კონსულტანტები კვლევის სფეროში;

- d. ჩატარდეს ერთობლივი კვლევები;
- e. ახალ კურსდამთავრებულ ექთნებს მიეცეთ რეზიდენტურის ტიპის გამოცდილების შეძენის საშუალება;
- f. დაინერგოს კრიტიკული აზროვნებისა და კლინიკური გადაწყვეტილების ხელშეწყობის დასაქმების სტრატეგიები;
- g. გაჩნდეს ინტერდისციპლინური გამოცდილების მიღების საშუალება როგორც სტუდენტი, ასევე მომუშავე ექთნებისათვის (Cherry&Jacob, 2016).

აღნიშნული დასკვნები გაკეთებულია ექსპერტების მიერ მრავალი კვლევის საფუძველზე. ამდენად, ამ გადაწყვეტილებების ასახვა საბაკალავრო საექთნო პროგრამებში უზრუნველყოფს მომავალში მაღალი ხარისხის საექთნო სერვისების მიწოდებას. 2000 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ შეიმუშავა ექთნებისა და ბეზიაქალთა განათლების სტრატეგია ევროპის რეგიონისათვის. ამ დოკუმენტში ჩამოყალიბებულია საექთნო და საბეზიო განათლების კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვით საექთნო საქმე წარმოადგენს ჯანდაცვის პროფესიათა საკანონმდებლო და მარეგულირებელი ჩარჩოს განუყოფელ ნაწილს; საექთნო განათლება და პრაქტიკა ეფუძნება ფასეულობებს, რომლებიც ორიენტირებულია ცალკეული ინდივიდების, ოჯახებისა და საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაზე, ხოლო ავადმყოფების მიმართ სამედიცინო მომსახურების ინდივიდუალური და ჰოლისტური მიდგომების გამოყენებაზე. ეს კი განაპირობებს ისეთ დახმარებას, რომელიც შეესატყვისება ქვეყნის სოციალურ, კულტურულ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ კონტექსტს; საექთნო განათლება ითვალისწინებს მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებებს და ხორციელდება ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების შესაბამისად; საექთნო განათლება ორიენტირებულია ინდივიდზე, მიუხედავად იმისა ჯანმრთელია იგი თუ ავადმყოფი და ითვალისწინებს იმ გარემოს მნიშვნელობას, რომელშიც ინდივიდს უხდება ცხოვრება და მუშაობა, როგორცაა ინდივიდის ოჯახი, პარტნიორები, სოციალური ჯგუფები და საზოგადოება; საექთნო განათლება პროპორციულად დისციპლინათაშორისი და მულტი-დისციპლინურია;

საექთნო საქმიანობის შესწავლა შესაძლებელია საშუალო სკოლის წარმატებით დასრულების შემდეგ და იმ საკვალიფიკაციო მოთხოვნების დაკმაყოფილების შემთხვევაში, რომლებიც დადგენილია უნივერსიტეტში ან ექვივალენტური სტატუსის მქონე უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში შემსვლელთათვის. ალტერნატიული

გზა ეფუძნება ოფიციალური სასწავლო კურსის დასრულების და/ან სათანადო გამოცდილების დამადასტურებელ ოფიციალურ აკრედიტაციას, რაც წარმოადგენს შესაბამის უნივერსიტეტში ან ეკვივალენტური სტატუსის მქონე უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ჩაბარების ჩვეულებრივ გზას და მისაღებია იმ საექთნო ორგანოებისათვის, რომელთანაც არსებობს აღნიშნული სასწავლო დაწესებულება. სასწავლო პროგრამის ხანგრძლივობა საკმარისია სპეციფიკური ცოდნის დასაუფლებლად და შეადგენს არანაკლებ სამ წელს. სტუდენტები არ მუშაობენ და სარგებლობენ იმავე სტატუსით, რომელიც გააჩნიათ სხვა უნივერსიტეტის (ან ეკვივალენტური სტატუსის მქონე სხვა უმაღლესი სასწავლებელის) სტუდენტებს. ეს ეხება სწავლების თეორიულ და პრაქტიკულ კომპონენტებს. საუნივერსიტეტო (ან მსგავსი სტატუსის მქონე სხვა უმაღლესი სასწავლებელის) ხარისხი საექთნო საქმიანობაში გამოხატავს ექთნის პროფესიული კვალიფიკაციის აკადემიურ დონეს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების მიხედვით ქვეყანაში უნდა არსებობდეს კვალიფიციური ექთნის მხოლოდ ერთი დონე (ანუ საბაზისო საექთნო სწავლების ერთი დონე). ამასთან ერთად, სასწავლო პროგრამა დაფუძნებული უნდა იყოს სამეცნიერო კვლევაზე / მეცნიერულ მტკიცებულებებზე და ეფუძნებოდეს ცოდნას. სპეციფიკური კომპეტენციები მოიცავს საავადმყოფოში ან სათემო სამედიცინო დაწესებულებაში პრაქტიკის წარმოების უნარს ჯანდაცვის მულტიპროფესიული გუნდის წევრის რანგში. ექთნის საბაზისო მომზადებისა და საკვალიფიკაციო ფორმები წარმოადგენენ უწყვეტი პროფესიული განვითარებისა და განათლების საფუძველს. უნივერსიტეტი, მისი საექთნო სკოლა ან ფაკულტეტი, ის საავადმყოფოები და სათემო სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც სტუდენტები გადიან პრაქტიკას უნდა იყოს აკრედიტებული და უნდა გააჩნდეთ ხარისხის გაუმჯობესების / კონტროლის მოქმედი სისტემები. საექთნო საქმიანობის პროგრამა ოფიციალურად უნდა იყოს აკრედიტირებული და ექვემდებარებოდეს რეგულარულ გადასინჯვასა და განახლებას. პროგრამას უნდა გააჩნდეს შეფასების სანდო სისტემა და ხარისხის გაუმჯობესების / კონტროლის სისტემები, რომლებიც მოქმედებენ როგორც ეროვნულ, ასევე ადგილობრივ დონეებზე. საექთნო პროგრამას აქვს სასწავლო კრედიტები, რომლებიც მოიცავს სწავლებას როგორც სასწავლო, ასევე იმ სამედიცინო დაწესებულებებში სადაც სტუდენტები გადიან პრაქტიკას.

ხაზგასმულად გამოკვეთილია საექთნო საუნივერსიტეტო საგანმანათლებლო პროგრამების ხელმძღვანელთა და პედაგოგთა მახასიათებლები: საექთნო სკოლის დირექტორი ან ფაკულტეტის ხელმძღვანელი უნდა იყოს ექთანი. საექთნო საქმიანობის როგორც თეორიულ ასევე პრაქტიკულ სწავლებას უნდა ახორციელებდეს შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე ექთანი; საექთნო საქმის მასწავლებლებს უნდა გააჩნდეთ: უნივერსიტეტის (ან მასთან გათანაბრებული სტატუსის მქონე უმაღლესი სასწავლო დაწესებულების) მასწავლებლის ეკვივალენტური აკადემიური ხარისხი; სათანადო პედაგოგიური კვალიფიკაცია (ანუ ჩაბარებული უნდა ჰქონდეს პედაგოგიური საქმიანობის უფლების მოსაპოვებელი გამოცდა); შესაბამისი პრაქტიკული საქმიანობის მინიმუმ 2 წლის სტაჟი და სწავლება უნდა აწარმოონ საექთნო პრაქტიკის იმ სპეციალობაში, რომელშიც გააჩნიათ სამუშაო გამოცდილება. პედაგოგი ვალდებულია შეინარჩუნოს კლინიკური კომპეტენციები, პასუხს აგებეს სტუდენტების სუპერვიზიაზე პრაქტიკის გავლის ადგილზე, პასუხისმგებლობა გაზიარებული უნდა იქნეს სტუდენტის კლინიკური პრაქტიკის მენტორთან.

იმ შემთხვევაში, თუ ქვეყანაში არ მოიძებნება კვალიფიკაციის მქონე მასწავლებლები, მაშასადამე უნდა მოხდეს მათი მოწვევა სხვა ქვეყნებიდან სანდო ქსელების მეშვეობით ან უნდა მოხდეს სათანადო კვალიფიკაციის მქონე ექთნების შერჩევა და მათთვის მასწავლებელთა მომზადების კურსის ორგანიზება.

კლინიკური პრაქტიკის მასწავლებლები, რომლებიც ასევე ასრულებენ მენტორის ფუნქციას და ხელს უწყობენ სტუდენტებს პრაქტიკის გავლაში, უნდა იყვნენ ექსპერტები მათი პრაქტიკული საქმიანობის სფეროში, მიღებული უნდა ჰქონდეთ სათანადო მომზადება როგორც მასწავლებლის და მენტორის როლის შესასრულებლად, ასევე სტუდენტებისათვის მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად, უნდა შეინარჩუნონ მათი კლინიკური კომპეტენციები. ისინი სტუდენტ-ექთნებს სუპერვიზიას უწევენ კლინიკური პრაქტიკის გავლის ადგილზე, იქნება ეს საავადმყოფო თუ სათემო სამედიცინო დაწესებულება. სუპერვიზიის დონე და მოცულობა უნდა შეესაბამებოდეს სტუდენტების სწავლების ეტაპს.

საექთნო განათლებაში შეტანილი სხვა დისციპლინების მასწავლებლები უნდა იყვნენ იმ დარგის ექსპერტები, რომელსაც ისინი წარმოადგენენ და გააჩნდეთ უნივერსიტეტის (ან

მასთან გათანაბრებული სტატუსის მქონე უმაღლესი სასწავლო დაწესებულების) მასწავლებლის ეკვივალენტური აკადემიური ხარისხი. საუნივერსიტეტო სკოლებს და ფაკულტეტებს უნდა გააჩნდეთ სათანადო საკადრო და მატერიალური რესურსები (როგორიცაა აღჭურვილობა, კლინიკური ლაბორატორიები და ბიბლიოთეკები) ან ჰქონდეთ მათი საზიაროდ გამოყენების უფლება (WHO, 2000).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ საექთნო განათლებისათვის შემუშავდა სტანდარტები (WHO, 2009), რომელთა მიხედვითაც:

1. სასწავლო პროგრამა არის კომპეტენციებზე დაფუძნებული და არსებული ცოდნა, გამოიყენება როგორც შემდგომი განვითარების საფუძველი
2. პროგრამაში გათვალისწინებული და ასახულია ქვეყანაში არსებული რეალობა, უნიკალური კულტურალური ნორმები
3. პროგრამის განხორციელებაში, როგორც ძირითადი დაინტერესებული მხარე, მონაწილეობას იღებენ მომსახურების მომხმარებლები
 - 1) საექთნო საბაკალავრო პროგრამას უნდა ჰქონდეს მკაფიოდ განსაზღვრული მისია, უნდა იყოს სისტემატურად განახლებადი და ქვეყნისათვის შესაბამისი;
 - 2) პროგრამას უნდა ჰქონდეს რეგულარული აკრედიტაცია უმაღლესი განათლებისა და პროფესიული ორგანოების მიერ;
 - 3) საექთნო საბაკალავრო პროგრამის განხორციელებისთვის აუცილებელია სათანადო საკადრო და მატერიალური რესურსები;
 - 4) კარგი პარტნიორული ურთიერთობები სხვა უნივერსიტეტებს, კლინიკებს, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებსა და სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებებს შორის.

სასწავლო პროგრამის დიზაინი: 1) უნდა აკმაყოფილებს საექთნო საქმიანობის ეროვნულ საგანმანათლებლო და პროფესიულ მოთხოვნებს; 2) პროფესიული მოთხოვნების მიხედვით განსაზღვრავს ბალანსს თეორიასა და პრაქტიკას შორის; 3) იყენებს პედაგოგიკის მნიშვნელოვან მიდგომებს.

ძირითადი პროგრამა :

1. უნდა ეფუძნებოდეს ცოდნას და მეცნიერულ მტკიცებულებებს და მოიცავდეს ჯანდაცვისა და მედიცინის ძირითად საგნებს;
2. უნდა მოიცავდეს კლინიკურ პრაქტიკას სუპერვიზიით;
3. უნდა განსაზღვრავდეს განსხვავებებს საექთნო საქმესა და საბეზიქალო საქმეს შორის

სასწავლო პროგრამაში პარტნიორული ურთიერთობების ფორმირება მიზნად ისახავს სხვადასხვა დისციპლინებს შორის ცოდნის გაზიარების შესაძლებლობის შექმნას. სკოლის ხელმძღვანელი და ძირითადი პერსონალი უნდა იყვნენ ექთნები და ბებიაქალები, ყოველ სტუდენტზე მიმაგრებული უნდა იყოს სუპერვაიზერი / მენტორი და უნდა არსებობდეს ადექვატური პროფესიული განვითარების შესაძლებლობები მთელი პერსონალისათვის. მნიშვნელოვანი ფაქტორია საექთნო პროგრამის მკაფიო პოლიტიკა:

1. წარმოაჩენს ადგილობრივ კულტურას
2. პოტენციურმა სტუდენტებმა უნდა დააკმაყოფილონ უნივერსიტეტში (ან ექვივალენტური სტატუსის მქონე სასწავლებელში) შემსვლელთათვის დადგენილი მოთხოვნები;
3. სტუდენტებს უნდა გააჩნდეთ პროგრამის დასრულებისათვის საჭირო ინტელექტუალური შესაძლებლობები ;
4. სტუდენტი უნდა იყოს ჯანმრთელი.

პროგრამის კურსდამთავრებულები იღებენ სათანადო ფორმის სხვადასხვა სახის შეფასებას და შემდეგ მოიპოვებენ რეგისტრაცია/ლიცენზიას, რომელიც ენიჭება ექთანს ან ბებიაქალს, ვინც: აწარმოებს ცოდნაზე დაფუძნებულ და პაციენტებისათვის უსაფრთხო საექთნო პრაქტიკას და კრიტიკულად აზროვნებს. პროგრამის კურსდამთავრებული უფლებამოსილია მიენიჭოს ბაკალავრის ხარისხი, ასევე შეუძლია განაგრძოს სწავლა დიპლომისშემდგომ ეტაპზე - მაგისტრატურა, დოქტორანტურა. (WHO, 2009)

1.8. საექთნო საბაკალავრო განათლების მიღების შესაძლებლობები

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში საექთნო საბაკალავრო სწავლის დაწყების მრავალნაირი შესაძლებლობა არსებობს. საექთნო პერსონალის სიმცირემ და ნაკლებობამ აუცილებელი გახადა დაჩქარებული საექთნო საბაკალავრო პროგრამების შემუშავება, მაგრამ ეს არ მომხდარა კომპრომისებზე წასვლის ხარჯზე, არამედ სხვადასხვა შესაძლო გზები მოიძებნა უნივერსიტეტებში საექთნო განათლების მიღების მსურველთათვის. ძირითადად ხდება წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლის (APL) და პრაქტიკაზე დაფუძნებული წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლის (APEL) კრედიტების გათვალისწინება-ჩათვლა (MacCormick, 2011).

ბაკალავრიატში მისაღებად ან კონკრეტული მოდულისგან გასათავისუფლებლად უცხოეთის ქვეყნებში გამოიყენება წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლისა (APL) და პრაქტიკაზე დაფუძნებული წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლის (APEL) სისტემა. აკადემიური კრედიტი შეიძლება მიენიჭოს არა მხოლოდ გავლილი ფორმალური სწავლების შეფასებებისა და სწავლის შედეგების დამადასტურებელი დოკუმენტის საფუძველზე, ასევე კრედიტების მინიჭება შესაძლებელია დაფუძნებული იყოს ექთნად პრაქტიკული მუშაობის გამოცდილებიდან მიღებულ ცოდნაზე, რომელიც შესაფერისია კრედიტის მისაღებად. ნებისმიერი მიღებული კრედიტი გათანაბრებული უნდა იყოს სტუდენტების მიერ ტრადიციული გზით მიღებულ შეფასებასთან. წინამორბედი სწავლა შეიძლება შეფასდეს და გამოყენებულ იქნას:

- 1) ექთნების მისაღებად საბაკალავრო მოსამზადებელ პროგრამაში
- 2) ექთნების მისაღებად საბაკალავრო პროგრამაში
- 3) საბაკალავრო პროგრამის კონკრეტული მოდულისგან / მოდულებისგან გასათავისუფლებლად

4) პირდაპირ ბაკალავრიატის პროგრამის მეორე ან შემდგომ კურსზე მისაღებად წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლისა (APL) და პრაქტიკაზე დაფუძნებული წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლის (APEL) სისტემა წარმატებით გამოიყენება არა მხოლოდ საექთნო საბაკალავრო, არამედ სხვადასხვა დონის საექთნო განათლების შემთხვევაშიც. წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლა - გულისხმობს ფორმალური სასწავლო კურსის გავლის შედეგად აკადემიური კრედიტის მიღებას, რისი დამადასტურებელიც იქნება საგანმანათლებლო დაწესებულების მიერ გაცემული შესაბამისი ოფიციალური დოკუმენტი (დიპლომი, სერტიფიკატი, აკადემიური ცნობა). ექთანი, რომელსაც სურს საბაკალავრო პროგრამაში ჩართვა, უნივერსიტეტში წარადგენს ამ დოკუმენტებს. უნივერსიტეტში ხდება წინამორბედი განათლების სწავლის შედეგების შედარება საბაკალავრო პროგრამის მოდულის / მოდულების სწავლის შედეგებთან, გადაიხედება სილაბუსები და იდენტიფიკაციის შემთხვევაში მოხდება კრედიტების აღიარება (MacCormick, 2011). იმ ქვეყნებში, სადაც წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლის სისტემა აქტიურად გამოიყენება, შესაბამისად ლოგიკური განვითარებისა და მოცულობის მიხედვით არის მოწესრიგებული საექთნო განათლების ყველა დონის პროგრამები და სიძნელეს არ წარმოადგენს კრედიტების შესაბამისობის განსაზღვრა. პრაქტიკაზე დაფუძნებული წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლა - წარმოადგენს ექთნად პრაქტიკული მუშაობის დროს დამოუკიდებელი სწავლითა და გამოცდილებით

მიღებულ არასერტიფიცირებული სწავლას. პრაქტიკიდან, გამოცდილებიდან მიღებული ცოდნის აღიარება მოითხოვს აზრობრივი სინთეზის პროცესს და მნიშვნელოვანია, რომ კრედიტების მისაღებად აუცილებელია გარკვეული ტიპის დოკუმენტაციის წარდგენა. დოკუმენტი უნდა იძლეოდეს საექთნო საქმის საბაკალავრო პროგრამის მოდულის და/ან მოდულების სწავლის შედეგების სამუშაო გამოცდილებიდან მიღებული სწავლის შედეგებთან შედარების საშუალებას. ასეთი დოკუმენტაცია შეიძლება იყოს: დამქირავებლის რეკომენდაცია, პროექტის ანგარიში, ცნობა სამუშაო გამოცდილების შესახებ (Mac Cormick, 2011). აპლიკანტის მიერ წარმოდგენილ დოკუმენტაციას ადარებენ მოდულიდან მიღებულ შედეგს ან საექთნო საქმის ბაკალავრის პროგრამის ნაწილს და ხდება გადაწყვეტილების მიღება კრედიტის მინიჭება-არ მინიჭების შესახებ. პრაქტიკაზე დაფუძნებული აკრედიტირებული სწავლის აღიარების პროცესები გულისხმობს და მოითხოვს მოლაპარაკებას ექთანსა და საბაკალავრო საექთნო პროგრამის განმახორციელებელ საგანმანათლებლო დაწესებულებას შორის. მიღებული ნებისმიერი გადაწყვეტილება უნდა იყოს გამჭვირვალე, სამართლიანი, საიმედო და აკადემიურად მკაცრი. საექთნო საბაკალავრო პროგრამის განმახორციელებელმა ინსტიტუციამ ყველა კანდიდატი უნდა უზრუნველყოს მენტორით, რომელიც მათ დაეხმარებათ: აკადემიური და პროფესიული საჭიროებების მიმოხილვაში; წინამორბედი სწავლების კრედიტების მისანიჭებლად აუცილებელი ფორმალური ან პრაქტიკული გამოცდილების განხილვაში; წინამორბედი სწავლების კრედიტების მისანიჭებლად აუცილებელი პროცედურების შესაბამისად მოქმედებაში; იმ მოდულის სწავლის შედეგების შესამაზისი დოკუმენტაციის იდენტიფიცირებაში, რომელ მოდულშიც კანდიდატი ითხოვს კრედიტს. სამართლიანი და ადეკვატური გადაწყვეტილების მიღების პასუხისმგებლობა ეკისრება უნივერსიტეტის საექთნო ბაკალავრიატის პროგრამის გუნდს (სპეციალურ კომისიას), რომელიც იღებს გადაწყვეტილებას. როდესაც წინამორბედი სწავლის აღიარებას ითხოვენ იმისათვის, რომ სტუდენტი გათავისუფლდეს რომელიმე მოდულიდან, ეს თხოვნა განიხილება ამ კონკრეტული მოდულის ხელმძღვანელთან ერთად. განიხილება რა აპლიკანტის მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტაცია, სპეციალური კომისია არკვევს: არის თუ არა მონაცემები სარწმუნო და თუ შეესაბამება სწავლისთვის მოთხოვნილ აკადემიურ დონეს, თუ არის შესაბამისობა წინამორბედი სწავლის შედეგებსა და კონკრეტულ მოდულებს შორის, წარმოდგენილი დოკუმენტები არის თუ არა ნამდვილი და ნამდვილად აპლიკანტის მიერ მიღებული, არის თუ არა წარმოდგენილი დოკუმენტები მიღებული ბოლო 5 წლის განმავლობაში. აპლიკანტის მოთხოვნის

დაუკმაყოფილებლობის შემთხვევაში უნივერსიტეტი ვალდებულია წერილობით აცნობოს რომ მისი განცხადება არ მიიღეს და თან დაერთოს არგუმენტები. იმ ქვეყნებში, სადაც საექთნო საქმის საბაკალავრო განათლების მრავალწლიანი გამოცდილება აქვთ, განსაკუთრებით პოპულარული და პრაქტიკაში აქტიურად დანერგილია ე.წ. მოსამზადებელი პროგრამები, რომელნიც პრაქტიკული გამოცდილების, პროფესიული განათლების მქონე ექთნებს საბაკალავრო განათლების მიღების საშუალებას აძლევთ.

ერთწლიანი სრული მოსამზადებელი პროგრამა შედგება შემდეგი მოდულებისგან: ადამიანის ბიოლოგია, ქიმია, ფსიქოლოგია, სოციოლოგია, სწავლის უნარები. სტუდენტები ფასდებიან მთელი რიგი ინსტრუმენტების გამოყენებით, როგორიცაა: ფორმალური გამოცდები, პრეზენტაციები, დავალებები და სწავლის პორტფოლიოები. ფართოდ არის დანერგილი საექთნო საბაკალავრო პროგრამები, რომლებზეც სწავლა შეუძლიათ იმ პირებს, ვისაც უკვე აქვს ბაკალავრის ხარისხი არა საექთნო სპეციალობაში. ასევე არსებობს ანალოგიული ე.წ. „დაჩქარებული“ პროგრამები (EU, 2009). ასეთ შემთხვევებში მუშაობს პრერეკვიზიტების სისტემა. აპლიკანტს მიღებული უნდა ჰქონდეს საუნივერსიტეტო სწავლების მოდულების კრედიტები ზოგიერთ საგნებში, უმთავრესად ეს საგნები არის: ქიმია, ორგანული ქიმია, ბიოლოგია (ანატომია-ფიზიოლოგია), მიკრობიოლოგია (ლაბორატორიით) და ნუტრიციოლოგია. არასაექთნო სპეციალობაში ბაკალავრის ხარისხის მქონე პირებისათვის, რომელთაც სურთ საექთნო პროფესიის შეძენა, არსებობს დაჩქარებული პროგრამები, რომელთა უმრავლესობაც აპლიკანტისაგან ითხოვს საშუალო საერთო შეფასების (GPA) საკმაოდ მაღალ ქულას. მაგალითად, ვაშინგტონის უნივერსიტეტის საექთნო სკოლის ასეთ პროგრამაზე მოსახვედრად პიროვნებას უნდა ჰქონდეს 3.3 ან მეტი. ამის გარდა, გავლილი უნდა ჰქონდეს კურსი: ზრდა-განვითარება სიცოცხლის მანძილზე ან მსგავსი მოდული, სტატისტიკა, ქიმია (ორგანული, არაორგანული), ბიოლოგია (ანატომია-ფიზიოლოგია), მიკრობიოლოგია (ლაბორატორიით), ნუტრიციოლოგია. მრავალი ქვეყნის მომუშავე რეგისტრირებული ექთნებისათვის, რომელთაც არა აქვთ საბაკალავრო განათლება, მნიშვნელოვანი გახდა ბაკალავრის ხარისხის მოსაპოვებლად საუნივერსიტეტო გარემოში სასწავლებლად დაბრუნება. უნივერსიტეტებმა გადადგეს შემხვედრი ნაბიჯები და შეიქმნა სხვადასხვა ტიპის ე.წ. „ხიდის“ ტიპის პროგრამები, რომელნიც ითვალისწინებენ ამ ექთნების სამუშაო გრაფიკსაც და ზოგიერთ შემთხვევაში

სწავლებლები სადამოს საათებშიც ინიშნება, მაგალითად, პრერეკვიზიტების საგნები და სხვა. ასევე არსებობს on-line სწავლებაც.

1.9. კლინიკური პრაქტიკის როლი საექთნო საბაკალავრო სწავლებაში

21-ე საუკუნის საექთნო საუნივერსიტეტო განათლების უმნიშვნელოვანეს ნაწილს კლინიკური პრაქტიკა წარმოადგენს. საექთნო კადრის ხარისხიან მუშაობას მეტწილად განაპირობებს არა თეორიული ცოდნის მაღალი დონე, არამედ ცოდნის ამ ფორმის პრაქტიკაში ასახვის უნარი. ამის მიღწევა კი შესაძლებელია სწავლების პერიოდში სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში კლინიკურ პრაქტიკით. საექთნო საბაკალავრო პროგრამები ძირითადად წარმოდგენილია 4 წლიანი საუნივერსიტეტო სწავლებით. ექთნის ზოგადი განათლების შესახებ ევროპულ დირექტივების თანახმად, საექთნო განათლება მოითხოვს სულ მცირე 3 წლიან განათლებას, მინიმუმ 4600 საათით თეორიისა და პრაქტიკის სწავლებისათვის (ევრო კავშირის დირექტივა 2005/36. ევროსაბჭო/მუხლი 31). 4600 საათში, კლინიკური პრაქტიკა როგორც მინიმუმ უნდა იყოს სწავლების საათების საერთო რაოდენობის $\frac{1}{2}$, ანუ 2300 საათი.

თანამედროვე მიდგომებით საბაკალავრო პროგრამები სტუდენტზე ორიენტირებული უნდა იყოს. კლინიკური პრაქტიკა სტუდენტს დამოუკიდებელი მუშაობისათვის დიდ შესაძლებლობებს უქმნის. მომავალი ექთნები საუკეთესო გამოცდილებას პრაქტიკის დროს იღებენ. კლინიკურ პრაქტიკაზე დაფუძნებული სწავლა იძლევა თეორიული ცოდნის პრაქტიკასთან შერწყმის შესაძლებლობას და სტუდენტი ექთანი ყალიბდება როგორც უსაფრთხო პრაქტიკოსი. სამედიცინო დაწესებულებებში (კლინიკური პრაქტიკის ადგილებში) სტუდენტების ორგანიზებასა და შეფასებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს უმაღლესი განათლების ექთნის კომპეტენციების მისაღწევად. საექთნო დახმარების გაწევა მოითხოვს უნარების ფართო სპექტრს, რომელთაც სტუდენტი გამომუშავებს უსაფრთხო გარემოში პრაქტიკული ჩვევების სწავლების პერიოდში. თანამედროვე საექთნო საბაკალავრო პროგრამაში კლინიკური პრაქტიკა გაერთიანებულია თეორიულ სწავლასთან. ამდენად, სტუდენტს შეუძლია მიიღოს სასწავლო გამოცდილება, რომლითაც იგი თეორიულ ცოდნას პრაქტიკულ გამოცდილებას დაუკავშირებს. სამუშაოზე დაფუძნებული სწავლა აადვილებს საექთნო უნარებში

კომპეტენტურობის განვითარებას გააზრების, პრაქტიკისა და კრიტიკული ანალიზის მეშვეობით (EU, 2005).

გამოცდილების გააზრება არის ერთ-ერთი ძირითადი სტრატეგია, რომელიც გამოიყენება სწავლის პროცესში. „პრაქტიკოსი, რომელიც გაიზრება გამოცდილებას“, „გამოცდილების გააზრების პრაქტიკა“ და გააზრება თანამედროვე საექთნო განათლების ძირითადი თემებია და ექთნებს ეხმარება თვითშეცნობასა და თვითკრიტიკაში. ასეთ პრაქტიკოსს შეუძლია თავისი ცოდნის შეფასება და იმის გაგება, თუ როდის სჭირდება მის ცოდნას განახლება (Schon/შონი, 1983). გააზრების შედეგად ადამიანს შეუძლია გამოცდილების მიღება, მასზე დაფიქრება, გაანალიზება და შეფასება. ამდენად, გააზრება ეხმარება ადამიანს თავისი გადაწყვეტილებებისა და სწავლის გაცნობიერებაში, რაც აუცილებელი მახასიათებლებია უმაღლესი განათლების მქონე ექთნისათვის. კლინიკური პრაქტიკის განხორციელება ხდება სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში. პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად კლინიკური პრაქტიკის დროს აუცილებელია სტუდენტებზე ზედამხედველობა. მენტორობა აუმჯობესებს სტუდენტის სწავლას, ხელს უწყობს საზოგადოების უსაფრთხოების დაცვას და ასევე აწვდის განვითარების ბაკალავრი ექთნის პროფესიულ როლს.

მენტორი არის გამოცდილი, კვალიფიცირებული ექთანი, რომელიც შესაძლებელია იყოს სტუდენტების პრაქტიკის ჩატარების დაწესებულების თანამშრომელი, მაგრამ ერთი პირობით: კლინიკური პრაქტიკის ჩატარების პერიოდში ის არ უნდა მუშაობდეს. ამდენად, კლინიკური პრაქტიკის მსვლელობისას მენტორი სრულად არის დაკავებული სტუდენტებით. მენტორები მჭიდროდ თანამშრომლობენ სტუდენტებთან. ისინი დიდ როლს თამაშობენ მომავალი პრაქტიკოსი ექთნების ჩამოყალიბებაში, ეფექტურად გამოთქვამენ აზრს სტუდენტების მუშაობაზე და უზრუნველყოფენ, რომ სტუდენტების უნარების შეფასება იყოს სარწმუნო, სანდო და სტუდენტს შეეძლოს მათი მდგრადად დემონსტრირება. სტუდენტების კლინიკური შეფასება იცავს პროფესიონალურ სტანდარტებს, პაციენტებს და ზოგადად საზოგადოებას. პრაქტიკის განმავლობაში სტუდენტის მუდმივი შეფასება წარმოადგენს იმის საზომს, თუ როგორ მუშაობს სტუდენტი მისი მომზადების ყოველ ეტაპზე მოსალოდნელი დონისა და ცოდნის შესაბამისად. ცოდნასა და უნარებებთან ერთად, ასევე უნდა შეფასდეს პროფესიული

ქცევა, დამოკიდებულების, ზრუნვის უნარების, გუნდური მუშაობის და მოტივაციის ჩათვლით (Mac Cormick, 2011).

მენტორობას კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მომავალი პრაქტიკოსი ექთნების ჩამოყალიბებისათვის. მენტორი გადამწყვეტ როლს თამაშობს სტუდენტის მიერ კლინიკური პრაქტიკის ადგილის გაცნობასა და სტუდენტის სწავლის ხელშეწყობი სასწავლო გარემოს უზრუნველყოფაში. კარგი პროფესიული დამოკიდებულება სტუდენტსა და მენტორს შორის კლინიკური პრაქტიკის დროს სტუდენტის წარმატების საკვანძო ელემენტია. მენტორი პასუხისმგებელია სტუდენტზე პრაქტიკის განმავლობაში და უნივერსიტეტის ლექტორთან ერთად აყალიბებს სტუდენტის კლინიკური სწავლის დამხმარე ქსელს. მენტორის როლის მნიშვნელოვანი ასპექტებია სტუდენტის მუშაობის შესახებ აზრის ეფექტურად გამოხატვა და იმის უზრუნველყოფა, რომ სტუდენტის უნარ-ჩვევების ნებისმიერი შეფასება იყოს სარწმუნო და სანდო, სტუდენტს შეეძლოს მათი მდგრადი დემონსტრირება.

სტუდენტის კლინიკური პრაქტიკის სწავლის დამამტკიცებელი მონაცემები უნდა ემთხვეოდეს კონკრეტული კლინიკური ადგილისათვის დასახულ სწავლის შედეგებს და აუცილებლად უნდა იყოს თანხვედრაში თეორიული სწავლების საკითხებთან. არასათანადო განათლების მქონე სტუდენტების პრაქტიკაზე დაშვება რისკის ქვეშ აყენებს პაციენტებს. სტუდენტების კლინიკური შეფასება არის მაღალი პროფესიული სტანდარტების შენარჩუნება-დაცვის გარანტი, შესაბამისად დაცულია პაციენტები და ზოგადად საზოგადოება. პრაქტიკის განმავლობაში სტუდენტის მუდმივი შეფასება გვაძლევს იმის საშუალებას, რომ დავაკვირდეთ - როგორ მუშაობს სტუდენტი მისი მომზადების ყოველ ეტაპზე მოსალოდნელი დონისა და ცოდნის შესაბამისად. „მენტორი არის ექთანი, რომელიც ზედამხედველობს სწავლას, ზედამხედველობს და აფასებს სტუდენტს პრაქტიკის დროს“ (NMC, 2005). საექთნო საქმეში მენტორი არის სათანადოდ მომზადებული პრაქტიკოსი ექთანი, რომელიც სტუდენტს უზიარებს ცოდნას და ასრულებს მისაბამი მაგალითის როლს. პარტნიორული ურთიერთობების დამყარებით მენტორს შეუძლია დაეხმაროს სტუდენტს უნივერსიტეტში შეძენილი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების კლინიკაში გამოყენებაში. ამისათვის ისინი სათანადო დონით ზედამხედველობენ სტუდენტს, კონსტრუქციულად გამოთქვამენ აზრს სტუდენტის მუშაობის შესახებ და ხელს უწყობენ გამოცდილების გააზრებას. მენტორს ცენტრალური

ადგილი უჭირავს საზოგადოების დაცვის საქმეში, ვინაიდან ისინი უზრუნველყოფენ სტუდენტის პრაქტიკისთვის შესაბამისობას სასწავლო გამოცდილების დაგეგმვითა და განხორციელებით, შეფასების სრულყოფილი პროცესების გამოყენებით. მენტორები ხელს უნდა უწყობდნენ სწავლას და ქმნიდნენ ინდივიდების განვითარების შესაძლებლობას პიროვნებაზე ორიენტირებული დახმარების გაწევის გამოცდილებით სწავლაზე ფოკუსირების მეშვეობით. მენტორები დეტალურად უხსნიან სწავლის პროცესის ყოველ ნაბიჯს, ხელმძღვანელობენ და ეხმარებიან სტუდენტებს შედეგების წარმატებით მიღწევაში. ამ პროცესში გამოყენებული ელემენტებია კომუნიკაცია, თანამშრომლობა, ხელმძღვანელობა, მონაწილეობა, პრობლემის გადაჭრა, დახმარება და გამოწვევა, გადაწყვეტილების მიღება. ყველა ეს ელემენტი მოიცავს გამოცდილ პრაქტიკოსსა და სტუდენტს შორის პაციენტის დახმარებაზე ფოკუსირებული თანამშრომლობის ცნებას. ამდენად, მენტორებს შეუძლიათ დახმარება, რომ პრაქტიკა გახდეს სტუდენტებისათვის ეფექტური და შეუძლიათ დაეხმარონ სტუდენტს ექთნისათვის საჭირო კომპეტენციებისა და უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებაში. ისინი უზრუნველყოფენ სტუდენტების მიერ საექთნო დახმარებაზე დაკვირვებას და მონაწილეობას მასში პაციენტთა ფართო სპექტრისათვის, მუშაობას ჯანდაცვის სხვადასხვა სამსახურებში და მულტიპროფესიული მიდგომის აღიარებაში. დანიშნული მენტორი უნდა მუშაობდეს სტუდენტთან ან ზედამხედველობდეს მას პრაქტიკის დროს. თუმცა, ცნობილია, რომ ზოგჯერ ეს შეუძლებელია. შესაბამისად საჭიროა თანა-მენტორის დადგენა და სტუდენტის პროგრესის შესახებ მისი გათვითცნობიერების უზრუნველყოფა. მენტორებს შეუძლიათ კლინიკური სასწავლო პრაქტიკის გაუმჯობესებაზე დიდი გავლენის მოხდენა. კერძოდ, მათი წარმატებული ფუნქციონირების შედეგად შესაძლებელია:

- 1) თეორიისა და პრაქტიკის ინტეგრაცია
- 2) მაღალი ხარისხის კლინიკური პრაქტიკის ჩატარება
- 3) სტუდენტის სასწავლო საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად სწავლის სათანადო შესაძლებლობების იდენტიფიცირება
- 4) კლინიკური პრაქტიკის პერიოდის დროს დროის ეფექტური მენეჯმენტის შედეგადაც სტუდენტი კლინიკური პრაქტიკიდან იღებს მაქსიმალურ სარგებელს
- 5) კლინიკურ სასწავლო გარემოში სტუდენტების მაქსიმალური (კლინიკური არეს სპეციფიკის გათვალისწინებით) რაოდენობის ჩართვა კლინიკურ პრაქტიკაში

- 6) სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც ტარდება კლინიკური პრაქტიკა, პაციენტის მოვლის შესაძლო უმაღლესი ხარისხის ხელშეწყობა. სტუდენტები წარმოადგენენ დამხმარე პერსონალს, რომელთაც მენტორის ზედამხედველობის ქვეშ შეუძლიათ პაციენტის ხარისხიანი, უსაფრთხო საექთნო მოვლის განხორციელება სასწავლო გეგმით განსაზღვრული კონკრეტული კომპეტენციების ფარგლებში
- 7) თავად მენტორების უწყვეტი პროფესიული განვითარების უზრუნველყოფა

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში სამედიცინო დაწესებულებაში სხვადასხვა დონის ექთანს (ლიცენზირებული ექთანი, ექთნის ასისტენტი) შეუძლია სტუდენტი ექთნის მენტორის როლის შესრულება და ფორმატული შეფასების ხელშეწყობა, თუ სასწავლო გეგმის მიხედვით სტუდენტების მოვალეობას ამ ექთნების კომპეტენციის ფარგლებში კლინიკური პრაქტიკის ჩატარება. თუმცა, მხოლოდ რეგისტრირებულ ექთანს შეუძლია სტუდენტის ჯამური შეფასება (MacCormick, 2011).

მენტორის მოვალეობები მეტად მრავალფეროვანი და უაღრესად მნიშვნელოვანია. მენტორი კარგად უნდა იცნობდეს: უნივერსიტეტის კურიკულუმს და იმ საგნის სილაბუსს, რომლის მიმართულებითაც უნდა ჩატარდეს რომელიმე კონკრეტული კლინიკური პრაქტიკა (თეორია-პრაქტიკის ინტეგრაცია სავალდებულოა ყველა კლინიკური პრაქტიკისათვის), იმ სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურას, რომელშიც ტარდება კლინიკური პრაქტიკა, კლინიკური პრაქტიკის ჩატარების ადგილზე არსებულ სამედიცინო პერსონალს (ექიმებს და განსაკუთრებით ექთნებს); კლინიკური პრაქტიკის პერიოდში სტუდენტები ფაქტიურად მუშაობენ სამედიცინო დაწესებულების ექთნების გვერდით, ამიტომ სასურველია მენტორმა იცოდეს შტატში არსებული ექთნების სავარაუდო პროფესიული დონე, რათა მოახდინოს სტუდენტების მხრიდან არასწორი ცოდნის დაგროვების, ან პროფესიული შეცდომების პრევენცია. მენტორი კარგად უნდა ფლობდეს კლინიკური პრაქტიკის შეფასების სისტემასა და დოკუმენტაციას, სწავლის შესაძლებლობების იდენტიფიკაციის პრინციპებს, კლინიკური პრაქტიკის დროს სტუდენტებზე დაკვირვების მეთოდებსა და საშუალებებს. მენტორს უნდა შეეძლოს დროის გამოყოფა გამოცდილების გააზრებისათვის, აზრის გამოხატვისათვის, სტუდენტის პროგრესის მონიტორინგი და სათანადო დოკუმენტაციის წარმოება, სტუდენტების მიერ თვითშეფასებისა და გამოცდილების გააზრების წახალისება, პაციენტის უსაფრთხოების მუდმივად დაცვა, აზრის კონსტრუქციული

გამოხატვა, პრაქტიკის გაუმჯობესებისათვის შესაბამისი რჩევების მიცემა, სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლებთან კავშირის უზრუნველყოფა, საკუთარი პროფესიული ცოდნის შენარჩუნება, უნარ-ჩვევების გაფართოება და სწავლა ცხოვრების მანძილზე (NMH-UK, 2007).

თუ მენტორი ახდენს თავისი სამუშაოს დელეგირებას ისეთი პირისთვის, რომელიც არ არის კარგი პრაქტიკოსი, მენტორი პასუხისმგებელია უზრუნველყოს ამ სამუშაოს შემსრულებლის ადეკვატური მომზადება, დახმარება და ზედამხედველობა. მენტორი პასუხისმგებელია საექთნო საქმის სტუდენტების პრაქტიკის პირად სტანდარტებზე. ამასთან, მუდმივად უნდა ახდენდეს კონტროლს, თუ ყოველ პრაქტიკაზე რას ასწავლიან სტუდენტებს პრაქტიკის ადგილას, არის თუ არა თანხვედრა თეორიასთან, რას სწავლობენ სტუდენტები პრაქტიკის ადგილზე, როგორ ხდება სტუდენტების პრაქტიკული მუშაობის შეფასება, როგორ ხდება სწავლებისა და შეფასების სტანდარტების შედგენა, როგორ ხდება ექთან-სტუდენტის მუშაობის პროფესიული შეფასება და ჩათვლა (MacCormick, 2011).

მენტორები უნდა გამოხატავდნენ მენტორის ფუნქციების შესრულების სურვილს, უნდა ჰქონდეთ გავლილი მენტორების მოსამზადებელი კურსი. სასურველია, რომ გააჩნდეთ სულ მცირე 6 თვის პრაქტიკული მუშაობის გამოცდილება სპეციალობაში. ყოველთვის უნდა ცდილობდნენ საუკეთესო პრაქტიკის გამოყენებას მათი სამუშაოს კონტექსტში. უნდა ესმოდათ, რომ ყოველ სასწავლო გამოცდილებას და სწავლის შინაარსს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, რომ სწავლა უნდა ეფუძნებოდეს ხარისხის პრინციპებს. მენტორები ხელს უნდა უწყობდნენ ეფექტურ სწავლას, რაც ეფუძნება მტკიცებულებებითა და კვლევით გამყარებული თეორიისა და პრაქტიკის ინტეგრაციის პროფესიულ განსჯას. მათ უნდა ესმოდათ, რომ სწავლა ცხოვრების მანძილზე მიმდინარე უწყვეტი პროცესია, როგორც მოსწავლისათვის, ასევე მენტორისათვის.

კლინიკური პრაქტიკების დაგეგმვა ხდება პროგრამის კურიკულუმის შედგენისას. უნივერსიტეტი განსაზღვრავს კლინიკური პრაქტიკის ხელმძღვანელის ვინაობას, რომლის მოვალეობაშიც შედის კლინიკური პრაქტიკის მენეჯმენტი, მაგალითად: შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევა (პრაქტიკის ადგილს უნდა ჩაუტარდეს აუდიტი - შესაბამისი გამოცდილება, პერსონალით დაკომპლექტება,

დადებითი სასწავლო გარემო და სხვა), დაკონტრაქტება, ოფიციალური დოკუმენტების მოწესრიგება, მენტორების შერჩევა, სტუდენტების გადანაწილება, პრაქტიკის მონიტორინგი და სხვა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მკაფიოდ განმარტავს, რომ სტუდენტი ექთნების კლინიკური პრაქტიკის ყველა ადგილს უნდა ჩაუტარდეს აუდიტი, რომელიც აჩვენებს, რომ იქ არის სტუდენტისათვის სწავლის შესაბამისი შესაძლებლობები, საექთნო პერსონალის ადექვატური რაოდენობა, შესაბამისი სასწავლო გარემო.

აუდიტი უნდა ჩატარდეს უნივერსიტეტის პერსონალის მიერ, მასსა და კლინიკური პრაქტიკის ადგილის მენეჯერს შორის შეთანხმებულ დროს. იგი უნდა ჩატარდეს უნივერსიტეტის პერსონალის მიერ განრიგით გათვალისწინებული პრაქტიკის დაწყებამდე საკმაო დროით ადრე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს საკმარისი დრო სამედიცინო დაწესებულების პერსონალთან განხილვისა და აუდიტის დროს გამოვლენილი ნაკლოვანებების გამოსწორებისათვის..

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ზოგადი მოდელის შესაბამისად (WHO, 2009) საექთნო საბაკალავრო პროგრამა აუცილებლად უნდა მოიცავდეს კლინიკურ პრაქტიკას ისეთ სფეროებში, როგორც არის: ზოგადი თერაპია, ზოგადი ქირურგია, პედიატრია, მეან-გინეკოლოგია, ფსიქიკური ჯანმრთელობა/ფსიქიატრია, გერიატრია, პირველადი ჯანდაცვა, საოჯახო მედიცინა (ბინაზე მოვლის ჩათვლით), კონსოლიდაცია.

ყველა კლინიკურ პრაქტიკაზე აქცენტი კეთდება ავადმყოფის საექთნო მოვლაზე. პრაქტიკის მსვლელობისას სტუდენტები, იმ დროს არსებული თეორიული ცოდნიდან გამომდინარე შედგენილი პრაქტიკის განრიგის მიხედვით ასრულებენ ბაკალავრი ექთნის ფუნქციებს მკაცრად განსაზღვრულ მოვალეობებს.

კლინიკური პრაქტიკის ხანგრძლივობა ძალიან მნიშვნელოვანია. ხანმოკლე პრაქტიკას მოყვება ფრაგმენტული გამოცდილების მიღება და სტუდენტი ვერ ახდენს პაციენტზე დაკვირვებას მისი მიღებიდან გამოწერამდე. შედარებით ხანგრძლივი პრაქტიკის განმავლობაში სტუდენტს საშუალება ეძლევა ურთიერთობა დაამყაროს პაციენტთან და იმუშაოს, როგორც ჯანდაცვის გუნდის წევრმა, რაც მნიშვნელოვანია ექთანი სტუდენტის

სწავლის მოტივაციისათვის. ევროპული დირექტივა 89/595/ EEC ცხადყოფს, რომ კლინიკური სწავლება ხდება საავადმყოფოებში, ჯანდაცვის სხვადასხვა დაწესებულებებსა და საზოგადოებაში, მასწავლებლებელი ექთნების პასუხისმგებლობის ქვეშ, სხვა კვალიფიცირებული ექთნებისა და პერსონალის დახმარებით და მათთან თანამშრომლობით (EEC 89/595). სტუდენტებს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა მიიღონ გამოცდილება 24 საათიანი⁷ დღიანი მუშაობიდან იმისათვის, რომ შეძლონ მომხმარებლის მიერ ჯანდაცვისგან მიღებული გამოცდილების გაგება. პრაქტიკის ხანგრძლივობა უნდა იყოს საკმარისი იმისათვის, რომ სტუდენტმა შეძლონ სტანდარტების შესაბამისი დაოსტატება და აღიქვას ჯანდაცვის გარემოთა ფართო პერსპექტივა.

კლინიკური პრაქტიკის დაწყებამდე უნდა შემუშავდეს კლინიკური პრაქტიკის ადგილზე სტუდენტთა ქცევის წესები და მოვალეობები. ამავე დოკუმენტით უნდა განისაზღვროს სამედიცინო დაწესებულებაში პრაქტიკის დროს როგორი უნდა იყოს სტუდენტის გარეგნული იერსახე, ჩაცმულობა და სხვა. კლინიკური პრაქტიკის დაწყებამდე კლინიკური პრაქტიკის ხელმძღვანელმა კონსულტაცია უნდა გაიაროს საავადმყოფოს პერსონალთან სტუდენტების განაწილებისა და მენტორის დანიშვნის თაობაზე. იმ შემთხვევაში, თუ მენტორი მუდმივად არ მუშაობს ამ სამედიცინო დაწესებულებაში, აუცილებელია უნივერსიტეტის მიერ სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობასთან მოხდეს მენტორობის სავარაუდო კანდიდატის წარდგენა და მათი თანხმობის შემთხვევაში ამ უკანასკნელს ნება დაერთოს ინტენსიურ რეჟიმში გაეცნოს დაწესებულების მუშაობის სპეციფიკას, პერსონალს.

სტუდენტთა რაოდენობა კლინიკური პრაქტიკის ადგილებში მკაცრად განსაზღვრული უნდა იყოს. ერთი მენტორი შეიძლება ზედამხედველობდეს მაქსიმუმ 10 სტუდენტს. კლინიკური პრაქტიკის ჯგუფში სტუდენტების რაოდენობა დამოკიდებულია სამედიცინო დაწესებულების ტიპზე, საწოლების რაოდენობაზე, სამედიცინო მომსახურების ფორმაზე და სხვა (Stuart/სტუარტი, 2007). ჯგუფებსა და მათში სტუდენტები რაოდენობა უნდა განისაზღვროს კლინიკური პრაქტიკის დაწყებამდე. გასათვალისწინებელია, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება საჭირო გახდეს მენტორის შეცვლა/ჩანაცვლება, როდესაც რაღაც მიზეზის გამო ძირითად მენტორს არ შეუძლია თავისი მოვალეობების შესრულება. უნივერსიტეტის მიერ შემცვლელი, „სათადარიგო“ მენტორი ყოველთვის უნდა იყოს წინასწარ განსაზღვრული.

მენტორებს პარტნიორული ურთიერთობა უნდა ჰქონდეთ უნივერსიტეტის აკადემიურ პერსონალთან და კლინიკური პრაქტიკის ხელმძღვანელთან. მათი შეხვედრები უნდა ხდებოდეს რეგულარულად, უნდა განიხილებოდეს კლინიკურ პრაქტიკასთან დაკავშირებული საკითხები და რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია - სტუდენტის პროგრესი პრაქტიკის შუაში და პრაქტიკის ბოლოს.

კლინიკურ პრაქტიკაზე სტუდენტების დაშვება ხდება მხოლოდ ე.წ. ობიექტურად სტრუქტურითებული კლინიკური გამოცდის (OSCE) წარმატებით ჩაბარების შემდეგ. სამედიცინო დაწესებულებაში (კლინიკური პრაქტიკის ადგილზე) გამოცხადებამდე სტუდენტები უნივერსიტეტში უნდა გაეცნონ მენტორს. კლინიკური პრაქტიკის დაწყების წინ სტუდენტები:

- 1) უნდა გაეცნონ მენტორს
- 2) უნდა გაეცნონ კლინიკურ პრაქტიკაზე ქცევის წესებს
- 3) უნდა გაეცნონ კლინიკური პრაქტიკის სწავლის შედეგებსა და შეფასების წესებს
- 4) უნდა გაეცნონ კლინიკური პრაქტიკის დოკუმენტაციის სწორად წარმოების წესებს

პრაქტიკის ადგილას მომსახურე პერსონალს (პრაქტიკოს ექთნებს) უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია სტუდენტების სწავლის შედეგების, განათლების დონის, პრაქტიკის თარიღების შესახებ. მათ უნდა იცოდნენ რა ტიპის სამუშაოების შესრულების ნებართვა აქვთ სტუდენტებს და რა მოცულობით (Stuart, 2007).

კლინიკური პრაქტიკა აკადემიური წარმატების მნიშვნელოვანი ნაწილია. სტუდენტი ვერ დაასრულებს კურსს და ვერ გახდება ბაკალავრი ექთანი, სანამ წარმატებით არ გაივლის პრაქტიკას ყველა შერჩეულ ადგილზე. კლინიკური პროგრესი და სწავლა აღირიცხება კლინიკური პრაქტიკის შეფასების დოკუმენტში და დასტურდება იმ მტკიცებულებებით, რომლებიც წარდგენილია თითოეულ ამოცანასთან დაკავშირებით. ეს ჩანაწერები აზუსტებს კლინიკურ სასწავლო ამოცანებს და შესაფერის აქტივობებს პრაქტიკის ყოველი ადგილისათვის. ყოველი ამოცანისათვის სტუდენტმა უნდა წარმოადგინოს მტკიცებულება, რომელიც ამ ამოცანის მიღწევაზე მიუთითებს. პრაქტიკის დასრულებამდე მენტორი ხელს აწერს ყოველი დავალების შესრულებას, რითაც დაადასტურებს, რომ იგი დამაკმაყოფილებლადაა შესრულებული. პრაქტიკის კურსის განმავლობაში სტუდენტს სამჯერ მოეთხოვება თვით-შეფასების ჩატარება (საწყისი, შუალედური და საბოლოო). მან უნდა აღწეროს სწავლის საკუთარი საჭიროებები, მოლოდინი, პროგრესი და მუშაობა ყოველი გამოცდილების მიღებისას არსებული

სწავლის შესაძლებლობის გათვალისწინებით. ამ შეფასებებს სტუდენტი გამოიყენებს მენტორთან საკითხების განხილვის დროს.

კლინიკური პრაქტიკის ბოლოს სტუდენტი შეფასებას იღებს მენტორისაგან. მენტორებს მოეთხოვებათ გააკეთონ ჩანაწერი სტუდენტის მუშაობის შესახებ და შეაფასონ. უმრავლეს შემთხვევაში შეფასებად მიღებულია „ჩაეთვალა“ ან „არ ჩაეთვალა“, „დამაკმაყოფილებელი“ ან „არადამაკმაყოფილებელი“, თუმცა ყველა შემთხვევაში არსებობს შეფასების კრიტერიუმები და ზღვარი, რომელთა საფუძველზეც კეთდება დასკვნა. კლინიკური პრაქტიკის პერიოდში გარდა პრაქტიკოსი ექთნის გვერდით პრაქტიკული მუშაობისა, ექთან-სტუდენტებს უხდებათ პრაქტიკის დღიურების წარმოება და პრაქტიკის ბოლოს გარკვეული მტკიცებულებების წარდგენა.

მტკიცებულებები, რომლებიც მიუთითებენ კლინიკური პრაქტიკის დროს დასახული ამოცანის შესრულებაზე შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფორმის. მაგალითად:

- 1) ეს შეიძლება იყოს ჩატარებული სამუშაოს ჩამონათვალი (მაგალითად: რა ტიპის საექთნო მოვლა განახორციელა სტუდენტმა და სხვა) და აუცილებლად ამ საქმიანობის შემდეგ რა შეისწავლა, ანუ ხდება განვლილი პერიოდის კრიტიკული ანალიზი. მენტორმა და სასურველია პრაქტიკოსმა ექთანმა, რომელიც უშუალოდ მეთვალყურეობდა სტუდენტს, ხელის მოწერით უნდა დაადასტურონ ანგარიშის ვალიდურობა. (EU Standards. 2005)
- 2) სტუდენტმა შეიძლება წარმოადგინოს მის მიერ შერჩეული რომელიმე კლინიკური საკითხის, მაგალითად კლინიკურ სფეროში რესურსების ხელმისაწვდომობის, წერილობითი კრიტიკული განსჯა. ამ შემთხვევაში ხდება რიგი უნარ-ჩვევების დემონსტრირება, მათ შორის: საკითხის მნიშვნელობის ამოცნობა, ინფორმაციის სათანადო წყაროების მოძიება და შერჩევა, ლიტერატურის ანალიზი. წყაროების მოკლე წერილობითი კრიტიკული შეფასება აჩვენებს სტუდენტის მიერ კლინიკურ სფეროშითეორიული ცოდნის პრაქტიკასთან დაკავშირების უნარს. ზოგიერთი მტკიცებულება შეიძლება იყოს არა პირდაპირი, მაგალითად ექსპერტთან, ჩვეულებრივ მენტორთან დისკურსიის მოკლე აღწერა; ამის დასადასტურებლად ექსპერტმა ხელი უნდა მოაწეროს ანგარიშს.

კლინიკური პრაქტიკის განმავლობაში მეტად მნიშვნელოვანია სტუდენტი გაეცნოს და გაითავისოს რეალურ გარემოში ისეთი აუცილებელი საშუალებების გამოყენებას, როგორიცაა: კლინიკური დოკუმენტაცია, მაგ. პროტოკოლები, მოვლის სტანდარტები, გაიდლაინები, შეფასების ინსტრუმენტები; პაციენტის ინფორმირების წყაროები, მაგ.

ვებგვერდები, ბროშურები, მხარდამჭერი ჯგუფები; ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალების ექსპერტიზა, მაგ. კლინიკური ექთანი სპეციალისტები, რეაბილიტაციის სპეციალისტები, ფიზიოთერაპევტები და ფარმაცევტები; თანამედროვე და კლინიკურად სარწმუნოპროფესიული ლიტერატურა.

კლინიკური პრაქტიკა ყოველთვის ფოკუსირებულია საექთნო მოვლაზე და აგებულია თეორიული სწავლების პარალელურად, ხდება მათი სინქრონიზაცია. სტუდენტი უკვე მიღებულ თეორიულ ცოდნას იმყარებს კლინიკურ გარემოში პრაქტიკით.

მაგალითისათვის შეიძლება განვიხილოთ I დონის კლინიკური უნარები, რომელთა განხორციელებაც სტუდენტებს უწევთ პრაქტიკის პირველი დღიდან, ვინაიდან მათ ეს ჩვევები უკვე ჩაბარებული აქვთ ობიექტურ სტრუქტურირებულ კლინიკურ გამოცდაზე და ითვლება, რომ მათ ამის შესრულება უსაფრთხოდ და სრულყოფილად შეუძლიათ.

მიუხედავად ამისა, მენტორი ძალიან ფრთხილად უნდა იყოს და მუდმივად აკონტროლოს სტუდენტები. (MacCormick, 2011)

პირველი დონის კლინიკური უნარებია: ტემპერატურის, არტერიული წნევის, პულსის, სუნთქვის გაზომვა; ტკივილის შეფასება; მასალის აღება ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის; შარდის ანალიზი; ხელის დაბანა და ინფექციის კონტროლის სტანდარტული ზომები; კომუნიკაცია - არავერბალური, მოსმენა და შეკითხვა; ძირითადი სარეანიმაციო ღონისძიებები, პირველადი დახმარება; პაციენტის დახმარება საკვებისა და სასმელის მიღებაში; პაციენტის პირის ღრუს ჰიგიენა, კბილის პროთეზის მოვლა, პერსონალური ჰიგიენა: დაბანა, საწოლში დაბანა, თმის მოვლა, ჩაცმაში დახმარება, საწოლის გასწორება; გამოყოფა: სითხის ბალანსის რუქა, პაციენტის დახმარება შარდის მიმღების, ქოთნისა და სპეციალური სკამის გამოყენებისას; კათეტერის მოვლა, შარდის ბუშტის კათეტერის ჩანთის დაცლა, კათეტერით შარდის აღება ანალიზისათვის; პაციენტის დახმარება ყაზობის, დიარეის და შეუკავებლობისას; მიცვალებულის მომსახურება; კომუნიკაცია: ინტეროროფესიული, ინტრაპროფესიული, ინფორმაციის მიწოდება, კომუნიკაცია ხანდაზმულ ადამიანებთან, კომუნიკაცია პაციენტებთან, ვისაც ააქვს მგრძნობელობის დეფიციტი, დემენცია.

პრაქტიკის დროს კლინიკური უნარების შესწავლისას ყურადღება გამახვილებულია ძირითად საექთნო დახმარებასა და კომუნიკაციაზე. დასაწყისში რეკომენდებულია კვალიფიცირებული ჯანდაცვის პროფესიონალის პირდაპირი ზედამხედველობა, სანამ

მენტორი არ დარწმუნდება, რომ შესაძლოა სტუდენტმა დამოუკიდებლად შეასრულოს საექთნო ფუნქციები.

კლინიკური პრაქტიკის შედეგად ხდება: თეორიული ცოდნის დაკავშირება პრაქტიკულ გამოცდილებასთან, ექთნის როლის შესრულება საავადმყოფოსა და თემში, სტრუქტურირებული დახმარების დაწესებულებებში მწვავე, ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების ჯანმრთელობის საექთნო შეფასება და ამ ტიპის პაციენტებისათვის დახმარების გაწევისას ეთიკური პრინციპების გამოყენების დემონსტრირება, პაციენტთან ურთიერთობის დროს შესაბამისი საკომუნიკაციო უნარებისა და სტრატეგიების გამოყენება, პაციენტის მდგომარეობის შეფასებაში, დახმარების დაგეგმვაში, განხორციელებასა და შეფასებაში მონაწილეობის მიღება; კომპეტენტურობის დემონსტრირება პაციენტის დახმარებასთან დაკავშირებული კლინიკური უნარების გამოყენებისას; მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენების დემონსტრირება.

1.10. ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა (ოსკვ)

საექთნო უნარ-ჩვევების ლაბორატორიაში „საექთნო საქმის საფუძვლების“ ფარგლებში სტუდენტები ეუფლებიან ძირითად საექთნო მანიპულაციებსა და ტექნიკას. სემესტრის ბოლოს ტარდება ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა, რომელიც წარმოადგენს კლინიკური უნარ-ჩვევების შეფასების მეთოდს. სტუდენტის პრაქტიკული კომპეტენციების კომპონენტების შეფასება ხდება წინასწარ დაგეგმილი, სტრუქტურირებული სახით და ყურადღება ექცევა გამოცდის ობიექტურობას. სტანდარტული ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა მოიცავს დროში შეზღუდულ აქტივობებს, რომლებიც უნდა შეასრულოს სტუდენტმა. ყოველ პუნქტში სტუდენტს წარუდგენენ სცენარს და/ან სიტუაციას, რომელიც შედგენილია საექთნო პრაქტიკის კონკრეტული უნარ-ჩვევის ტესტირებისთვის. მაგალითად, ტექნიკური უნარ-ჩვევები, პრობლემის გადაჭრის უნარი და ფაქტობრივი ცოდნა, რომელიც საჭიროა კომპეტენციის დემონსტრირებისათვის. ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის მსვლელობისას სტუდენტებს მოეთხოვებათ საექთნო უნარ-ჩვევის გამოყენება

და მისი გამოყენების დასაბუთება (MedInfo Consulting, 2013). ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა უნდა იქნეს გამოყენებული, როგორც ფორმატული და შემაჯამებელი შეფასება. სტუდენტებს მოეთხოვებათ ჩააბარონ შესაბამისი ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა კლინიკურ უნარებზე, მანამ სანამ პრაქტიკაში შეძლებენ ამ უნარების გამოყენებას. ამჟამად საქართველოში ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდა ნაწილობრივ გამოიყენება ექთნების განათლების სისტემაში, მაგრამ რეკომენდებულია კლინიკური უნარების შეფასების ამ მეთოდის დანერგვა. ეს არის სტუდენტის კლინიკური კომპეტენციის შეფასების ობიექტური მეთოდი (CNO., 2009).

ობიექტურ სტრუქტურირებულ კლინიკურ გამოცდაზე ხდება საექთნო ჩვევების ლაბორატორიაში გავლილი პრაქტიკაზე ნასწავლი უნარების დემონსტრირება. მათი შეფასება ხდება კრიტერიუმების საკონტროლო სიის გამოყენებით, რომელიც წინასწარ არის შემუშავებული და დამტკიცებული. გამოცდის წერითი და პრაქტიკული ნაწილებით, რომლებშიც სირთულე თანდათან მატულობს, ფასდება სტუდენტების კომპეტენცია ცოდნაში, კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებაში, კომუნიკაციასა და ფსიქომოტორულ უნარებში. ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის პროგრამა მუდმივად უნდა ვითარდებოდეს პრაქტიკოსებთან კონსულტაციის გათვალისწინებით და უნდა ასახავდეს პაციენტის ცვალებად საჭიროებებს (MacCormick, 2011).

ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის შინაარსი უნდა ასახავდეს შესაბამისი თეორიული კომპონენტის სასწავლო მასალას, შეფასების კრიტერიუმები უნდა შეესაბამებოდეს მოცემული პროგრამით გათვალისწინებულ სწავლის შედეგებს. კრიტერიუმები უნდა შემუშავდეს და დამტკიცდეს პედაგოგებისა და ამ სფეროს ექსპერტების მიერ. სასურველია ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის სტრუქტურისა და კრიტერიუმების ჩამოყალიბების შემდეგ მოხდეს მისი დეტალური შესწავლა ექსპერტთა ჯგუფის მიერ, შემდგომ კი - პილოტირება, სანამ რეალურად დაინერგება საექთნო სწავლებაში, როგორც სტუდენტის მიერ საექთნო პროფესიული უნარ-ჩვევების ათვისების დონის შემამოწმებელი გამოცდა (Spouse/სპოუზი, 2010). ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის ჩატარების ადგილი აღჭურვილი უნდა იყოს იმ მატერიალურ-ტექნიკური საშუალებებით, რომელიც

გამოყენებული იყო სწავლების პერიოდში. სასურველია ეს აღჭურვილობა შეესაბამებოდეს თანამედროვე მოთხოვნებს. საექთნო სასწავლო ლაბორატორიის აღჭურვილობა ძალიან მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სტუდენტისათვის პრაქტიკული უნარ-ჩვევების სწავლებაში.

უნდა არსებობდეს ზუსტი და არაორაზროვანი ინსტრუქციები სტუდენტისათვის და გამომცდელისათვის. თუ ინსტრუქციები არ არის მკაფიო, სტუდენტმა ან გამომცდელმა შეიძლება არასწორად გაიგონ ისინი და შეფასებაც იქნება არაობიექტური. შეფასების კრიტერიუმები უნდა იყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, მკაფიო და ზუსტი. კრიტერიუმების მიხედვით ადვილი უნდა იყოს სტუდენტის ცოდნის განსაზღვრა, ასევე კრიტერიუმები საშუალებას უნდა იძლეოდეს, რომ გამომცდელმა შესძლოს მიუთითოს, აუხსნას სტუდენტს რომელიმე კონკრეტული კრიტერიუმები სწორად შეასრულა, არასწორად შეასრულა თუ საერთოდ ვერ შეასრულა. შეფასების სქემას შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა ფორმა (Bastable/ბესტაბლე, 2015).

ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის ქულობრივი შეფასების ყველაზე პირდაპირი სისტემაა ინდივიდისათვის ნიშნის დაწერის კრიტერიუმის რანჟირება შემდეგი კატეგორიების მიხედვით:

- 1) შესრულდა სწორად
- 2) არ შესრულდა სწორად
- 3) საერთოდ არ შესრულდა/გამოტოვებულია

ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის წინ სასურველია სტუდენტებს მიეცეთ ე.წ. „მოსამზადებელი შეხვედრების“ გამოყენების შესაძლებლობა. რამოდენიმე მსგავს შეხვედრას შეუძლია უზრუნველყოს სტუდენტებისთვის გამოცდის ჩატარების მსვლელობის გააზრება, მისცეს მათ კითხვების დასმის საშუალება, რაც დაეხმარებათ გამოცდით გამოწვეული სტრესის დაქვეითებაში. ასეთ შეხვედრებზე ლექტორებმა სტუდენტები უნდა გაარკვიონ მომავალი გამოცდების პრაქტიკულ ასპექტებსა და ფორმატში (MacCormick, 2011). ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის ჩატარებაში მთავარი როლი ეკისრება ოსკვ კოორდინატორს, რომელიც იღებს სრულ პასუხისმგებლობას გამოცდის ორგანიზებაზე. გამოცდის ჩასატარებლად აუცილებელია საექთნო ჩვევების ლაბორატორიის გამოყენება, რომელიც აღჭურვილი უნდა იყოს

მულაჟებით, მანეკენებით, სამედიცინო ტექნიკით. გამოცდის მსვლელობაში მონაწილე აკადემიური, ტექნიკური და ადმინისტრაციული პერსონალი უნდა იყოს კარგად ინფორმირებული, ორგანიზებული და მომზადებული. წინასწარ უნდა იყოს შერჩეული თუ რა უნარ-ჩვევების შეფასება უნდა მოხდეს და შესაბამისად რამდენი და რა ტიპის პუნქტები (სხვადასხვა მანიპულაციების, პაციენტის შეფასების) იქნება გამოყენებული. ეს დამოკიდებულია შესაფასებელ პროგრამაზე და ოსკგ დონეზე. შერჩეული პუნქტების შესახებ საბოლოო გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო იქნება აკადემიური გუნდის წევრთა მონაწილეობა (CNO, 2009).

გამოცდის განმავლობაში სტუდენტები გაივლიან პუნქტების რიგს, თითოეული საგამოცდო პუნქტში სტუდენტი ხვდება სიმულირებულ პაციენტს (ან არის მულაჟი/მანეკენი) და მოეთხოვება რაიმე სახის მანიპულაციის ჩატარება ან პაციენტის შეფასება, მაგალითად პრობლემების იდენტიფიკაცია, დახმარების გაწევა, მაჩვენებლებზე დაკვირვება და შედეგების ჩაწერა (მაგ. სასიცოცხლო ნიშნები). ყველა ქვედების შეფასება ხდება დამკვირვებლის მიერ წინასწარ განსაზღვრული კრიტერიუმების საკონტროლო სიის მიხედვით. ეს საგამოცდო პუნქტები იდეალურია ინტერპერსონალური უნარ-ჩვევების, ფსიქომოტორული უნარ-ჩვევების, ფიზიკური გასინჯვის და დახმარების სტანდარტების ტესტირებისათვის. ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის მსვლელობის დაფიქსირება ვიდეოჩანაწერზე აპრობირებული და მოწონებული მეთოდია. ვიდეოჩანაწერის გაკეთება ადვილია ციფრული ვიდეოკამერის მეშვეობით, ხოლო ჩანაწერის გამოყენებით შესაძლებელია:

- 1) არასასურველი შეფასების მიღებისას სტუდენტის პრეტენზიის შემთხვევაში გამოცდის მსვლელობის თავიდან განხილვა სხვა ექსპერტებთან ერთად
- 2) გამოცდის მსვლელობაში ხარვეზების გამოსავლენად და გამოსასწორებლად
- 3) სტუდენტების სხვა ჯგუფებთან სასწავლო მიზნით გამოყენება

ობიექტური სტრუქტურირებული კლინიკური გამოცდის გზით სტუდენტების შეფასების მიზანია სუბიექტივიზმის მინიმუმამდე დაყვანა:

- 1) ყველა სტუდენტი გადის ერთსა და იმავე პუნქტებს
- 2) სიმულირებული პაციენტების გამოყენება უზრუნველყოფს სტუდენტებისათვის ერთსა და იგივე სიტუაციებს

- 3) ყოველი კანდიდატი პუნქტების სრული სერიის გავლის დროს ფასდება რამოდენიმე გამომცდელის მიერ.
- 4) წინასწარ შეთანხმებულია, თუ რისი შეფასება მოხდება
- 5) სტანდარტიზებულია ნიშნის დაწერის კრიტერიუმები
- 6) ყოველი პუნქტისათვის გამომცდელები იყენებენ სტანდარტიზებულ კრიტერიუმებს, რომლებითაც განისაზღვრება თუ რისი ტესტირება ხდება კონკრეტულ პუნქტში
- 7) კრიტერიუმები წინასწარ თანხმდება გამომცდელების მიერ
- 8) გამოცდის ჩაბარების/ჩაჭრის კრიტერიუმები და არა-უსაფრთხო პრაქტიკის კრიტერიუმები შეიძლება წინასწარ შეთანხმდეს
- 9) შემფასებლები ტრენირებული არიან თავისი როლის შესასრულებლად (Bastable, 2015).

1.1.1. საექთნო საქმის განვითარება საქართველოში

საქართველოში საექთნო საქმის განვითარების ელემენტები უძველესი დროიდან ჩნდება. საექთნო საქმე ყოველთვის მოიაზრებოდა ავადმყოფის მოვლის ხელოვნებად, ამიტომ, მართალია საექთნო საქმე, როგორც პროფესია, მოგვიანებით, მე-19 საუკუნეში ჩამოყალიბდა, მაგრამ მისი საწყისები შორეულ საუკუნეებშია. საქართველოში პირველყოფილი ადამიანების საცხოვრებლებისა და იარაღების შესწავლა ადასტურებს, რომ უკვე ძვ. წ. აღრიცხვის მესამე ათასწლეულში სამკურნალო საქმიანობის ჩანასახი არსებობდა და ამასთან ერთად არსებობდა მოვლის გარკვეული ცოდნაც. არქეოლოგიური გათხრების შედეგად ქსნის ხეობის, კლდეეთის, არმაზის, ურეკის, ვანის სამაროვნებში (ძვ. წ. აღ. II - IV საუკ.) აღმოჩენილი ნივთების, აგრეთვე კომუნალურ ნაგებობათა და სანიტარულ-ჰიგიენური ტექნიკის ნაშთების მიხედვით შეგვიძლია ვიმსჯელოთ ამ ეპოქაში მოსახლეობის ცხოვრების მაღალ დონეზე და შესაბამისად, მაღალ ჰიგიენურ კულტურაზე. აქედან გამომდინარე ცხადია, რომ არსებობდნენ ადამიანები, ვინც დაკავებულნი იყვნენ სანიტარულ-ჰიგიენური საკითხების მოგვარებით და ამ დარგში საზოგადოების განათლებით.

ანტიკური ხანის ქართულმა მედიცინამ წარუშლელი კვალი დატოვა მსოფლიო მედიცინის ისტორიაში. ითვლება, რომ სიტყვა „მედიცინა“ დაკავშირებულია კოლხეთის

ლეგენდარული მეფის, აიეტის ქალიშვილის, მედეას სახელთან, რომელიც თავისი ეპოქის სახელგანთქმულ მკურნალად ითვლება.

პირველყოფილი ადამიანების საცხოვრებლებისა და იარაღების შესწავლა ადასტურებს უკვე ძვ. წ. აღრიცხვის მესამე ათასწლეულში საქართველოში სამკურნალო საქმიანობის ჩანასახის არსებობას. სამედიცინო საქმიანობა მსოფლიო მედიცინის ისტორიაში ცნობილია "CURA MEDIANA"-ს სახელწოდებით, რაც ასევე იმაზე მიუთითებს, რომ იმ ქვეყანაში, სადაც ეს იდეები ჩაისახა, სამედიცინო-პრაქტიკული საქმიანობა არ შეიძლება მაღალ დონეზე არ მდგარიყო. ქართული მედიცინის ისტორიის კლასიკური პერიოდის ბრწყინვალე ძეგლებად აღიარებული სამედიცინო პრაქტიკული ხასიათის ძეგლები: ქანანელის "უსწორო კარაბადინი" (X საუკუნე) და ხოჯაყოფილის "წიგნი სააქიმოი" (XIII საუკუნე). მათში იმ დროისათვის საოცარი სიზუსტითაა მოცემული ანატომიურ-ფიზიოლოგიური, პროფილაქტიკური, ჰიგიენური, კლინიკურ-დიაგნოსტიკური, დიეტეტიკური და მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხები. XVI - XVIII საუკუნეებში ქართველ ფეოდალთა შეწირულობებით განახლდა სამედიცინო საქმიანობა ათონის ივერთა მონასტერში: აშენდა წმ. გიორგის საავადმყოფოს ახალი შენობა, ხოლო 1610 წელს - წმინდა მოდესტის საავადმყოფო, აგრეთვე ლეპროზორიუმი. ავადმყოფთა მოვლის ხელოვნება განსაკუთრებით ამ პერიოდში განვითარდა. წარსულში შექმნილი და შემორჩენილი მრავალი ნაშრომი მიუთითებს საქართველოში საერთოდ მედიცინისა და ავადმყოფის მოვლის ცოდნის მაღალი დონის არსებობაზე. მრავალთა შორის ასეთ ნაშრომთა რიცხვს ეკუთვნის: ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილის "სამკურნალოწიგნი-კარაბადინი" (მე-15 საუკუნე), დავით ბატონიშვილის "იადიგარ დაუდი" (მე-16 საუკუნე) და სხვა მრავალი. არ შეიძლება არ აღინიშნოს თამარ მეფის ღვაწლი ამ საქმეში. საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონში დღესაც შემორჩენილია ლეგენდები თამარ დედოფალზე, როგორც აქიმ-დედოფალზე.

მე-16 საუკუნიდან ქართულ მედიცინაში აშკარად იგრძნობა ევროპული მედიცინის გავლენა ტერმინოლოგიის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის მეთოდების დასხვათა მხრივ, თუმცა რენესანსის პერიოდი უმთავრესად მაინც ძველიქართული მედიცინის განახლების, ძველი ქართული სამედიცინო აზროვნების აღდგენის ხანად გვევლინება. გარკვეული ისტორიული მდგომარეობის გამო საქართველოს რუსეთთან დაკავშირების შედეგად, ქართული მედიცინა მთლიანობაში და რასაკვირველია საექონო საქმეც, განვითარდა რუსული სქემით.

მე-19 საუკუნის ქართული მედიცინა ხასიათდება სამედიცინო-სანიტარული მომსახურების ორგანიზაციისა და სააფთიაქო საქმის განვითარებით, ეპიდემიების საწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარებით, საკურორტო-ბალნეოლოგიური რესურსების ათვისება-გამოყენებით, ხალხური მედიცინის ტრადიციების გაგრძელებით. მეფის მთავრობა ვერ იჩენდა ხელგამლილობას ჯანმრთელობისათვის ხარჯების გასაღებად. ამ პერიოდში სამედიცინო საქმის ზრდა-განვითარება ძირითადად მხოლოდ ქვეყნის მოწინავე პროგრესული ძალებისა თუ გამოჩენილ მეცნიერთა და საზოგადო მოღვაწეთა აქტიური საქმიანობის შედეგი იყო. საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის არ არსებობის გამო ამ პერიოდში მომუშავე თითქმის ყველა ქართველ ექიმს უმაღლესი განათლება რუსეთში ჰქონდა მიღებული. ამ პერიოდში საქართველოში არ არსებობდა საექთნო სასწავლებელი და ავადმყოფთა მოვლა ძირითადად საეკლესიო სფეროსთან ასოცირებული მოწყალებისა და სათნოების დების მიერ ხორციელდებოდა. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფის მოვლა მამაკაცების პრეროგატივა იყო და მხოლოდ მე-18 საუკუნეში „დაერთოთ ნება“ ქალებს დაკავებულებდნენ ამ საქმიანობით (მონაზონები, მოწყალების დები). ექიმმა გააზმა (1778 – 1853 წ.წ.) პირველად მიიწვია ქალები მომვლელებად ინვალიდი ჯარისკაცების ნაცვლად. 1814 წელს მოსკოვსა და სანკ-პეტერბურგში გაიხსნა ეგრეთ წოდებული „ქვრივთა სახლები“, სადაც მკურნალობდნენ დაჭრილ ჯარისკაცებს. ამ დაწესებულებებში მომვლელებად მოხალისედ მუშაობდნენ დიდგვაროვანი ქალბატონები, რომელთაც ომში დაკარგეს ახლობელი. ამ პერიოდში უკვე აქტუალური დადგა მომვლელთათვის სპეციალური განათლების მიღება. 1822 წელს გამოვიდა პროფესორ ვ.ოპელის სახელმძღვანელო რუსულ ენაზე „პერსონალის სპეციალური სწავლებისათვის ავადმყოფის მოსავლელად“. ავტორი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევდა იმ გარემოებას, რომ ავადმყოფის სათანადო მოვლის გარეშე გამოცდილი ექიმიც კი უძლურია ადადგინოს მისი ჯანმრთელობა.

მე-19, განსაკუთრებით კი მე-20 საუკუნიდან საქართველოში საექთნო საქმე ვითარდება რუსეთში ამ პროფესიის განვითარების მსგავსად. მოწყალების დების საქმიანობა სულ უფრო და უფრო იხვეწებოდა და პროფესიულ, აკადემიურ ჩარჩოებში ჯდებოდა. 1917 წლის 26 აგვისტოს მოსკოვში ჩატარებულა მოწყალების დების პირველი ნაციონალური კონფერენცია, გამოიცა ყოველკვირეული ჟურნალი.

1917 წლის ოქტომბრის სოციალისტური რევოლუციის შემდგომ პერიოდში კომუნისტური რეჟიმისათვის ტერმინი „მოწყალებისა“ და „სათნოების და“ მიუღებელი აღმოჩნდა,

ვინაიდან ქრისტიანურ რელიგიასთან ასოცირდებოდა. ამიტომ 1926 წელს სსრკ-ში ხმარებიდან იქნა ამოღებული ტერმინები "მოწყალების და" და "სათნოების და". მათ მაგივრად შემოიღეს ტერმინი "მედიცინის და", რაც ასევე მექანიკურად იქნა ნათარგმნი და დამკვიდრებული ქართულ სამედიცინო სფეროში "მედ.დის" სახით.

ტერმინი "მედ.და" დღესაც აქტიურად იხმარება ბევრ სამედიცინო დაწესებულებაში, თუმცა საქართველოს ექთნების ასოციაციამ ჯერ კიდევ 1997 წელს, ასოციაციის პირველ ყრილობაზე დააყენა პროფესიული სახელწოდების საკითხი და ხმათა აბსოლუტური უმრავლესობით გადაწყდა: რუსული ტერმინის "მედიცინის დის" ნაცვლად მოვლის პროფესიონალის აღმნიშვნელი ტერმინი იყოს ქართული სიტყვა „ექთანი“ (ექიმთან ერთად).

მედიცინის განვითარებასთან ერთად იზრდებოდა საექთნო საქმიანობის როლი და საჭიროება. საბჭოთა რეჟიმის ქვეყნებში ეს სპეციალობა გადაიქცა ექიმის დამხმარე, და არა დამოუკიდებელ სპეციალობად. სამწუხაროდ საქართველოც ასეთი ქვეყნებს მიეკუთვნებოდა. მედიცინის დების საქმიანობის სწორად შეფასების შედეგად, ავადმყოფის მოვლის გაუმჯობესების მიზნით, ჯერ მოსკოვში - 1936 წელს, ხოლო შემდეგ კი საქართველოშიც დაარსდა უფროსი მედდის თანამდებობა. იმ პირობებშიც კი, როდესაც პროფესიას არ ჰქონდა დამოუკიდებელი განვითარების შესაძლებლობა და სტატუსი, ჯანდაცვის შედეგების გასაუმჯობესებლად გამოიკვეთა ამ რგოლის დამოუკიდებელი მენეჯმენტის აუცილებლობა.

ისტორია შემორჩა პირველი ქართველი ექთნების სახელები:

1. მარო მაყაშვილი - ეკატერინე გაბაშვილის უფროსი შვილიშვილი;
2. თამარ მუხამე - პირველი საოპერაციო და საქართველოში;
3. ანეტა ანდრონიკაშვილი - პირველი ქართველი ექთანი, რომელიც მუშაობდა წმინდა ნინოს ლაზარეთში.

საქართველოში პირველი საფერშლო სასწავლებელი დაარსდა თბილისში 1872 წელს.

სკოლა დაარსებული იქნა ე.წ. "საზოგადოებრივი მზრუნველობის პრიკაზის" ხარჯზე.

1. პირველი სამედიცინო სასწავლებელი დაარსდა 1918 წელს
2. საშუალო სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების ცენტრალური სკოლა გაიხსნა 1937 წელს
3. 1945 წელს საქართველოში უკვე იყო 27 საშუალო სამედიცინო სასწავლებელი, ე.წ. ტექნიკური სასწავლებელი.

პირველი ქართველი ფერშალი რომელსაც მიღებული ჰქონდა სათანადო სამედიცინო განათლება, იყო აფრასიონ პეტრიაშვილი, დაბადებული ამბროლაურის რაიონის სოფელ სხვაგში 1866 წელს. იგი ერთადერთია საქართველოში, ვინც დაჯილდოვდა მედლით ყვავილის აცრის საქმეში. საქართველოში საექთნო განათლების ფუძემდებლებად ითვლებიან: დავით გედევანიშვილი, ალექსანდრე ნათიშვილი, იოსებ თუმანიშვილი. მეორე მსოფლიო ომის წლებში 17 ქართველ მედდას მიენიჭა სსრკ გმირის წოდება, ხოლო 41 მედდა წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტმა დააჯილდოვა ფლორენს ნაიტინგელის მედლით, რომელიც მსოფლიოში ყველაზე მაღალ საექთნო ჯილდოთ ითვლება.

საექთნო საქმის განვითარების მნიშვნელოვან ეტაპად იქცა 1996 წლის 13 მაისს საქართველოს ექთნების ასოციაციის ჩამოყალიბება. ეს შესაძლებელი გახდა „ატლანტა-თბილისის სამედიცინო პროგრამის“ ფარგლებში საქართველოში ჩამოსული ამერიკელი ექთნების ხელშეწყობით. ესენი იყვნენ ატლანტის (აშშ. ჯორჯიის შტატი) გრეიდის ფედერალური საავადმყოფოს ექთნები: ლორა ჰარტი, ჯუდი უოლდი, ქეთრინ ფაჩი, ლაილა განტერი. ასოციაციის დევიზია: „ზრუნვა და სიბრძნე“. ასოციაციის ინიციატივით ექთნების საერთაშორისო დღე - 12 მაისი (ფლორანს ნაიტინგელის დაბადების დღე) საქართველოშიც აღინიშნება. შეიქმნა საქართველოს ექთნების ასოციაციის რეგიონალური ბიუროები.

1996 წლის 22 აპრილს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში დაინიშნა თავარი სპეციალისტი საექთნო საქმეში, ხოლო 1997 წლის ივლისში საექთნო საკითხებთან დაკავშირებით ჩატარებული კოლეგიის გაფართოებული სხდომაზე გადაწყდა (ბრძანება #429/ო) ჯანდაცვის სამხარეო დეპარტამენტებში მთავარი ექთნების დანიშვნა, ხოლო ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრში „საექთნო საქმის რეფორმისა და რეორგანიზაციის ჯგუფის“ შექმნა 6 კაცის შემადგენლობით. სამწუხაროდ, ეს გაგრძელდა მხოლოდ ორიოდე წელი და მნიშვნელოვანი რეფორმების გატარება ვერ მოხერხდა.

საექთნო საქმის ახლებურად დანახვის, საერთაშორისო სტანდარტებთან მიახლოების შესაძლებლობა შექმნა 1998 წლის 15 მარტს ჯანმრთელობის დაცვის ნაციონალური ცენტრის უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრში საექთნო კომპონენტის

ჩამოყალიბებამ. ამ პროცესს ხელი შეუწყო ამერიკის ჯან.დაცვის საერთაშორისო ალიანსის (AIHA) "ატლანტა-თბილისის" სამედიცინო პარტნიორობამ" და სკრენტონის უნივერსიტეტთან ნაციონალური ცენტრის პარტნიორობამ პროგრამამ. საქართველოში საექთნო საქმის განვითარებაზე და ექთნის ფუნქცია-მოვალეობებზე უდიდესი გავლენა მოახდინა საბჭოთა პერიოდმა, როდესაც ქვეყანაში მოქმედებდა სემაშკოს მოდელი (სოციალისტური ქვეყნების ცენტრალიზებული სისტემა - სემაშკოს მოდელი. 1918). ამ მოდელის დროს:

- 1) სამედიცინო მომსახურება იყო უაღრესად ცენტრალიზებული
- 2) სერვისების დაფინანსება ხდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და მისი მიზანი იყო საყოველთაო უფასო ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა.
- 3) თანაბარი ხელმისაწვდომობისათვის სამედიცინო მომსახურების აქცენტი გადატანილი იყო გეოგრაფიულ გადანაწილებაზე.
- 4) დაწესებულებები ეკუთვნოდა სახელმწიფოს და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები მართავდა ცენტრალური ხელისუფლების პირდაპირი კონტროლის ქვეშ.
- 5) უზნობრივი პრინციპით მოსახლეობამიმაგრებული იყო პოლიკლინიკაზე და სპეციალისტების (ძირითადად თერაპევტი, პედიატრი და სხვა) არჩევაში შეზღუდული იყო, ანუ პირველად სამედიცინო მომსახურებას მოსახლეობა იღებდა პოლიკლინიკაში მხოლოდ საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.
- 6) საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების დაფინანსება ხდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან.
- 7) მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისათვის არსებობდა სამედიცინო დახმარების პარალელური სისტემები.
- 8) არსებობდა არაფორმალური, ჯიბიდან გადახდის მაღალი დონე
- 9) ჯანდაცვის ცენტრალიზებული საბჭოთა სისტემა იყო რესურსტევადი, ჭარბი საწოლთა ფონდით და პერსონალით
- 10) ჯანდაცვის სისტემა უფრო მეტად ორიენტირებული იყო სტაციონარულ მკურნალობაზე, ვიდრე პირველად ჯანდაცვაზე
- 11) თანაბრად იყო გადანაწილებული ჯანდაცვის ფინანსური ტვირთი და მოსახლეობის ფართო ფენას ფინანსური ხელმისაწვდომობის მცირე ბარიერები ხვდებოდა
- 12) იყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კარგად ორგანიზებული სისტემა

საქართველოში საექთნო საქმის მოდელი ექთანს განიხილავდა, როგორც საექიმო პროფესიის პირველ საფეხურს. ამან გამოიწვია საექთნო საქმის პროფესიული განვითარების შეფერხება. საექთნო განათლება ძირითადად ხდებოდა საშუალო სამედიცინო სასწავლებელში, ე.წ. ტექნიკურ სასწავლებელში. სასწავლო პროგრამები ცენტრალიზებული წესით იყო შედგენილი და სავალდებულო იყო მათი განხორციელება. არ არსებობდა ან ძალიან მცირე რაოდენობით იყო საექთნო ლიტერატურა, რის გამოც სასწავლო მასალა წარმოადგენდა საექიმო განათლების უმცირეს ნაწილს, ყოველგვარი საექთნო პროფესიული ნიუანსების გათვალისწინების გარეშე, ვინაიდან პედაგოგები მხოლოდ ექიმები იყვნენ როგორც თეორიულ, ასევე პრაქტიკულ ნაწილშიც. ასე რომ, სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ ვიღებდით ექთანს, რომელსაც საუკეთესო შემთხვევაში გარკვეული მანიპულაციების შესრულება და ექიმის მითითებების შესრულება შეეძლო. ექიმის დამხმარის სტატუსი საზოგადოებაში ღრმად ჩაიბეჭდა და საბოლოოდ ექთანი (მედდა) გაიგივდა მხოლოდ ინექციის გამკეთებელ და ექიმის მითითებების შემსრულებელ ადამიანად. არადა საექთნო პროფესიის მთავარი ფუნქცია არის საექთნო მოვლა, რომელიც თავისთავად საექთნო პროცესის განხორციელებასაც მოიცავს.

2007 წელს საქართველოში მოხდა უმაღლესი განათლების რეფორმა, რამაც შემოიტანა პროფესიული განათლების ცნება. 2007 წლის კანონი უმაღლესი განათლების შესახებ განსაზღვრავდა ორი ტიპის პროფესიულ განათლებას: სახელობო განათლება და უმაღლესი პროფესიული განათლება (უპგ). უპგ განეკუთვნება უმაღლეს განათლებას. სახელობო განათლების მიზანია პრაქტიკული და არა აკადემიური უნარ-ჩვევების დაუფლება.

უკანსაკნელი 4-5 წლის განმავლობაში განათლებისა და ჯანდაცვის სამინისტროების მიერ გატარდა მნიშვნელოვანი პოლიტიკური ცვლილებები, რაც საექთნო განათლებასთან მიმართებაში გამოიხატა სამი დონის საექთნო სწავლების შემოღებაში. კერძოდ, ამჟამად სამი ტიპის დაწესებულებაა, რომელიც ამზადებს ექთნებს: უმაღლესი განათლების (ბაკალავრიატი) 2011 წლიდან და პროფესიული III და V საფეხურის საექთნო განათლების სკოლები (2007 წლიდან), სადაც შესაბამისად მზადდება ექთნის თანაშემწე და პრაქტიკოსი ექთანი.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილებით 2007 წლამდე არსებული საშუალო სამედიცინო განათლების სამედიცინო სასწავლებლების (ტექნიკური სკოლა) კურსდამთავრებულები გაუთანაბრდა უმაღლესი პროფესიული განათლების დონეს. სახელობო განათლების მიღება შესაძლებელია არასრული საშუალო განათლების (9 კლასი) შემდეგ 1,5 – 2 წელი სახელობო სასწავლებელში სწავლით. სწავლის დასაწყებად საჭირო არ არის ერთიანი ეროვნული გამოცდების ჩაბარება. კურსდამთავრებულს ენიჭება სტატუსი „ექთნის თანაშემწე“ და მისი მოვალეობაა პაციენტის საბაზისო მოვლა. ძალიან შეზღუდულია მანიპულაციების ჩატარების უფლება, მაგ. ინექციებიდან მხოლოდ კანქვეშა ინექციის (ინსულინი) გაკეთების უფლება მიენიჭა. აღსანიშნავია, რომ ერთი წლის განმავლობაში სახელობო განათლების ექთანს ენიჭებოდა სახელი „მედდა“, რამაც ძალიან ბევრი გაუგებრობა გამოიწვია (მედდა - უპე ექთანია). მრავალი ახსნა-განმარტების შემდეგ განათლებისა და ჯანდაცვის სამინისტროებმა გაითვალისწინეს ექსპერტების აზრი და ამჟამად სახელობო განათლების მიღების შემდეგ სტუდენტს ენიჭება ექთნის თანაშემწის სტატუსი.

უმაღლესი პროფესიული განათლების მისაღებად აუცილებელია სრული ზოგადი განათლება (12 კლასი) და სწავლების 3 წელი. უმაღლესი პროფესიული განათლების მისაღებად მსურველებს უნდა ჩაებარებინათ ერთიანი ეროვნული გამოცდა გამარტივებული წესით - მხოლოდ უნარები, რაც 2015 წლიდან მოიხსნა. საექთნო კადრის განათლებას საექიმო კადრი აწარმოებდა და უმრავლეს შემთხვევაში - დღესაც იგივე სიტუაციაა, რაც გამოწვეულია ქვეყანაში პედაგოგიკის უფლების მქონე უმაღლესი განათლების მქონე ექთნების არარსებობით. ექიმებისათვის პრაქტიკული საექთნო გამოცდილების არ ქონის გამო საკმაოდ რთულია საექთნო საქმის ძირითადი საკითხების სწავლება. სწავლება ხდება უპირატესად ექიმის პერსპექტივაზე ფოკუსირებით, შედეგად ვიღებთ იმას, რომ კურსდამთავრებული ექთნები უფრო მეტად არიან ექიმის თანაშემწეები, ვიდრე საკუთარი კომპეტენციის მქონე პროფესიონალები.

დღეს საქართველოში არის სამი დონის საექთნო პერსონალი: ექთნის თანაშემწე (პროფესიული განათლების მე-3 საფეხური), პრაქტიკოსი ექთანი (პროფესიული განათლების მე-5 საფეხური) და ბაკალავრი ექთანი (უმაღლესი განათლება).

თავი 2: კვლევის მეთოდოლოგია

ნაშრომის თეორიულ საფუძველს წარმოადგენს საექთნო საქმის შესახებ არსებული ქართული და უცხოური ლიტერატურა, ოფიციალური ინფორმაცია, ინტერნეტისა და პერიოდულ გამოცემებში გამოქვეყნებული სხვადასხვა ქვეყნის და ექსპერტების მიერ ჩატარებული კვლევები, ამ მიმართულებით წარმოებული პროექტების ანგარიშები და სხვა მნიშვნელოვანი ნაშრომები. ნაშრომში დასახული მიზნის მისაღწევად ჩატარდა 3 კვლევა:

1. საქართველოში საექთნო პერსონალის ფუნქციებისა და მოვალეობების შესახებ ინფორმაციის ფლობის გამოკვლევა.
2. საქართველოში საექთნო საქმის ძირითადი პრობლემების იდენტიფიცირება.
3. საქართველოში საექთნო პერსონალის ცოდნის დონის შეფასება და პრობლემების იდენტიფიცირება.

ნაშრომში დასახული ამოცანების გადასაჭრელად გამოყენებული იქნა როგორც არსებული ოფიციალური ინფორმაციის, საექთნო საქმის ექსპერტების კვლევებისა და მოსაზრებების ანალიზისა და ინფორმაციის შესწავლის, ასევე რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. მიღებული მონაცემების დამუშავება განხორციელდა სტატისტიკურად პროგრამული პაკეტის Microsoft Excel-ის გამოყენებით.

კვლევის დასრულების შემდეგ, მონაცემების მოხერხებული ფორმით წარმოდგენისა და მეტი თვალსაჩინოებისათვის გამოყენებულ იქნა ცხრილები, სვეტიანი დიაგრამები და ნახაზები, რომელშიც თითოეულ მონაკვეთს შეესაბამება პროცენტული და/ან რაოდენობრივი წილი.

სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტების მხრიდან „ექთნის ფუნქციების შესახებ ინფორმაციის ფლობასთან“ დაკავშირებული გამოკითხვა ჩატარდა თბილისსა და ბათუმში 2011 წლის 1 ივნისიდან 30 ოქტომბრის ჩათვლით.

თბილისში კვლევა ჩატარდა: აკად. ო.დუდუშაურის სახელობის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრსა და იაშვილის სახელობის პედიატრიულ საავადმყოფოში, ხოლო ბათუმში

ცენტრალურ კლინიკურ საავადმყოფოსა და ბათუმის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის რეგიონალურ ცენტრში.

კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა მეორადი მონაცემების ანალიზი, ლიტერატურული წყაროების მიმოხილვა, ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუება, ფოკუს ჯგუფები. გამოკითხულ იქნა 300 რესპოდენტი, რომელთა შერჩევაც მოხდა მიზნობრივი შერჩევის გზით (n300). გამოკითხვა ჩატარდა სამ ფოკუს ჯგუფში:

- 1) 100 ექთანი (50 - თბილისი, 50 - ბათუმი)
- 2) 100 ექიმი (50 - თბილისი, 50 - ბათუმი)
- 3) 100 პაციენტი (50 - თბილისი, 50 - ბათუმი)

შერჩევის კრიტერიუმებს წარმოადგენდა: ექთნებისა და ექიმების შემთხვევაში - დასაქმებული შერჩეულ სტაციონარებში და სამუშაო სტაჟი არანაკლებ 5 წლისა; პაციენტების შემთხვევაში - შერჩეულ სტაციონარებში მკურნალობის შემდეგ ბინაზე გაწერის პერიოდი.

კვლევისთვის მომზადდა ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარი (დანართი 1).

რესპოდენტებს პასუხი უნდა გაეცათ 10 კითხვაზე, რომელიც ძირითადად ექთნის უფლება-მოვალეობებისა და საექთნო განათლების საკითხებს შეეხებოდა.

საექიმო პერსონალის აზრი ძალიან მნიშვნელოვანია საექთნო კადრის უფლება-მოვალეობებთან დაკავშირებით, ვინაიდან დაწესებულებების მენეჯერებთან ერთად სწორედ მათზეა დამოკიდებული ექთნისათვის იმ ფუნქციების დელეგირება, რასაც რეალურად უნდა ასრულებდნენ ექთნები. პაციენტების აზრი საინტერესო იყო საზოგადოების მიერ საექთნო პროფესიის მნიშვნელობისა და უფლება-მოვალეობების აღქმის დასაფიქსირებლად, ვინაიდან პაციენტები ეკუთვნოდნენ სხვადასხვა სოციალურ ფენას, იყვნენ სხვადასხვა განათლებისა და სამედიცინო სფეროსთან შეხების განსხვავებული გამოცდილების მქონენი.

მეორე კვლევისთვის (საქართველოში საექთნო საქმის ძირითადი პრობლემების იდენტიფიცირება) მომზადდა ასევე ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც მოიცავდა 12 შეკითხვას. რესპოდენტებს პასუხი უნდა გაეცათ საქმის სხვადასხვა ძირეულ ასპექტებთან დაკავშირებულ ისეთ კითხვებზე, როგორიცაა ექთნის უფლება-მოვალეობები, საექთნო განათლება, სამუშაოს მოცულობა, ანაზღაურება, ლეგალური საკითხები, მომსახურეობის ხარისხი და სხვა (დანართი 2).

გამოკითხვა 2011-2012 წლებში ჩატარდა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის (აჭარა, კახეთი, იმერეთი, სამეგრელო, ქვემო ქართლი) სტაციონარებსა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდა როგორც ჰოსპიტალურ სექტორში, ასევე პირველადი ჯანდაცვის რგოლში დასაქმებული ექიმები, ექთნები და მენეჯერები, რომელთა შერჩევა ხორციელდებოდა შემთხვევითი პრინციპით. გამოკითხა 2 860 რესპოდენტი ($n=2860$): 412 - ექიმი, 2 382 - ექთანი და 66 - მენეჯერი. საექთნო პერსონალის მხრიდან დაფიქსირდა მაღალი აქტივობა. დაწესებულებათა უმრავლესობაში მენეჯერები და ექიმები ინტერესით მოეკიდნენ კითხვარების შევსებას. ჯანდაცვის დაწესებულებების სხვადასხვა დონის მენეჯერების აზრი ძალიან მნიშვნელოვანია საექთნო საქმის პრობლემების იდენტიფიცირებაში, ვინაიდან დღეისათვის საექთნო რეგულაციების სიმცირის, უფრო ზუსტად - არარსებობის გამო სწორედ მათზე არის დამოკიდებული ექთნისათვის იმ ფუნქციების დელეგირება, რასაც ისინი რეალურად უნდა ასრულებდნენ. მენეჯერების კატეგორიაში შევდნენ როგორც საავადმყოფოების დირექტორები, მთავარი ექიმები და მოადგილეები, ასევე განყოფილების გამგეები და დეპარტამენტების ხელმძღვანელები. საექთნო პერსონალი დარგის „შიგნიდან“ ხედავს ამ პროფესიის პრობლემებს. ამიტომ განსაკუთრებული ადგილი დავუთმეთ სწორედ ექთნების აზრის გამოკითხვას.

მესამე კვლევა „საქართველოში საექთნო პერსონალის ცოდნის დონის შეფასება და პრობლემების იდენტიფიცირება“ ჩატარდა 2011 წლის 2-28 დეკემბერს და მის ფარგლებში განხორციელდა აჭარის რეგიონის ჰოსპიტალური და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ქსელში დასაქმებული ექთნების შეფასება. შეფასების პროცესი მოიცავდა სამ ეტაპს.

- I. საექთნო პერსონალის არსებული კომპეტენციების გამოვლენა თვითშეფასების კითხვარებით;
- II. ტესტირებული გამოკითხვა ექთნების თეორიული ცოდნის გამოსავლენად;
- III. გასაუბრება-ინტერვიუება.

სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდა აჭარის ჰოსპიტალური და სასწრაფო დახმარების ქსელში დასაქმებული საექთნო პერსონალი. შეფასება ჩატარდა შემდეგ სამედიცინო დაწესებულებებში:

1. ჩაქვის პოლიკლინიკა
2. ქედის სამედიცინო ცენტრი

3. ქედის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური
4. შუახევის სამედიცინო ცენტრი
5. შუახევის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური
6. ქობულეთის ბავშვთა საავადმყოფო
7. ქობულეთის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური
8. ქობულეთის საავადმყოფო
9. ხულოს სამედიცინო ცენტრი
10. ხულოს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური

შეფასდა 336(n=336) ექთანი, აქედან 64 სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის, 272

ჰოსპიტალური და ამბულატორიული ქსელის თანამშრომელი. რესპოდენტთა რაოდენობა რაიონების მიხედვით მოცემულია ცხრილში 3.

ცხრილი 3. შეფასებული ექთნების რაოდენობა რაიონების მიხედვით

	რაიონი	რესპოდენტთა რ-ბა		
		სამედ.ცენტრი	სასწრაფო	სულ:
1.	შუახევი	33	8	41
2.	ქედა	33	12	45
3.	ხულო	58	16	74
4.	ჩაქვი	15	-	15
5.	ქობულეთი	133	28	161
	სულ	272	64	336

წყარო: კვლევის მასალები

თვითშეფასების კითხვარით სამედიცინო პერსონალის შეფასება საშუალებას გვაძლევს გამოვარკვიოთ მათი სუბიექტური აზრი საკუთარი ცოდნისა და პროფესიული უნარების შესახებ. ამ გამოკითხვის შედეგები არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება ჩაითვალოს ობიექტურ რეალობად, მაგრამ იძლევა ბევრ სასარგებლო ინფორმაციას: როგორია რესპოდენტის გაგებისა და მიხედვადობის უნარი - რამდენად სწორად მიხვდა კითხვარის შევსების წესებს, რამდენად გულწრფელად დააფიქსირა თავისი აზრი, როგორ აფასებს თავის ცოდნას, რა ცოდნა აქვს და სხვა. თვითშეფასების კითხვარის დამუშავებისა და ტესტირებული გამოცდის შედეგების შედარებით ვიღებთ კოეფიციენტს, რომელიც გვიჩვენებს, თუ რამდენად გადაჭარბებულად (+ კოეფიციენტი)

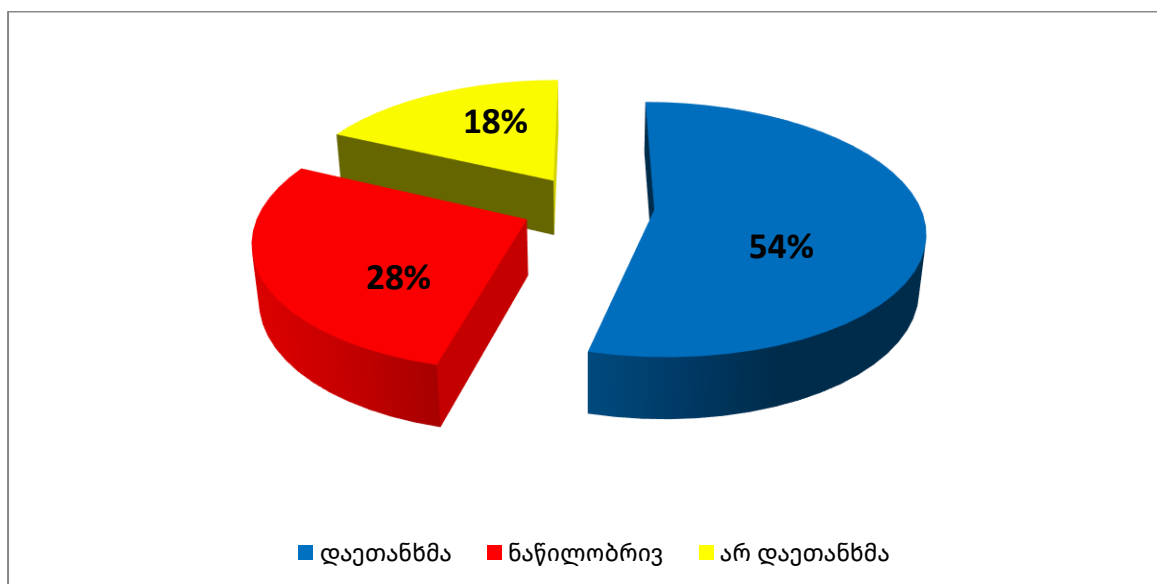
ან უარყოფითად (-კოეფიციენტი) აფასებს რესპოდენტი თავის ცოდნას. მაგალითად: თუ თვითშეფასების კოეფიციენტი არის -12, მიუთითებს, რომ ეს კონკრეტული ადამიანი თავის თავს კრიტიკულად აფასებს, თუმცა ცოდნა იმაზე მეტი აქვს ვიდრე თავად ფიქრობს. „-“ კოეფიციენტის ზრდა შეიძლება მიუთითებდეს იმაზე, რომ ადამიანს არა აქვს საკუთარი თავის რწმენა. „+“ კოეფიციენტი შეიძლება ნიშნავდეს: ადამიანი კრიტიკულად არ უდგება საკუთარ შესაძლებლობებს, ვინაიდან არ იცის რეალურად როგორია საექთნო განათლების მოცულობა და აკმაყოფილებს საკუთარი დონე; სამუშაო ადგილზე პროფესიული მოვალეობების შესრულებისას მეტი განათლება არ სჭირდება; არ არის გულწრფელი, იტყუება.

ტესტირებული გამოკითხვა ჩატარდა ექთნების თეორიული ცოდნის შესაფასებლად. შემუშავებული იქნა საექთნო საქმის ზოგადი ნაწილის კითხვარი, რომელიც შედგებოდა 100 ტესტისაგან. მაქსიმალური ქულა 100 (1 ტესტი - 1 ქულა). ტესტები მოიცავდა ზოგადად საექთნო საქმიანობისათვის აუცილებელ საკითხებს, რომლის ცოდნაც მიუხედავად ამჟამინდელი სამუშაოს სპეციფიკისა (ქირურგია, კრიტიკული მედიცინა, თერაპია, პედიატრია, მეანობა და ა.შ.) ყველა ექთანს მოეთხოვება. ტესტები ბლოკებად იქნა დაყოფილი და შესატყვისებოდა თვითშეფასების კითხვარების ბლოკებს. I-II ეტაპზე თვითშეფასების კითხვარისა და ტესტების შესავსებად ექთნებს მიეცათ 3 საათი. გასაუბრება/ინტერვიუების მიზანი იყო ექთნებთან კომუნიკაციის გზით მათი ცოდნის შეფასება. გასაუბრებას აწარმოებდა 3 ექსპერტი (მ.გოგაშვილი, თ.ქარცივაძე, ქ.გარსევანიშვილი). თითოეულ რესპოდენტზე გამოყოფილი დრო -15 წუთი. ექთნების შეფასება მოხდა 5 კომპეტენციის გათვალისწინებით: კომუნიკაცია - მაქსიმუმ 3 ქულა, პროფესიული მოვალეობების ცოდნა: საკუთარი სამუშაოს აღწერილობა, ფუნქციები, დატვირთვის ინტენსიობა, დროის განაწილება - მაქსიმუმ 4 ქულა, თვითმოტივაცია - მაქსიმუმ 3 ქულა, პროფესიონალიზმი (საექთნო საკითხების ცოდნა) მაქსიმუმ 6 ქულა და სიტუაციის ანალიზის უნარი მაქსიმუმ 4 ქულა, სულ - მაქსიმუმ 20 ქულა. ყველა ექთანს ეძლეოდა პრაქტიკულად ერთნაირი შეკითხვა, გათვალისწინებული იყო მათი ამჟამინდელი სამუშაოს სპეციფიკა და ქულები უმთავრესად მიენიჭათ ამ პოზიციაზე პროფესიული მოვალეობის შესასრულებლად საჭირო ცოდნის მიხედვით.

თავი 3. კვლევების შედეგები

3.1. საქართველოში საექთნო პერსონალის ფუნქციებისა და მოვალეობების შესახებ ინფორმაციის ფლობის გამოკვლევა

ფორმულირებას, რომ ექთნის მოვალეობა არის მხოლოდ ექიმის დანიშნულების შესრულება (მაგ: პაციენტისთვის მედიკამენტის მიწოდება, ინექციის გაკეთება და სხვა) 300 რესპოდენტიდან დაეთანხმა 162, რაც გამოკითხულთა საერთო რაოდენობის 54%-ია, 84 რესპოდენტი (28%) დაეთანხმა ნაწილობრივ, ხოლო 54-მა რესპოდენტმა (18%) ჩათვალა, რომ ექთნის ფუნქცია გაცილებით მეტია (ნახაზი 1).



ნახაზი 1. რესპოდენტთა მოსაზრება ექთნის მოვალეობის შესახებ.
წყარო: კვლევის მასალები.

სულ გამოკითხული 100 ექიმიდან მხოლოდ 18-მა, ხოლო 100 ექთნიდან 12-მა დაფიქსირა პასუხი „არ ვეთანხმები“. სინამდვილეში, ექთნის მოვალეობა მხოლოდ ექიმის დანიშნულების (მედიკამენტის მიწოდება, ინექციები) შესრულება როდია. ის მოიცავს ე.წ. საექთნო პროცესის განხორციელებას, რაც გულისხმობს პაციენტის შეფასებას, საექთნო დიაგნოზის დასმას, მოვლის დაგეგმვას, განხორციელებასა და შედეგების შეფასებას. სამწუხაროდ, დღეისათვის საქართველოში ექთანი მოიაზრება, როგორც პროფესიონალი, რომელსაც მხოლოდ ინექციის გაკეთება ევალება. ეს კიდევ ერთხელ დაადასტურა #1 კითხვის პასუხმა: რესპოდენტთა სამივე ჯგუფის უმრავლესობა თვლის, რომ ექთნის მოვალეობაში მხოლოდ ზემოთჩამოთვლილი ფუნქციები შედის. ამ კატეგორიაშია

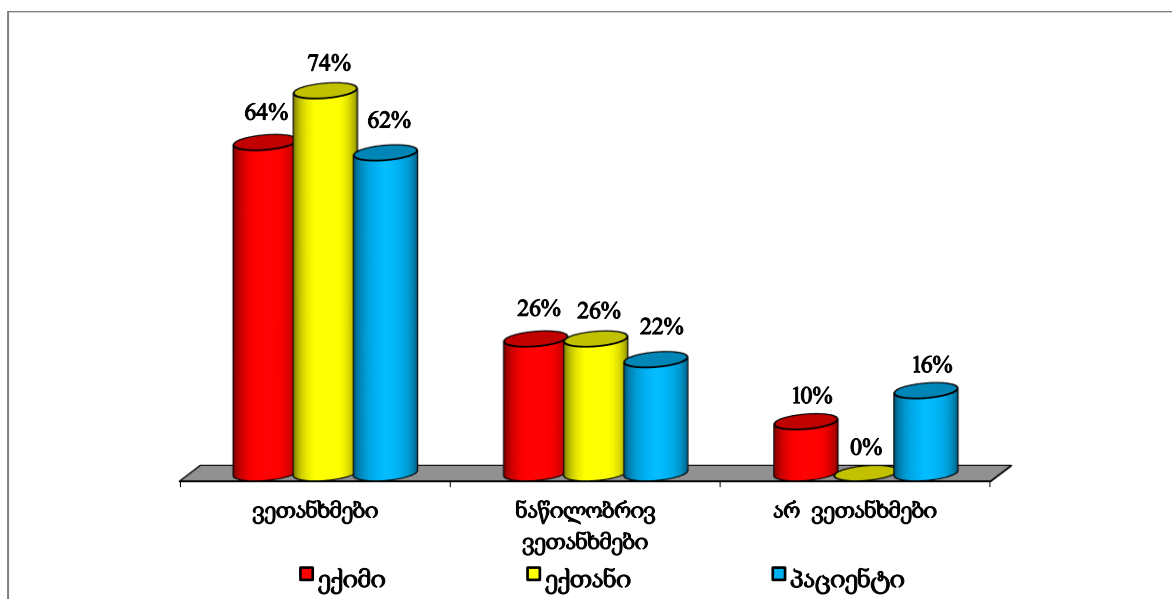
გამოკითხულ ექიმთა და პაციენტთა 50%, ხოლო ექთნების 62% (ცხრილი 4). ამ მიმართულებით პაციენტთა ჯგუფმა ზოგადი საექთნო მოვალეობების შესახებ ექთნებზე უკეთესი ცოდნა გამოავლინა - მათი 24% და ექთნების მხოლოდ 12% მიიჩნევს, რომ ექთნის მოვალეობა მხოლოდ მედიკამენტების ადმინისტრირება არ არის. აღნიშნულის სტატისტიკური სარწმუნოება ჩანს ცხრილ 4-ში და დასტურდება მაჩვენებლებით ($\chi^2=5,29$; $df=1$; $P<0.05$). გამოდის, რომ საექთნო პერსონალი თვითონ აღიქვას თავს როგორც მხოლოდ დამხმარე და არა კვალიფიციური მოვლის მიმწოდებელი.

ცხრილი 4. მოსაზრება ექთნის მოვალეობის შესახებ რესპოდენტთა კატეგორიების მიხედვით.

ჯგუფი	ვეთანხმები		ნაწილობრივ ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან
ექიმი	50	16.7%	32	10.7%	18	6%
ექთანი	62	20.7%	26	8.6%	12	4%
პაციენტი	50	16.7%	26	8.6%	24	8%

წყარო: კვლევის მასალები.

გამოიკვეთა სხვაობა თბილისსა და რეგიონში მომუშავე რესპოდენტთა პასუხებში. კერძოდ, ბათუმის სტაციონარებში სამივე ჯგუფის (ექიმი, ექთანი, პაციენტი) უმრავლესობა თვლის, რომ ექთნის მოვალეობაში მხოლოდ ექიმის დანიშნულების შესრულება შედის. დამაფიქრებელია, რომ ბათუმის რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 67% მიიჩნევს, რომ ექთნის მოვალეობა ექიმის დანიშნული მედიკამენტების ადმინისტრირებით შემოიფარგლება, აქედან 25% (37), რომელიც თვლის, რომ ექთნის მოვალეობა მხოლოდ ინექციების გაკეთება და მედიკამენტების ადმინისტრირება - არის ექთანი, რაც ბათუმის ექთან-რესპოდენტთა 74%-ს შეადგენს (ნახაზი 2). სამწუხაროდ, ექთნების 0% „არ ეთანხმება“ ფორმულირებას, ანუ თვლის, რომ სხვა ფუნქციები მათ მოვალეობაში არ შედის. ბათუმში გამოკითხულთა 25%-მა თავი შეიკავა და ნაწილობრივი თანხმობა დააფიქსირა.

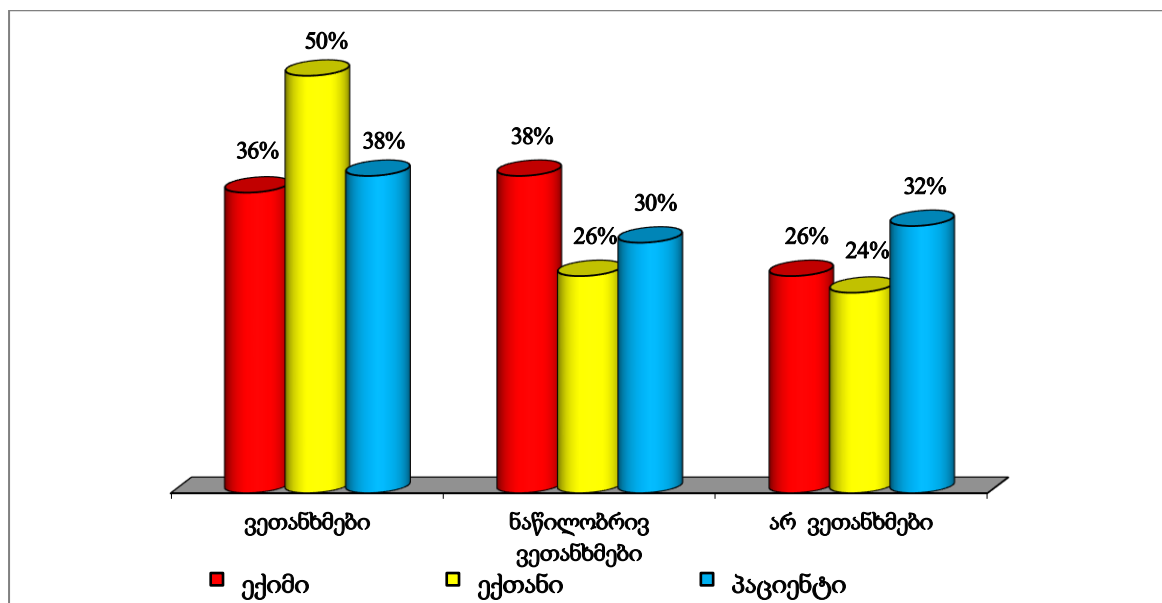


ნახაზი 2. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება ექთნის მოვალეობის შესახებ.
წყარო: კვლევის მასალები.

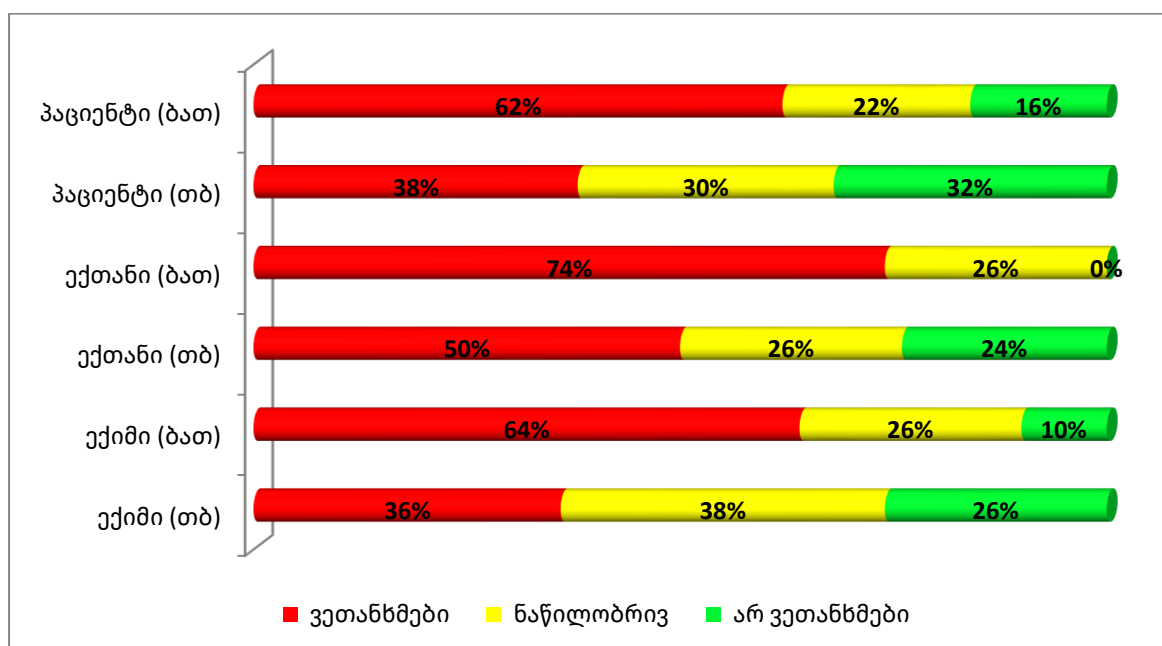
ბათუმის სტაციონარებში ჩატარებულ გამოკითხვასთან შედარებით თბილისის საავადმყოფოებში ამ კითხვის შედეგები უფრო დამაიმედებელია. ბათუმში რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 67% ექთნის ფუნქციად მხოლოდ მედიკამენტების ადმინისტრირებას მიიჩნევს და არ ეთანხმება მხოლოდ 9%, აქედან არც ერთი ექთანი არ არის! თბილისის რესპოდენტების 27% (41) ექთნის ფუნქციად მხოლოდ მედიკამენტების ადმინისტრირებასა და ინექციებს არ მიიჩნევს - ექიმების 26%, ექთნების - 24% და პაციენტების 32% (ნახაზი 3). თბილისის გამოკითხვის შედეგები ალბათ იმით არის განპირობებული, რომ ამ სტაციონარების პერსონალს უწყვეტი საექთნო განათლების გაცილებით მეტი ტრენინგი აქვს გავლილი, ვიდრე ბათუმის საავადმყოფოების ექთნებს.

თბილისის რესპოდენტებიდან საექთნო ფუნქციების უკეთესი ცოდნა დაფიქსირდა პაციენტების მხრიდან. თბილისის რესპოდენტების 27%-დან, რომელნიც ექთნის მოვალეობად მიიჩნევს არა მხოლოდ ექიმის დანიშნულების შესრულებას, 10% არის პაციენტი (თბილისის პაციენტთა 32%), 9% - ექიმი (თბილისის ექიმების 26%) და მხოლოდ 8% - ექთანი (თბილისის ექთნების 24%). რესპოდენტთა ყველა ჯგუფის პასუხების პროცენტული გადანაწილება მოცემულია ნახაზში 4. ის, რომ თბილისის რესპოდენტებს საექთნო მოვალეობებთან დაკავშირებით ბათუმის რესპოდენტებზე უკეთესი ცოდნა

აქვთ, სტატისტიკურად სარწმუნოა, რაც დასტურდება მაჩვენებლებით: $\chi^2=14,5$; $df=1$; $P<0.05$.



ნახაზი 3. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება ექთნის მოვალეობის შესახებ.
წყარო: კვლევის მასალები.

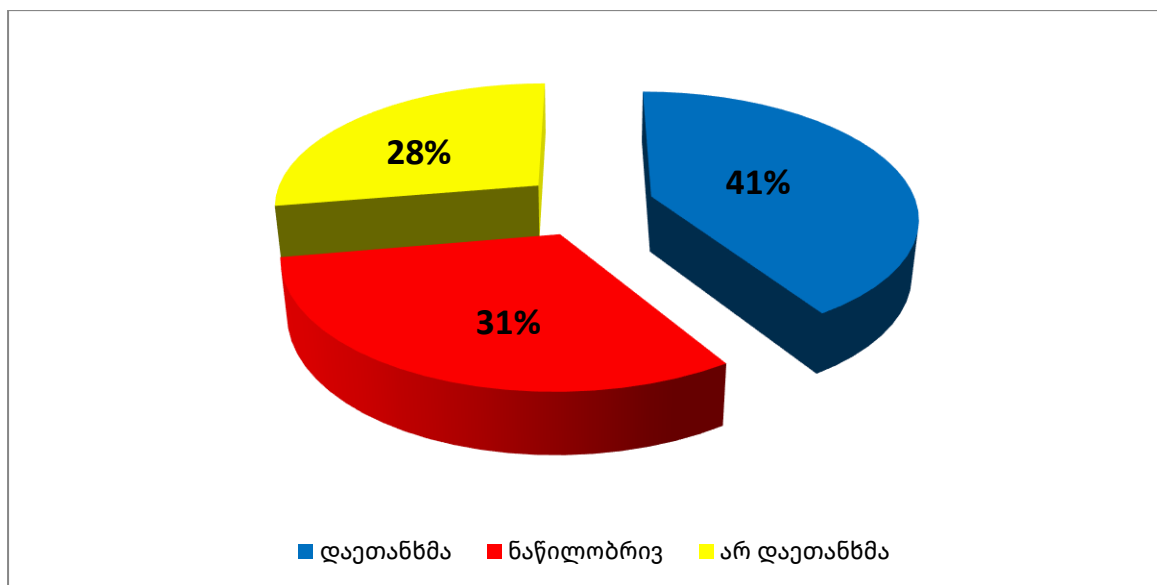


ნახაზი 4. ექთნის მოვალეობის შესახებ რესპოდენტთა მოსაზრების პროცენტული გადანაწილება
წყარო: კვლევის მასალები.

საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით საექთნო პერსონალის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფუნქციას წარმოადგენს პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა. რესპოდენტთა უმრავლესობა,

რომლებმაც პაციენტის ჰიგიენის უზრუნველყოფა ექთნის ფუნქციად მიიჩნია - არიან ექიმები 16% 48.

სამწუხაროდ, ექთნებმა კიდევ ერთხელ გამოავლინეს პროფესიული მოვალებების ცოდნის დეფიციტი. თბილისის და ბათუმის რესპოდენტ ექთანთა მხოლოდ 41% მიიჩნევს პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვას საექთნო მოვალებად, 31% - ნაწილობრივ, ხოლო 28% კი საერთოდ არ თვლის ამას ექთნის ფუნქციად (ცხრილი 5).



ნახაზი 5. მოსაზრება იმის შესახებ, რომ პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა არის ექთნის მოვალება.

წყარო: კვლევის მასალები.

რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 41% 123 პაციენტის ჰიგიენის უზრუნველყოფას ექთნების მოვალებად თვლის, ხოლო საკმაოდ დიდი რაოდენობა, 94 რესპოდენტი, რაც საერთო რაოდენობის 31%-ია, ნაწილობრივ ეთანხმება ამ მოსაზრებას. შედეგები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=8,24$; $df=2$; $P<0.05$). გამოკითხულთა 28% მიიჩნევს, რომ პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა ექთნებს არ ევალებათ (ნახაზი 5). აღსანიშნავია, რომ იმ რესპოდენტთა შორის, ვინც ასე ფიქრობს, უმრავლესობა პაციენტია - 11.7% 35. ამის მიზეზი არის ის გამოცდილება, რომელიც მათ აქვთ სტაციონარული მკურნალობიდან – უმრავლეს შემთხვევაში პაციენტის ჰიგიენაზე ოჯახის წევრები ზრუნავენ და არა სამედიცინო პერსონალი.

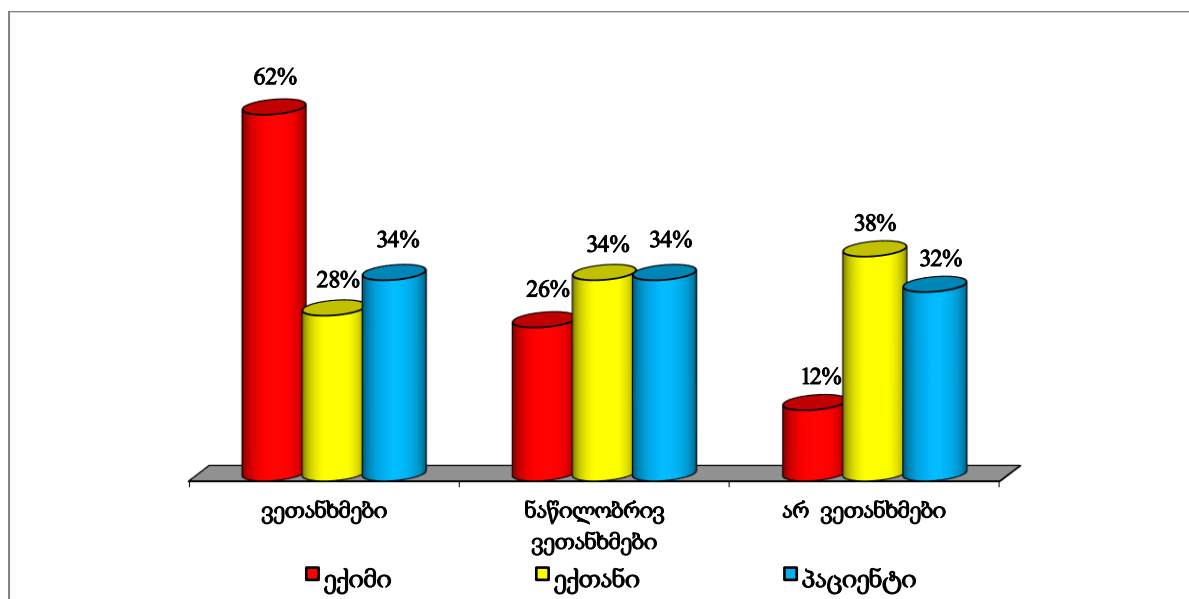
ცხრილი 5. მოსაზრება იმის შესახებ, რომ პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა არის ექთნის მოვალეობა.

ჯგუფი	ვეთანხმები		ნაწილობრივ ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან
ექიმი	48	16%	34	11.3%	18	6%
ექთანი	42	14%	28	9.3%	30	10%
პაციენტი	33	11%	32	10.7%	35	11.7%

წყარო: კვლევის მასალები

შემაშფოთებელია ის გარემოება, რომ ბათუმში გამოკითხული ექთნების ჯგუფიდან უმრავლესობა (38% 19), თავის მოვალეობად არ მიიჩნევს პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვას, 34% 17 კი მხოლოდ ნაწილობრივ ეთანხმება ამ ფუნქციის საექთნო მოვალეობად განხილვას. ეს მიუთითებს პროფესიული ცოდნის მძლავრ დეფიციტზე. ექიმების ჯგუფის 62% 31 თვლის, რომ პაციენტის ჰიგიენის უზრუნველყოფა ექთნის მოვალეობაში შედის, ანუ ბათუმში ექიმებზე ბევრად ნაკლები ექთანი თვლის პაციენტის ჰიგიენის უზრუნველყოფას თავის მოვალეობად. შედეგები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=13,0$; $df=1$; $P<0.05$).

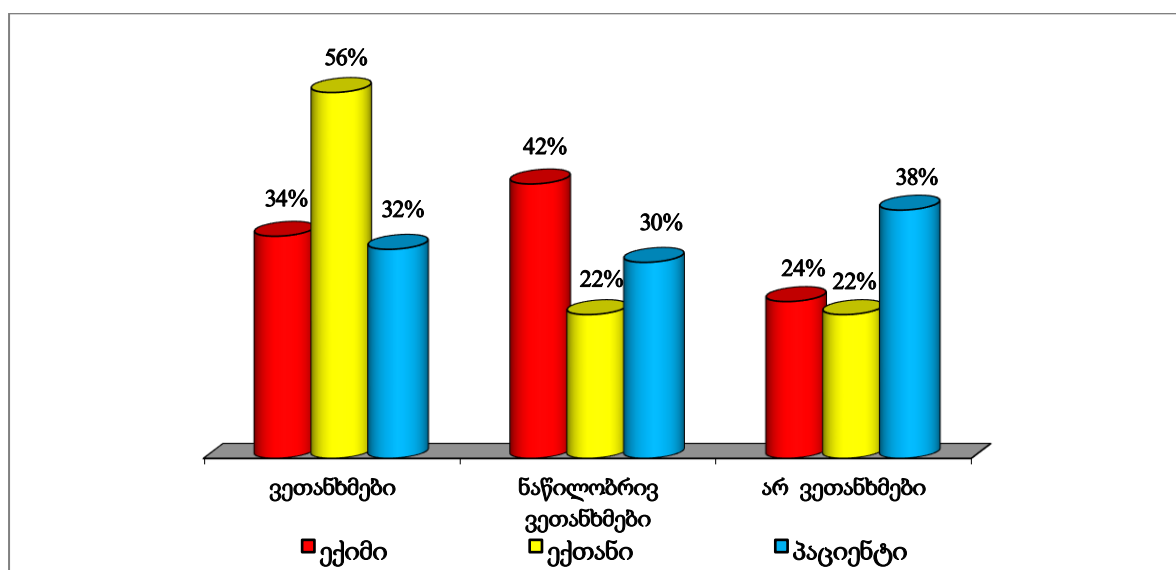
პაციენტის ჰიგიენის უზრუნველყოფის საექთნო მოვალეობად განხილვას არ ეთანხმება უფრო მეტი ექთანი, ვიდრე ექიმი და პაციენტი ($\chi^2=14,0$; $df=2$; $P<0.05$). ბათუმის რესპოდენტთა საერთო ჯგუფის შედეგები იხ.ნახაზი 6.



ნახაზი 6. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა არის ექთნის მოვალეობა.

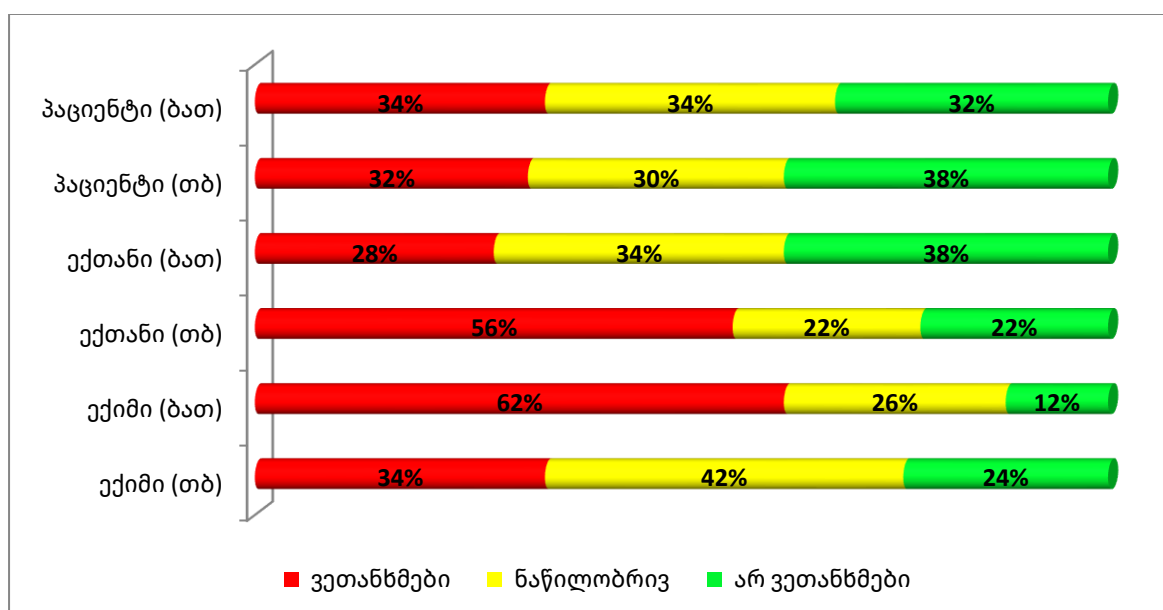
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისში გამოკითხული ექთნების მცირე უმრავლესობა (56% 28) თავის მოვალეობად მიიჩნევს პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვას. გამოკითხული ექიმების დიდმა ნაწილმა (42% 21) დააფიქსირა პასუხი „ნაწილობრივ ვეთანხმები“, ხოლო პაციენტთა 38% 19 თვლის, რომ მათი ჰიგიენის უზრუნველყოფა ექთნის მოვალეობაში არ შედის (ნახაზი 7). თბილისის რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის მხოლოდ 41% თვლის პაციენტის ჰიგიენის უზრუნველყოფას საექთნო ფუნქციად, 31% - ნაწილობრივ, ხოლო 28% - არ ეთანხმება. მართალია თბილისის რესპოდენტთა საექთნო პერსონალი თვლის, რომ ევალებათ პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა (თბილისის რესპოდენტთა 19%), მაგრამ ამ სერვისის მიმღები პაციენტების უმრავლესობა (თბილისის რესპოდენტთა 13%) უარყოფით პასუხს აფიქსირებს. შედეგები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=5,21$; $df=1$; $P<0.05$).



ნახაზი 7. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა არის ექთნის მოვალეობა
წყარო: კვლევის მასალები.

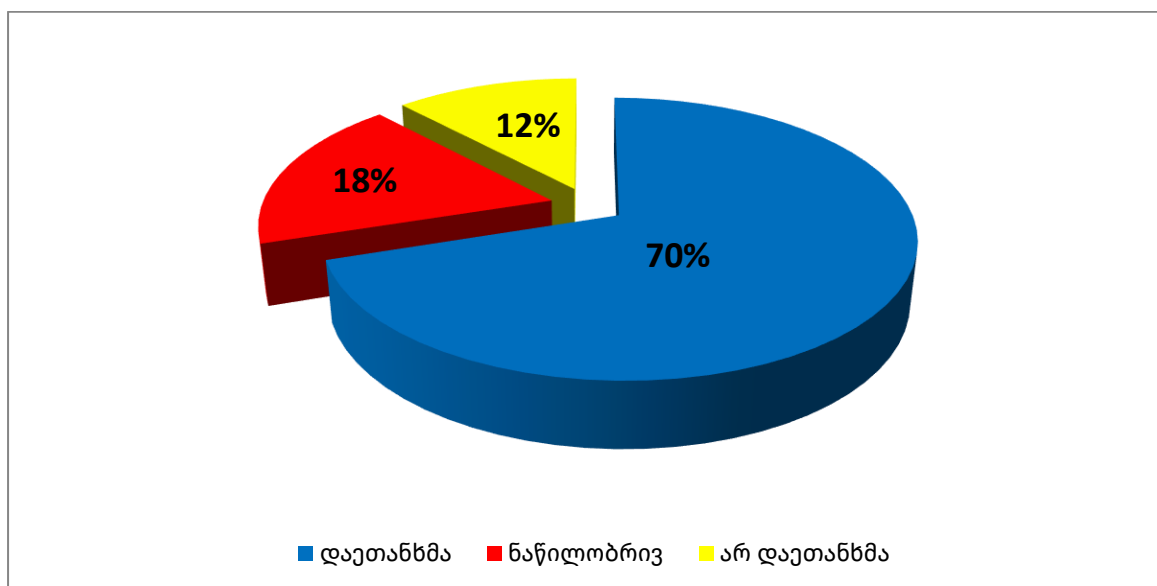
კითხვამ იმის შესახებ, რომ პაციენტის ჰიგიენის უზრუნველყოფა ექთნის მოვალეობას წარმოადგენს, კვლავ გამოავლინა საექთნო ფუნქციების ცოდნის დეფიციტი. ამ ფუნქციის შესრულება რომ ექთნის მოვალეობაა, სხვა რესპოდენტებთან შედარებით ყველაზე უკეთ ბათუმის სტაციონარების ექიმებმა იციან (რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 10%). რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის მოსაზრებების პროცენტული გადანაწილება ფოკუს ჯგუფებისა და რეგიონების მიხედვით მოცემულია ნახაზზე 8.



ნახაზი 8. პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვა არის ექთნის მოვალეობა - ყველა ჯგუფის რესპოდენტთა მოსაზრებების პროცენტული გადანაწილება
წყარო: კვლევის მასალები.

სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტებში საექთნო ფუნქციების შესახებ ინფორმაციის ფლობის გამოსარკვევად რესპოდენტებს პასუხი უნდა გაეცათ კითხვაზე, რომელიც ექთნის მიერ პაციენტის სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგს და მონაცემების დოკუმენტირებას შეეხებოდა.

სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი საექთნო პროცესის განუყოფელი ნაწილია. საქართველოში ექთნისათვის ამ ფუნქციის დელეგირება და სათანადოდ შესრულება მეტწილად საექიმო პერსონალზეა დამოკიდებული. კითხვაში ხაზგასმულად იყო დაფიქსირებული „მონიტორინგი“ და არა მხოლოდ შემოწმება, ასევე სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგთან ერთად კითხვაში დაფიქსირებული იყო დოკუმენტაციაში მონაცემების შეტანის ვალდებულებაც. ამ ფორმულირებამ გამოიწვია იმ რესპოდენტების რაოდენობის მომატება, რომლებიც „ნაწილობრივ ეთანხმებიან“ ამ მოსაზრებას – 18%, ანუ 55 რესპოდენტი (ნახაზი 9). ექთნები უმრავლეს შემთხვევაში ახდენენ პაციენტის პულსის, არტერიული წნევის, ტემპერატურისა და სუნთქვის განსაზღვრას, მაგრამ მცირე გამონაკლისის გარდა (მაგ. ტემპერატურის ფურცელი, რომელიც ბევრ სტაციონარში არც იწარმოება) არანაირ დოკუმენტაციასთან შეხება არა აქვთ.



ნახაზი 9. მოსაზრება, რომ ექთნის მოვალეობა არის სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი და დოკუმენტირება
წყარო: კვლევის მასალები.

გამოკითხულთა დიდი უმრავლესობა 70% 210 თვლის, რომ ექთანმა უნდა აწარმოოს პაციენტის სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი და ასევე მონაცემების დაფიქსირება, ხოლო 35 რესპოდენტი, რაც მათი საერთო რაოდენობის 12%-ს წარმოადგენს, ამ ფუნქციის შესრულებას ექთნის მოვალეობად არ მიიჩნევს. მათი უმრავლესობა არის ექიმი - 6% ანუ 19 რესპოდენტი. მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=11,5$; $df=2$; $P<0.05$).

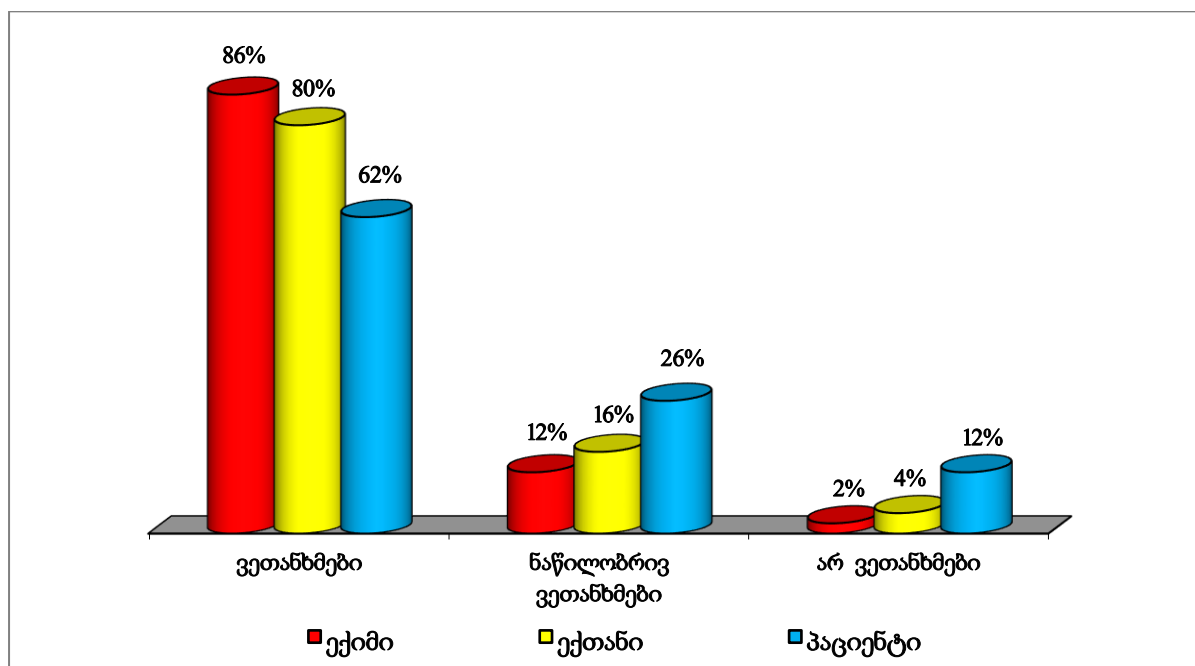
ექთნების უფრო ნაკლები რაოდენობა 27% (ექთნების ჯგუფის 82%), ვიდრე ექიმების - 25% (ექიმების ჯგუფის 75%) თვლის პაციენტის სისხლის არტერიული წნევის, პულსის, ტემპერატურის, სუნთქვისა და სატურაციის მონიტორინგსა და მონაცემების დოკუმენტირებას ექთნის ფუნქციად. სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგს არ მიიჩნევს საექთნო პერსონალის ფუნქციად ექიმების ჯგუფის 10%, რაც რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 4%-ს შეადგენს, ექთნების 6% (რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 2%) და პაციენტების 19% (ცხრილი 6).

ცხრილი 6. მოსაზრება, რომ ექთნის მოვალეობა არის სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი და დოკუმენტირება

ჯგუფი	ექთანხმები		ნაწილობრივ ექთანხმები		არ ექთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენო- ბიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენო- ბიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენო- ბიდან
ექიმი	75	25%	15	5%	10	4%
ექთანი	82	27%	12	4%	6	2%
პაციენტი	53	18%	28	9%	19	6%

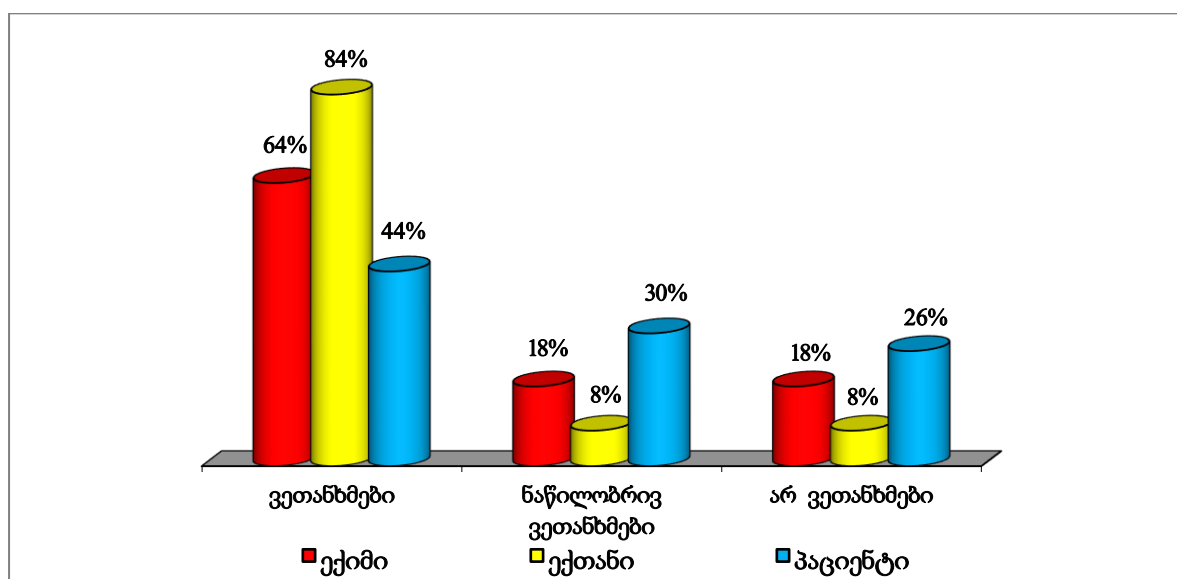
წყარო: კვლევის მასალები

ბათუმის რესპოდენტთა ყველა ჯგუფში (ექიმი, ექთანი, პაციენტი) გამოკითხულთა უმრავლესობა სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგს ექთნის ფუნქციად მიიჩნევს. მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=9,61$; $df=4$; $P<0.05$). თუმცა დადებითი პასუხი მოგვცა უფრო მეტმა ექიმმა, ვიდრე ექთანმა. პაციენტების ჯგუფის 26% (13) ნაწილობრივ ეთანხმება ამ ფორმულირებას. (ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრებების პროცენტული გადანაწილება იხ. ნახაზი 10.



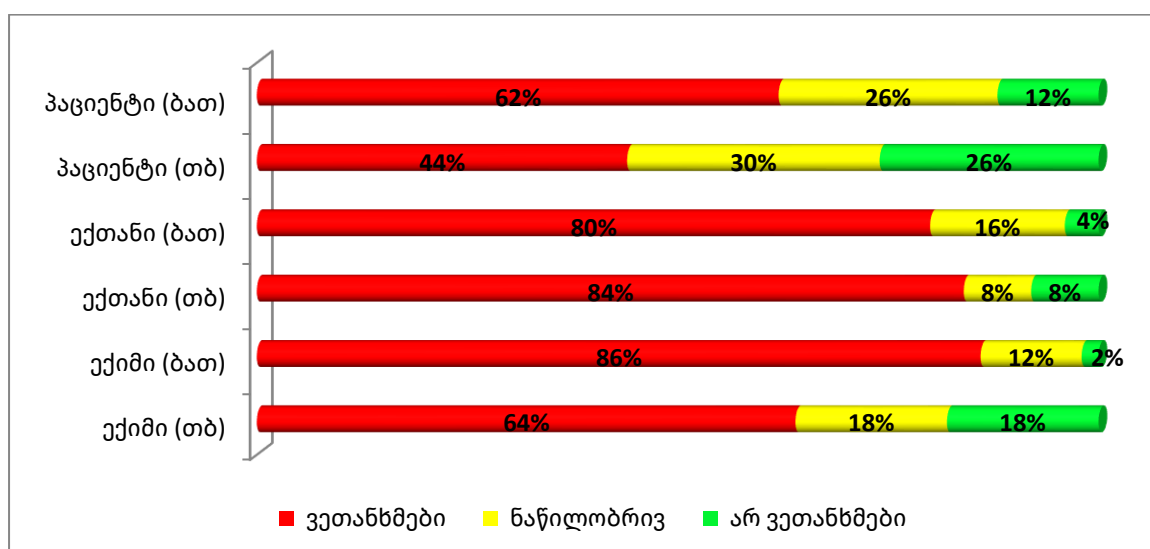
ნახაზი 10. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი და დოკუმენტირება არის ექთნის მოვალეობა.
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისის რესპოდენტთა ყველა ჯგუფშიც (ექიმი, ექთანი, პაციენტი) გამოკითხულთა უმრავლესობა სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგს ექთნის ფუნქციად მიიჩნევს. მონაცემების სტატისტიკური სანდოობა მტკიცდება მაჩვენებლებით: $\chi^2=17,4$; $df=4$; $P<0.05$. არტერიული წნევის, პულსის და სხვა სასიცოცხლო ნიშნების შემოწმებას აღნიშნულ სტაციონარებში უმრავლეს შემთხვევაში მართლაც ექთნები ასრულებენ, მაგრამ დოკუმენტირება შემოიფარგლება დილას და საღამოს მაჩვენებლების დაფიქსირებით (ნახაზი 11).



ნახაზი 11. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი და დოკუმენტირება არის ექთნის მოვალეობა.
წყარო: კვლევის მასალები.

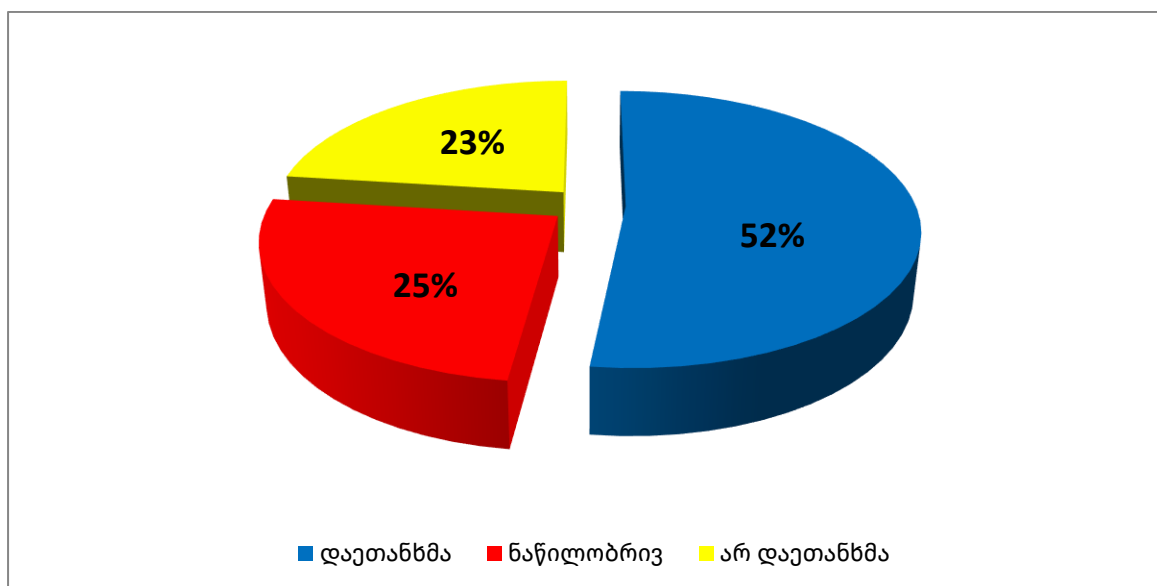
სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი რომ საექთნო პერსონალის მოვალეობაა, სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტების მხრიდან მეტწილად სწორად არის გაგებული. გამოკითხვის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ბათუმთან შედარებით უფრო მეტი თბილისის რესპოდენტი ექიმი 18%, ექთანი 8% და პაციენტი 26% არ მიიჩნევს სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგს ექთნის ფუნქციად (ნახაზი 12). მონაცემები სტატისტიკურად სანდოა: $\chi^2=9,80$; $df=1$; $P<0.05$.



ნახაზი 12. სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი და დოკუმენტირება არის ექთნის მოვალეობა -ყველა ჯგუფის რესპოდენტთა მოსაზრების პროცენტული გადანაწილება
წყარო: კვლევის მასალები.

საექთნო საქმის კლასიკურ მოდელებში პაციენტის განათლება ექთნის საქმიანობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ნაწილია. ექთნის მოვალეობაა პაციენტისათვის სწორი რჩევა-დარიგებების მიცემა და პაციენტის განათლება. იმის დასადგენად, თუ საქართველოში საექთნო პერსონალის ამ მნიშვნელოვანი ფუნქციის შესახებ რა ინფორმაცია აქვთ პაციენტებს, ექიმებსა და თავად ექთნებს, რესპოდენტებს უნდა დაეფიქსირებინათ მათი მოსაზრება კითხვაზე: „ექთნის მოვალეობა არის პაციენტის განათლება და კომპეტენციის ფარგლებში მათი, ასევე ოჯახის წევრებისა და საზოგადოების კონსულტირება“.

მართალია რესპოდენტთა უმრავლესობა ფორმულირებას ეთანხმება (ნახაზი 13), მაგრამ გამოკითხულთა ყველა ჯგუფის ნახევარის აზრი თითქმის გაიყო ორად და დააფიქსირეს პასუხი „ნაწილობრივ ვეთანხმები“ 23% 76 და „არ ვეთანხმები“ 23% - 69 რესპოდენტი (ნახაზი 13). შედეგები სტატისტიკურად სარწმუნოა, რაც ჩანს შემდეგი მონაცემებიდან: $\chi^2=12,9$; $df=4$; $P<0.05$.



ნახაზი 13. მოსაზრება, რომ პაციენტის განათლება არის ექთნის მოვალეობა
წყარო: კვლევის მასალები

155 რესპოდენტმა, რაც გამოკითხულთა 52%-ს შეადგენს, დააფიქსირა, რომ ექთნის მოვალეობა არის კომპეტენციის ფარგლებში პაციენტის განათლებაზე ზრუნვა, ასევე პაციენტის ოჯახისა და ზოგადად, საზოგადოების კონსულტირება. 69 რესპოდენტს შორის, ვინც არ თვლის, რომ ექთანმა უნდა იზრუნოს პაციენტის რჩევა-დარიგებების მიცემაზე, უმრავლესობა არის პაციენტი - 40.5%, რაც პაციენტთა ჯგუფის 28%-ს შეადგენს (ცხრილი 7). ეს ციფრი ასახავს რეალობას, რომ საექთნო პერსონალი ნაკლებად არის ჩართული პაციენტისა და მისი ოჯახის განათლების პროცესში.

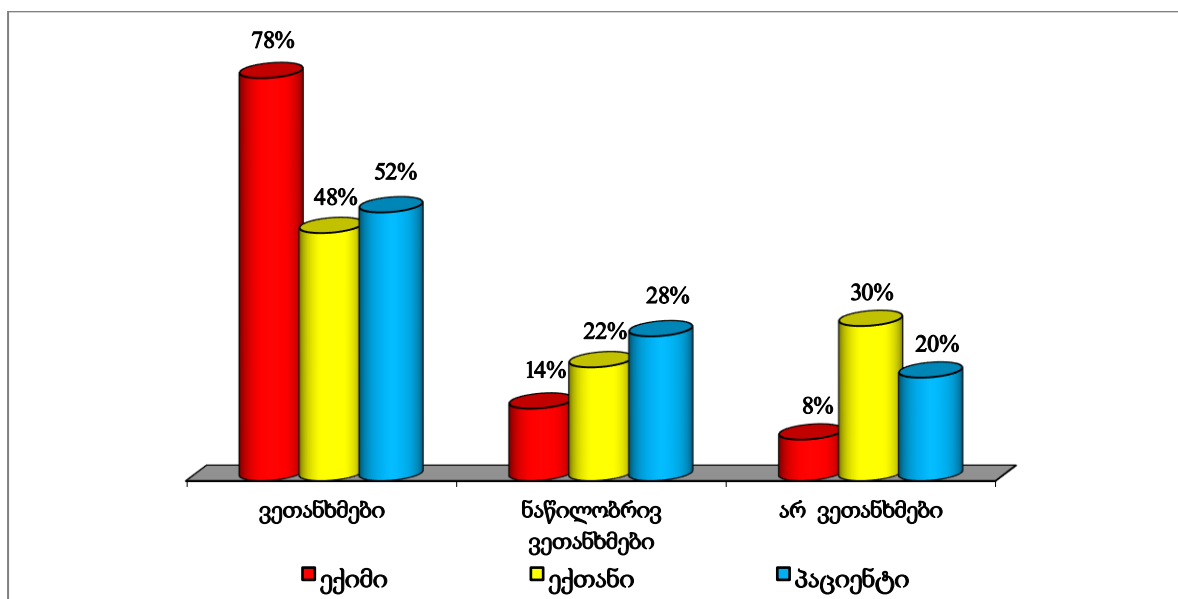
ცხრილი 7. მოსაზრება, რომ ექთნის მოვალეობა არის პაციენტის განათლება

ჯგუფი	ვეთანხმები		ნაწილობრივ ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან
ექიმი	57	19%	22	7.3%	21	7%
ექთანი	55	18.4%	25	8.3%	20	6.7%
პაციენტი	43	14.3%	29	9.7%	28	9.3%

წყარო: კვლევის მასალები

ბათუმის რესპოდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ პაციენტის განათლება ექთნის მოვალეობაა. მათგან 39 რესპოდენტი არის ბათუმში გამოკითხულ ექიმთა 78% , რაც ბათუმის რესპოდენტთა 26%-ს წარმოადგენს, 24 - ექთანი (16%) და 26 პაციენტი (17%). როგორც მონაცემებიდან ჩანს, ექთნები ექიმებზე და პაციენტებზე ნაკლებად მოიაზრებენ პაციენტის განათლებას თავის პროფესიულ მოვალეობად. უფრო მეტიც, იმ რესპოდენტთა შორის, ვინც პაციენტისა და მათი ოჯახების განათლებას არ მიიჩნევს საექთნო ფუნქციად, ყველაზე დიდი ნაწილი ბათუმის რესპოდენტ ექთნების 30%-ია, შემდეგ 20% 10-პაციენტი და 8% 4 - ექიმი (ნახაზი 14). აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 21% ნაწილობრივ დაეთანხმა ექთნისთვის ამ მოვალეობის კუთვნილებას. შედეგების სტატისტიკური სარწმუნოება დასტურდება მაჩვენებლებით: $\chi^2=13,1$; $df=4$; $P<0.05$.

თბილისის სტაციონარებში გამოკითხულთა შორის დიდია იმ რესპოდენტთა რაოდენობა, ვინც თვლის, რომ პაციენტისა და ოჯახის წევრებისთვის რჩევა-დარიგების მიცემა მხოლოდ ნაწილობრივ არის ექთნის ფუნქცია. ასე ფიქრობს 15 ექიმი, ანუ თბილისის რესპოდენტთა 10%, იგივე რაოდენობით - პაციენტი და 14 ექთანი, რაც რესპოდენტთა 9%-ია.

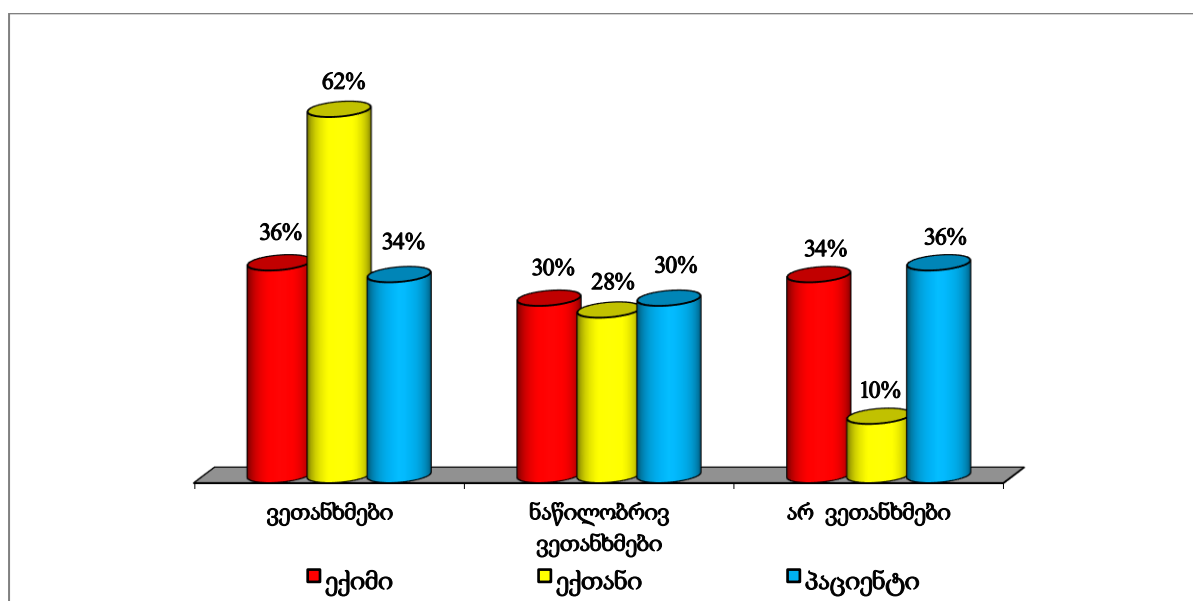


ნახაზი 14. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ პაციენტის განათლება არის ექთნის მოვალეობა.

წყარო: კვლევის მასალები

თბილისის რესპოდენტ ექიმთა რაოდენობა, რომელიც თვლის, რომ პაციენტის განათლება საექთნო საქმე არ არის, მაინც საკმაოდ მაღალია და შეადგენს გამოკითხულ ექიმთა 34%-ს, თითქმის იმდენს, რამდენიც ეთანხმება.

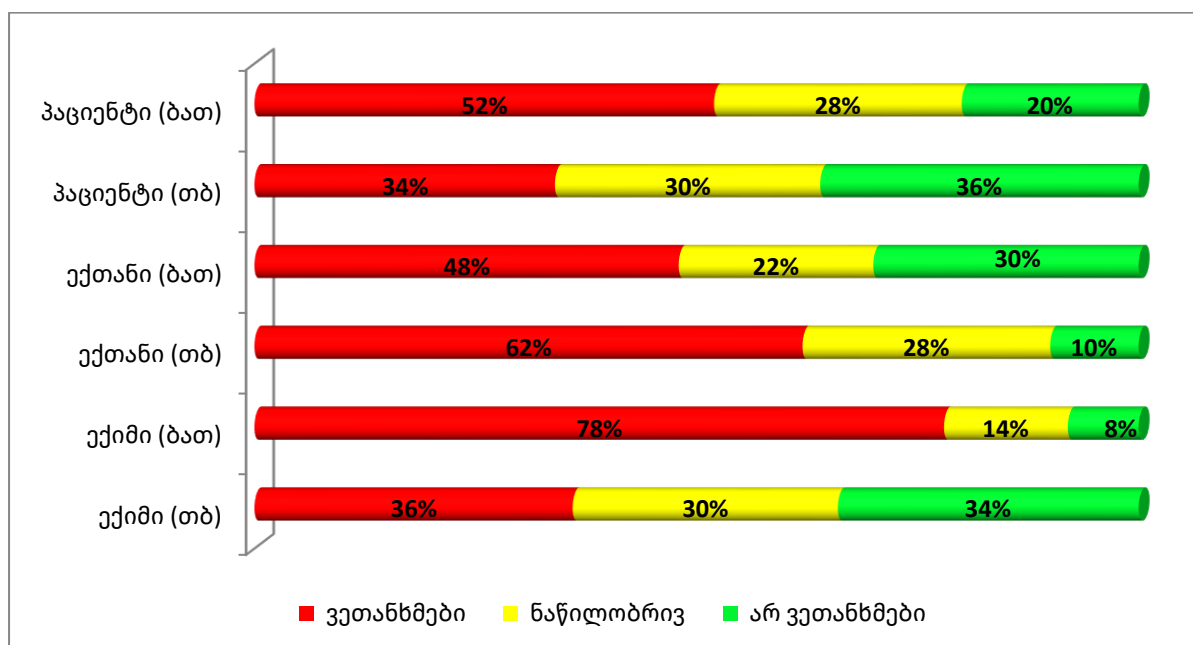
საექთნო პერსონალმა თბილისში გამოავლინა პაციენტის განათლების კუთხით პროფესიული თანამედროვე მოთხოვნების უფრო კარგი ცოდნა, ვიდრე ბათუმში. გამოკითხულ ექთანთა ჯგუფის 62% 31 თავის მოვალეობად თვლის საგანმანათლებლო აქტივობებს და მხოლოდ 10% 5 არ ეთანხმება მათთვის ამ ფუნქციის შესრულებას (ნახაზი 15). აღსანიშნავია, რომ თბილისის რესპოდენტთა უმრავლესობა, ვინც პაციენტის განათლებას ექთნის ფუნქციად მიიჩნევს, არის ექთანი 21% 31.



ნახაზი 15. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ პაციენტის განათლება არის ექთნის მოვალეობა.

წყარო: კვლევის მასალები

გამოკითხულთა აზრის პროცენტული გადანაწილება თბილისისა და ბათუმის ექიმების, ექთნებისა და პაციენტების მიხედვით შემდეგნაირად გამოიყურება (ნახაზი 16):



ნახაზი 16. პაციენტის განათლება არის ექთნის მოვალეობა - ყველა ჯგუფის რესპოდენტთა მოსაზრების პროცენტული გადანაწილება.

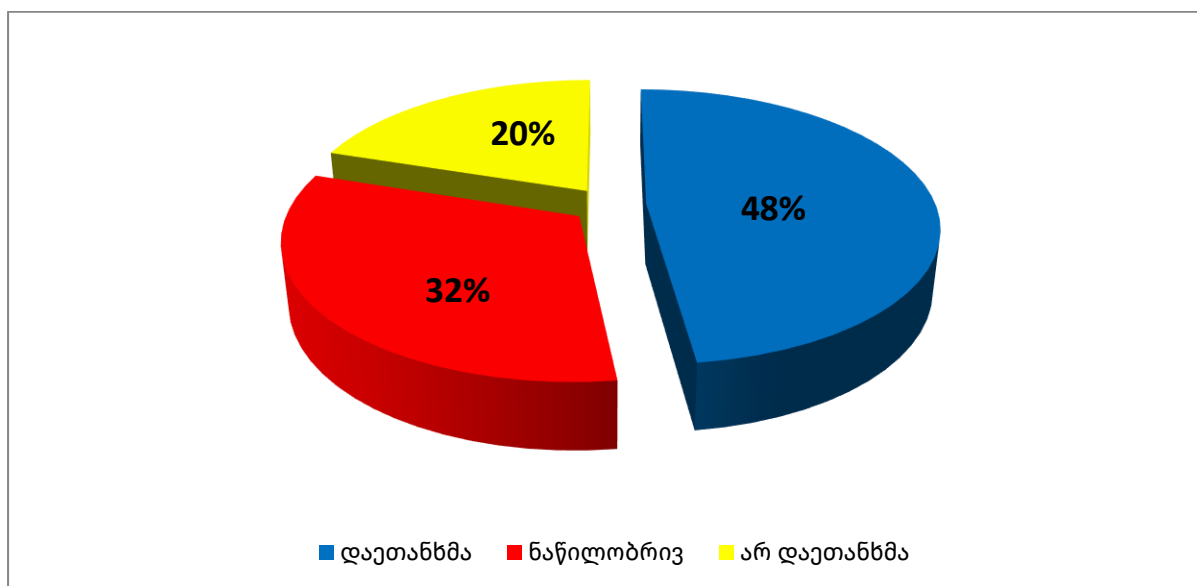
წყარო: კვლევის მასალები.

პაციენტისა და საზოგადოების განათლება/კონსულტირებას საექთნო ფუნქციად არ მიიჩნევენ გამოკითხული 100 ექიმიდან 21%. მათგან უმრავლესობა თბილისის სტაციონარებში მუშაობს - 17%.

საექთნო პერსონალი საკუთარი უფლება-მოვალეობის შეფასებაში უფრო მეტად მოკრძალებულია ბათუმში, ვიდრე თბილისის კლინიკებში.

ამ პასუხებიდან ნათლად ჩანს, თუ საქართველოში ექთნის საგანმანათლებლო ფუნქციები ექთნების მხრიდან რაოდენ არასწორად არის გაგებული.

ექთნის უფლება-მოვალეობა თავისთავად გულისხმობს პაციენტის მონიტორინგსა და ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის განხორციელების უზრუნველყოფას, რაც გამოიხატება მედიკამენტების ადმინისტრირებასა და საჭირო მანიპულაციების ჩატარებაში. ექთანი აუცილებლად უნდა იცნობდეს ფარმაკოლოგიის საფუძვლებს და იმ მედიკამენტების ჩვენებას, უკუჩვენებასა და გვერდით მოქმედებას, რომლის ადმინისტრირებასაც ანხორციელებს. ექთანს უნდა შეეძლოს სამკურნალო საშუალებების მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების გამოცნობა, შესაბამისი პროფილაქტიკური ზომების მიღება.



ნახაზი 17. მოსაზრება, რომ ექთნის მოვალეობა არის სამკურნალო საშუალებების მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების გამოცნობა და შესაბამისი ზომების მიღება.

წყარო: კვლევის მასალები.

145 რესპოდენტი, რაც გამოკითხულთა 48%-ს წარმოადგენს (ნახაზი 17), ექონის ფუნქციად მიიჩნევენ მედიკამენტების გვერდითი მოქმედებების ცოდნასა და ამოცნობას. ამ კატეგორიაში უფრო მეტი ექთანია 19.3% (58), ვიდრე ექიმი 15% (45) და პაციენტი 14%(42). 20% (59 რესპოდენტი) თვლის, რომ ეს ექონის ფუნქცია არ არის.

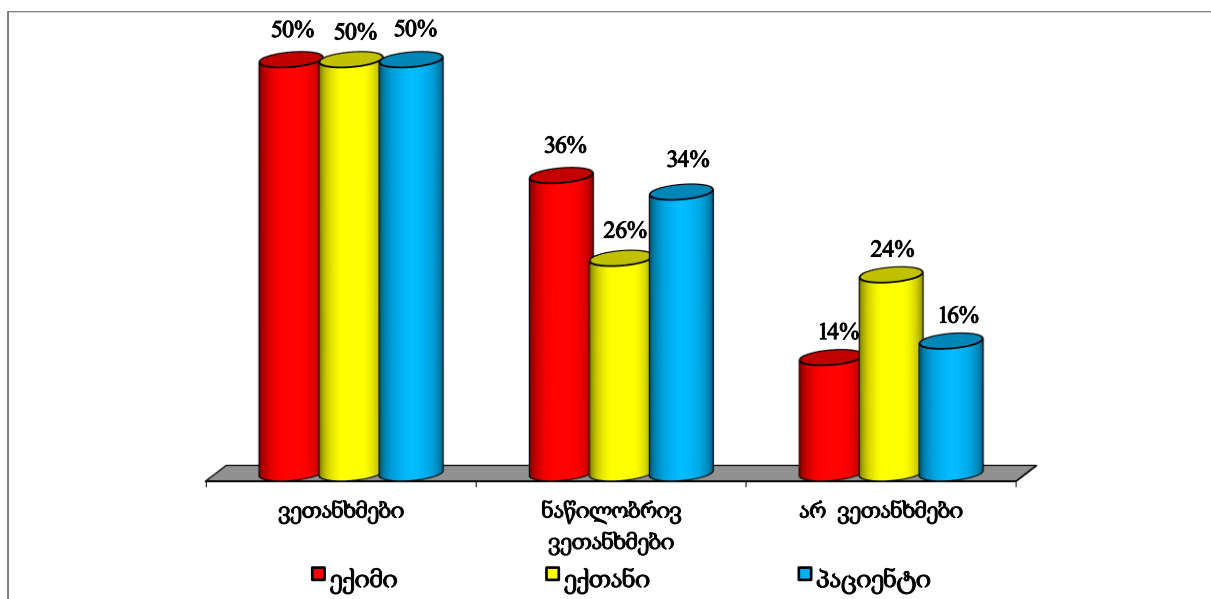
გამოკითხულთა საკმაოდ დიდმა ნაწილმა, 96-მა რესპოდენტმა, რაც გამოკითხულთა 32%-ს შეადგენს, ზემოთაღნიშნული ფუნქცია მხოლოდ ნაწილობრივ მიიჩნია ექონის კომპეტენციად. ამ რესპოდენტთა შორის უმრავლესობა ექიმია - გამოკითხულთა საერთო რაოდენობის 12.7% (38) (ცხრილი 8). სტატისტიკურად მონაცემები ახლოა სარწმუნოსთან: $\chi^2=7,88$; $df=4$; $P=0.09$.

ცხრილი 8. მოსაზრება, რომ ექონის მოვალეობა არის სამკურნალო საშუალებების მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების გამოცნობა და შესაბამისი ზომების მიღება

ჯგუფი	ვეთანხმები		ნაწილობრივ ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან
ექიმი	45	15%	38	12.7%	17	6%
ექთანი	58	19.3%	23	8%	19	6%
პაციენტი	42	14%	35	11%	23	8%

წყარო: კვლევის მასალები.

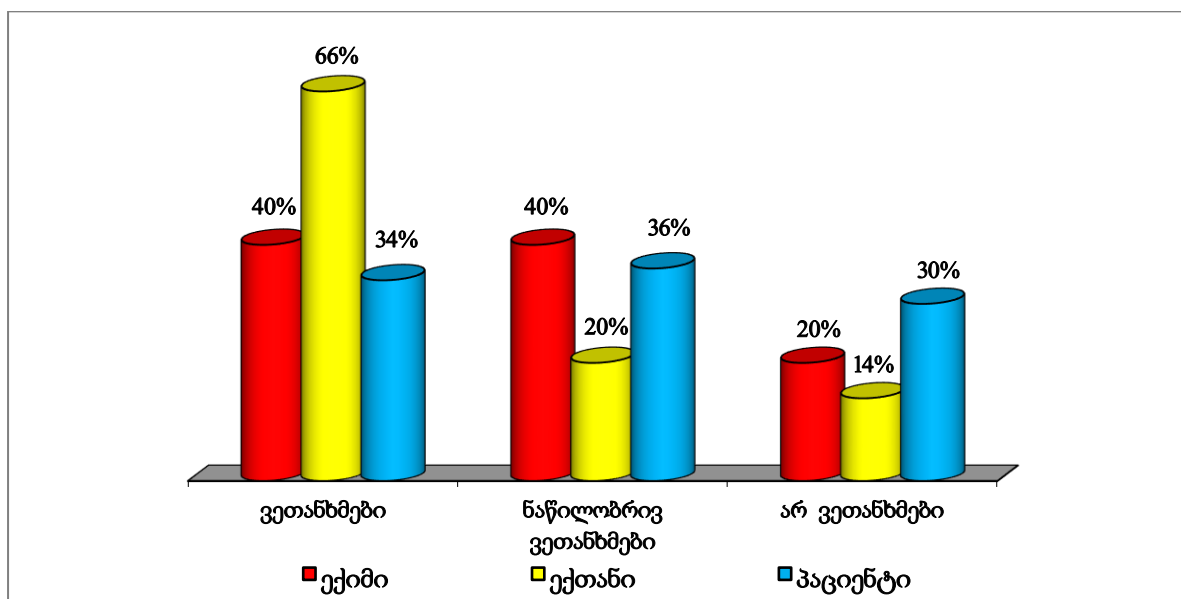
ბათუმის სტაციონარებში სამივე ჯგუფიდან (ექიმი, ექთანი, პაციენტი) გამოკითხულთა ერთნაირ რაოდენობას, 50%-ს (25) მიაჩნია, რომ მედიკამენტების გვერდითი მოქმედებების ცოდნა და ამოცნობა ექონის მოვალეობაა. პასუხი „არ ვეთანხმები“ დააფიქსირა უფრო მეტმა ექთანმა - ექთნების ჯგუფის 24% (რაც ბათუმის რესპოდენტთა 8%-ია), ვიდრე ექიმმა და პაციენტმა (14% და 16%). ეს შეიძლება იმის გამო ხდებოდეს, რომ ექთნებს აქვთ ამ მიმართულებით ცოდნის დეფიციტი და სამუშაო გარემოში ძალიან ცოტა ექთანს ანდობენ ამ საქმეს (ნახაზი 18).



ნახაზი 18. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მოვალეობა არის სამკურნალო საშუალებების მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების ამოცნობა და შესაბამისი ზომების მიღება.

წყარო: კვლევის მასალები.

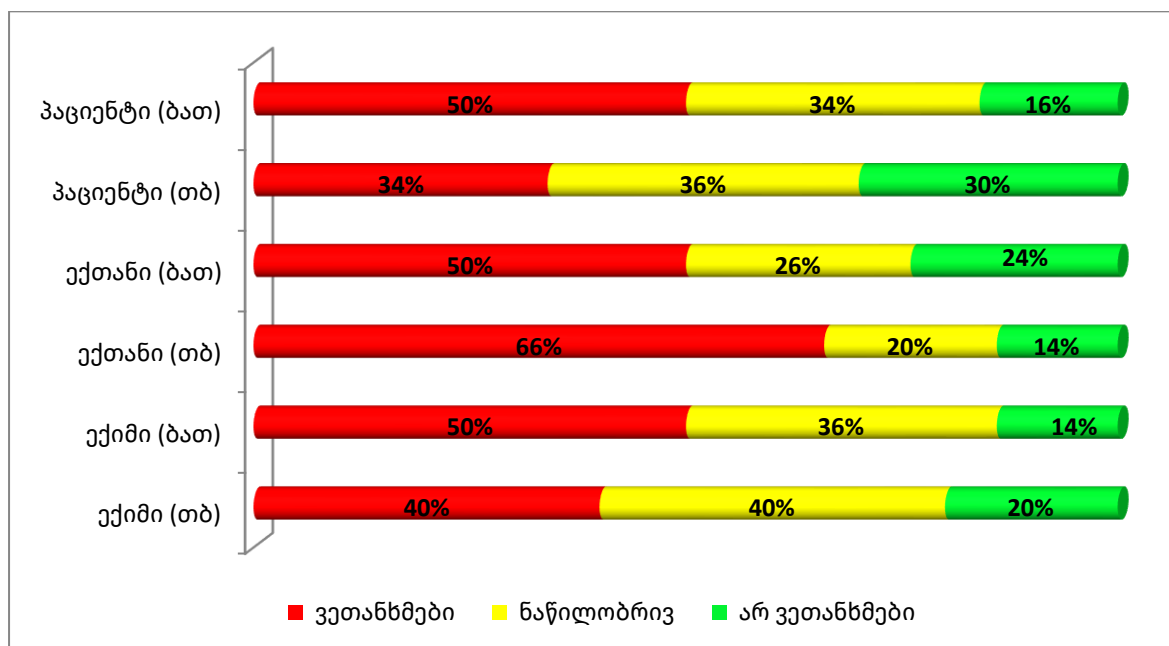
თბილისის სტაციონარებში გამოკითხული ექთნების უმრავლესობა (თბილისის ექთნების ჯგუფის 66%), რაც თბილისის რესპოდენტთა 22%-ია, თავის მოვალეობად მიიჩნევს სამკურნალო ნივთიერებების გვერდითი მოქმედების ცოდნას და გამოყენებას. ექიმების ერთნაირი რაოდენობა - ექიმების ჯგუფის 40% (თბილისის რესპოდენტთა 13%) ეთანხმება და ნაწილობრივ ეთანხმება ამ აზრს. პაციენტთა ჯგუფის მოსაზრება თითქმის თანაბრად გადანაწილდა სამივე პასუხზე, რაც შეიძლება მათი მხრიდან აღნიშნული ფორმულირების არასაკმარის გაგებით იყოს გამოწვეული (ნახაზი 19).



ნახაზი 19. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მოვალეობა არის სამკურნალო საშუალებების მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების გამოცნობა და შესაბამისი ზომების მიღება.

წყარო: კვლევის მასალები.

აღსანიშნავია, რომ ბათუმთან შედარებით თბილისის საავადმყოფოების უფრო მეტი ექთანი (რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 11%), ვიდრე ბათუმის (რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 8%) მიიჩნევს ექთნის მოვალეობად მედიკამენტების გვერდითი მოქმედებების კონტროლს, ხოლო ექიმების ჯგუფში ბათუმის რესპოდენტები უფრო ემხრობიან ამ მოსაზრებას (ნახაზი 20). რაც შეეხება პაციენტებს, მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების ამოცნობას საექთნო ფუნქციად მიიჩნევს ბათუმის სტაციონარების პაციენტების 50% 25, რაც რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 8%-ია, და ამ მოსაზრებას არ ეთანხმება მათი 16% (რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 3%). თბილისის შემთხვევაში ამ მოსაზრების მომხრე და მოწინააღმდეგე პაციენტების რაოდენობა რესპოდენტთა მთლიანი ჯგუფის 6% და 5%-ია. შედეგების სტატისტიკურ სარწმუნოებას ადასტურებს მაჩვენებლები: $\chi^2=3,64$; $df=1$; $P<0.05$.

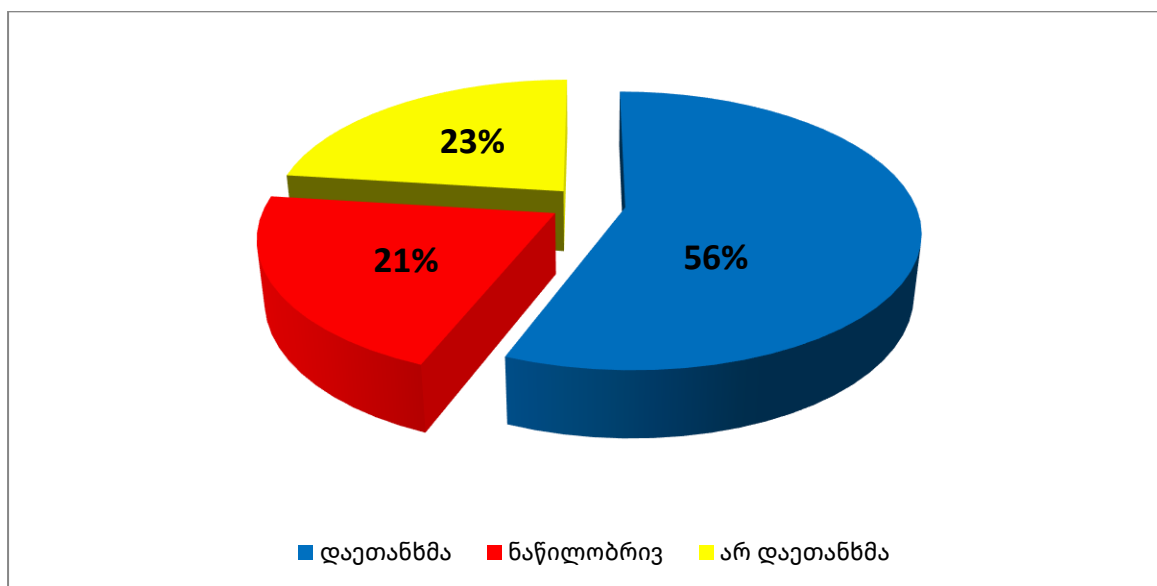


ნახაზი 20. მედიკამენტების მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების გამოცნობა და შესაბამისი ზომების მიღება ექთნის მოვალეობაა - ყველა ჯგუფის რესპოდენტთა მოსაზრების პროცენტული გადანაწილება.

წყარო: კვლევის მასალები.

საქართველოში საექთნო დოკუმენტაცია თითქმის არ არსებობს და საექთნო მოვლის მსოფლიოში აპრობირებული მოვლის დაგეგმვის კონცეფცია (საექთნო პროცესის განხორციელება პაციენტის 14 საჭიროების მოდელის შესაბამისად) ასევე არ არის ცნობილი. შესაბამისად, ვერ ვისაუბრებთ ხარისხიან საექთნო მოვლაზე, აქედან გამომდინარე კი ხარისხიან ჯანმრთელობის დაცვაზე. პაციენტის ისტორიაში საექთნო ჩანაწერების უკიდურესი სიმწირე პაციენტის მოვლის არსებული სტრუქტურის დიდი ხარვეზია. სათანადო დოკუმენტაციის არ არსებობა უარყოფითად აისახება არა მხოლოდ საექთნო მოვლისა და საექთნო განათლების ხარისხზე, არამედ პაციენტის უსაფრთხოების რისკ ფაქტორია და ჯანდაცვის სექტორს დაუცველს ხდის. საექთნო დოკუმენტაცია საექთნო დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფის მნიშვნელოვანი ნაწილი უნდა იყოს, როგორც თეორიული განათლების, ასევე პრაქტიკის თვალსაზრისით.

საექთნო დოკუმენტაციასთან დაკავშირებით საინტერესო იყო რესპოდენტთა მოსაზრების დაფიქსირება. ამისათვის, მათ უნდა ეპასუხათ კითხვაზე „საექთნო პერსონალის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად საჭიროა საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავება და წარმოება“ (ნახაზი 21).



ნახაზი 21. მოსაზრება, რომ ექთნის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად საჭიროა საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავება და წარმოება.

წყარო: კვლევის მასალები.

გამოკითხულთა 56% 168 მომხრეა, რომ შემუშავდეს და პრაქტიკაში დაინერგოს საექთნო დოკუმენტაცია, რაც მოვლის სტანდარტიზაციისა და საექთნო პერსონალის მუშაობის ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტი იქნება, 23% 63 - ნაწილობრივ, ხოლო 23% 69 საჭიროდ არ მიიჩნევს ასეთი დოკუმენტაციის შემოღებას. გამოკითხულთა ყველაზე დიდი ნაწილი, ვინც არ ეთანხმება საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავებისა და წარმოების იდეას, ყველაზე მეტია ექიმი 9% 26.

რესპოდენტთა ჯგუფების (ექიმი, ექთანი, პაციენტი) შეხედულება სამედიცინო

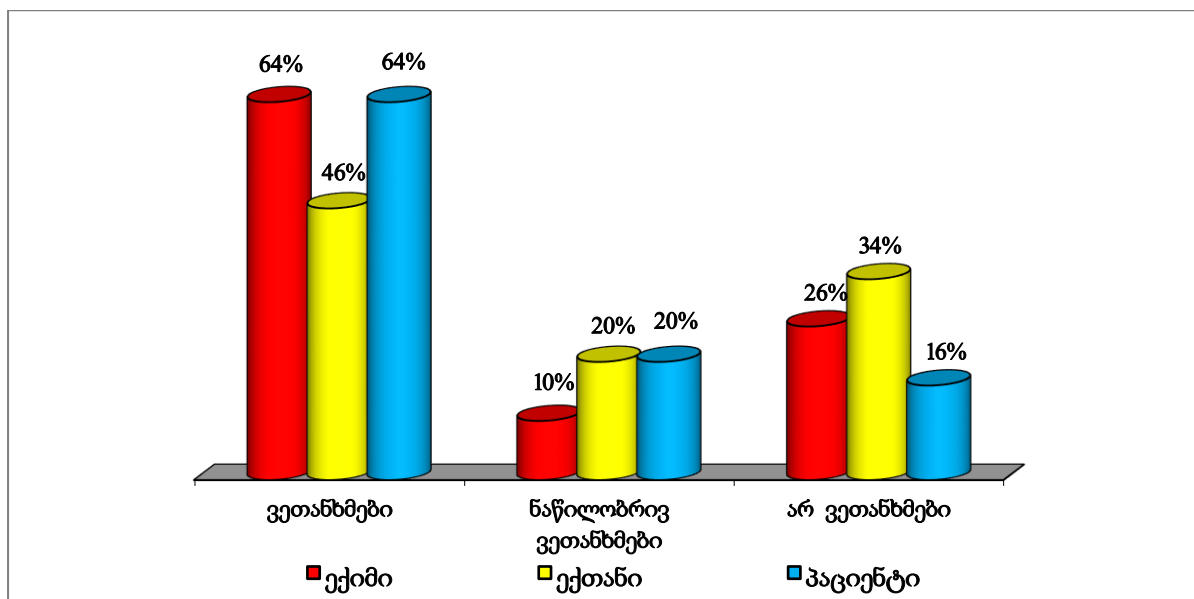
სერვისებში საექთნო დოკუმენტაციის შემოღებასთან დაკავშირებით იხ. ცხრილი 9.

ცხრილი 9. მოსაზრება, რომ ექთნის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად საჭიროა საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავება და წარმოება.

ჯგუფი	ეთანხმები		ნაწილობრივ ეთანხმები		არ ეთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან
ექიმი	54	18%	20	7%	26	9%
ექთანი	61	20%	19	6%	20	7%
პაციენტი	53	17%	24	8%	23	8%

წყარო: კვლევის მასალები.

ბათუმში გამოკითხულ ექიმებისა და პაციენტების უმრავლესობა ეთანხმება საექთნო დოკუმენტაციის არსებობის აუცილებლობას. საექთნო პერსონალი უფრო სიფრთხილით მიუდგა ამ საკმეს.



ნახაზი 22. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად საჭიროა საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავება და წარმოება.

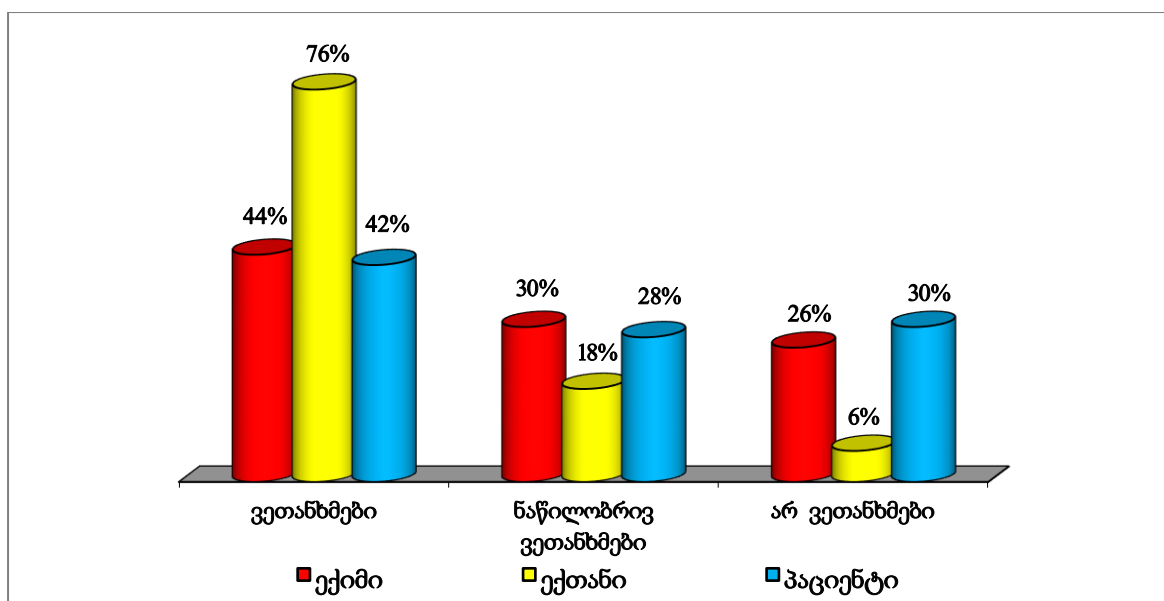
წყარო: კვლევის მასალები

ბათუმში გამოკითხული ექთნების 46% (23), რაც ბათუმის რესპოდენტთა 15%-ია, მიიჩნევს, რომ მსგავსი დოკუმენტაცია უნდა არსებობდეს. ფორმულირებას არ ეთანხმება ექთნების ჯგუფის 34% (17), რაც ბათუმში გამოკითხულთა 12%-ს წარმოადგენს. აქედან კიდევ ერთხელ ნათლად ჩანს, რომ ექთნებს აქვთ პროფესიული უფლება-მოვალეობებისა და საექთნო ჩვევების ცოდნის დეფიციტი, რის გამოც საექთნო დოკუმენტაციის შემოღებას ზედმეტ და არა საექთნო საქმედ მიიჩნევენ. არ არის გამორიცხული დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებული შიშის ფაქტორი (ნახაზი 22).

თბილისში ჩატარებული გამოკითხვით ჩანს, რომ აღნიშნული საავადმყოფოების ექთნების დიდ ნაწილს გააზრებული აქვს საექთნო დოკუმენტაციის მნიშვნელობა და საჭიროება - ექთნების ჯგუფის 76%, ანუ თბილისის რესპოდენტთა 25% ეთანხმება ასეთი დოკუმენტაციის შემუშავებასა და წარმოებას. თბილისში გამოკითხული ექიმების ჯგუფის მცირე უმრავლესობა 44% 22 - ეთანხმება, ხოლო 30% - ნაწილობრივ ეთანხმება და 26% არ ეთანხმება საექთნო დოკუმენტაციის არსებობას, რაც მიუთითებს ან საექთნო პერსონალის როლის არასაკმარის ცოდნაზე, ან ექთნების

მიმართ უნდობლობაზე. პაციენტების უმრავლესობამ ამ საკითხთან დაკავშირებით დადებითი პასუხი მოგვცა და საექთნო დოკუმენტაციის წარმოებაზე დააფიქსირა პასუხი „ვეთანხმები“ პაციენტთა ჯგუფის 42%-მა, რაც თბილისის რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 14%-ს შეადგენს (ნახაზი 23). შედეგები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=16,4$; $df=4$; $P<0.05$).

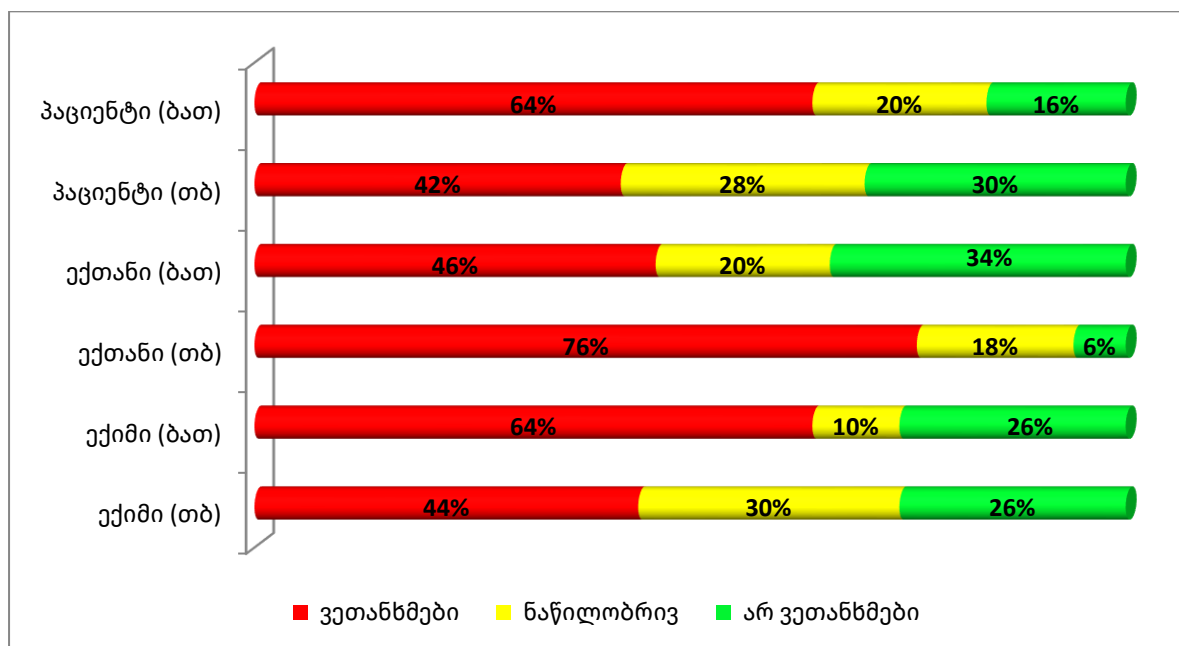
თბილისის რესპოდენტთა 54% 81მომხრეა, 25% 38 ნაწილობრივ, ხოლო 21% 31 არ ეთანხმება საექთნო დოკუმენტაციის წარმოების მოსაზრებას.



ნახაზი 23. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად საჭიროა საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავება და წარმოება.

წყარო: კვლევის მასალები.

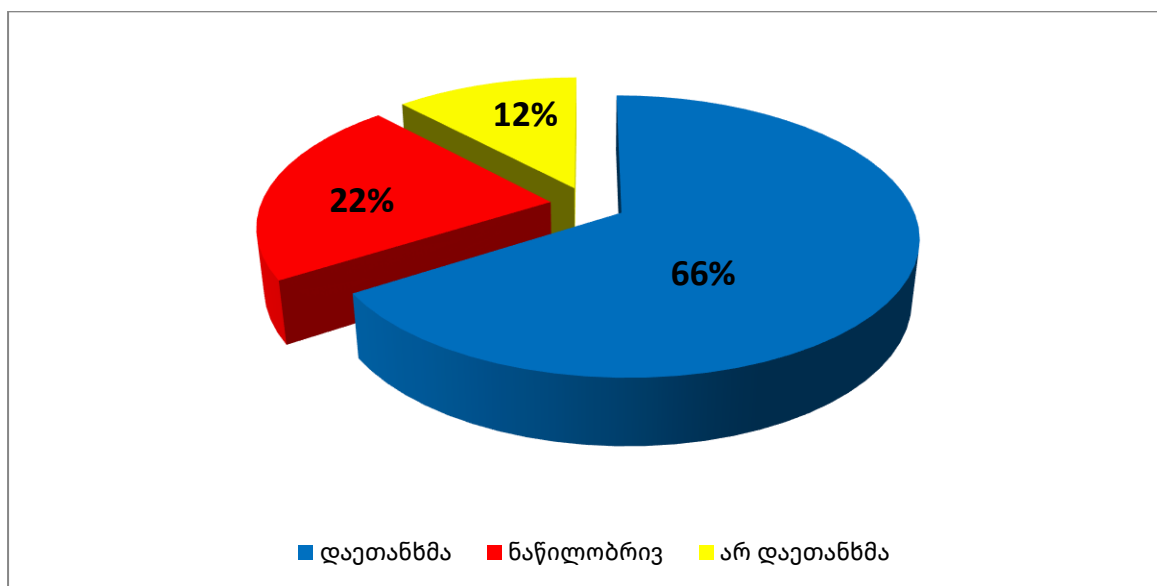
რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის მოსაზრებების პროცენტული გადანაწილება ფოკუს ჯგუფებისა და რეგიონების მიხედვით მოცემულია ნახაზზე 24.



ნახაზი 24. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად საჭიროა საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავება და წარმოება. წყარო: კვლევის მასალები.

ნახაზიდანაც ჩანს, რომ სხვებთან შედარებით, ბათუმის სტაციონარების ექთნები მეტი სიფრთხილით ეკიდებიან საექთნო დოკუმენტაციის საკითხს და დააფიქსირეს ყველაზე მეტი პასუხი „არ ვეთანხმები“ - რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 6%. მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=13,5$; $df=1$; $P<0,05$).

საექთნო პროფესია რეგულირებად პროფესიებს მიეკუთვნება და ქვეყანაში უნდა არსებობდეს შესაბამისი რეგულაციები. ვინაიდან დღევანდელი მდგომარეობით ამ სფეროში ბევრი ხარვეზი გვაქვს, საექთნო პროფესიამ საკმაოდ დაკარგა ფუნქციები. უმრავლეს შემთხვევაში ექთანს არავინ სთხოვდა ჯანდაცვის კანონმდებლობის ცოდნას. მიუხედავად ამისა, გამოკითხულთა უმრავლესობის აზრით, ექთანი კანონმდებლობას უნდა იცნობდეს და იცავდეს (ნახაზი 25). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=17,6$; $df=4$; $P<0,05$). ყველაზე მეტი დადებითი პასუხი ექთნებმა დააფიქსირეს (79 ექთანი), რაც სასიხარულო ფაქტია. რესპოდენტთა 12% 35 მიიჩნევს, რომ ჯანდაცვის მარეგულირებელი დოკუმენტების ცოდნა ექთანს არ მოეთხოვება, ხოლო 22% 67 რესპოდენტი თვლის, რომ ექთნებმა ნაწილობრივ უნდა იცოდნენ რეგულაციები.



ნახაზი 25. მოსაზრება, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.

წყარო: კვლევის მასალები.

გამოკითხულთა იმ ნაწილიდან, ვინც საკანონმდებლო და მარეგულირებელი საკითხების ცოდნას ექთნისთვის არასაჭიროდ მიიჩნევს, უმრავლესობა 7% 19 პაციენტია.

გამოკითხული საექთნო პერსონალის 26% 79 თვლის, რომ უნდა იცოდნენ ჯანდაცვის კანონები და იცავდნენ მათ. ექიმების შემთხვევაში მხოლოდ რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 3% 10 არ მიიჩნევს აუცილებლად ექთნების მიერ ჯანდაცვის

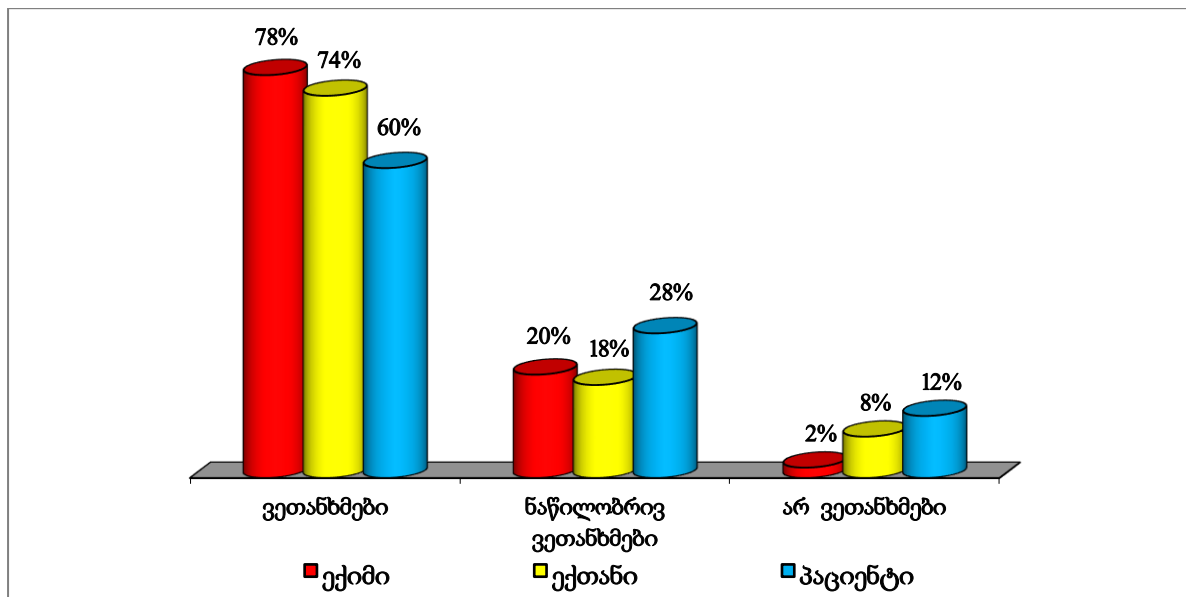
კანონმდებლობის ცოდნას, 22% კი ეთანხმება იმ მოსაზრებას, რომ საექთნო პერსონალი გათვითცნობიერებული უნდა იყოს ჯანდაცვის საკანონმდებლო საკითხებში (ცხრილი 10).

ცხრილი 10. მოსაზრება, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.

ჯგუფი	ვეთანხმები		ნაწილობრივ ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან
ექიმი	67	22%	23	8%	10	3%
ექთანი	79	26%	15	5%	6	2%
პაციენტი	52	17%	29	10%	19	7%

წყარო: კვლევის მასალები.

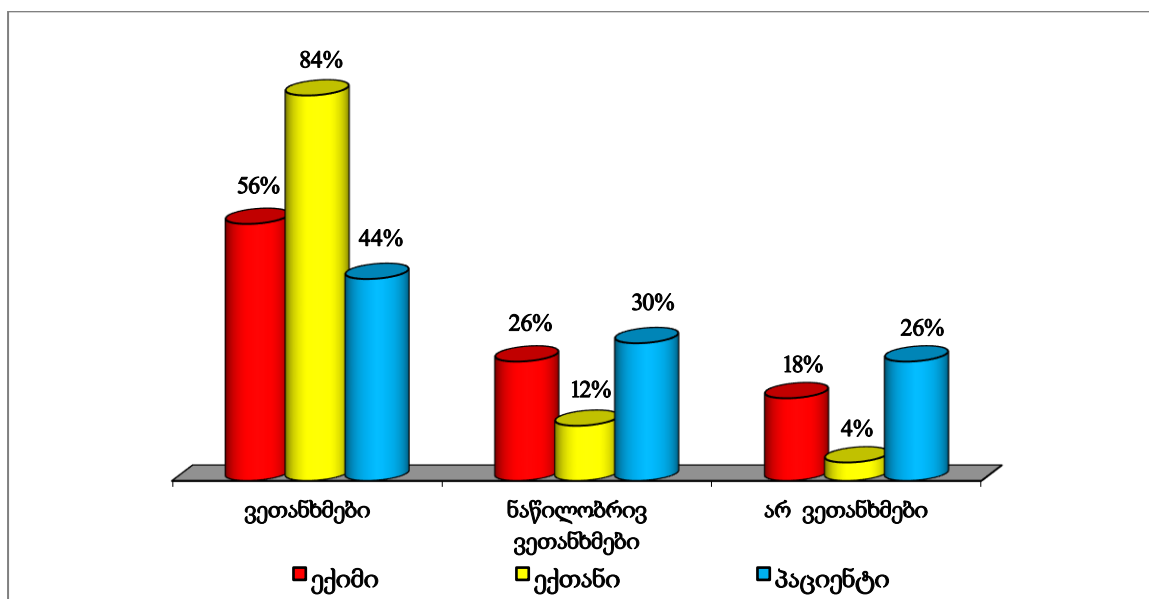
ბათუმში გამოკითხულთა ყველა ჯგუფში უდიდესი ნაწილი 71%106 თვლის, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს. უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა მცირე რაოდენობით რესპოდენტმა - ექიმების 2%, ექთნების 8% და, პაციენტების 12%. ამ ფორმულირებას ნაწილობრივ ეთანხმება ბათუმის რესპოდენტთა 21%, აქედან უმრავლესობა პაციენტია (ნახაზი 26).



ნახაზი 26. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.
წყარო: კვლევის მასალები.

ბათუმში გამოკითხულ პირთა 25% ექთანია (ბათუმის ექთნების 74%), რომელიც თვლის, რომ ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლების ცოდნა და მათი დაცვა ექთნის მოვალეობაა.

თბილისში გამოკითხულთა ყველა ჯგუფში უდიდესი ნაწილის 61% 92 აზრით ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს. დადებითი პასუხი დააფიქსირა ექთნების ჯგუფის 84%-მა. უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა მცირე რაოდენობით რესპოდენტმა, მათ შორის: ექიმი - თბილისში გამოკითხულ ექიმთა 18%, ექთანი - 4% , პაციენტი - 26%. ამ ფორმულირებას ნაწილობრივ ეთანხმება გამოკითხულთა 23%, აქედან უმრავლესობა პაციენტია, თუმცა თბილისის რესპოდენტ ექიმთა ჯგუფის 18% მიიჩნევს, რომ ექთანს ჯანდაცვის კანონმდებლობის ცოდნა არ მოეთხოვება (ნახაზი 27).

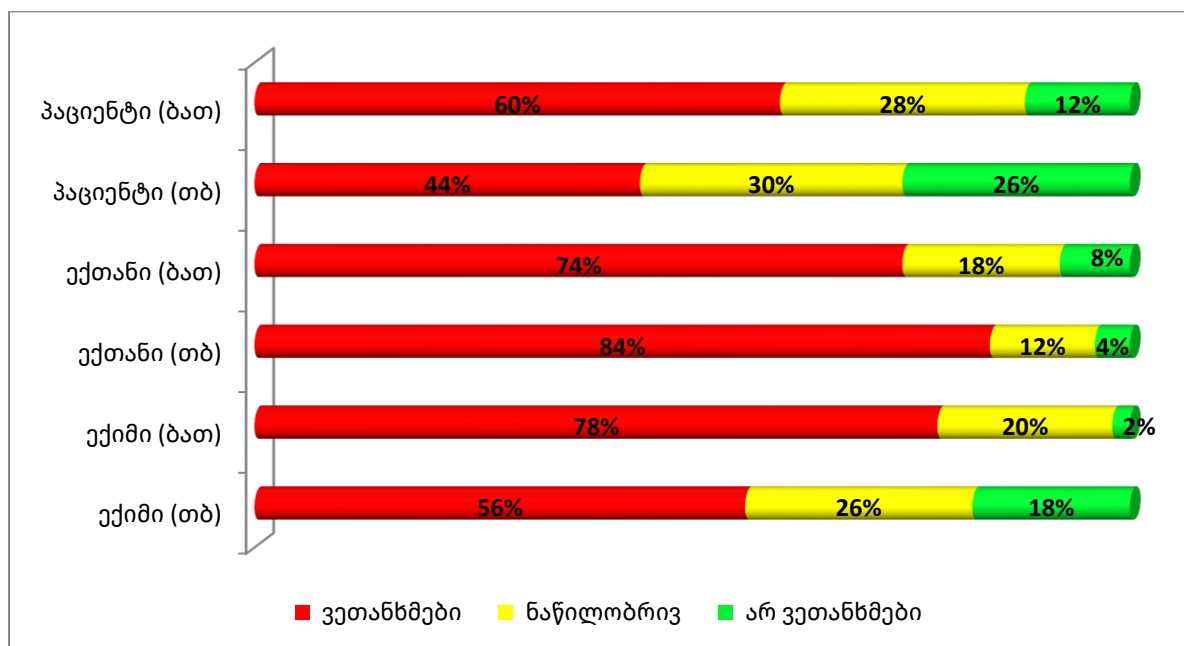


ნახაზი 27. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.
წყარო: კვლევის მასალები.

თანამედროვე ჯანდაცვაში დიდი ყურადღება ეთმობა პაციენტის უფლებების დაცვისა და უსაფრთხოების საკითხებს. რესპოდენტთა ნაწილმა კანონმდებლობაში ძირითადად ეს იგულისხმა.

თბილისში გამოკითხულ ექიმთა და პაციენტთა ჯგუფებში უფრო მეტი რესპოდენტი ფიქრობს, რომ ჯანდაცვის კანონმდებლობის ცოდნა ექთნისთვის აუცილებელი არ არის, ვიდრე ბათუმის ანალოგიურ ჯგუფებში. კერძოდ, ასე თვლის თბილისის რესპოდენტი ექიმის 18% და 26% პაციენტი, ხოლო ბათუმში - ექიმი 8% და პაციენტი 12%.

გამოკითხულთა აზრის პროცენტული გადანაწილება თბილისისა და ბათუმის ექიმების, ექთნებისა და პაციენტების მიხედვით შემდეგნაირად გამოიყურება (ნახაზი 28).

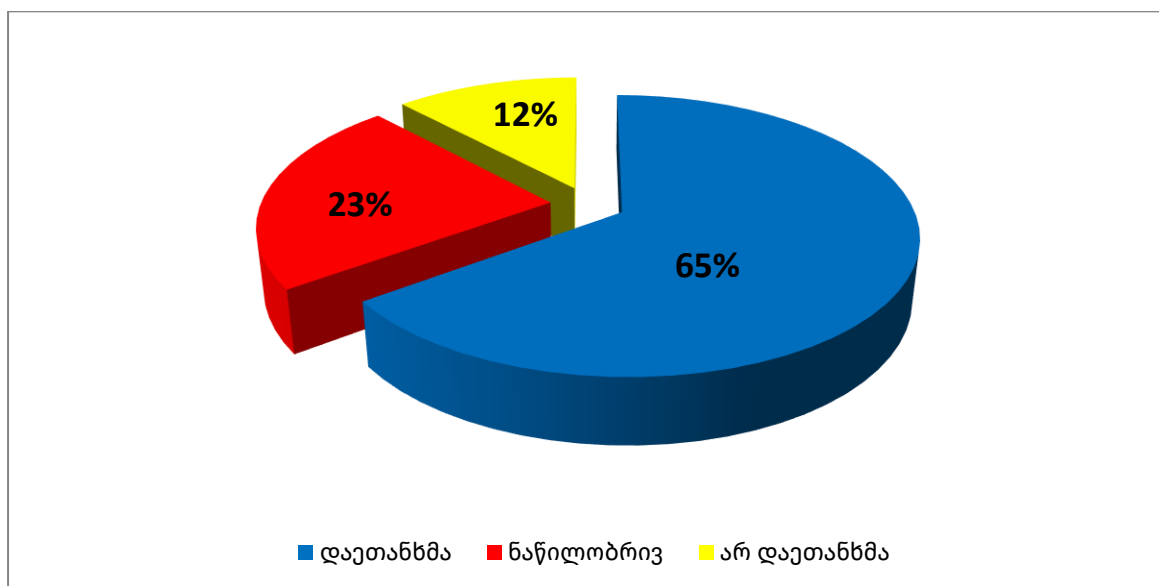


ნახაზი 28. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანი უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლებს და იცავდეს მათ.
წყარო: კვლევის მასალები.

პაციენტის მოვლის დაგეგმვა, განხორციელება და კონტროლი წარმოადგენს ძირითად საექთნო ფუნქციას, რომლის განხორციელებაც ხდება საექთნო პროცესის მეშვეობით. ეს ეხება აბსოლუტურად ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებას.

პაციენტის საექთნო მოვლა უპირველეს ყოვლისა გულისხმობს ე.წ. „საექთნო პროცესის“ განხორციელებას, რომელიც მოიცავს პაციენტის შეფასებას, საექთნო დიაგნოზის დასმას, მოვლის დაგეგმვას, განხორციელებას და შედეგების შეფასება/მონიტორინგს. ვინაიდან საქართველოში საექთნო პროცესი ნაკლებად ცნობილია არა მხოლოდ საზოგადოებისთვის, არამედ სამედიცინო პერსონალისთვისაც, კითხვარში პაციენტის საექთნო მოვლასთან დაკავშირებული შეკითხვა ფორმულირებული იქნა ზოგადად მოვლის კუთხით: „ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში მკურნალობის ყველა ეტაპზე და ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში“.

გამოკითხულთა დიდმა უმრავლესობამ, რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 65%-მა დააფიქსირა პასუხი „ვეთანხმები“ (ნახაზი 29). იმ რესპოდენტებიდან, ვინც პაციენტის მოვლას მკურნალობის ყველა ეტაპზე და ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში ექთნის მოვალეობად მიიჩნევს ექთანი არის 27% 81, ექიმი 22% 66 და პაციენტი 16% 47. მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=27,7$; $df=4$; $P<0.05$).



ნახაზი 29. მოსაზრება, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში მკურნალობის ყველა ეტაპზე და ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში.

წყარო: კვლევის მასალები.

მალიან საინტერესო იყო პაციენტთა ჯგუფის მოსაზრება ამ საკითხთან დაკავშირებით, ვინაიდან კითხვა შეეხებოდა საექთნო პერსონალის მიერ მათი მოვლის კოორდინაციას. სამწუხაროდ, იმ რესპოდენტთა შორის (12%), ვინც მკურნალობის ყველა ეტაპზე პაციენტის მოვლის კოორდინაციას ექთნის ფუნქციად არ მიიჩნევს, ყველაზე მეტი არის პაციენტი 7% 21. რესპოდენტთა 23% მხოლოდ ნაწილობრივ დაეთანხმა ექთნებისთვის პაციენტის მოვლის კოორდინატორის ფუნქციის შესრულებას, აქედან პაციენტი - 11% (პაციენტთა ჯგუფის 32%), 8% ექიმი (ექიმთა ჯგუფის 24%) და 4% - ექთანი, რაც ექთნების ჯგუფის 12%-ს წარმოადგენს (ცხრილი 11).

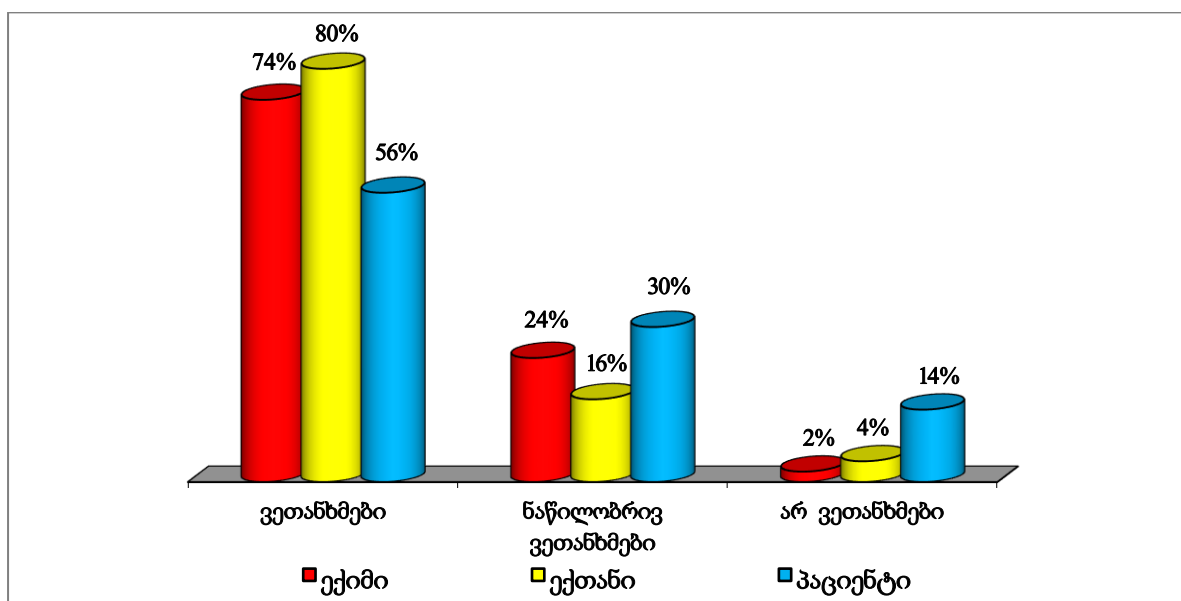
ბათუმში გამოკითხულთა 70% 105, რაც რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 35%-ია, თვლის, რომ ექთნის მოვალეობა არის პაციენტის მოვლის კოორდინირება (ნახაზი 30). ამ რესპოდენტთა ყველაზე დიდი ნაწილი არის ექთანი - ბათუმის ექთნების ჯგუფის 80%, (ბათუმის რესპოდენტთა 26%) და ექიმი - 74% (ნახაზი 30). თუმცა, ამავე დროს, ექთნების ბევრად ნაკლები რაოდენობა მიიჩნევს, მაგალითად, მედიკამენტების გვერდითი მოქმედების ამოცნობასა და პაციენტის განათლებას, ასევე ჰიგიენური ღონისძიებების ჩატარებას საექთნო მოვალეობად. აქედან გამომდინარე ჩანს, რომ ბევრმა ექთანმა არ იცის რას ნიშნავს პაციენტის სრულყოფილი საექთნო მოვლა.

ცხრილი 11. მოსაზრება, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში მკურნალობის ყველა ეტაპზე და ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში.

ჯგუფი	ექთანხმები		ნაწილობრივ ექთანხმები		არ ექთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენო- ბიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენო- ბიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენო- ბიდან
ექიმი	66	22%	24	8%	10	3%
ექთანი	81	27%	12	4%	7	2%
პაციენტი	47	16%	32	11%	21	7%

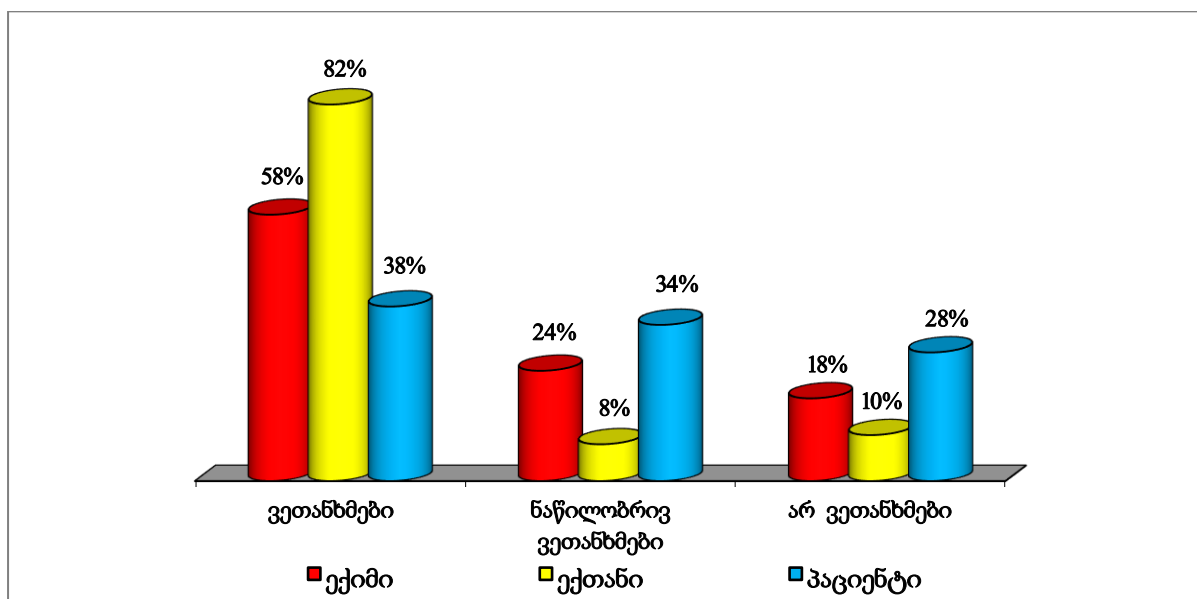
წყარო: კვლევის მასალები.

თბილისის სტაციონარებში გამოკითხულთა უმრავლესობამ დააფიქსირა, რომ ექთნის ფუნქციად მიიჩნევენ პაციენტის მოვლის კოორდინირებას. ბათუმის მსგავსად, ამ ჯგუფშიც უმრავლესობა ექთანია თბილისის ექთნების 82% . ექთნისთვის ამ ფუნქციის შესრულებას ნაწილობრივ დაეთანხმა თბილისის ექიმების 24% და პაციენტების 34% (ნახაზი 31). იმ გამოკითხულთა შორის, ვინც არ თვლის, რომ პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში ექთანს წამყვანი როლი აკისრია, ყველაზე მეტია პაციენტი - თბილისის რესპოდენტთა 9% და ექიმი - 3%. გამოიკვეთა საექიმო კადრის მხრიდან საექთნო ფუნქციების არასრულყოფილი ცოდნის ნიშნები.



ნახაზი 30. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში.

წყარო: კვლევის მასალები.

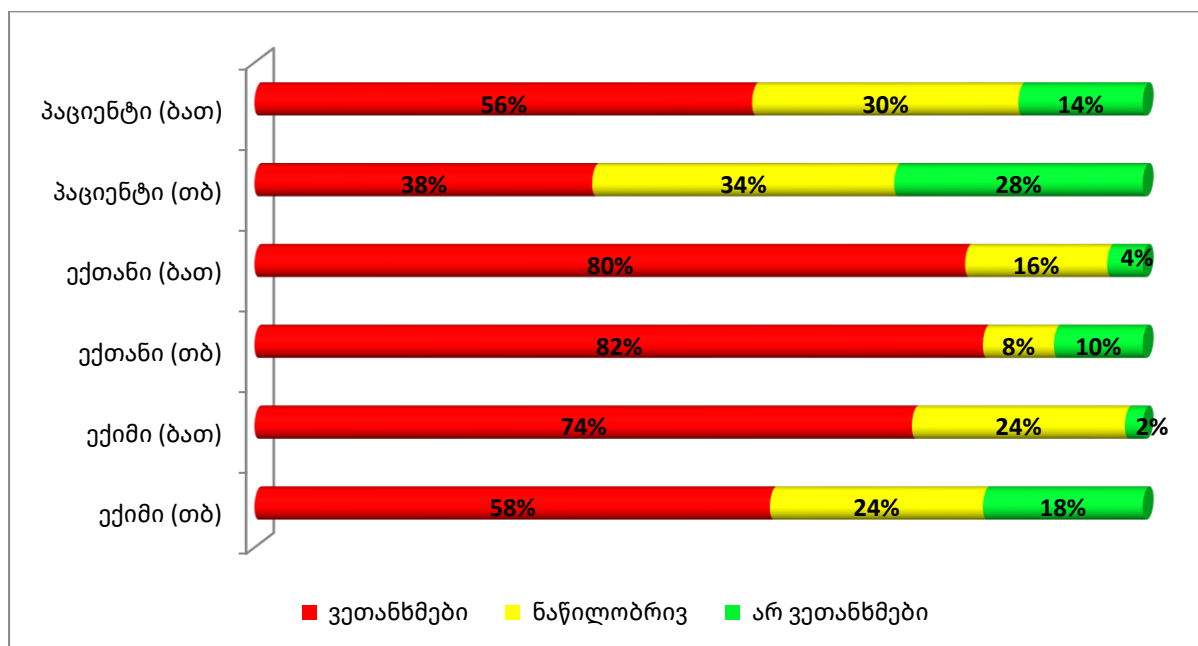


ნახაზი 31. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში.

წყარო: კვლევის მასალები.

გამოიკვეთა მცირე სხვაობა თბილისისა და ბათუმის სტაციონარებში გამოკითხულ რესპოდენტთა პასუხებში, კერძოდ, ბათუმში უფრო მეტი ექიმი - 74% (რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 12%) და პაციენტი - 56%, მიიჩნევს პაციენტის მოვლის კოორდინაციას ექთნის მოვალეობად, ვიდრე თბილისში - ექიმი 58%, პაციენტი 38%. შესაბამისად, უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა ბათუმში რესპოდენტთა 3.3%-მა, ხოლო თბილისში 9.4%-მა.

გამოკითხულთა აზრის პროცენტული გადანაწილება თბილისისა და ბათუმის ექიმების, ექთნებისა და პაციენტების მიხედვით იხილეთ ნახაზზე 32:



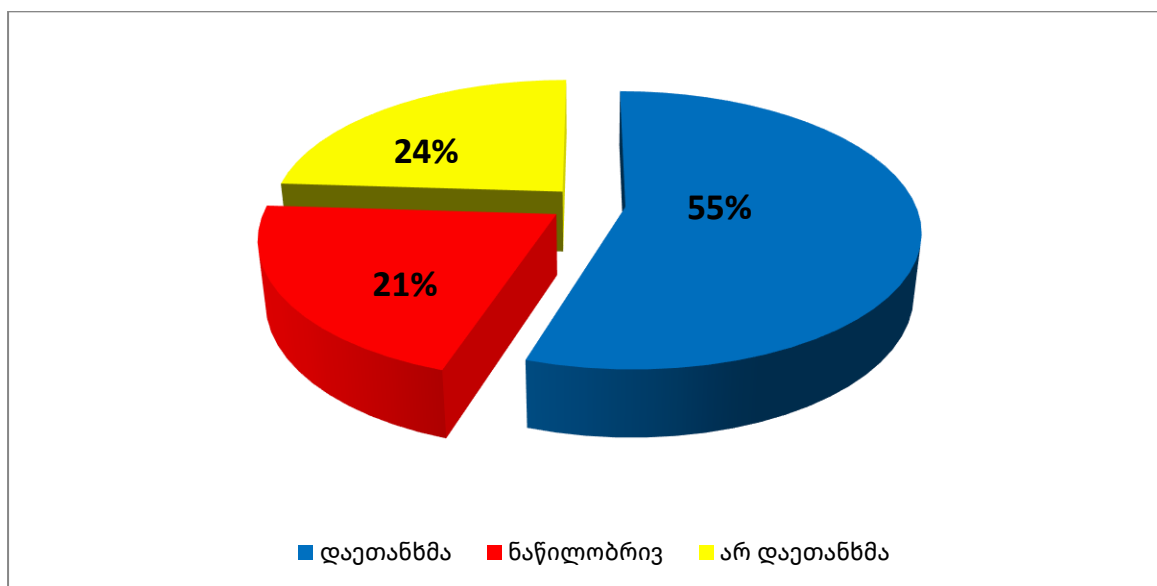
ნახაზი 32. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთანს აქვს წამყვანი როლი პაციენტის მოვლის კოორდინაციაში.

წყარო: კვლევის მასალები.

როგორც ნახაზიდან ჩანს, თბილისის რესპოდენტ პაციენტთა გარდა, გამოკითხულთა უმრავლესობა ექთანს პაციენტის მოვლის დაგეგმვასა და განხორციელებაში წამყვან როლს მიაკუთვნებს.

ევრო პარლამენტის დირექტივისა და ევროკავშირის საბჭოს 2005 წლის 7 სექტემბრის „პროფესიული კვალიფიკაციის ცნობისა და შესწორებების აქტის“ მიხედვით საექთნო საქმიანობისათვის მაღალი მოთხოვნებია წაყენებული. ქვეყანაში საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის აქტუალურია უმაღლესი საექთნო განათლების სისტემის დანერგვა. ბაკალავრის ხარისხის მქონე ექთანს შეუძლია აწარმოოს პაციენტის სრული საექთნო შეფასება, მოვლის დაგეგმვა და განხორციელება, შედეგების შეფასება და მონიტორინგი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO, 2009, გვ.10) გამოაქვეყნა ექთნის და ბეზიაქალის მომზადების გლობალური სტანდარტები, რომლის მიხედვითაც საექთნო საქმე ითვალისწინებს მომზადებას უნივერსიტეტში, ანუ საექთნო პროფესიის მისაღებად აუცილებელია საბაკალავრო პროგრამის გავლა.

გამოკითხვის მიზანი იყო ამ საკითხთან მიმართებაში რესპოდენტთა სხვადასხვა ჯგუფის შეხედულების დაფიქსირება.



ნახაზი 33. მოსაზრება, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში
წყარო: კვლევის მასალები

სასიხარულოა ის ფაქტი, რომ საზოგადოება საექთნო ბაკალავრიატის შესახებ მეტ-ნაკლებად ინფორმირებული აღმოჩნდა. ყველა ჯგუფიდან რესპოდენტთა თითქმის თანაბარმა რაოდენობამ დააფიქსირა მოსაზრება, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში. საერთო ჯამში ასეთი პასუხი გაგვცა 166-მა რესპოდენტმა, რაც გამოკითხულთა საერთო რაოდენობის 55%-ს წარმოადგენს (ნახაზი 33).

ცხრილი 12. მოსაზრება, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში

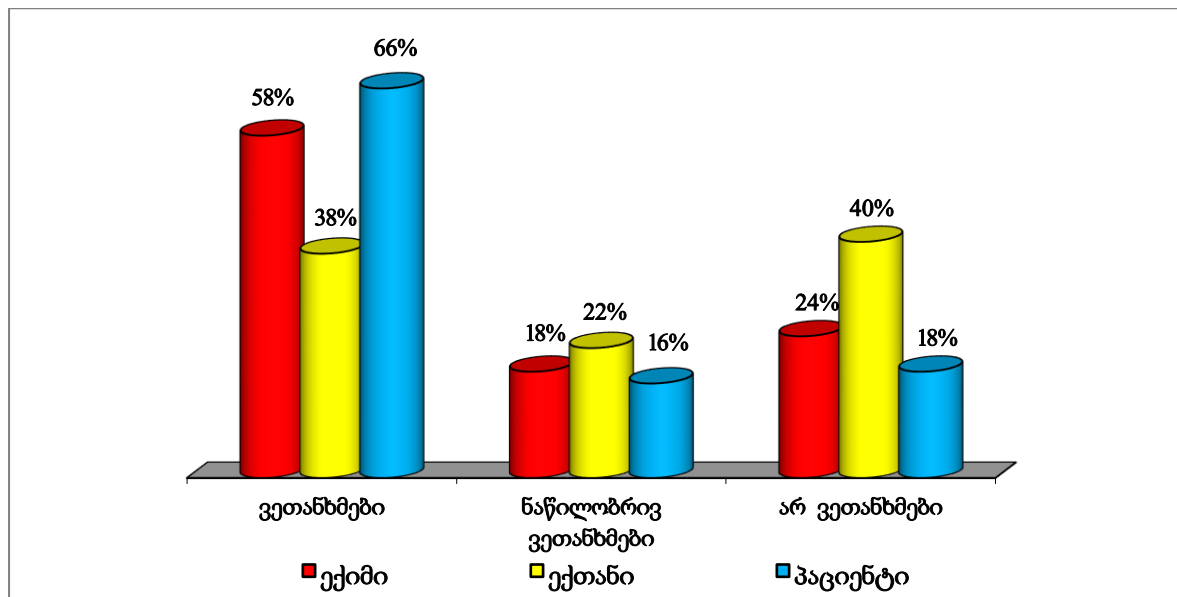
ჯგუფი	ვეთანხმები		ნაწილობრივ ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან
ექიმი	56	18,7%	20	6,7%	24	8%
ექთანი	55	18,3%	21	7%	24	8%
პაციენტი	55	18,3%	22	7,3%	23	7,7%

წყარო: კვლევის მასალები

საექთნო პერსონალისათვის უმაღლესი განათლების მიღების აუცილებლობას

ნაწილობრივ დაეთანხმა გამოკითხულთა 21% 63 და არ დაეთანხმა 24% 71. აღსანიშნავია,

რომ ამ ორივე შემთხვევაში სამივე ჯგუფში (ექიმი, ექთანი, პაციენტი) რესპოდენტთა თანაბარმა რაოდენობამ დააფიქსირა ასეთი აზრი (ცხრილი 12).

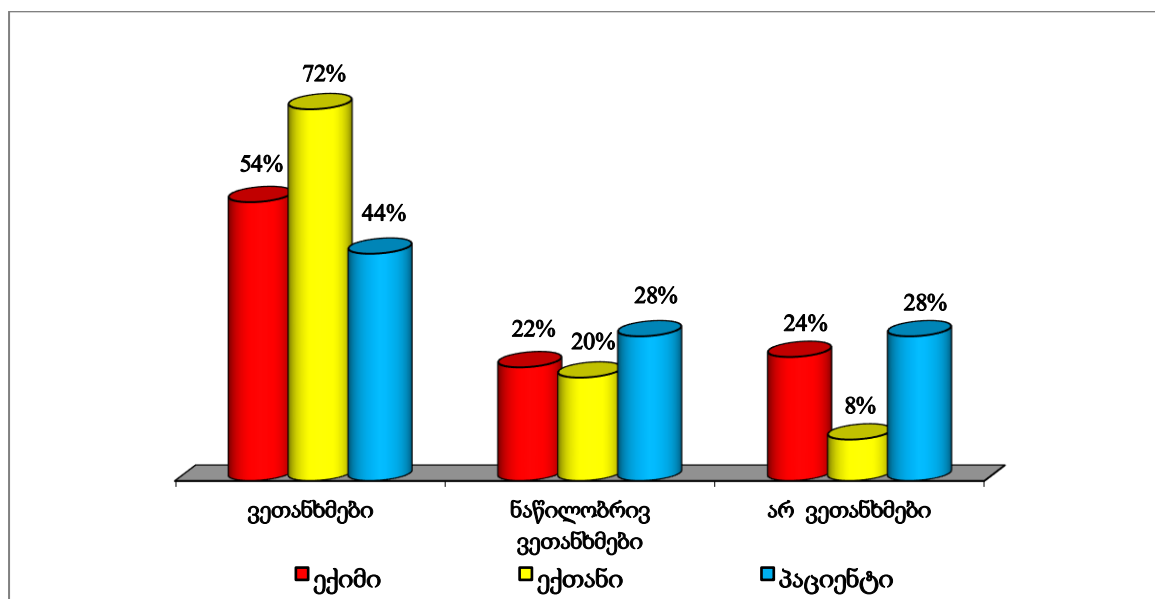


ნახაზი 34. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში.

წყარო: კვლევის მასალები

ბათუმის რესპოდენტთა 54% 81 მიიჩნევს, რომ საექთნო კადრის მომზადება საუნივერსიტეტო საბაკალავრო პროგრამებით უნდა ხდებოდეს, 19% 28 ნაწილობრივ, ხოლო 27% 41 არ ეთანხმება ამ მოსაზრებას. ამ უკანასკნელთა შორის ყველაზე მეტი არის ექთანი - ბათუმის რესპოდენტთა 13% 20 და ექიმი - 8% 12. მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=8,6$; $df=2$; $P<0.05$).

ბათუმის სტაციონარებში მომუშავე რესპოდენტ ექთანთა მხოლოდ 38% 19 თვლის, რომ ექთნების მომზადება საუნივერსიტეტო დონეზე უნდა ხდებოდეს, 22% 11 ნაწილობრივ და უმეტესობა - 40% 20 არ ეთანხმება (ნახაზი 34). საექთნო პერსონალის მხრიდან ასეთი პასუხები შეიძლება ნაწილობრივ გამოწვეული იყოს უმაღლესი განათლების ექთნების ჯანდაცვის სისტემაში შემოსვლის შემთხვევაში სამსახურის დაკარგვის შიშით.

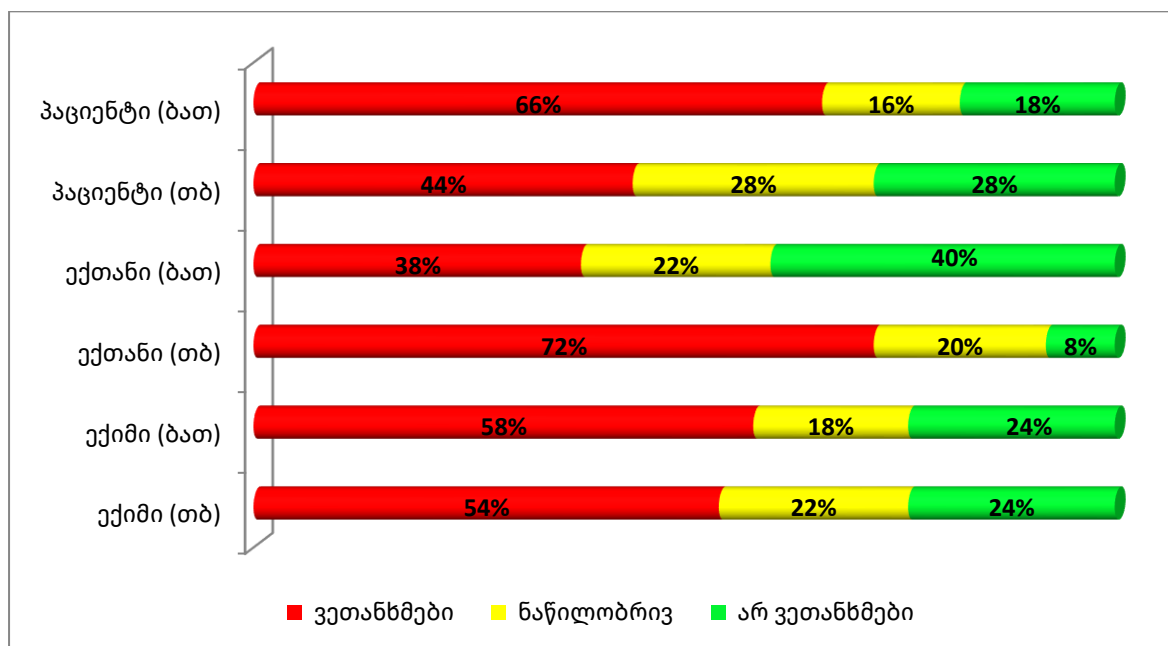


ნახაზი 35. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში.

წყარო: კვლევის მასალები

თბილისის სტაციონარებში გამოკითხულთა შორის საექთნო უმაღლესი განათლების მომხრეა 56%, ანუ 85 რესპოდენტი. აქედან ყველაზე მეტი არის ექთანი - 36, რაც თბილისის რესპოდენტთა 24%-ს და თბილისში გამოკითხული ექთნების 72%-ს წარმოადგენს (ნახაზი 35). სამივე ჯგუფიდან დაახლოებით ერთნაირი რაოდენობით დაფიქსირდა პასუხი „ნაწილობრივ ვეთანხმები“, ჯამში სულ 23%. თბილისში გამოკითხულთა საერთო რაოდენობის 21% - 30 რესპოდენტი არ ეთანხმება იმ მოსაზრებას, რომ ექთნების მომზადება საბაკალავრო პროგრამებით უნდა ხდებოდეს. მათ შორის თბილისის ექიმთა 24%, ექთნების 8% და პაციენტების 28%.

რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის მოსაზრებების პროცენტული გადანაწილება ფოკუს ჯგუფებისა და რეგიონების მიხედვით მოცემულია ნახაზზე 36.

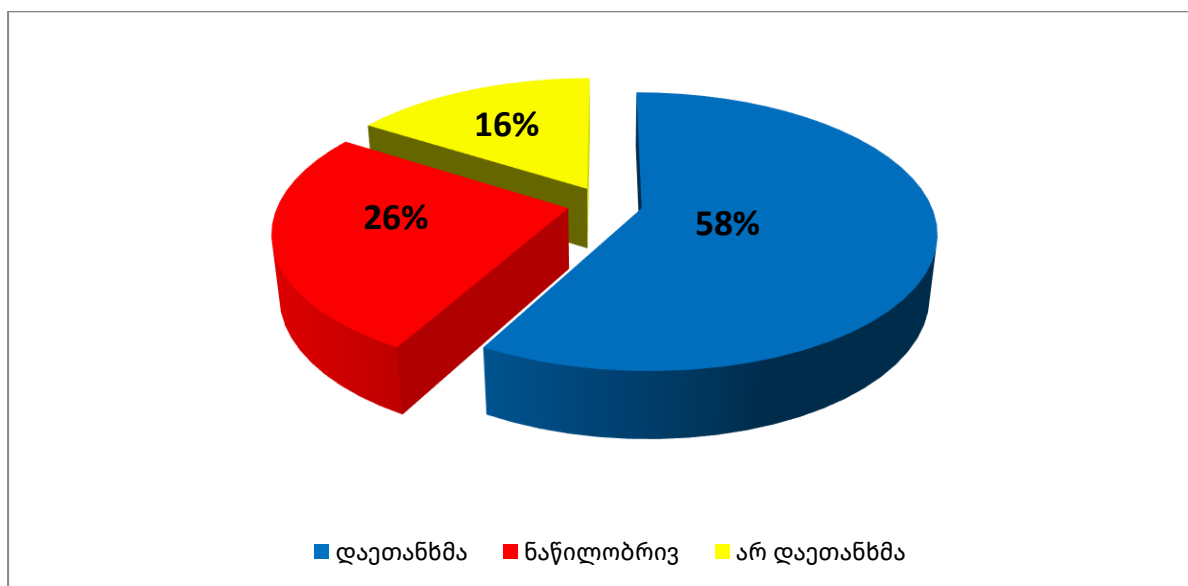


ნახაზი 36. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნის მომზადება უნდა ხდებოდეს უნივერსიტეტში.

წყარო: კვლევის მასალები

საექთნო პერსონალის ფუნქციები მნიშვნელოვანწილად დაკავშირებულია ქვეყანაში არსებული საბაზისო საგანმანათლებლო პროგრამების სახეობასა და მოცულობასთან. საქართველოში საექთნო განათლების მიღება 2007 წლამდე ხდებოდა მხოლოდ სამუშაო სამედიცინო სასწავლებლებში, რომელთა სასწავლო პროგრამები საექიმო პროგრამების ძალიან შეზღუდულ ვარიანტს წარმოადგენდა. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ საექთნო კადრის განათლებას საექიმო კადრი აწარმოებდა და ახდენს დღესაც, მათთვის პრაქტიკული გამოცდილების არარსებობის გამო საკმაოდ რთულია საექთნო საქმის ძირითადი საკითხების სწავლება. სწავლება ხდება უპირატესად ექიმის პერსპექტივაზე ფოკუსირებით, შედეგად ვიღებთ იმას, რომ კურსდამთავრებული ექთნები უფრო მეტად არიან ექიმის თანაშემწეები, ვიდრე საკუთარი კომპეტენციის მცოდნე პროფესიონალები. ქართულ ენაზე თითქმის არ მოიპოვება მნიშვნელოვანი ლიტერატურა საექთნო საქმის შესახებ. ამ და მრავალი სხვა პრობლემის გამო საექთნო განათლება ვერ პასუხობს თანამედროვე მოთხოვნებს.

განვითარებულ ქვეყნებთან პარალელის გავლების კონტექსტში საინტერესო იყო რესპოდენტთა აზრი საქართველოში საექთნო პროფესიის საგანმანათლებლო საფუძვლისა და შესაბამისად ექთნის ფუნქციების შესახებ (ნახაზი 37).



ნახაზი 37. მოსაზრება, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები.

წყარო: კვლევის მასალები

175-მა რესპოდენტმა, რაც გამოკითხულთა 58%-ს შეადგენს, დააფიქსირა, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს ის საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები, რაც განვითარებულ ქვეყნებში, 26% 76 - ნაწილობრივ ეთანხმება ამ მოსაზრებას, ხოლო 16% 49 კი არ ეთანხმება, ანუ თვლის, რომ საექთნო საქმეში გვაქვს მოწინავე ქვეყნების მსგავსი საბაზისო განათლება და ექთნის ფუნქციები. მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=9,22$; $df=4$; $P<0.05$).

პასუხების გადანაწილება ფოკუს ჯგუფების მიხედვით მოცემულია ცხრილში 13.

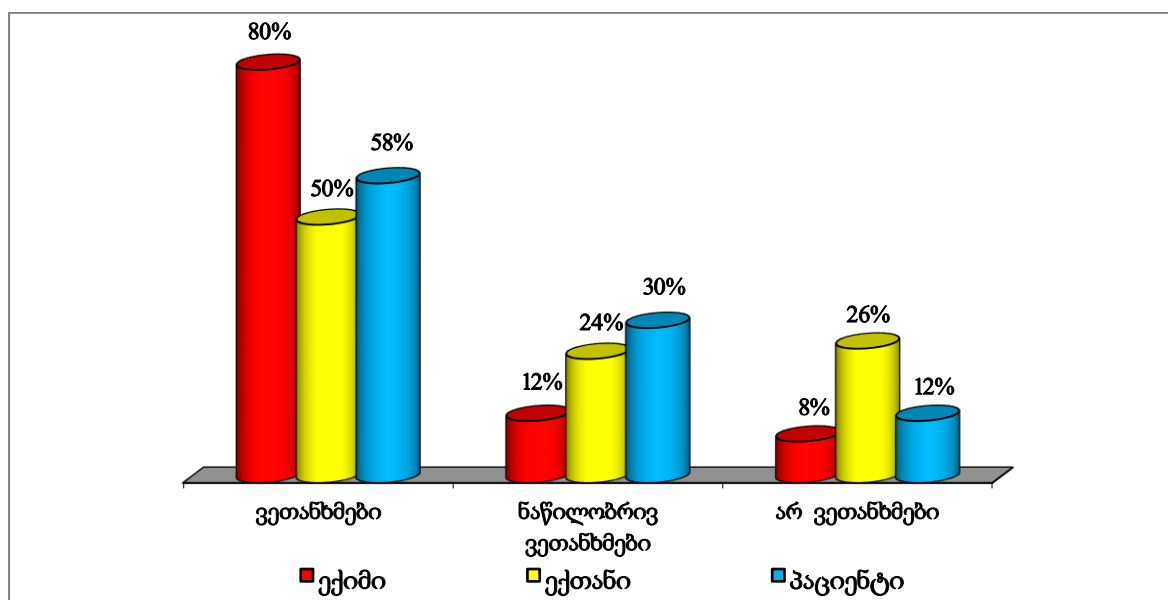
გამოკითხულთა უმრავლესობა რეალურად აფასებს არსებულ სიტუაციას.

განსაკუთრებით ექიმთა ჯგუფი 23% 70, რომელნიც ეთანხმებიან ფორმულირებას, რომ საქართველოში საექთნო განათლება არ შეესაბამება განვითარებული ქვეყნების საექთნო განათლების სისტემას. ექთნების ჯგუფი უფრო თავშეკავებული აღმოჩნდა, მათი 10% 30 ნაწილობრივ, ხოლო 5.3% 16 არ ეთანხმება ამ შეხედულებას.

ცხრილი 13. მოსაზრება, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები

ჯგუფი	ვეთანხმები		ნაწილობრივ ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან	ამ ჯგუფიდან (აბს. და %)	საერთო რაოდენობიდან
ექიმი	70	23%	17	5,7%	13	4,3%
ექთანი	54	18%	30	10%	16	5,3%
პაციენტი	51	17%	29	9,7%	20	7%

წყარო: კვლევის მასალები

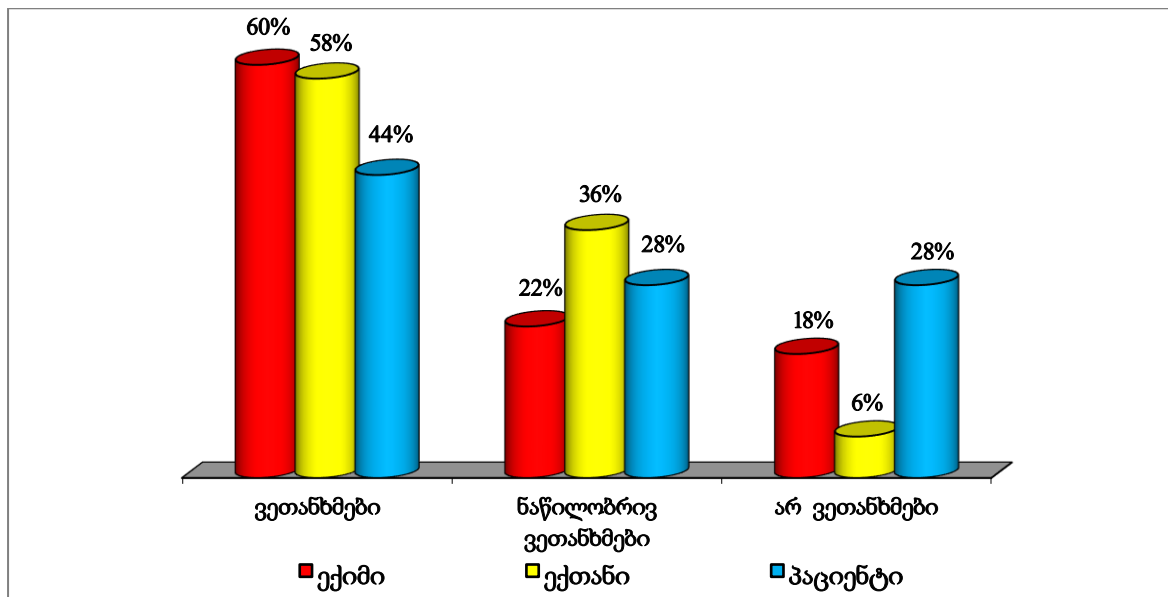


ნახაზი 38. ბათუმის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები.

წყარო: კვლევის მასალები

ბათუმის რესპოდენტთა უმრავლესობა 62% 94, რაც გამოკითხულთა საერთო რაოდენობის 31%-ს შეადგენს, თვლის, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების მსგავსი საბაზისო განათლება. ასეთი მოსაზრება დააფიქსირა ბათუმის რესპოდენტ ექიმთა 80%-მა, ექთნების 50% და პაციენტების 58%-მა. იმ რესპოდენტში, ვინც თვლის, რომ დღეს საქართველოში საექთნო პროფესიას აქვს

განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო სისტემა, სჭარბობს ექთნები - ექთნების 26% (ნახაზი 38).

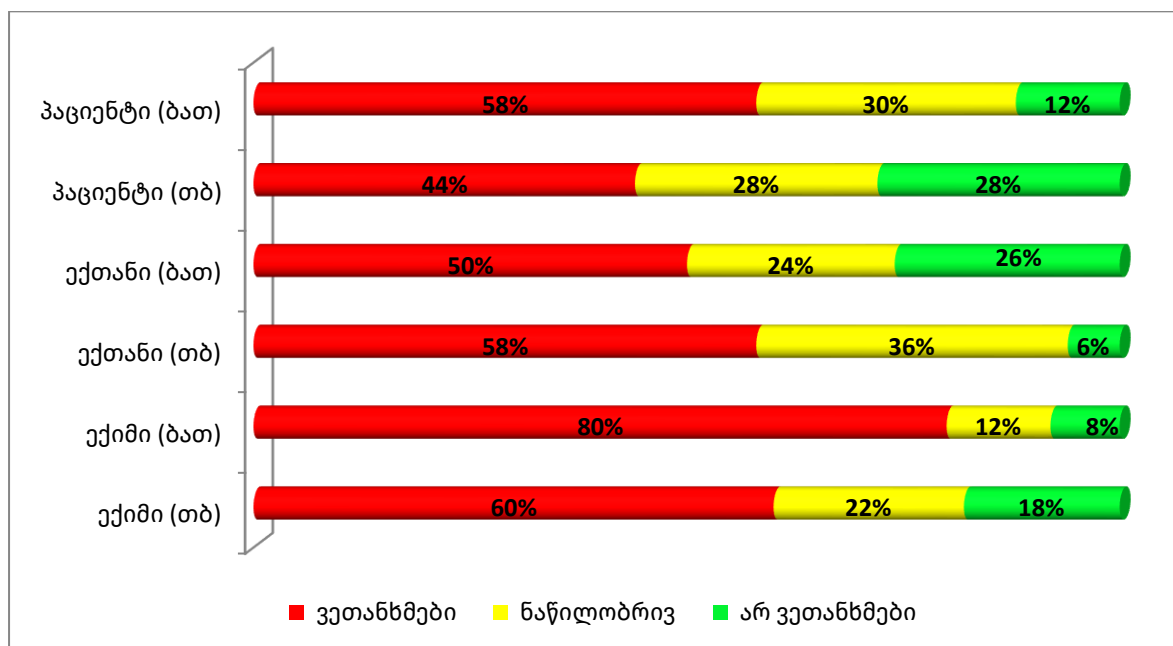


ნახაზი 39. თბილისის რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები.

წყარო: კვლევის მასალები

ბათუმის მსგავსად, თბილისში გამოკითხულთა უმრავლესობა 54%⁸¹ ეთანხმება ზემოთმოყვანილ მოსაზრებას. მათ შორის ექიმთა 60%, ექთნების 58% და პაციენტების 44%. თბილისში საექთნო პერსონალმა ბათუმელ კოლეგებთან შედარებით უფრო კრიტიკულად შეაფასა სიტუაცია და მხოლოდ 6%-მა მიიჩნია იდენტურად საქართველოში და დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში საექთნო განათლება და ექთნის ფუნქციები, ექთნების 36% ნაწილობრივ ეთანხმება ამ მოსაზრებას (ნახაზი 39).

გამოკითხულთა აზრის პროცენტული გადანაწილება თბილისისა და ბათუმის ექიმების, ექთნებისა და პაციენტების ჯგუფების მიხედვით მოცემულია ნახაზზე 40:



ნახაზი 40. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს განვითარებული ქვეყნების ანალოგი საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები.

წყარო: კვლევის მასალები

ჩატარებული კვლევისას რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგებმა ნათლად გვიჩვენა, რომ საქართველოში გვაქვს საექთნო პროფესიის რაობისა და ფუნქციების ცოდნის დეფიციტი როგორც საზოგადოების არასამედიცინო ნაწილში (პაციენტები), ასევე, რაც ყველაზე დამაფიქრებელია – საექიმო და საექთნო პერსონალში. მაგალითად: რესპოდენტთა უმრავლესობა (54%) თვლის, რომ ექთნის მოვალეობაში მხოლოდ ექიმის დავალებით ინექციების გაკეთება და მედიკამენტის მიწოდება შედის. ამ კატეგორიაშია გამოკითხულ ექიმთა და პაციენტთა 50-50%, ხოლო ექთნების 62%. გამოდის, რომ საექთნო პერსონალი თვითონ აღიქვას თავს როგორც მხოლოდ დამხმარე და არა კვალიფიციური მოვლის მიმწოდებელი.

3.2. საქართველოში საექთნო საქმის ძირითადი პრობლემების იდენტიფიცირება

საქართველოში საექთნო საქმის ძირითადი პრობლემების იდენტიფიკაციის მიზნით კვლევა ჩატარდა საქართველოს ექთნების ასოციაციის და ფონდი „ღია საზოგადოება საქართველო“ პროექტის ფარგლებში (პროექტის კოდი Med/29/11 – 18475). საექთნო საქმეში არსებული ზოგადი პრობლემების იდენტიფიკაციისათვის შემუშავებული კითხვარის გამოყენებით რესპოდენტთა გამოკითხვა განხორციელდა საქართველოს

მასშტაბით, სხვადასხვა რეგიონის სტაციონარებსა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში (აჭარა, კახეთი, იმერეთი, სამეგრელო, ქვემო ქართლი). ვინაიდან კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საექთნო საქმის პრობლემების იდენტიფიცირება ქვეყნის მასშტაბით, არ მოხდა მონაცემთა დაჯგუფება და ანალიზი ცალკეული რეგიონებისა და დაწესებულებების მიხედვით.

რესპოდენტებს პასუხი უნდა გაეცათ კითხვებზე, რომელიც საექთნო საქმის სხვადასხვა ძირეულ ასპექტებს შეეხებოდა: უფლება-მოვალეობებს, საექთნო განათლებას, სამუშაოს მოცულობას, ანაზღაურებას, ლეგალურ საკითხებს, მომსახურეობის ხარისხს და სხვა (დანართი 2). საკვლევ ჯგუფად განისაზღვრა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის როგორც ჰოსპიტალურ სექტორში, ასევე პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ექიმები, ექთნები და მენეჯერები.

საექიმო პერსონალისა და ჯანდაცვის დაწესებულებების სხვადასხვა დონის მენეჯერების აზრი ძალიან მნიშვნელოვანია საექთნო საქმის პრობლემების იდენტიფიცირებაში, ვინაიდან დღეისათვის საექთნო რეგულაციების სიმცირის, უფრო ზუსტად - არარსებობის გამო სწორედ მათზე არის დამოკიდებული ექთნისათვის იმ ფუნქციების დელეგირება, რასაც ისინი რეალურად უნდა ასრულებდნენ. მენეჯერების კატეგორიაში შევიდა როგორც მაღალი - საავადმყოფოების დირექტორები, მთავარი ექიმები და მოადგილეები, ასევე საშუალო და დაბალი რგოლის მენეჯერები - განყოფილების გამგეები. საექთნო პერსონალი დარგის „შიგნიდან“ ხედავს ამ პროფესიის პრობლემებს. ამიტომ განსაკუთრებული ადგილი იქნა დათმობილი სწორედ ექთნების აზრის გამოკითხვას. გამოიკითხა 2 860 (n=2860) რესპოდენტი: 412 - ექიმი, 2 382 - ექთანი და 66 - მენეჯერი. შედეგები იხილეთ ცხრილი 13.

საექთნო პერსონალის მხრიდან დაფიქსირდა მაღალი აქტივობა. დაწესებულებათა უმრავლესობაში მენეჯერები და ექიმები ინტერესით მოეკიდნენ კითხვარების შევსებას. ზოგიერთმა მათგანმა დააფიქსირა კომენტარები.

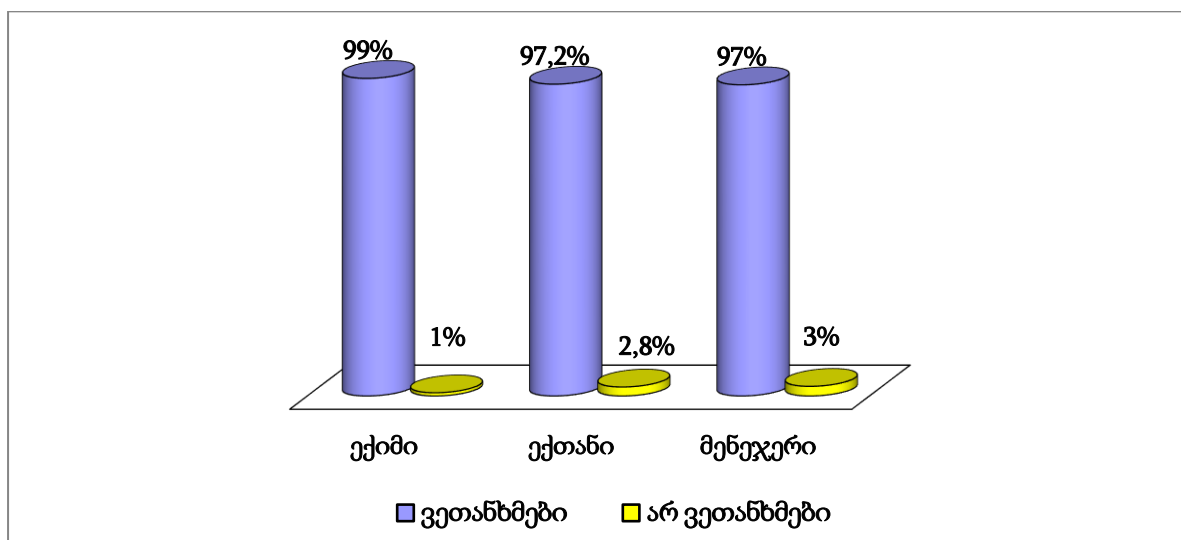
ცხრილი 14. რესპოდენტთა ჯგუფები და კითხვარების რაოდენობრივი ანალიზი¹

კითხვა #	ექიმი				ექთანი				მენეჯერი			
	ვეთანხმები		არ		ვეთანხმები		არ ვეთანხმები		ვეთანხმები		არ	
	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%
1	408	14.13	4	0.1	2316	81	66	2.3	64	2.4	2	0.07
2	354	12.34	58	2.03	1488	52.03	894	31.28	60	2	6	0.42
3	398	13.9	14	0.5	2248	78.6	134	4.69	64	2.24	2	0.07
4	406	14.1	6	0.2	2320	81.1	62	2.1	58	2.2	8	0.3
5	368	12.83	44	1.53	2076	72.5	306	10.7	62	2.3	4	0.14
6	196	6.8	216	7.5	1522	53.2	860	30.1	24	0.9	42	1.5
7	214	7.5	198	6.9	886	31	1496	52.3	52	1.8	14	0.5
8	412	14.4	0	0	2266	79.2	116	4.13	64	2.2	2	0.07
9	176	6.2	236	8.2	1126	39.4	1256	43.9	30	1.1	36	1.2
10	380	13.2	32	1.2	1944	67.9	438	15.4	46	1.6	20	0.7
11/1	382	13.4	30	1.05	2202	76.9	180	6.35	64	2.23	2	0.07
11/2	362	12.7	50	1.7	1922	67.2	460	16.1	62	2.2	4	0.1
11/3	344	12.2	48	1.8	1638	57.4	744	26.2	56	2	10	0.4
12/1	390	13.7	22	0.8	2112	73.8	270	9.4	66	2.3	0	0
12/2	376	13.2	36	1.3	1960	68.5	422	14.8	60	2	6	0.2
12/3	380	13.3	32	1.1	1754	61.3	628	22.1	60	2	6	0.2
რ-ბა	412				2382				66			
სულ	2860											

წყარო: კვლევის მასალები

საექთნო პროფესია მსოფლიოს ქვეყნების უმრავლესობაში და ყველა განვითარებულ ქვეყანაში დამოუკიდებელი პროფესიაა, თავისი დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი განათლების სისტემით. 2005 წლიდან ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებითა და ევროსაბჭოს რეგულაციებით საექთნო პროფესიის საგანმანათლებლო მინიმუმად საუნივერსიტეტო (საბაკალავრიო) დონე არის მიჩნეული. ფაქტებით დადასტურებულია, რომ ყველგან, სადაც არის სპეციალიზირებული საექთნო განათლება და ამ პროფესიით მუშაობისათვის აუცილებელია მხოლოდ საექთნო (და არა საექიმო ან ბიოლოგიური) განათლების მიღება, არის ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისები. რესპოდენტებს უნდა დაეფიქსირებინათ თავისი მოსაზრება საექთნო პერსონალისთვის აუცილებელი განათლებისა და კვალიფიკაციის შესახებ. კერძოდ, რომ ექთნად მუშაობისათვის აუცილებელია საექთნო განათლების დამადასტურებელი დიპლომი და მინიჭებული კვალიფიკაცია „ექთანი“ ან მასთან გათანაბრებული კვალიფიკაციები: „ფერმალი“, „მედეა“ და სხვა. (იხ. ნახაზი 41).

¹ % გამოთვლილია რესპოდენტთა საერთო რაოდენობიდან



ნახაზი 41. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნად მუშაობისათვის აუცილებელია საექთნო განათლების დამადასტურებელი დიპლომი
წყარო: კვლევის მასალები

რესპოდენტების უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ საექთნო პროფესიისათვის აუცილებელია სპეციალური განათლების მიღება. ფორმულირებას არ ეთანხმება მხოლოდ გამოკითხულთა საერთო რაოდენობის 2,58% - 72 რესპოდენტი. ექიმების - 1%, ექთნების 2,8% და მენეჯერების 3% მიიჩნევს, რომ ექთნად მუშაობისათვის აუცილებელი არ არის საექთნო განათლების დამადასტურებელი დიპლომი. პროცენტულად, უარყოფითი პასუხი დააფიქსირა მენეჯერთა უფრო მეტმა რაოდენობამ, რაც დამაფიქრებელია. მენეჯერთა ეს ნაწილი თვლის, რომ ნებისმიერი პროფილის ექიმს და სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტს შეუძლია იმუშაოს ექთნად (ცხრილი 15).

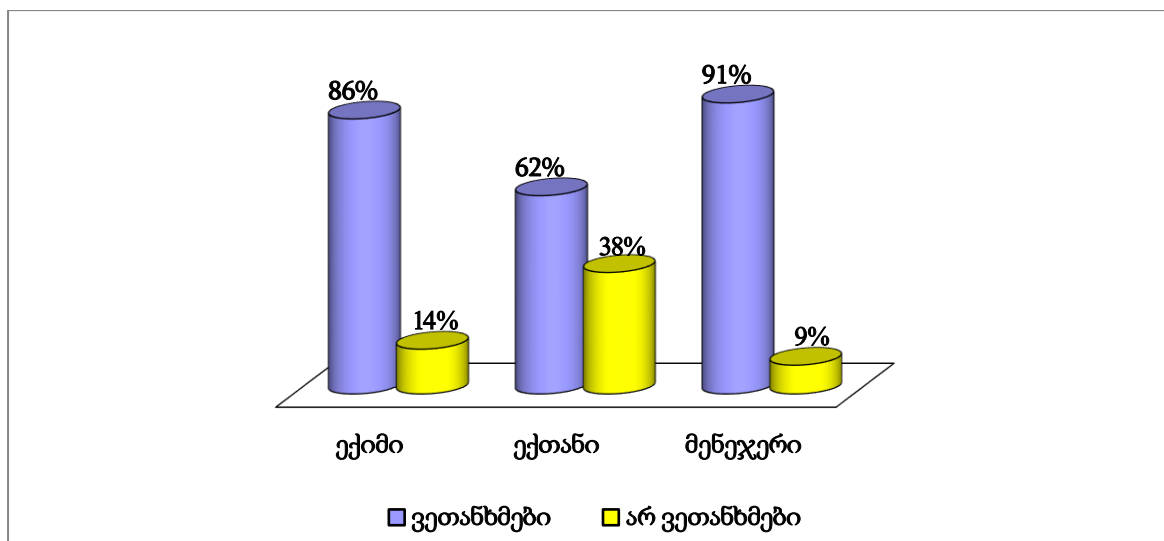
ცხრილი 15. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ექთნად მუშაობისათვის აუცილებელია საექთნო განათლების დამადასტურებელი დიპლომი

	ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	408	99%	4	1%
ექთანი	2316	97.2%	66	2.8%
მენეჯერი	64	97%	2	3%

წყარო: კვლევის მასალები

პროფესიული სტანდარტების არსებობა ნებისმიერი დარგისათვის მნიშვნელოვანი და აუცილებელია. ქვეყანაში არ გვაქვს შემუშავებული ექთნის პროფესიული სტანდარტი და დამტკიცებული საექთნო პერსონალის „სამუშაოს აღწერილობები“. კითხვარში ამ ფორმულირების შეტანით შევეცადეთ გაგვეჩვენა რა მდგომარეობაა ამ მიმართულებით

ჯანდაცვის სხვადასხვა დაწესებულებაში, როგორია ექთნების, ექიმებისა და მენეჯერების ხედვა ამ საკითხთან დაკავშირებით. რესპოდენტებს უნდა დაეფიქსირებინათ მათ დაწესებულებებში არსებობს თუ არა სამუშაოს აღწერილობები საექთნო პერსონალისათვის და ახდენს თუ არა ეს გავლენას სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე (ნახაზი 42).



ნახაზი 42. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნების სამუშაოს აღწერილობის არ არსებობა ხშირად გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე

წყარო: კვლევის მასალები

გამოკითხულთა დიდმა უმრავლესობამ დაგვიდასტურა, რომ მსგავსი დოკუმენტაცია არ გაგვაჩნია. გამოკითხული ექიმების 14%-მა, ექთნების 38%-მა და მენეჯერების 9%-მა დააფიქსირა უარყოფითი პასუხი. აღსანიშნავია, რომ ექთნების საკმაოდ დიდმა რაოდენობამ (38%) დააფიქსირა პასუხი „არ ვეთანხმები“, რაც ნიშნავს, რომ გამოკითხულ 894 ექთანს აქვს სამუშაოს აღწერილობა, მაგრამ ამ რესპოდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა არ დაეთანხმა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ასეთი დოკუმენტაციის გავლენის შესაძლებლობას (იხ. ცხრილი 16). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=105$; $df=2$; $P<0.05$).

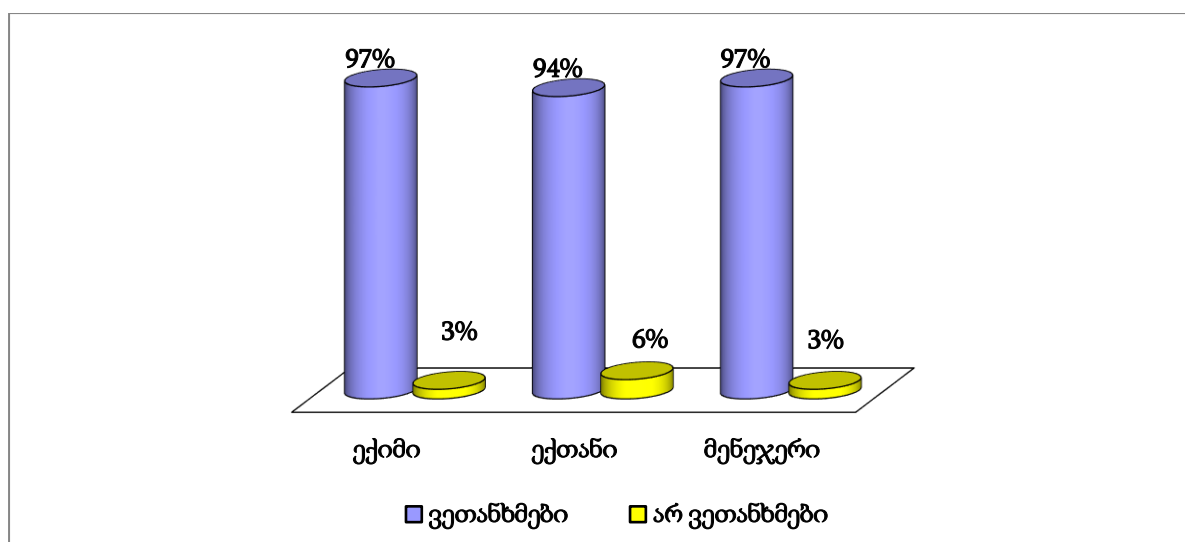
ცხრილი 16. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნების სამუშაოს აღწერილობის არ არსებობა ხშირად გავლენას ახდენს მომსახურების ხარისხზე

	ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	354	86%	58	14%
ექთანი	1488	62%	894	38%
მენეჯერი	60	91%	6	9%

წყარო: კვლევის მასალები

საერთო ჯამში, რესპოდენტთა 67% მიიჩნევს, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნების სამუშაოს აღწერილობის არ არსებობა ხშირად გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

საკანონმდებლო რეგულაციების გარეშე პროფესიის განვითარება ძალიან გაძნელდება ან ვერ მოხდება. საქართველოში საექთნო საქმის მდგომარეობა ამის ნათელ მაგალითს წარმოადგენს. რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 95%-მა დააფიქსირა, რომ საექთნო პროფესია აუცილებლად საჭიროებს „კანონს საექთნო საქმიანობის შესახებ“ და საკანონმდებლო რეგულაციების შექმნას. გამოკითხვამ ნათლად გვიჩვენა, რომ საკანონმდებლო რეგულაციების არარსებობა ჯანდაცვის პროფესიონალების დიდ ნაწილს პრობლემად მიაჩნია (ნახაზი 43).



ნახაზი 43. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესია აუცილებლად საჭიროებს „კანონს საექთნო საქმიანობის შესახებ“ და საკანონმდებლო რეგულაციებს

წყარო: კვლევის მასალები

გამოკითხულ ექიმთა 97%, ექთანთა 94% და მენეჯერთა 97% თვლის, რომ საექთნო საქმის რეგულაციები აუცილებლად უნდა არსებობდეს. რესპოდენტთა იმ კატეგორიაში, ვინც საჭიროდ არ თვლის საექთნო რეგულაციების შემუშავებას, ყველაზე დიდი ნაწილი ექთანია - საექთნო პერსონალის 6%-ს საჭიროდ არ მიაჩნია პროფესიული კანონის შემუშავება და საკანონმდებლო რეგულაციები. ამის მიზეზი ისევ და ისევ ექთნის ფუნქციების დაკნინება და ინფორმაციის სიმწირეა. ამ შეკითხვაზე რესპოდენტთა პასუხების გადანაწილება მოცემულია ცხრილში 17-ში.

ცხრილი 17. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესია აუცილებლად საჭიროებს „კანონს საექთნო საქმიანობის შესახებ“ და საკანონმდებლო რეგულაციებს

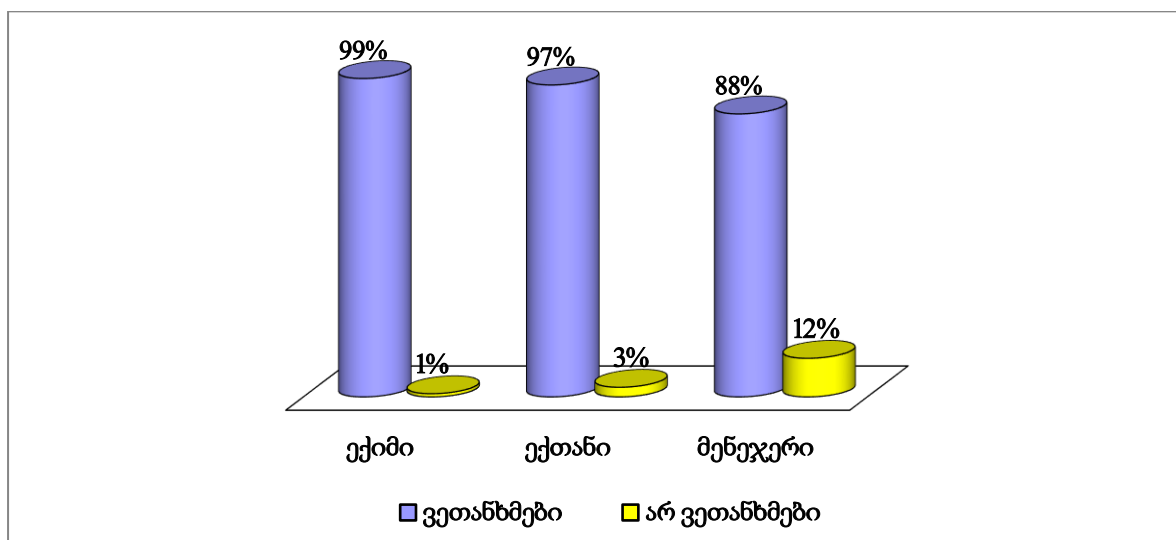
	ექთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	398	97%	14	3%
ექთანი	2248	94%	134	6%
მენეჯერი	64	97%	2	3%

წყარო: კვლევის მასალები

საექთნო პერსონალის ანაზღაურება განსხვავებულია სხვადასხვა დაწესებულებაში. ზოგიერთ შემთხვევაში ექთნის ხელფასი საარსებო მინიმუმს ბევრად ჩამოუვარდება. ექთნის მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან ანაზღაურების შესაბამისობის შესახებ კითხვაზე კომენტარები დააფიქსირეს არა მხოლოდ ექთნებმა, ასევე ექიმებმა და მენეჯერებმაც.

რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 97% ექთნების ამჟამინდელ ხელფასს შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამოდ მიიჩნევს და თვლის, რომ სულ ცოტა, ანაზღაურება უნდა იყოს გაორმაგებული.

ექიმების დიდი უმრავლესობა 99% 406 ექთნის ხელფასს მათ მიერ შესრულებულ სამუშაოსთან შედარებით მცირედ მიიჩნევს. იმ რესპოდენტთაგან, რომელნიც თვლიან, რომ ექთნების ანაზღაურება მათ მიერ შესრულებულ სამუშაოს შეესაბამება (3%) უმრავლესობა მენეჯერია და გამოკითხულ მენეჯერთა 12%-ს შეადგენს (8 მენეჯერი) (ნახაზი 44).



ნახაზი 44. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საქართველოში ექთანს აქვს მცირე, შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამო ანაზღაურება.

წყარო: კვლევის მასალები

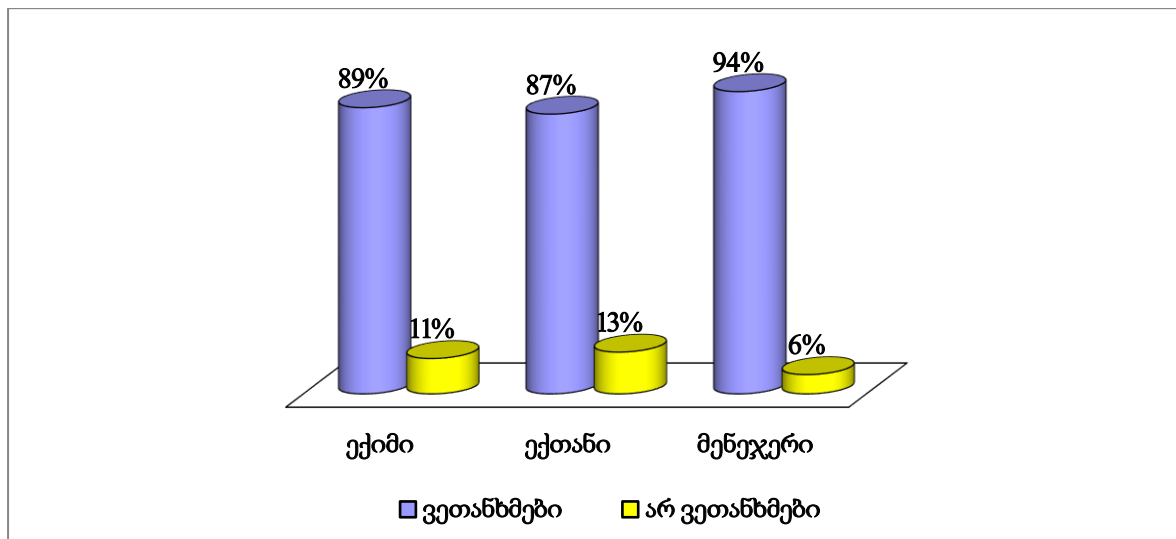
ცხრილი 18. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საქართველოში ექთანს აქვს მცირე, შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამო ანაზღაურება.

	ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	406	99%	6	1%
ექთანი	2320	97%	62	3%
მენეჯერი	58	88%	8	12%

წყარო: კვლევის მასალები

საექთნო მოვლა შრომატევადი და რთული საქმეა. გარდა იმისა, რომ ქვეყანაში არ გვაქვს განსაზღვრული პრაქტიკოსი ექთნის და ექთნის თანაშემწის პროფესიული სტანდარტი და სამედიცინო დაწესებულებების ექთნებს, მცირე გამონაკლისის გარდა, არა აქვთ „სამუშაოს აღწერილობა“, ამას ემატება დაწესებულების/გამყოფილების პროფილის მიხედვით განსაზღვრული ექთან/პაციენტის შეფარდების არარსებობა. ამ საკითხთან დაკავშირებით სამედიცინო პერსონალმა - ექიმებმა, ექთნებმა და მენეჯერებმა დააფიქსირეს მოსაზრება იმის შესახებ, რომ აუცილებლად უნდა არსებობდეს პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტები სპეციფიკაციის (ქირურგია, თერაპია, კრიტიკული მედიცინა და სხვა) გათვალისწინებით. (შედეგები იხ, ნახაზი 45 და ცხრილი 19). დღეს ექთანი ერთდროულად ბევრად მეტ პაციენტს უვლის, ვიდრე ეს ფიზიკურად შესაძლებელია, რაც ხშირად გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. ამ

ფორმულირების კითხვარში შეტანა მნიშვნელოვნად მივიჩნიეთ, ვინაიდან თუ გვინდა პროფესიული მოვალებების თანამედროვე დონეზე წარმოება, უპირველესად განსაზღვრული უნდა გვქონდეს პაციენტ-ექთნის შეფარდება, მოვლის სტანდარტები და სხვა მრავალი საექთნო პერსონალის სამივე დონის (ექთნის ასისტენტი, ექთანი, ბაკალავრი ექთანი) გათვალისწინებით.



ნახაზი 45. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ აუცილებლად უნდა არსებობდეს პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტები სპეციფიკაციის გათვალისწინებით.

წყარო: კვლევის მასალები

გამოკითხულთა საერთო რაოდენობის მხოლოდ 12% არ დაეთანხმა ფორმულირებას, კერძოდ, ექიმების ჯგუფის 11%, ექთნების - 13% და მენეჯერების 6%.

რესპოდენტთა 88%-ის აზრით აუცილებელია პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტების არსებობა. ასე თვლის გამოკითხულ ექიმთა 89%, მენეჯერების 94% და ექთნების 87%. ისინი მნიშვნელოვნად და საჭიროდ მიიჩნევენ სტანდარტების შემოღებას სამუშაოს სპეციფიკის გათვალისწინებით. პროცენტულად, ამ პასუხს ყველაზე მეტი დადებითი შეფასება მისცა მენეჯერების ჯგუფმა. მათი მოვალებებიდან გამომდინარე ამ სტანდარტების არსებობა ნამდვილად გაუადვილებდათ ადამიანური რესურსებით სამედიცინო დაწესებულების სათანადოდ უზრუნველყოფის პროცესს.

ცხრილი 19. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ აუცილებლად უნდა არსებობდეს პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტები სპეციფიკაციის გათვალისწინებით

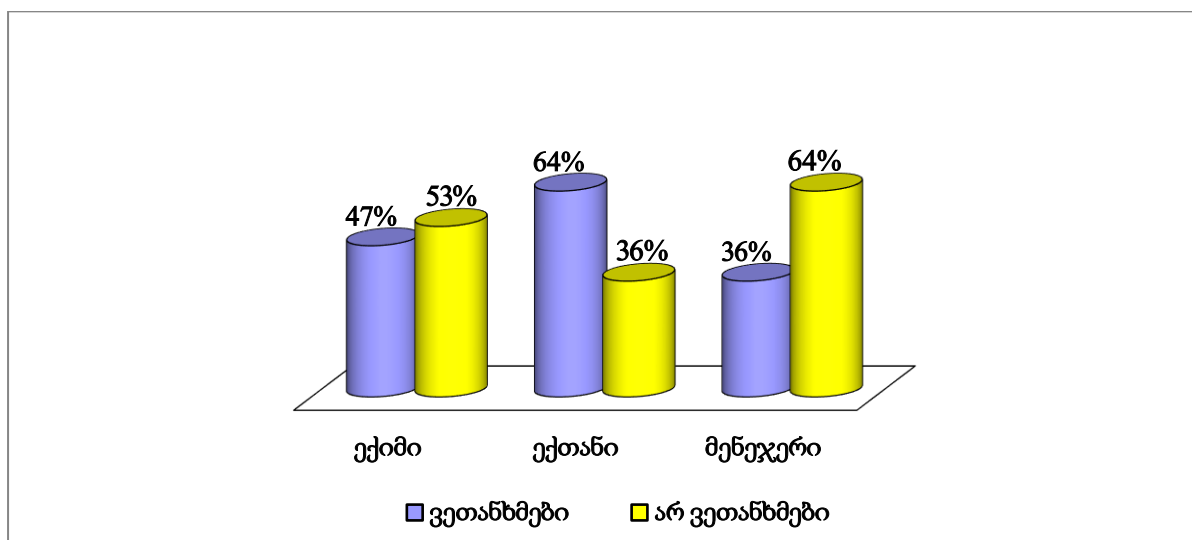
	ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	368	89%	44	11%
ექთანი	2076	87%	306	13%
მენეჯერი	62	94%	4	6%

წყარო: კვლევის მასალები

რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 88% აუცილებლად მიიჩნევს ექთან/პაციენტის შეფარდების სტანდარტის შემოღებას და თვლის, რომ ეს გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

სამედიცინო დაწესებულებაში, ნებისმიერი სხვა ორგანიზაციის მსგავსად, თანამშრომლებთან ფორმდება ხელშეკრულება. ეს დოკუმენტი ბიზნეს ურთიერთობების უმნიშვნელოვანესი ნაწილია და აუცილებელია მისი დაცვა ორივე მხარის მიერ. შევეცადეთ გაგვეჩვენოთ, სრულყოფილად იცნობენ თუ არა ექთნები დამქირავებელთან მათ მიერ დადებულ კონტრაქტის ყველა პუნქტსა და თავის უფლება-მოვალეობებს. გამოკითხული ექთნების 64%-მა დააფიქსირა, რომ კარგად ერკვევიან თავის უფლებებში და სრულყოფილად იცნობენ დამქირავებელთან დადებული ხელშეკრულების ყველა პუნქტს, ამავე დაწესებულებების ექიმების 53% და მენეჯერების 64% არ დაეთანხმა ფორმულირებას, ანუ დააფიქსირეს, რომ საექთნო პერსონალი არ არის გაცნობილი შრომით ხელშეკრულებას და ვერ ერკვევიან თავის უფლებებში (ნახაზი 46).

მთლიანობაში, რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 61% თვლის, რომ ექთნებისათვის თავისი უფლებები და ხელშეკრულების პირობები ნაცნობია. აქედან უმრავლესობა ექთანია - ექთნების ჯგუფის 64% (იხ. ცხრილი 20), თუმცა მენეჯერებმა განსხვავებული მოსაზრება დააფიქსირეს - მათი 64% თვლის, რომ ექთნები შრომითი ხელშეკრულების ყველა პუნქტს არ იცნობენ.



ნახაზი 46. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პერსონალი კარგად იცნობს ხელშეკრულების ყველა პუნქტს და უფლება-მოვალეობებს.

წყარო: კვლევის მასალები

ცხრილი 20. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ ექთნები კარგად იცნობენ ხელშეკრულების ყველა პუნქტს და უფლება-მოვალეობებს

	ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	196	47%	216	53%
ექთანი	1522	64%	860	36%
მენეჯერი	24	36%	42	64%

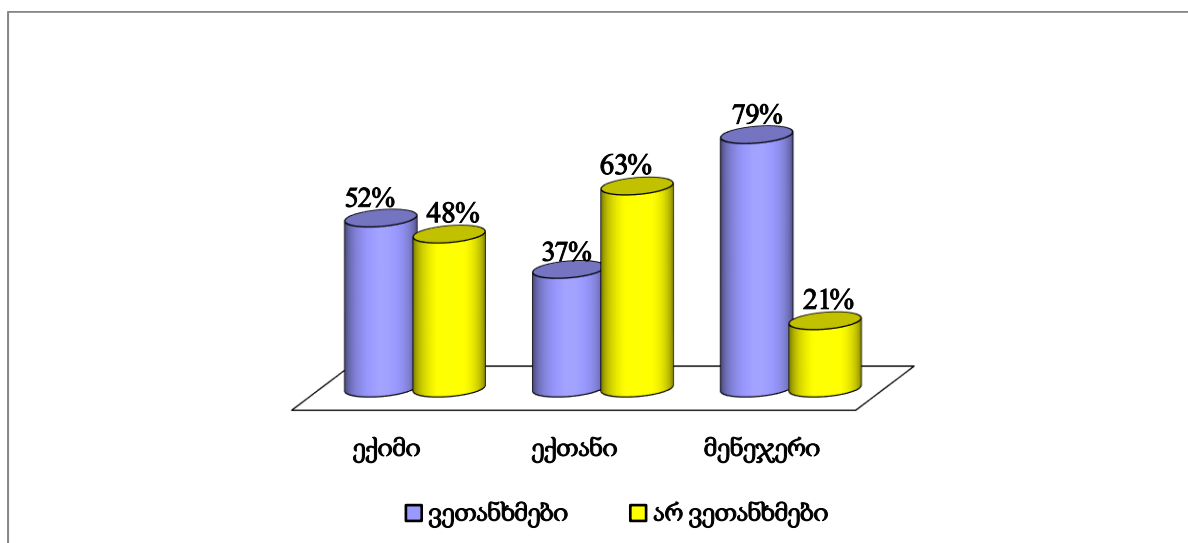
წყარო: კვლევის მასალები

შრომითი ხელშეკრულების ყველა პუნქტისა და უფლება-მოვალეობების ცოდნა იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ მიღებული 61%-იანი შედეგი საკმაოდ დაბალია და უნდა ჩაითვალოს, რომ ეს არის საქართველოში საექთნო საქმის ერთ-ერთი სერიოზული პრობლემა. ცალკე კვლევის საგანია ამ პრობლემის მიზეზები.

საქართველოში ბოლო პერიოდში ექთნის მოვალეობები ინექციის გაკეთებამდე და მედიკამენტის მიწოდებამდე დავიდა. ექთნის ისეთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია, როგორცაა პაციენტის მონიტორინგი, განათლება, ჰიგიენა და ა.შ. მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში სრულდება. ექთნის ფუნქციების დაკნინების ერთ-ერთი მიზეზად შეიძლება ჩაითვალოს წარსულში არსებული საშუალო სამედიცინო განათლების დაბალი დონე, საექთნო სტანდარტების არარსებობა და შესაბამისად დაბალი პროფესიონალიზმი. საინტერესო იყო ჯანდაცვის პროფესიონალთა სხვადასხვა ჯგუფის აზრი ამ საკითხთან

დაკავშირებით. რესპოდენტებს უნდა დაეფიქსირებინათ მოსაზრება იმ საკითხის შესახებ, რომ საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო ვერ ხორციელდება პაციენტების სრულყოფილი საექთნო მოვლა (ჰიგიენა, მონიტორინგი, პაციენტის განათლება და სხვა).

ამ საკითხთან დაკავშირებით გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი განსხვავება რესპოდენტთა ჯგუფებს შორის. კერძოდ: გამოკითხულ ექიმთა 52% თვლის, რომ პაციენტის სრულყოფილი საექთნო მოვლა (პაციენტის ჰიგიენა, მონიტორინგი, პაციენტის განათლება და სხვა) ვერ ხორციელდება საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო და 48% არ ეთანხმება ამ ფორმულირებას, ანუ ექიმების მოსაზრებები თითქმის თანაბრად გაიყო. ამავე დროს მენეჯერების 79% და ექნების მხოლოდ 37% თვლის, რომ ექთნების არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო ვერ იღებენ პაციენტები სრულყოფილ მოვლას (ნახაზი 47). მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=73,4$; $df=2$; $P<0.05$).



ნახაზი 47. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო ვერ ხორციელდება სრულყოფილი საექთნო მოვლა. წყარო: კვლევის მასალები.

საექთნო პერსონალის დიდი ნაწილი 63% 1496 არ ეთანხმება ფორმულირებას და თვლის, რომ საკმარისი პროფესიონალიზმი აქვთ და მათ მიერ მიწოდებული საექთნო მოვლა სათანადო და სრულყოფილია.

ექთნებს რომ ჰქონოდათ მეტი ინფორმაცია საექთნო მოვლის სრული მოცულობისა და საექთნო პერსონალის მოვალეობების შესახებ, ეს ციფრი გაცილებით მაღალი იქნებოდა. რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 40% თვლის, რომ საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო ვერ ხორციელდება სრულყოფილი საექთნო მოვლა.

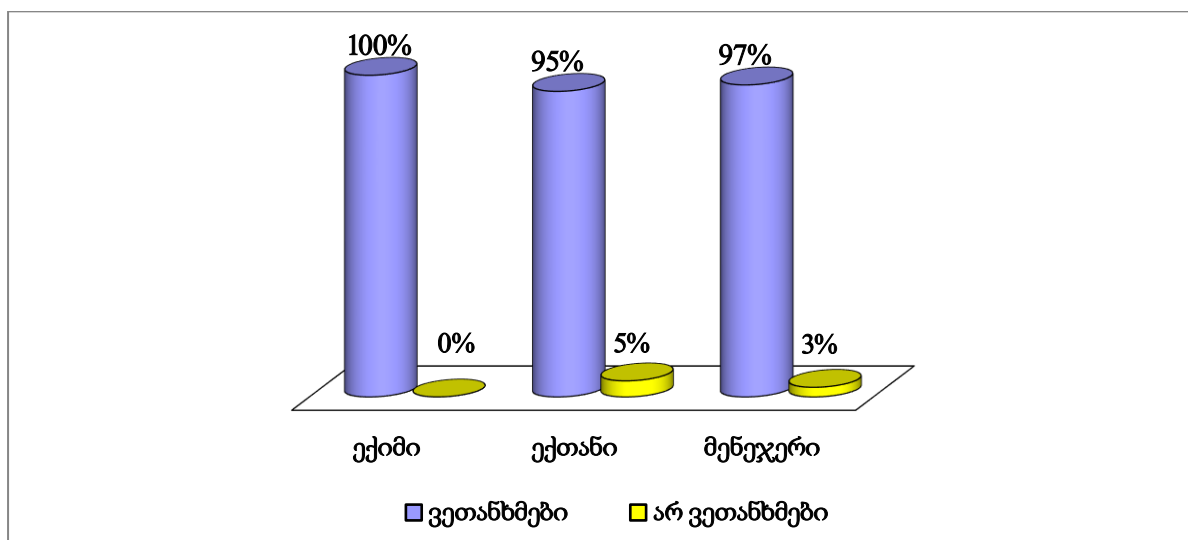
ცხრილი 21. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო ვერ ხორციელდება სრულყოფილი საექთნო მოვლა

	კეთანხმები		არ კეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	214	52%	198	48%
ექთანი	886	37%	1496	63%
მენეჯერი	52	79%	14	21%

წყარო: კვლევის მასალები

ექთნების პროფესიონალიზმზე გარდა დიპლომამდელი განათლებისა, დიდ გავლენას ახდენს დიპლომის შემდგომი, უწყვეტი პროფესიული განათლება. საექთნო უწყვეტი განათლების სისტემა საქართველოში ამჟამად არ არსებობს და როგორც ბოლო პერიოდში განვითარებულმა მოვლენებმა გვიჩვენა, საკმაოდ დიდი დეფექტია სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მზადების საქმეში. ქვეყნის მასშტაბით გახსნილი ახალი საავადმყოფოების წინაშე მწვავედ დადგა საექთნო პერსონალის მომზადება-გადამზადების საკითხი. სამედიცინო პერსონალი იძულებით ან საკუთარი სურვილით ცდილობს უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას, რასაც ხშირად ერთჯერადი აქტივობით შემოიფარგლება.

რესპოდენტებს შევთავაზეთ დაეფიქსირებინათ თავისი მოსაზრება იმასთან დაკავშირებით, რომ „პაციენტების მომსახურების ხარისხის ამაღლების მიზნით დამქირავებელი მუდმივად უნდა ზრუნავდეს საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე“. შედეგები მოცემულია ნახაზზე 48 და ცხრილი 22. მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=21.3$; $df=2$; $P<0.05$).



ნახაზი 48. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ პაციენტთა მომსახურების ამაღლების მიზნით საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე უნდა იზრუნოს დამსაქმებელმა.

წყარო: კვლევის მასალები.

საკვლევი ჯგუფის 96% თვლის, რომ საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე სწორედ დამქირავებელი უნდა ზრუნავდეს. აღსანიშნავია, რომ ამ აზრს იზიარებს გამოკითხულ ექიმათა 100%, ალბათ იმიტომაც, რომ მათ წინაშეც დგას ანალოგიური პრობლემა.

სასიხარულოა და დამაიმედებელი მენეჯერთა განწყობა - მათი 97% ემხრობა ამ მოსაზრებას.

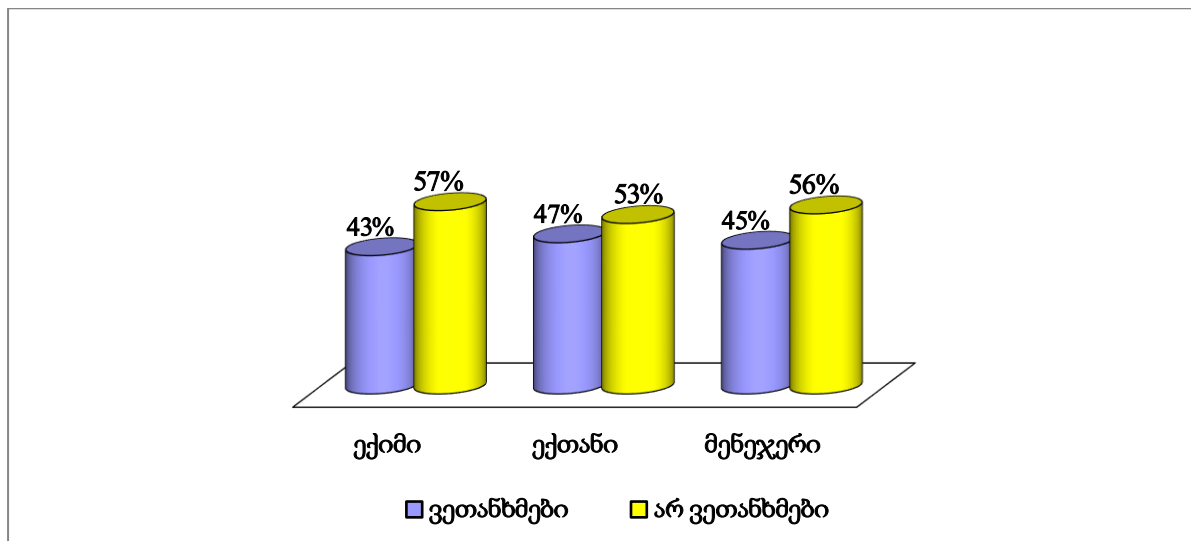
ცხრილი 22. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ პაციენტთა მომსახურების ამაღლების მიზნით საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე უნდა იზრუნოს დამსაქმებელმა

	ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	412	100%	0	0%
ექთანი	2266	95%	116	5%
მენეჯერი	64	97%	2	3%

წყარო: კვლევის მასალები

საქართველოში საექთნო პროფესიის დაუფლების მსურველთა რიცხვი ბოლო წლების განმავლობაში დრამატულად შემცირდა. მრავალ მიზეზთა შორის ერთ-ერთი ალბათ ამ პროფესიის არაპოპულარობა შეიძლება დავასახელოთ. რესპოდენტებმა დააფიქსირეს თავისი მოსაზრება ქვეყანაში საექთნო პროფესიის პრესტიჟულობასთან დაკავშირებით.

საკვლევი ჯგუფის მხოლოდ 46% თვლის, რომ საქართველოში საექთნო პროფესია პრესტიჟულია. რესპოდენტთა პასუხების გადანაწილება იხ. ნახაზი 49 და ცხრილი 23).



ნახაზი 49. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესია საქართველოში პრესტიჟულია.

წყარო: კვლევის მასალები.

გამოკითხული ექიმების 57%, ექთნების 53% და მენეჯერების 56% საქართველოში საექთნო პროფესიას არაპრესტიჟულად მიიჩნევენ. სამწუხაროდ, კითხვარის ფორმატი არ იძლეოდა ამ საკითხის გაღრმავების შესაძლებლობას. სასურველია ამ მიმართულებით ცალკე კვლევის ჩატარება არა მხოლოდ სამედიცინო პერსონალში, არამედ საზოგადოების ფართო ფენებშიც. ექთნების ჯგუფში გამოკითხულთა მხოლოდ 47% მიიჩნევს თავის პროფესიას პრესტიჟულად.

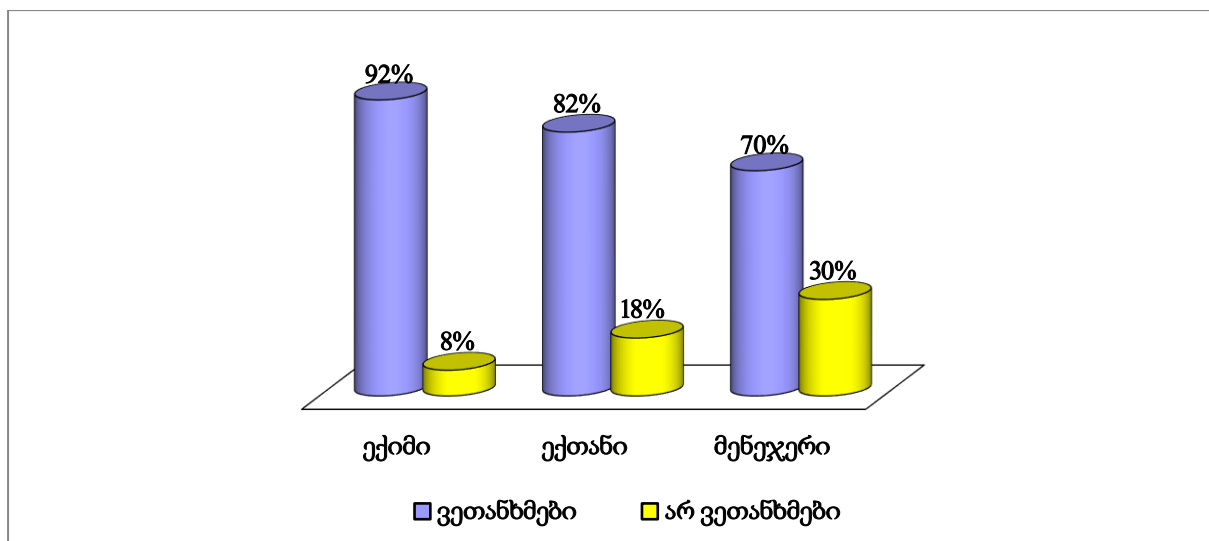
ცხრილი 23. რესპოდენტთა მოსაზრება საქართველოში საექთნო პროფესიის პრესტიჟულობასთან დაკავშირებით

	ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	176	43%	236	57%
ექთანი	1126	47%	1256	53%
მენეჯერი	30	45%	36	56%

წყარო: კვლევის მასალები

ამ პროფესიის არაპრესტიჟულობა ნამდვილად არ არის გამოწვეული იმით, რომ საექთნო საქმეს ფუნქციური დატვირთვა არა აქვს. მედიცინის ყველა დარგში და ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდების ყველა რგოლში საექთნო პერსონალის როლი განუზომლად

დიდია. დარგი ვერ განვითარდება, ვერ გახდება დამოუკიდებელი პროფესია და და ექთანი დარჩება მხოლოდ დავალების შემსრულებელ პერსონალად, რაც აღარ შეესაბამება ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე მოთხოვნებს, თუ სახელმწიფოებრივ დონეზე არ იქნა ყურადღება მიქცეული. საინტერესო იყო გაგვეგო რას ფიქრობენ რესპოდენტები - ექცევა თუ არა საექთნო საქმის, როგორც დამოუკიდებელი პროფესიის განვითარებას საკმარისი ყურადღება.



ნახაზი 50. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესიის განვითარებას არ ექცევა სათანადო ყურადღება.

წყარო: კვლევის მასალები

საკვლევი ჯგუფის 83% მიიჩნევს, რომ საქართველოში საექთნო საქმის, როგორც დამოუკიდებელი პროფესიის განვითარებას არასაკმარისი ყურადღება ექცევა. ასე ფიქრობს: გამოკითხულ ექიმთა 92%, ექთნების - 82% და მენეჯერების 30%. მხოლოდ მენეჯერთა 30%, ექთნების - 18% და ექიმების 8% თვლის, რომ ამ პროფესიის განვითარებას საკმარისი ყურადღება ექცევა. მონაცემები სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=36,2$; $df=2$; $P<0.05$).

როგორც შედეგებიდან ჩანს, ექიმთა ჯგუფში პროცენტულად ყველაზე მეტმა რესპოდენტმა დააფიქსირა, რომ საექთნო საქმის განვითარებას არასაკმარისი ყურადღება ეთმობა (ნახაზი 50; ცხრილი 24).

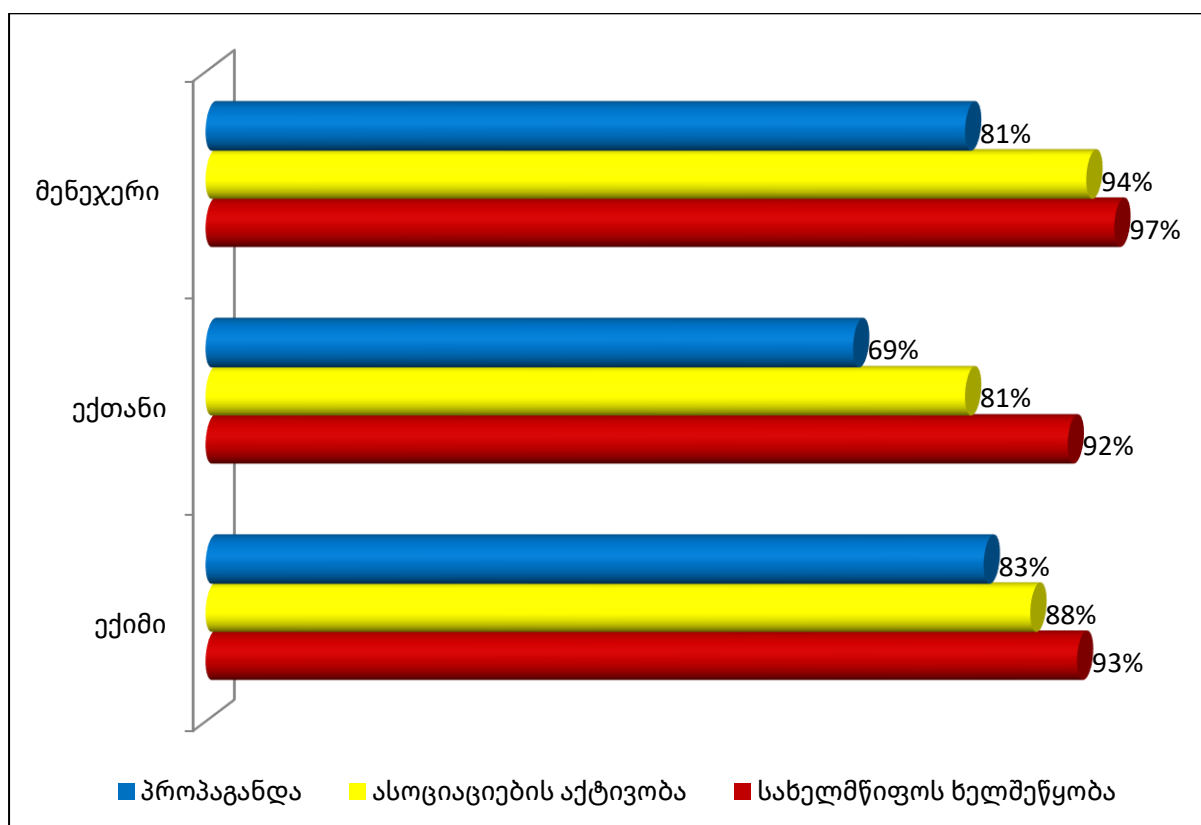
ცხრილი 24. რესპოდენტთა მოსაზრება, რომ საექთნო პროფესიის განვითარებას არ ექცევა სათანადო ყურადღება.

	ვეთანხმები		არ ვეთანხმები	
	აბს.	%	აბს.	%
ექიმი	380	92%	32	8%
ექთანი	1944	82%	438	18%
მენეჯერი	46	70%	20	30%

წყარო: კვლევის მასალები.

მხედველობაში მისაღები და გასათვალისწინებელია მედიცინის მუშაკთა აზრი და საექთნო საქმეზე, როგორც დამოუკიდებელ პროფესიაზე ზრუნვის დაწყება. რესპოდენტებმა დააფიქსირეს მათი მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს საექთნო საქმის პოპულარიზაციას ხელს: სახელმწიფოს (შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო) აქტიურობა, არასამთავრობო გაერთიანებებისა და დარგობრივი ასოციაციების აქტიურობა თუ საზოგადოების პროპაგანდა.

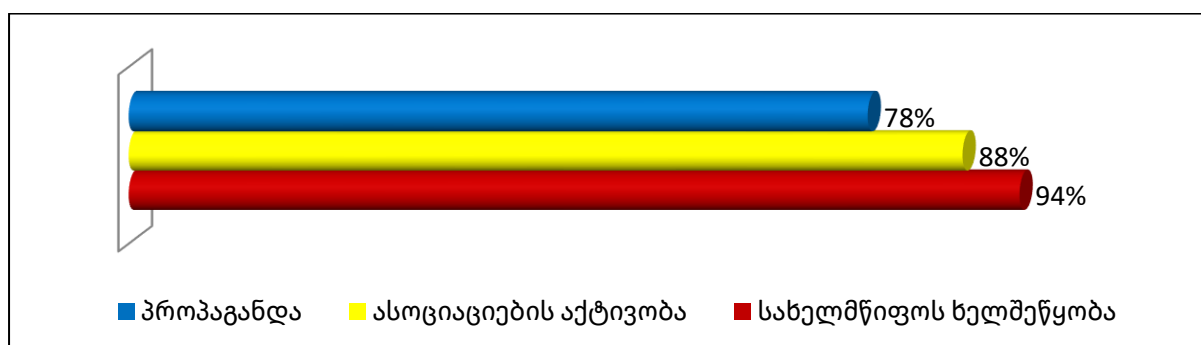
რესპოდენტებს შესაძლებლობა ჰქონდათ დაეფიქსირებინათ რამოდენიმე პასუხი. ყველა საკვლევი ჯგუფის აზრი ერთმანეთს დაემთხვა და სახელმწიფოს აქტიურობა ჩაითვალა საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციისათვის ყველაზე ხელშემწყობ ქმედებად. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ დანარჩენ აქტივობებსაც საკმაოდ მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი აქვთ. კერძოდ: გამოკითხულ ექიმთა 93% საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციისათვის სახელმწიფოს, აქტიურობას მიიჩნევს, 88% - ასოციაციების აქტიურობას, ხოლო 83% - საზოგადოების პროპაგანდას. გამოკითხული ექთნების 92% საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციისათვის სახელმწიფოს, სამინისტროს აქტიურობას მიიჩნევს, 81% - ასოციაციების აქტიურობას, ხოლო 69% - საზოგადოების პროპაგანდას. გამოკითხული მენეჯერების 97% საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციისათვის სახელმწიფოს, სამინისტროს აქტიურობას მიიჩნევს, 94% - ასოციაციების აქტიურობას, ხოლო 81% - საზოგადოების პროპაგანდას (ნახაზი 51).



ნახაზი 51. რესპოდენტთა ჯგუფების მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს ხელს საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციას.

წყარო: კვლევის მასალები.

საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციისათვის ხელშემწყობი ქმედებების ჩვენს მიერ შეთავაზებული ვარიანტები რესპოდენტების მიერ შემდეგნაირად გადანაწილდა (ნახაზი 52):

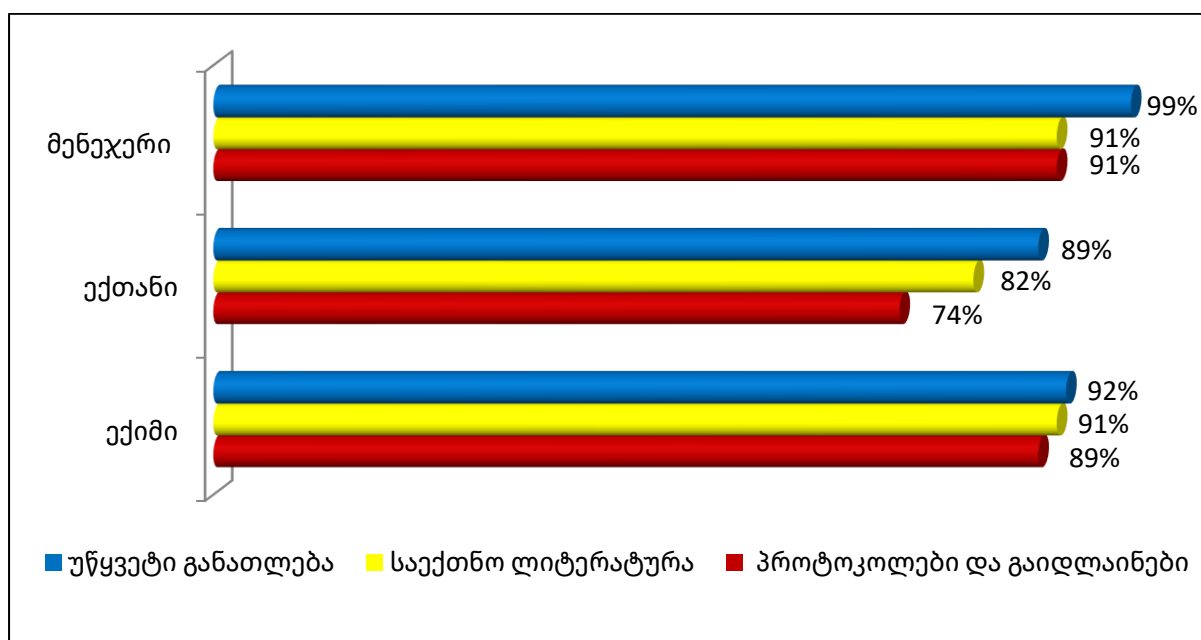


ნახაზი 52. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს ხელს საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციას.

წყარო: კვლევის მასალები

გამოკითხულთა 94%-მა საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციისათვის ყველაზე ეფექტურად მიიჩნია სახელმწიფოს მხრიდან გასატარებელი ღონისძიებების აუცილებლობა, 88%-მა - პროფესიული ასოციაციების აქტიურობა და 78%-მა კი - საექთნო საქმის საზოგადოებაში პროპაგანდა.

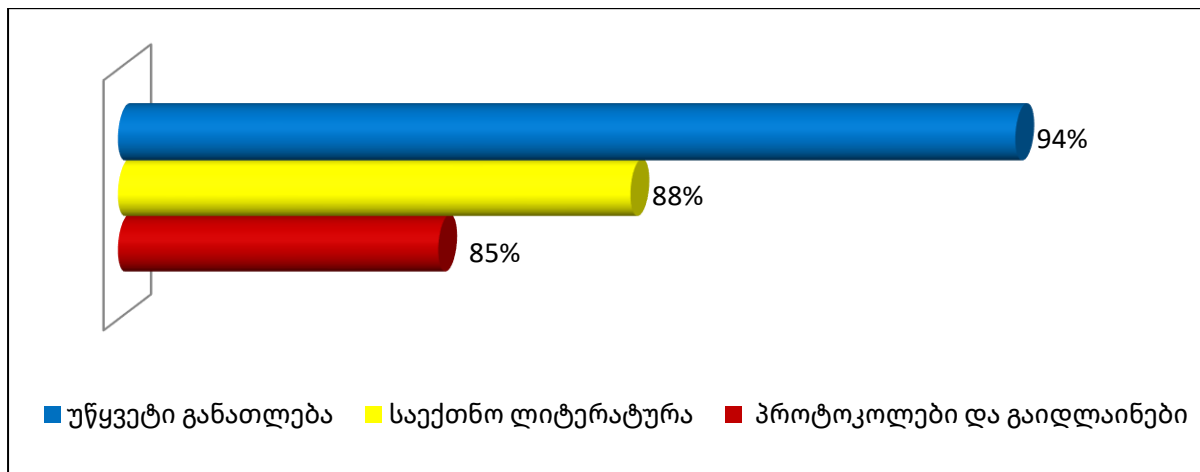
რესპოდენტებს შევთავაზეთ საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ამაღლების სამი გზა/საშუალება: უწყვეტი განათლების განვითარება, საექთნო ლიტერატურის შემუშავება-განვითარება და საექთნო პროტოკოლებისა და გაიდლაინების შემუშავება. გამოკითხულ ჯგუფებს შორის შედარებით დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი ექთნების ჯგუფს აქვს (ნახაზი 53). კერძოდ: უწყვეტი განათლების განვითარებას ექთნების 89%-მა მისცა ხმა, საექთნო ლიტერატურის არსებობას - 82%, ხოლო საექთნო პროტოკოლები და გაიდლაინები - 74%-მა ჩათვალა საექთნო პროფესიონალიზმის ამაღლების საშუალებად. ალბათ, მიღებული შედეგის მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ საექთნო პერსონალის უმრავლესობისათვის უცნობია გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რაობა, ხოლო პროფესიული და კარიერული ზრდის მოტივაციის უქონლობა უწყვეტი განათლებისა და საექთნო ლიტერატურის არსებობასაც ნაკლებ აქტუალურს ხდის.



ნახაზი 53. რესპოდენტთა ჯგუფების მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს ხელს საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ამაღლებას.

წყარო: კვლევის მასალები.

დადებითი პასუხების რაოდენობა საკმაოდ მაღალია, მაგრამ მაინც შეინიშნება ერთი ტენდენცია: ექთნებთან მიმართებაში პროტოკოლებისა და გაიდლაინების როლს ყველაზე დაბალი შეფასება 74% მიეცა. მთლიან საკვლევ ჯგუფში პრიორიტეტები შემდეგნაირად გადანაწილდა: უწყვეტი განათლების განვითარება - 94%, საექთნო ლიტერატურის არსებობა - 88%, საექთნო პროტოკოლები და გაიდლაინები - 85% (ნახაზი 54).



ნახაზი 54. რესპოდენტთა მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რა შეუწყობს ხელს საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ამაღლებას.

წყარო: კვლევის მასალები.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა შემდეგი საკითხები:

- 1) რესპოდენტთა მხოლოდ 33%-მა დააფიქსირა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ექთანს გააჩნია საკუთარი „სამუშაოს აღწერილობა“.
- 2) გამოკითხულთა 95% მიიჩნევს, რომ საექთნო საქმეს სჭირდება „კანონი საექთნო საქმიანობის შესახებ“ და საკანონმდებლო რეგულაციები
- 3) რესპოდენტთა 97% ექთნების ამჟამინდელ ხელფასს მიიჩნევს შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამოდ და თვლიან, რომ სულ ცოტა, ანაზღაურება უნდა იყოს გაორმაგებული.
- 4) გამოკითხულთა 88%-ის აზრით აუცილებელია პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტების არსებობა.
- 5) საკვლევი ჯგუფის 61% თვლის, რომ ექთნებისათვის ნაცნობია თვისი უფლებები და ხელშეკრულების პირობები, თუმცა ექიმების 53% და მენეჯერების 64%-მა დააფიქსირა, რომ საექთნო პერსონალი არ არის გაცნობილი შრომით ხელშეკრულებას და ვერ ერკვევიან თავის უფლებებში.

- 6) ექიმთა - 52%, ექთნების - 37%, მენეჯერების - 78% ეთანხმება იმ ფორმულირებას, რომ პაციენტები ვერ იღებენ სრულყოფილ საექთნო მოვლას არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო.
- 7) საკვლევი ჯგუფის 96% თვლის, რომ საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე სწორედ დამყარებული უნდა ზრუნავდეს
- 8) რესპოდენტთა 54% საქართველოში საექთნო პროფესიას არაპრესტიჟულად მიიჩნევს.
- 9) მენეჯერთა 3% ექთნად მუშაობისათვის საჭიროდ არ მიიჩნევს საექთნო განათლების დამადასტურებელ დოკუმენტს და მინიჭებულ კვალიფიკაციას „ექთანი“
- 10) საკვლევი ჯგუფის 83% მიიჩნევს, რომ საქართველოში საექთნო საქმის, როგორც დამოუკიდებელი პროფესიის განვითარებას არასაკმარისი ყურადღება ექცევა.
- 11) საკვლევი ჯგუფის 94% საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციისათვის სახელმწიფოს, სამინისტროს აქტიურობას მიიჩნევს, 88% - ასოციაციების აქტიურობას, ხოლო 78% - საზოგადოების პროპაგანდას.
- 12) რესპოდენტთა აზრით საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ამაღლებას ხელს შეუწყობს: უწყვეტი განათლების განვითარება - 94%, საექთნო ლიტერატურის არსებობა - 88%, საექთნო პროტკოლები და გაიდლაინები - 85%

გამოიკვეთა გადასაჭრელი პრობლემების პრიორიტეტები:

- 1) საექთნო პერსონალის ანაზღაურების გაზრდა (97%)
- 2) საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე დამყარებული უნდა ზრუნავდეს (96%)
- 3) შეიქმნას „კანონი საექთნო საქმიანობის შესახებ“ და საკანონმდებლო რეგულაციები (95%)
- 4) საექთნო პროფესიის პოპულარიზაცია სამინისტროს მხრიდან (94%), 88% - ასოციაციების გააქტიურება, 78% - საზოგადოების პროპაგანდა.
- 5) პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტები (88%)
- 6) საქართველოში საექთნო საქმის, როგორც დამოუკიდებელი პროფესიის განვითარებას ხელშეწყობა, დღეს არ ექცევა ყურადღება (83%).
- 7) სამედიცინო დაწესებულებებში ექთანს არ გააჩნია საკუთარი „სამუშაოს აღწერილობა“ (67%).
- 8) რესპოდენტთა 54% საქართველოში საექთნო პროფესიას არაპრესტიჟულად მიიჩნევს.

- 9) ექთნების არასაკმარისი პროფესიონალიზმი (ექიმთა - 52%, ექთნების - 37%, მენეჯერების - 78%)

3.3. საექთნო პერსონალის ცოდნის დონის შეფასება

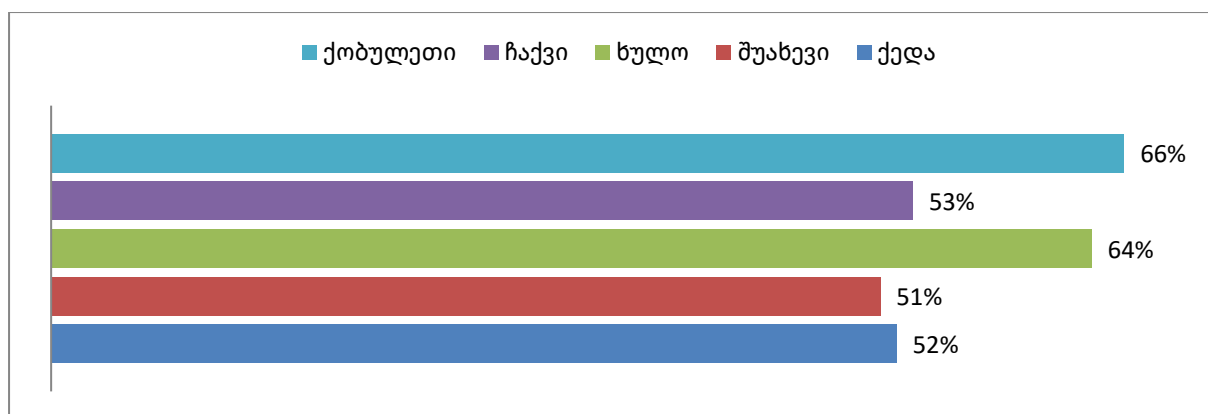
კვლევის ფარგლებში შეფასდა აჭარის სამედიცინო დაწესებულებების 336 (n=336) ექთანი, აქედან 64 სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის, 272 ჰოსპიტალური და ამბულატორიული ქსელის თანამშრომელი. 7 მამაკაცი, 329 - ქალი. მამაკაცი ექთნების უმრავლესობა (6 ექთანი) სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურის თანამშრომელია მაღალმთიანი აჭარის რაიონებში.

კვლევის ჩატარების პერიოდში გამოკითხულ ექთანთა საშუალო ასაკი იყო 53 წელი. ექთნების 6% (20 ექთანი) უკვე იყო 65 წლის, 40 წლამდე ასაკის 19% (63). კომპიუტერულ ტექნიკას და ელექტრონულ ფოსტას იყენებდა გამოკითხულთა მხოლოდ 16% (54). ტესტირებული გამოცდის ჩატარებამდე ექთნებს ეთხოვათ თვითშეფასების კითხვარის შევსება. მათ უნდა დაეფიქსირებინათ შეხედულებები საკუთარი ცოდნის შესახებ 1-დან „ცუდი“ 4-მდე „ძალიან კარგი“ ქულით. შეკითხვები მოიცავდა პაციენტის უფლებების, საექთნო პროცედურებისა და მანიპულაციების, ინფექციის კონტროლის, ანატომია-ფიზიოლოგიისა და საექთნო პროცესის საკითხებს. ანალოგიური თემატიკის ტესტირებული გამოცდის შემდეგ მიღებული ობიექტური მაჩვენებლის თვითშეფასების კითხვარებთან შედარებით შესაძლებელი გახდა გაგვევოთ თუ რამდენად კრიტიკულად აფასებენ რესპოდენტები თავის ცოდნასა და შესაძლებლობებს, იცინათ თუ არა საექთნო პროფესიის თეორიული საფუძვლების მოცულობა, რამდენად აკმაყოფილებთ თავისი ცოდნა სამუშაო ადგილზე პროფესიული მოვალეობის შესრულებისთვის.

ტესტირების შედეგების შედარებით თვითშეფასების კითხვარში დაფიქსირებულ ქულებთან გამოირკვა, რომ ექთნების 9% (30) -მა რეალური შეფასება მისცა საკუთარ ცოდნას (კოეფიციენტი 0-5). საკუთარი ცოდნა გადაჭარბებით შეაფასა და თვლის, რომ საექთნო საქმის თეორიული საკითხების კარგი ან ძალიან კარგი ცოდნა აქვთ, რაც არ გამოვლინდა ტესტირებული გამოცდის შედეგებით, გამოკითხულთა 60% (203)-მა. ექთნების 31% (103)-მა კრიტიკულად შეაფასა თავისი ცოდნა, მაგრამ ტესტირებაში გამოავლინა უფრო მეტი ცოდნა, ვიდრე თვითონ თვლიდნენ რომ ჰქონდათ.

ტესტირებული გამოცდა მოიცავდა საექთნო საბაზისო ცოდნის საკითხებს. ვინაიდან შეფასების პროცესი არ გულისხმობდა მონაწილეთა სერთიფიცირება-ლიცენზირებას და

მიზანს მხოლოდ მათი ცოდნის დონის შეფასება წარმოადგენდა, არ იქნა დაწესებული მინიმალური გამსვლელი ქულა. საერთაშორისო საექთნო რეგისტრაცია-ლიცენზირების პროცესში საკმაოდ მაღალი კრიტერიუმებია დაწესებული და ექთნებს მოეთხოვებათ მინიმუმ 75 ან მეტი ქულის მოპოვება. ჩვენს შემთხვევაში ამ ზღვარის გადალახვა მხოლოდ ექთნების 19% (63)-მა შეძლო. მინიმალური ქულა დაფიქსირდა 2 ქულა, მაქსიმალური - 90. რაიონების მიხედვით ქულათა საშუალო მაჩვენებელი წარმოდგენილია ნახაზში 55.



ნახაზი 55. ექთნების ტესტირების საშუალო მაჩვენებელი რაიონების მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

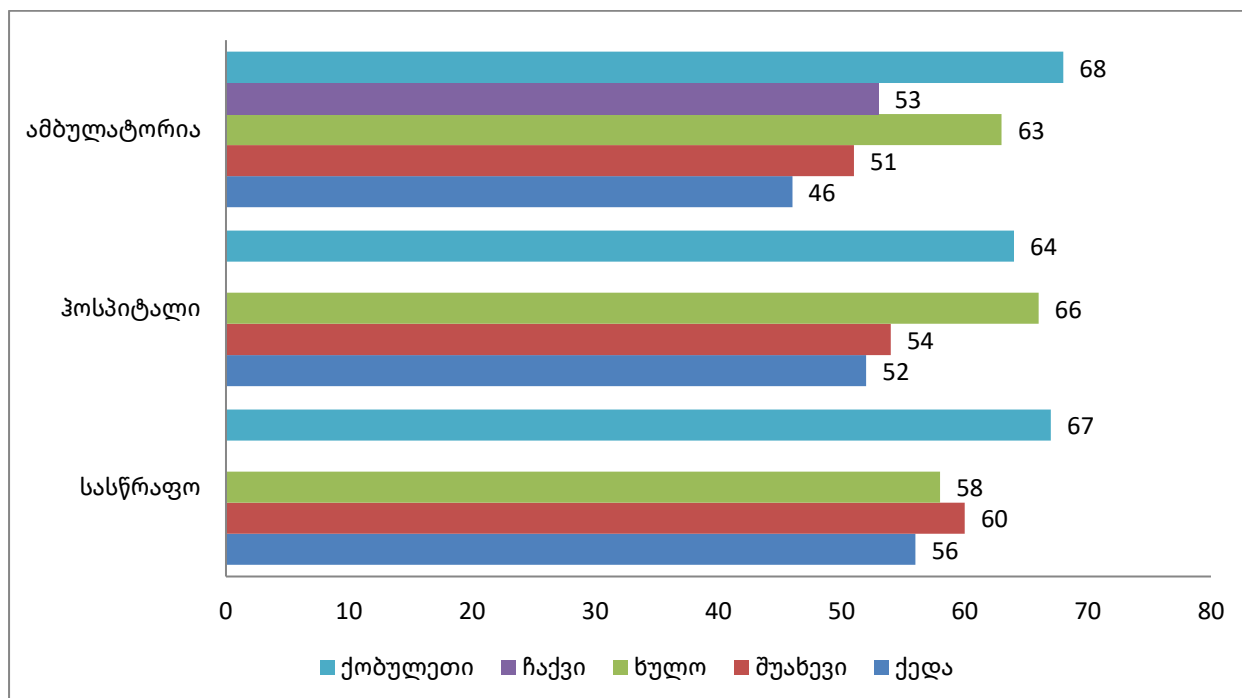
თუ გავითვალისწინებთ, რომ ექთნებისთვის შეთავაზებული ტესტ-კითხვები საშუალოზე დაბალი სირთულის იყო და მოიცავდა ძირითადი საექთნო პროცედურა-მანიპულაციების, ინფექციის კონტროლის, მედიკამენტების კალკულაციის და მსგავს საბაზისო საკითხებს, ეს მონაცემები შეიძლება საკმაოდ დაბალ მაჩვენებლად ჩაითვალოს. ტესტირებულ გამოცდაზე ამბულატორიული, ჰოსპიტალური სექტორისა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურის საექთნო პერსონალმა თითქმის ერთნაირი ცოდნა გამოავლინა. საერთო რეიტინგში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექთნების საშუალო ქულა 61.5, ჰოსპიტალებში მომუშავე ექთნების - 61, ხოლო ამბულატორიული სერვისების ექთნების კი 59 ქულა დაფიქსირდა. მცირედი განსხვავებაა რაიონებს შორისაც. კერძოდ, საშუალო ქულები შემდეგნაირად გადანაწილდა (ცხრილი 25):

ცხრილი 25. ექთნების ტესტირების საშუალო მაჩვენებლები რაიონებისა და სერვისის ტიპის მიხედვით

სერვისის ტიპი	ქედა	შუახევი	ხულო	ჩაქვი	ქობულეთი
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	56	60	58	-	67
ამბულატორიული სერვისი	46	51	63	53	68
ჰოსპიტალური სერვისი	52	54	66	-	64

წყარო: კვლევის მასალები

აღსანიშნავია, რომ ამბულატორიულ სერვისებში გაერთიანდა ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექთნის და ჰოსპიტლების ამბულატორიული მომსახურების კაბინეტების ექთნების შეფასებები. მიღებული საშუალო ქულაა 59 და ჩამორჩება ჰოსპიტალური ქსელისა და სასწრაფო დახმარების სამსახურის ექთნების საშუალო ქულას. სხვადასხვა კაბინეტების (კარდიოლოგიური, ქირურგიული, ფუნქციური დიაგნოსტიკის, ტრავმატოლოგიური, ყელ-ყურის) ექთნების პროფესიული ცოდნის დონე საშუალოდ 55 ქულით შეფასდა, ხოლო ოჯახის ექთნების - 61 ქულით (ნახაზი 56). მოლოდინი ბევრად მეტი იყო, რადგან ამ უკანასკნელთ გავლილი უნდა ჰქონოდათ „ზოგადი პრაქტიკის ექთნის გადამზადების კურსი“.



ნახაზი 56. ექთნების ტესტირების საშუალო მაჩვენებელი რაიონებისა და სერვისის ტიპის მიხედვით.

წყარო: კვლევის მასალები.

გამოკითხულთა შორის ყველაზე უკეთესი ცოდნის დონე გამოვლინდა ქობულეთის პერსონალს შორის. მათ 36% (58)-ს ბოლო 3 წლის მანძილზე გავლილი ჰქონდა ერთი ან რამოდენიმე სხვადასხვა უწყვეტი განათლების კურსი, რაც დადებითად აისახა შედეგებზე.

ტესტირებულ გამოცდაში 75 და მეტი ქულა მოაგროვა 63-მა ექთანმა. აქედან 51 ქობულეთის, 2 - შუახევის, 1 - ჩაქვის და 9 ხულოს სამედიცინო დაწესებულებების ექთანია. მათი 52% (31) სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, ქირურგიული და რეანიმაციული განყოფილებებისა და ოჯახის ექთანია. შეიძლება ითქვას, პროფესიული ცოდნის შენარჩუნება-გაღრმავება ბევრად არის დამოკიდებული სამუშაო ადგილზე ექთნებისთვის წაყენებულ მოთხოვნებზე.

საინტერესო იყო ექთნების ცოდნის დონის კორელაცია მათ ასაკთან. ტესტირებაში მიღებული 40 ქულაზე ნაკლები შეფასების მქონე 73 გამოკითხულიდან მხოლოდ 14% (10 ექთანი) იყო 65 და მეტი წლის. ამ ასაკის ორმა ექთანმა კი შეძლო 75-ზე მეტი ქულის მიღება.

შეფასების პროცესი ტესტირებულ გამოცდასთან ერთად მოიცავდა ზეპირ გამოცდა-გასაუბრებასაც. ექსპერტების ჯგუფმა (მ.გოგაშვილი, თ.ქარცივაძე, ქ.გარსევანიშვილი) სპეციალურად შემუშავებული კრიტერიუმებით და ექთნების სამუშაო პროფილის გათვალისწინებით მაქსიმუმ 20 ქულიანი სისტემით შეაფასა ექთნები. ვერცერთმა ექთანმა ვერ შეძლო მაქსიმალური შეფასების მიღება. საშუალო ქულა მთელ საკვლევ ჯგუფში - 6,8 (ცხრილი 26). ექთნების უმრავლესობა პროფესიულ მოვალეობებს ასრულებს მექანიკურად, არა აქვთ გააზრებული საექთნო პროცედურებისა და მანიპულაციების ჩატარების მიზეზ-შედეგობრივი საკითხები, ზოგადი საექთნო ცოდნა - საშუალოზე დაბალი. შესაძლოა ეს ექთნები ექიმის დავალებებს პრაქტიკულად ასრულებენ, მაგრამ საეჭვოა ელემენტარული თეორიული სამედიცინო განათლების გარეშე ამას ხარისხიანად ახერხებდნენ.

ცხრილი 26. ექთნების ზეპირი გამოცდის საშუალო მაჩვენებლები რაიონებისა და სერვისის ტიპის მიხედვით

სერვისის ტიპი	ქულა (მაქსიმალური შეფასება - 20 ქულა)				
	ქედა	შუახევი	ხულო	ჩაქვი	ქობულეთი
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	11.3	10	6.2	-	7.8
ამბულატორიული სერვისი	7.8	8	6	6	6.7
ჰოსპიტალური სერვისი	7.6	7.9	7	-	6.7
სულ:	7.6	8.6	6.4	6	6.7

წყარო: კვლევის მასალები

ტესტირებული და ზეპირი შეფასების შეწონილი ქულების გამოთვლამ საშუალება მოგვცა დაგვეჩვენა საექთნო პერსონალის თეორიული ცოდნის საშუალო მაჩვენებელი.

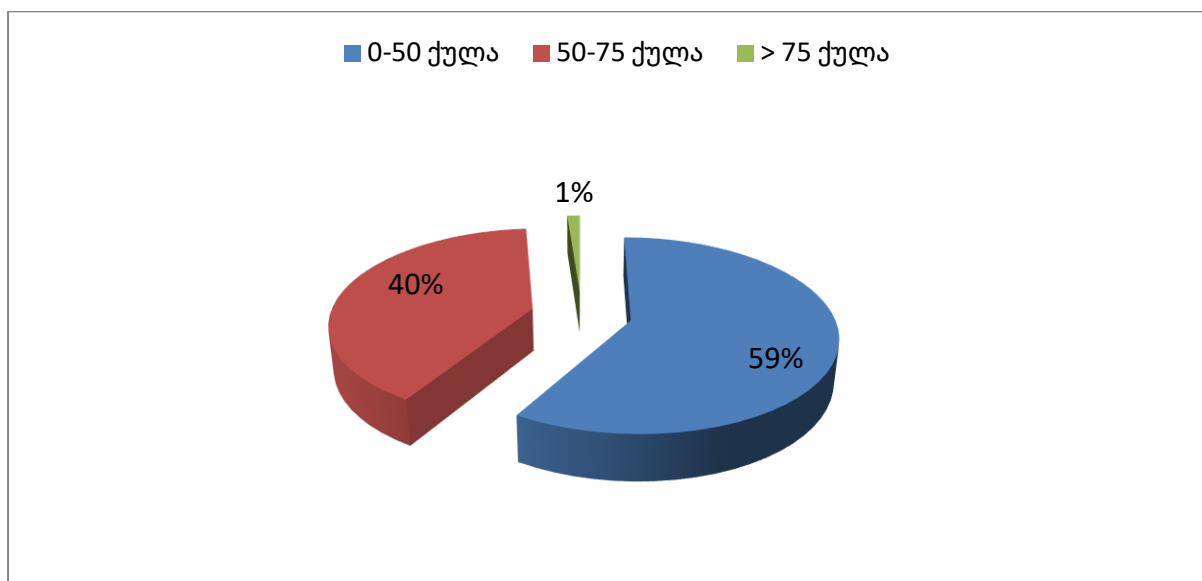
ცხრილი 27. ექთნების შეფასების შეწონილი ქულები რაიონებისა და სერვისის ტიპის მიხედვით.

სერვისის ტიპი	მაქსიმალური შეწონილი ქულა - 100				
	ქედა	შუახევი	ხულო	ჩაქვი	ქობულეთი
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	56	55	44	-	53
ამბულატორიული სერვისი	42	45	46	6	50
ჰოსპიტალური სერვისი	45	47	50	-	50
სულ:	47	49	46	41	51

წყარო: კვლევის მასალები.

მიღებული შედეგების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ საექთნო პერსონალის თეორიული ცოდნის დონე ძალიან ჩამორჩება ამ დარგისთვის საერთაშორისოდ აღიარებულ ნორმებს.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხვის დროს გამოყენებული საშუალოზე მცირე სირთულის კითხვების მიუხედავად, შეფასებული 336 ექთნიდან მხოლოდ 1%-მა (4 ექთანი) შეძლო წერითი და ზეპირი შეფასების 75-ზე მეტი ქულის მოგროვება, 40%-მა 51-75 ქულა, ხოლო 59%-ის შეფასება 0-50 ქულის ფარგლებშია (ნახაზი 57).



ნახაზი 57. ექთნების მოსწრება შეფასების შეწონილი ქულების მიხედვით.
წყარო: კვლევის მასალები.

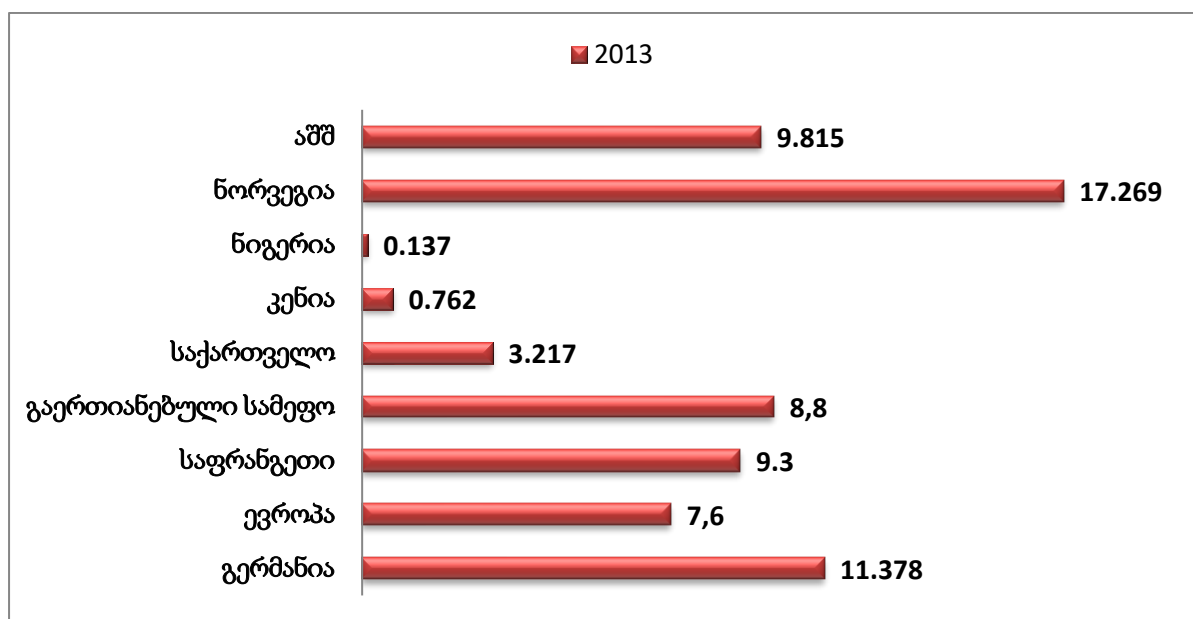
კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოში დასაქმებული ექთნების პროფესიული ცოდნის დონე საშუალოზე დაბალია. ამ დასკვნის საფუძველს გვაძლევს:

- 1) საექთნო პერსონალისთვის თეორიული ცოდნის დონის დასადგენად შეთავაზებულ ტესტირებულ გამოკითხვაზე დაბალი სირთულის კითხვებზე მიღებული შედეგები: 75%-იანი ზღვარის გადალახვა შემოღო მხოლოდ გამოკითხული ექთნების ($n=336$) 19%-მა.
- 2) ტესტირების საშუალო მაჩვენებელი რაიონების მიხედვით 51-66%-ის ფარგლებშია.
- 3) საექთნო საქმის თეორიული საკითხების შედარებით უკეთესი ცოდნა გამოვლინდა სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის და ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექთნების მხრიდან.
- 4) საექთნო პერსონალის დიდ ნაწილს არა აქვს გააზრებული საექთნო საქმის ცოდნის მოცულობა - თავისი ცოდნა მეტ-ნაკლებად რეალურად შეაფასა საკვლევი ჯგუფის მხოლოდ 9%-მა.
- 5) ექთნების აბსოლუტური უმრავლესობა ვერ ახერხებს თავისი სამუშაო პროფილით გათვალისწინებულ საკითხებზე მსჯელობას. გასაუბრების მაქსიმალური 20 ქულიდან საკვლევი ჯგუფის საშუალო ქულა 6.8 არის.

- 6) გამოკითხვის ორი ეტაპის შედეგების შეწონილი ქულის (მაქსიმუმ 100 ქულა) მიხედვით ექთნების 59%-მა დაიმსახურა 0-50 ქულა, 40%-მა - 50-75 ქულა და მხოლოდ 1%-მა შეძლო 75 ქულაზე მეტის მოგროვება.
- 7) გამოიკვეთა დიპლომისშემდგომი განათლების აუცილებლობა: ქობულეთის საექთნო პერსონალის 36% (58)-ს ბოლო 3 წლის მანძილზე გავლილი ჰქონდა ერთი ან რამოდენიმე სხვადასხვა უწყვეტი განათლების კურსი, რაც დადებითად აისახა შედეგებზე.

თავი 4. საექთნო საქმეში არსებული პრობლემების ანალიზი და მათი მოგვარების პერსპექტივები

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა კვალიფიციური, საექთნო საქმის თანამედროვე კონცეფციის მქონე ექთნების მწვავე დეფიციტს განიცდის. სისტემაში დასაქმებული ექთნების 20%-მა 2014 წელს უკვე მიაღწია საპენსიო ასაკს. ექთნების რაოდენობა შემცირებულია ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით და აგრძელებს კლებას. ექიმების რაოდენობის შეფარდება საექთნო პერსონალთან 2009 წელს იყო 1:0,9, რაც გაცილებით ნაკლებია ევროპის რეგიონის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელზე, ხოლო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულია შეფარდება არის 1:4. შედარებისათვის, ბელგიაში ეს თანაფარდობა შეადგენს 6 ექთანს ერთ ექიმზე, შვედეთში - 5.3-ს, ხოლო გერმანიაში - 3.4-ს (შჯსდს.2013). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2015 წლის მონაცემებით საქართველოში 1000 მოსახლეზე 3.22 ექთანია. ანალოგიური მაჩვენებელი ნორვეგიაში - 17.27-ს, ფინეთში - 14.54-ს, გერმანიაში - 11.49-ს, ამერიკის შეერთებულ შტატებში - 9.82-ს, დიდ ბრიტანეთში - 8.80-ს შესადგენს (WHO, 2015). იხ. ნახაზი 58.

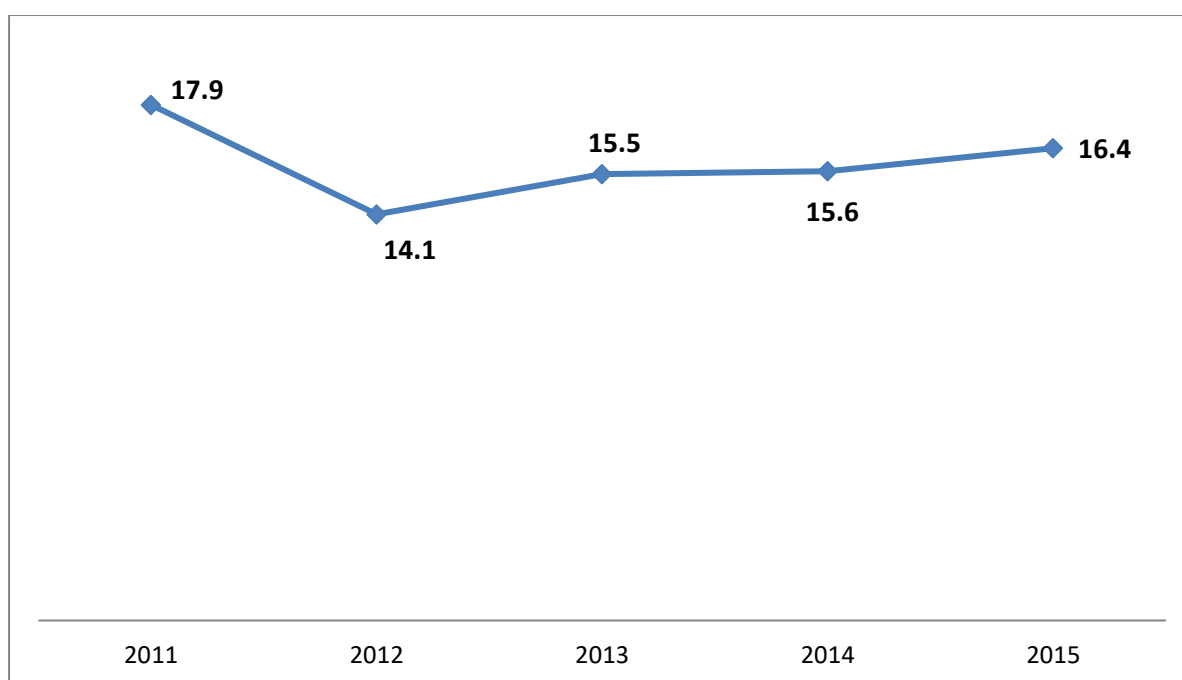


ნახაზი 58. ექთნების რაოდენობა ზოგიერთ ქვეყანაში 1000 მოსახლეზე
წყარო: WHO. მსოფლიოს განვითარების მაჩვენებლები. 2015.

საქართველოს მსგავსი რაოდენობის მოსახლეობის მქონე ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას სამედიცინო პერსონალის ასაკობრივი განთესვისა და ბიოლოგიური დანაკარგების გათვალისწინებით ყოველწლიურად ესაჭიროება დაახლოებით 900 – 1200 ექთანი.

ექსპერტული ანალიზისა და ევროპის ქვეყნების საშუალო რაოდენობასთან შედარების საფუძველზე შემოთავაზებულია, რომ ექთნების სამიზნე თანაფარდობა მოსახლეობასთან იყოს 610 / 100 000, ანუ 27 000 ექთანი (HSPA. 2009).

საექთნო კადრის რაოდენობის უმნიშვნელო ზრდის ტენდენცია შეინიშნება 2013 წლიდან (ნახაზი 59), მაგრამ მნიშვნელოვანია, რომ ეს მეტწილად განპირობებულია არა თანამედროვე ჯანდაცვის სერვისებისთვის საერთაშორისოდ უალტერნატივოდ აღიარებული უმაღლესი განათლების ექთნების, არამედ მესამე და მეხუთე საფეხურის პროფესიული განათლების ექთნის თანაშემწეების და პრაქტიკოსი ექთნების ხარჯზე.



ნახაზი 59. ექთნების რაოდენობა საქართველოში.

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2015.

საექთნო საბაკალავრო პროგრამას საქართველოში 2011 წლიდან ახორციელებს მხოლოდ ოთხი უნივერსიტეტი. საერთო ჯამში ამ პროგრამებზე ყოველწლიურად მაქსიმუმ 60 სტუდენტი ირიცხება. მაგალითად, 2012 წელს საექთნო საბაკალავრო პროგრამაზე ჩაირიცხა 54, 2014 წელს - 53 სტუდენტი. გამოდის, რომ ამ პროფესიის დაუფლების მსურველთა რიცხვი არ იზრდება. ამას ემატება ის ფაქტი, რომ ამ სტუდენტების უმრავლესობა შემდგომში მობილობით გადადის სამედიცინო პროგრამებზე.

სამედიცინო სერვისების შევსება ისევ ხდება პროფესიული განათლების ექთნებით, რომელთა რაოდენობა (წლიურად დაახლოებით 200-250) მაინც არ არის საკმარისი მზარდი სამედიცინო სერვისების მოთხოვნის დასაკმაყოფილებლად.

საექთნო პერსონალის რიცხოვნობის შემცირების მრავალ მიზეზთაგან უპირველესი ამ პროფესიის არაპრესტიჟულობაა. კვლევამ გვიჩვენა, რომ რესპოდენტ ექიმების, ექთნებისა და მენეჯერების 54% (n=2860) საექთნო საქმეს არაპრესტიჟულად მიიჩნევს.

ჩატარებული კვლევისას რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგებმა ნათლად გვიჩვენა, რომ საქართველოში გვაქვს საექთნო პროფესიის რაობისა და ფუნქციების ცოდნის დეფიციტი როგორც საზოგადოების არასამედიცინო ნაწილში (პაციენტები), ასევე, რაც ყველაზე დამაფიქრებელია – საექიმო და საექთნო პერსონალში. კერძოდ:

1. კვლევებით გამოიკვეთა, რომ საქართველოში ექთანი მოიაზრება როგორც მხოლოდ ექიმის დამხმარე და არა როგორც დამოუკიდებელი პროფესიონალი. რესპოდენტ ექიმების, ექთნებისა და პაციენტების 54% (n=300) ექთნის ფუნქციად მხოლოდ ექიმის დანიშნულების შესრულებას მიიჩნევს და მხოლოდ 18% თვლის, რომ ექთანს უფრო მეტი ფუნქცია აქვს. სამწუხაროა, რომ ამ კატეგორიაში არ მოხვდა ბათუმის სტაციონარების არც ერთი ექთანი. თბილისის რესპოდენტებიდან საექთნო ფუნქციების უკეთესი ცოდნა დაფიქსირდა პაციენტების მხრიდან. თბილისის რესპოდენტების 27%-დან, რომელნიც ექთანის მოვალეობად მიიჩნევს არა მხოლოდ ექიმის დანიშნულების შესრულებას, 10% არის პაციენტი, 9% - ექიმი და მხოლოდ 8% - ექთანი.
2. პაციენტის ჰიგიენაზე ზრუნვას ექთნის მოვალეობად მიიჩნევს გამოკითხულთა მხოლოდ 41%. აღსანიშნავია, რომ იმ რესპოდენტთა შორის, ვინც ასე არ ფიქრობს, 42% (35) უმრავლესობა პაციენტია - რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 11.7% . ამის მიზეზი არის ის გამოცდილება, რომელიც მათ აქვთ სტაციონარული მკურნალობიდან – უმრავლეს შემთხვევაში პაციენტის ჰიგიენაზე ოჯახის წევრები ზრუნავენ და არა სამედიცინო პერსონალი. ამ ფუნქციის შესრულება რომ ექთნის მოვალეობაა, სხვა რესპოდენტებთან შედარებით ყველაზე უკეთ თბილისის სტაციონარების ექიმებმა იციან.
3. სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგს არ მიიჩნევს საექთნო პერსონალის ფუნქციად ექიმების ჯგუფის 10%, რაც რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 4%-ს შეადგენს, ექთნების 6% (რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 2%) და პაციენტების 19%.

- ექთნისთვის ამ ფუნქციის მიკუთვნება თბილისთან შედარებით უკეთ არის გაგებული ბათუმის სტაციონარების ექიმებისა (14.3%) და პაციენტების (10%) მიერ.
4. ექთნის მიერ პაციენტის განათლების ფუნქცია ექთნების საერთაშორისო საბჭოს მიერ საექთნო მოვლის აუცილებელ კომპონენტთა ნუსხაშია შეტანილი. საქართველოში ექთნისთვის ამ ფუნქციის კუთვნილებას ეთანხმება რესპოდენტთა 52%, რომელთა უმრავლესობა ბათუმის ექიმი (13%) და თბილისის ექთანია (10.3%).
 5. რესპოდენტთა მხოლოდ 48% თვლის, რომ ექთანმა უნდა იცოდეს სამკურნალწამლო საშუალებების მოსალოდნელი გვერდითი მოქმედების ამოცნობა და შეეძლოს შესაბამისი ზომების მიღება, 32% თვლის რომ ეს ნაწილობრივ არის ექთნის მოვალეობა, 20% საერთოდ არ მიიჩნევს ამას ექთნის ფუნქციად. ამ მხრივ საექთნო მოვალეობების უკეთ ცოდნა გამოვლინდა თბილისის სტაციონარების ექთნების მხრიდან.
 6. საექთნო პროცესის განუყოფელი ნაწილია პაციენტის საექთნო მოვლის ყველა ეტაპისა და მონაცემის დოკუმენტირება. განვითარებული ქვეყნების საექთნო დოკუმენტაციასთან შედარებით საქართველოში ამ მიმართულებით თითქმის არაფერი არ გვაქვს. სასიამოვნო ფაქტია, რომ რესპოდენტთა 56% მომხრეა, რომ შემუშავდეს და პრაქტიკაში დაინერგოს საექთნო დოკუმენტაცია, რაც მოვლის სტანდარტიზაციისა და საექთნო პერსონალის მუშაობის ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტი იქნება, 23% 63 - ნაწილობრივ, ხოლო 23% 69 (უმრავლესობა ბათუმის სტაციონარების ექთანია -17%) საჭიროდ არ მიიჩნევს ასეთი დოკუმენტაციის შემოღებას.
 7. საექთნო პერსონალი ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი რგოლია და როგორც ამ სისტემის განუყოფელ და სრულუფლებიან წევრს, მოეთხოვება ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლების ცოდნა. სასიხარულოა, რომ რესპოდენტთა 66% ფიქრობს ასე. გამოკითხულთა შორის 12%, ვინც არ ეთანხმება რომ ექთანს ასეთი ცოდნა უნდა ჰქონდეს, უმრავლესობა თბილისის სტაციონარების ექიმები (ამ ჯგუფის 18%) და პაციენტები (ამ ჯგუფის 26%) არიან.
 8. ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში და მკურნალობის ყველა ეტაპზე ექთანს უნდა ევალებოდეს პაციენტის მოვლის კოორდინაცია. იმ რესპოდენტთა შორის (12%), ვინც პაციენტის მოვლის კოორდინაციას ექთნის ფუნქციად არ მიიჩნევს, ყველაზე მეტი არის პაციენტი 7% 21. ექთნის ამ ფუნქციის უკეთესი ცოდნა გამოვლინდა

- საექთნო პერსონალში (თბილისი - 13.7%, ბათუმი 13%) და ბათუმის სტაციონარის ექიმებში (12.3%).
9. თანამედროვე საექთნო განათლებად საერთაშორისოდ აღიარებულია უმაღლესი განათლება. სასიხარულოა ფაქტია, რომ საზოგადოება საექთნო ბაკალავრიატის შესახებ მეტ-ნაკლებად ინფორმირებული აღმოჩნდა და რესპოდენტთა 55% ემხრობა მოსაზრებას, რომ ექთანს უნდა ჰქონდეს საუნივერსიტეტო განათლება. ნაწილობრივ დაეთანხმა გამოკითხულთა 21% 63 და არ დაეთანხმა 24% 71. ბათუმის სტაციონარებში მომუშავე რესპოდენტ ექთანთა მხოლოდ 38% 19 თვლის, რომ ექთნების მომზადება საუნივერსიტეტო დონეზე უნდა ხდებოდეს, 22% 11 ნაწილობრივ და უმეტესობა - 40% 20 არ ეთანხმება. საექთნო პერსონალის მხრიდან ასეთი პასუხები შეიძლება ნაწილობრივ გამოწვეული იყოს უმაღლესი განათლების ექთნების ჯანდაცვის სისტემაში შემოსვლის შემთხვევაში სამსახურის დაკარგვის შიშით.
 10. რესპოდენტთა 58%-მა დააფიქსირა, რომ საქართველოში საექთნო პროფესიას არა აქვს ის საგანმანათლებლო საფუძველი და ფუნქციები, რაც განვითარებულ ქვეყნებში. საექთნო პერსონალის 10% 30 ნაწილობრივ, ხოლო 5.3% 16 არ ეთანხმება ამ შეხედულებას.
 11. საქართველოში არ გვაქვს განსაზღვრული ვინ არის „ექთანი“ და რას გულისხმობს „საექთნო საქმე“. შესაბამისად, არ გვაქვს განსაზღვრული საექთნო პერსონალისთვის სავალდებულო საბაზისო განათლების სახე, როს გამოც არასაექთნო განათლების პირებს (სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტი, ექიმი) შეუძლია ექთნის პოზიციის დაკავება. საექთნო პერსონალისთვის საექთნო განათლების დამადასტურებელი დიპლომის ქონის აუცილებლობას ემხრობა რესპოდენტთა 63% (n=2860), არ ეთანხმება მენეჯერთა 3%.
 12. ქვეყანაში არ გვაქვს შემუშავებული ექთნის პროფესიული სტანდარტი და ქვეყნის მასშტაბით მიღებული საექთნო პერსონალის „სამუშაოს აღწერილობები“. გამოკითხულთა 67%-მა დაგვიდასტურა, რომ დაწესებულებებში არ გვაქვს მსგავსი დოკუმენტაცია, რაც ხშირად გავლენას ახდენს საექთნო მომსახურების ხარისხზე.
 13. საქართველოში საექთნო საქმის საკანონმდებლო რეგულაციების არარსებობა ჯანდაცვის პროფესიონალების დიდ ნაწილს (95%) პრობლემად მიაჩნია.
 14. რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 97% ექთნების ამჟამინდელ ხელფასს მიიჩნევს შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამოდ და თვლის, რომ სულ ცოტა,

- ანაზღაურება უნდა იყოს გაორმაგებული. იმ რესპოდენტთაგან, რომელნიც თვლიან, რომ ექთნების ანაზღაურება მათ მიერ შესრულებულ სამუშაოს შეესაბამება (3%) უმრავლესობა მენეჯერია და გამოკითხულ მენეჯერთა 12%-ს შეადგენს (8 მენეჯერი).
15. საექთნო მოვლის ხარისხზე დიდ გავლენას ახდენს ექთან/პაციენტის თანაფარდობა. გამოკითხულ ექიმთა 89%, ექთანთა - 87% და მენეჯერების 94% მნიშვნელოვნად და საჭიროდ მიიჩნევენ სტანდარტების შემოღებას სამუშაოს სპეციფიკის გათვალისწინებით.
16. გამოკითხული ექთნების 64%-მა ($n=2382$) დააფიქსირა, რომ კარგად ერკვევიან თავის უფლებებში და სრულყოფილად იცნობენ დამქირავებელთან დადებული ხელშეკრულების ყველა პუნქტს, თუმცა ამავე დაწესებულებების ექიმების 53% და მენეჯერების 64% არ დაეთანხმა ფორმულირებას.
17. რესპოდენტ ექიმთა 52% და მენეჯერთა 79% ფიქრობს, რომ პაციენტის სრულყოფილი საექთნო მოვლა ვერ ხორციელდება საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო. ექთან-რესპოდენტთა ჯგუფიდან მხოლოდ 37% ეთანხმება ამ მოსაზრებას.
18. საკვლევი ჯგუფის 96% თვლის, რომ საექთნო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე დამქირავებელი უნდა ზრუნავდეს. აღსანიშნავია, რომ ამ აზრს იზიარებს გამოკითხულ ექიმთა 100%, და მენეჯერთა 97% .
19. გამოკითხულთა 83% (ექიმთა 92%, ექთნების - 82% და მენეჯერების 30%) მიიჩნევენ, რომ საქართველოში საექთნო საქმის, როგორც დამოუკიდებელი პროფესიის განვითარებას, არასაკმარისი ყურადღება ექცევა.
20. რესპოდენტთა 94%-მა საექთნო პროფესიის პოპულარიზაციისათვის ყველაზე ეფექტურად მიიჩნია სახელმწიფოს მხრიდან გასატარებელი ღონისძიებების აუცილებლობა, 88%-მა - პროფესიული ასოციაციების აქტიურობა და 78%-მა კი - საზოგადოების პროპაგანდა.
21. საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ასამაღლებელ აქტიობად რესპოდენტთა 94%-ს მიაჩნია უწყვეტი განათლება, 88%-ს პროფესიული საექთნო ლიტერატურის არსებობა და 85%-ს საექთნო პროტოკოლებისა და გაიდლაინების შექმნა.
22. დიპლომისშემდგომი განათლების აუცილებლობა დადასტურდა ექთნების ცოდნის შეფასების შედეგებით: შედარებით მაღალი ქულები მიიღეს ექთნებმა, რომელთაც ბოლო 3 წლის მანძილზე გავლილი ჰქონდა ერთი ან რამოდენიმე სხვადასხვა უწყვეტი განათლების კურსი.

23. საექთნო პროფესიას ძირითადად ქალები ირჩევენ. აჭარის რეგიონის (ბათუმის გარდა) საკვლევი ჯგუფის მხოლოდ 2% იყო მამაკაცი, რომელთა უმრავლესობა (6 ექთანი) სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურის თანამშრომელია მაღალმთიანი აჭარის რაიონებში.
24. კვლევის ჩატარების პერიოდში გამოკითხულ ექთანთა საშუალო ასაკი იყო 53 წელი. ექთნების 6% (20 ექთანი) უკვე იყო 65 წლის, 40 წლამდე ასაკის 19% (63).
25. ძალიან დაბალია საექთნო პერსონალის მიერ ელექტრონული საინფორმაციო საშუალებების გამოყენების სიხშირე - კომპიუტერულ ტექნიკას და ელექტრონულ ფოსტას იყენებს გამოკითხულთა (n=336) მხოლოდ 16%.
26. საექთნო პერსონალის საბაზისო ცოდნის დონის კვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ პროფესიული ცოდნის შენარჩუნება-გაღრმავება ბევრად არის დამოკიდებული სამუშაო ადგილზე ექთნებისთვის წაყენებულ მოთხოვნებზე და მათ მოვალეობებზე. შედარებით კარგი შედეგები აჩვენებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, ქირურგიული და რეანიმაციული განყოფილებებისა და ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექთნებმა.
27. ექთნების უმრავლესობას არა აქვს ინფორმაცია თანამედროვე საექთნო პროფესიული ცოდნის მოცულობის შესახებ.
28. საქართველოში დასაქმებული ექთნების პროფესიული ცოდნის დონე საშუალოზე დაბალია. შეფასებული ექთნების მხოლოდ 1%-მა შეძლო >75 ქულის მიღება.

საქართველოში საექთნო საქმის თანამედროვე საერთაშორისო მოთხოვნებთან სინქრონიზებისა და დამოუკიდებელ პროფესიად ჩამოყალიბებისთვის უნდა გატარდეს კომპლექსური ცვლილებები, ვინაიდან ამ დარგში გამოკვეთილი ცალკეული პრობლემების მოგვარებით საერთო სურათი სავარაუდოდ ნაკლებად შეიცვლება. სასურველია დადგინდეს „გარდამავალი პერიოდი“, რომლის განმავლობაშიც გატარდება მოკლე და გრძელვადიანი ცვლილებები. გასათვალისწინებელია საქართველის ექთნების ასოციაციის მიერ 1998 წელს შექმნილი „საექთნო საქმის განვითარების ეროვნული პროგრამა“.

შესაქმნელია საექთნო საქმის მარეგულირებელი დოკუმენტები:

1. პირველ რიგში უნდა განისაზღვროს „ვინ არის ექთანი“ და რას ნიშნავს „საექთნო საქმე“.

ყველა განვითარებულ ქვეყანაში მიღებული არის საექთნო საქმის განმარტება. საექთნო საქმის დეფინიციაზე გავლენას ახდენს მრავალი ფაქტორი. უპირველეს ყოვლისა ეს არის: სახელმწიფოში არსებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა და მისი განვითარების დონე, საექთნო პერსონალის სტრუქტურა, სამედიცინო პერსონალისა და საზოგადოების დამოკიდებულება საექთნო პერსონალის მიმართ და ბოლოს, განმარტების მომცემი ადამიანის ინდივიდუალური მსოფლმხედველობა.

არსებული რეალობის გათვალისწინებით, როდესაც საექთნო პერსონალის 3 დონე არსებობს და მათი უმრავლესობა პროფესიული განათლების მქონე პრაქტიკოსი ექთანია, უნდა განისაზღვროს გრძელვადიან პერსპექტივაში ქვეყნისთვის რომელი დონის ექთნის არსებობა არის პრიორიტეტი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჯერ კიდევ 2005 წელს საექთნო პროფესიის საგანმანათლებლო მინიმუმად საუნივერსიტეტო განათლება მიიჩნია.

ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად აუცილებელია განისაზღვროს სამედიცინო სფეროში ექიმის - როგორც მკურნალის და ექთნის - როგორც საექთნო მოვლის განმახორციელებლის ფუნქცია. საექთნო მოვლა გულისხმობს პაციენტის /მომხმარებლის მოთხოვნებისა და საჭიროების შეფასებას, საექთნო მოვლით გადასაჭრელი პრობლემებისა და ჯანმრთელობის პრიორიტეტული პრობლემების დადგენას, საექთნო მოვლის დაგეგმვასა და რეალიზებას, მოვლის პროცესში პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ჩაბმას და მათ განათლებას, საექთნო დოკუმენტაციის წარმოებასა და შედეგების ანალიზს, შესაბამისი კულტურული, ეთიკური და პროფესიული სტანდარტების გამოყენებას, რეაბილიტაციის პროცესის წარმართვას. ექთანი უნდა იყენებდეს საექთნო პროცესის ეტაპებს. საექთნო პროცესი ექთნის პროფესიული მოვალეობის შესრულების მეცნიერულად დასაბუთებული და პრაქტიკაში განხორციელებული მეთოდია. საექთნო პროცესი ადგენს საექთნო მოვლის მოთხოვნებს ყოველი კონკრეტული პაციენტისათვის; ხდება მოვლის პრიორიტეტების დადგენა და მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა; განსაზღვრავს ექთნის მოქმედების გეგმას, სტრატეგიასა და მიმართულებებს; იძლევა ექთნის მუშაობის ეფექტურობის შეფასების საშუალებას; არის პაციენტის ხარისხიანი მომსახურეობის გარანტი, რომელიც კონტროლირებადია.

საექთნო საქმისა და ექთნის განსაზღვრება პროფესიული საქმიანობის წარმოების ნებას მხოლოდ შესაბამისი საექთნო კვალიფიკაციის მქონე პირებს დართავს. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 16 ივლისის №244/ნ ბრძანების 2012 წლის 14 მარტის რედაქციის (ბრძანება №01-11/ნ) მიხედვით დღეს ექთნად მუშაობის უფლება აქვს არა მხოლოდ საექთნო განათლების მქონე პირს, არამედ ექიმს (ეს ეხება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პროფილაქტიკური მედიცინის ან/და სანიტარია-ჰიგიენის ფაკულტეტ დამთავრებულ პირებსაც) და სამედიცინო ფაკულტეტის მესამე კურსის სტუდენტსაც. გამოდის, რომ საექთნო პროფესიას სახელმწიფო დონეზე ვაკანონებთ როგორც არაპროფესიულ, შუალედურ საქმიანობას. ეს გადაწყვეტილება მიღებულ იქნა საექთნო პერსონალის არასაკმარისი რაოდენობის გამო, მაგრამ დარგის განვითარებისთვის ძალიან შემაფერხებელი ფაქტია.

2. საექთნო პერსონალის სერთიფიცირება (ლიცენზირება/რეგისტრაცია)

დღეს საქართველოში სახელმწიფოს მიერ ექთნების სერთიფიცირება არ ხდება. საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარებით და ქვეყანაში არსებული საექთნო დონეების გათვალისწინებით საჭირო იქნება ორი სახის გამოცდის შემოღება:

ა) პრაქტიკოსი ექთნებისთვის - ლიცენზირებული პრაქტიკოსი ექთანი

ბ) ბაკალავრი ექთნებისთვის - რეგისტრირებული ექთანი

ამერიკის შეერთებული შტატების მსგავსად, სარეგისტრაციო გამოცდის ჩაბარების ნებართვა შეიძლება მიეცეს არასაუნივერსიტეტო განათლების მქონე პრაქტიკოს ექთნებსაც.

დასაწყისისთვის მივიღებთ 3 დონის საექთნო რესურსს (შემდგომში - 5,

მაგისტრატურისა და დოქტორანტურის გათვალისწინებით):

1. ექთანი-ბაკალავრი (ლიცენზირება-რეგისტრაციის სისტემის შემოღების შემდეგ გახდება რეგისტრირებული ექთანი)
2. პრაქტიკოსი ექთანი (ლიცენზირება-რეგისტრაციის სისტემის შემოღების შემდეგ გახდება ლიცენზირებული ექთანი)
3. ექთნის თანაშემწე - პროფესიული განათლება

აუცილებელია კოორდინირებული მუშაობა ამ დონეების ერთმანეთისგან მკვეთრად გასამიჯნად როგორც დიპლომამდელ, ასევე დიპლომისშემდგომი განათლებისა და

პროფესიული კომპეტენციების, ასევე შრომითი მოწყობის პერსპექტივებისა და კარიერული ზრდის თვალსაზრისით. ამ საკითხებზე მუშაობისას აუცილებელი იქნება სხვა ქვეყნების მაგალითების განხილვა და უკვე საუკუნოვანი გამოცდილების გათვალისწინება. ჩვენი კვლევებიდან გამომდინარე, არსებული საბაზისო ცოდნით, ამჟამად პრაქტიკოსი ექთნების ძალიან მცირე ნაწილი თუ შეძლებს სასერთიფიკატო გამოცდის წარმატებით ჩაბარებას. გარდამავალ პერიოდში სერთიფიცირება/რეგისტრაცია უნდა იყოს ნებაყოფლობითი და პარალელურად უნდა მოხდეს უწყვეტი პროფესიული განათლების კურსებისა და საექთნო ლიტერატურის პრობლემის მოგვარება.

3. შესაქმნელია საექთნო სპეციალობების ნუსხა.

დღეს ქვეყანაში არ გვაქვს საექთნო სპეციალობების ნუსხა და ექთნების დასაქმება, მაგალითად, ანესთეზიისა და კრიტიკული მედიცინის სფეროებში ყოველგვარი დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების პროგრამების გავლის გარეშე ხდება. საერთაშორისო პრაქტიკაში მსგავსი პროფესიის დასაუფლებლად ექთანს ამ სპეციალობაში სამაგისტრო ხარისხი და/ან გადრმავებული კურსის გავლა მოეთხოვება. საექთნო ლიცენზირება/რეგისტრაციის არსებობის შემთხვევაში, საერთაშორისო რეგულაციების მსგავსად, სპეციალიზაციას დაექვემდებარებიან მხოლოდ რეგისტრირებული ექთნები. გარდამავალ პერიოდში, ვიდრე ქვეყანაში არ იქნება რეგისტრირებული ექთნების მნიშვნელოვანი რაოდენობა, ექთან-სპეციალისტებად მუშაობის უფლება შეიძლება ჰქონდეს პრაქტიკოს ექთანს, მაგრამ აუცილებელი იქნება დარგის სპეციფიკის გათვალისწინებით გარკვეული კრიტერიუმებისა და საგანმანათლებლო კურსების შემუშავება (მხოლოდ გარდამავალი პერიოდისთვის).

თუ ქვეყანაში შევიმუშავებთ საექთნო სპეციალობების ნუსხას, დაუშვებელი იქნება სავალდებულო მინიმალური განათლების დონის ვარიაციები. ევროკავშირის, ექთნების საერთაშორისო საბჭოს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების დირექტივებისა თუ რეკომენდაციების მიხედვით ექთან-სპეციალისტი საჭიროებს სამაგისტრო ხარისხს და/ან რეგისტრაციის შემდეგ ე.წ. გადრმავებული კურსის (1.5-2 წელი) გავლას. თუ მსგავს სისტემას არ

გადმოვიღებთ, ვერ მოვახდენთ საექთნო საქმის სინქრონიზებას საერთაშორისო სივრცესთან.

საწყის ეტაპზე, საექთნო სპეციალობების ნუსხა შეიძლება ასე გამოიყურებოდეს: ანესთეზიის ექთანი, პედიატრიის/ნეონატოლოგიის ექთანი, საოპერაციოს ექთანი, ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექთანი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი, ფსიქიატრიის ექთანი, ექთანი - მენეჯერი.

უნივერსიტეტებში უნდა დაიწყოს და განხორციელდეს საექთნო სამაგისტრო პროგრამები სპეციალობებში კონცენტრაციით.

4. საექთნო საქმის პოპულარიზაცია

როგორც კვლევებმა გვაჩვენა, საექთნო საქმე არაპოპულარულია საქართველოში და რესპოდენტთა დიდი ნაწილი პრობლემის მოგვარების გზად სახელმწიფოს მხრიდან ხელშეწყობას ხედავს. ექთნის ანაზღაურების გადახედვა, საექთნო პერსონალის შრომის წახალისება, სხვადასხვა საშუალებებით საზოგადოებაში ამ დარგის პოპულარიზაცია ხელს შეუწყობს ამ პროფესიით ახალგაზრდების დაინტერესებას. ერთ-ერთი აქტიობა შეიძლება იყოს საბაკალავრო (და არა პროფესიული) საექთნო პროგრამების საგრანტო დაფინანსება.

5. საექთნო საბაკალავრო განათლების ხელშეწყობა და ხელმისაწვდომობის გაფართოება

საექთნო ბაკალავრიატის განვითარებას ალტერნატივა არა აქვს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2009 წლის „საექთნო განათლების გლობალური სტანდარტების“ მიხედვით საექთნო საქმე უნდა ისწავლებოდეს უნივერსიტეტში ექთნების მიერ. საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად საქართველოს საექთნო საქმის მოკლევადიან პერსპექტივაში არსებობს იმის უკიდურესი აუცილებლობა, რომ ახალი ბაკალავრი ექთნები იყვნენ გამოცდილი პრაქტიკოსები, რომლებიც კარგად იცნობენ საექთნო მოდელებსა და თეორიებს, პრაქტიკულ უნარ-ჩვევებს. დღეისათვის საქართველოში უკვე გვაქვს საბაკალავრო საექთნო განათლების მზადების გამოცდილება. ბოლო პერიოდში შეინიშნება პროფესიული საექთნო პროგრამების გაღრმავება-გადლიერების ტენდენცია. ქვეყანაში არსებული საექთნო პერსონალის ნაკლებობის აღმოფხვრა ისევ საშუალო სამედიცინო განათლების ექვივალენტი განათლების მქონე ექთნებით ხელს ვერ შეუწყობს ვერც სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაზრდას და ვერც საერთაშორისო სივრცეში ინტეგრაციას. ბევრ ნიჭიერ ექთანს, რომელსაც სურს პროფესიაში დარჩენა, არ ჰქონდა შესაძლებლობა მიეღო უმაღლესი განათლება. მნიშვნელოვანია, რომ მათ ახლა მაინც

მიეცეთ პროფესიის ფარგლებში განვითარების შესაძლებლობა. განათლების სისტემის ამჟამინდელი რეგულაციების მიხედვით, პრაქტიკოსმა ექთანმა ერთიანი ეროვნული გამოცდების წარმარებით ჩაბარების შემდეგ 4 წელი უნდა ისწავლოს უნივერსიტეტში. ანუ, ექთანმა უნდა ისწავლოს სულ მცირე 7 წელი, რაც ძალიან მოუხერხებელია და ქვეყანაში საექთნო პროფესიული ზრდის სტიმულირებისა და მოტივაციის არარსებობის შემთხვევაში ნულამდე ამცირებს ამ სქემის გამოყენების ალბათობას. პრაქტიკოსი ექთნების მიერ სასწავლებელში/კოლეჯში შესწავლილი საგნების აღიარება უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ვერ ხერხდება, რადგან: განათლების სისტემის რეფორმამდე საქართველოში დანერგილი არ იყო კრედიტების სისტემა; სწავლებას ახორციელებდნენ (უმეტეს შემთხვევაში დღესაც იგივე სიტუაციაა) ექიმები, რომელთათვისაც უცხოა საექთნო თეორიები, უნარ-ჩვევები, შესაბამისად, სტუდენტებისათვის მიწოდებული ინფორმაცია უფრო მეტად საექიმო განათლების ძალიან მცირე ნაწილს წარმოადგენდა, ვიდრე საექთნო პროფესიულს; საექთნო პროფესიული ლიტერატურის არარსებობის გამო საექთნო პროფესიული საგანმანათლებლო დაწესებულებების სტუდენტებს კონსპექტთ ან საუკეთესო შემთხვევაში საკმაოდ მოძველებული საექთნო ლიტერატურით. თუ გავითვალისწინებთ თანამედროვე საექთნო სახელმძღვანელოების მოცულობასა და შინაარსს, სწავლის შედეგები იმდენად განსხვავებულია, რომ არ შეიძლება კრედიტის ნაწილის ჩათვლაც კი. ბოლო წლებში შეინიშნება მრავალი ძალისხმევა პროფესიული განათლების კურიკულუმების გადახედვისა და კრედიტების სისტემის დახვეწის მიმართულებით, რომ შესაძლებელი იყოს განათლების წინა საფეხურის გარკვეული კრედიტებისა და სწავლის შედეგების ჩათვლა უფრო მაღალი დონის საექთნო განათლების მიღების დროს; არსებული საექთნო პერსონალისთვის საბაკალავრო საექთნო პროგრამებზე მოსახვედრად პრერეკვიზიტი კურსების შემოღებამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს პრაქტიკოსი ექთნების დაინტერესებას. პრაქტიკაზე დაფუძნებული წინამორბედი აკრედიტირებული სწავლის დანერგვა საქართველოში ვერ მოხერხდებაექთნის საქმიანობის მარეგულირებელი დოკუმენტების გარეშე, რომელნიც საშუალებას მოგვცემს დავადგინოთ, რეალურად სწავლის რა შედეგებზე გასვლის საშუალება ჰქონდა ადამიანს ამა თუ იმ საექთნო პოზიციაზე მოღვაწეობის პროცესში. სასურველი იქნებოდა საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარება ამ კუთხით, რათა პროფესიული განათლების კურსდამთავრებულებს შესაძლებლობა ჰქონდეთ ჩათვალათ გარკვეული კრედიტები საბაკალავრო სწავლების დროს. ეს

შეუმცირებთ ბაკალავრის ხარისხის მისაღებად საჭირო დროს, დაუზოგავთ თანხებს და გაზრდის საბაკალავრო პროგრამებით მათ დაინტერესებას. საბოლოო ჯამში მივიღებთ უფრო მეტ პროფესიონალ ექთანს, რაც სათანადო რეგულაციების არსებობის პირობებში დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

6. საექთნო დიპლომისშემდგომი განათლების სისტემის შექმნა

საქართველოში არ გვაქვს საექთნო დიპლომისშემდგომი განათლების სისტემა. უნდა შეიქმნას უწყვეტი საექთნო განათლების პროგრამების აკრედიტების განმახორციელებელი სტრუქტურა, რომელიც უზრუნველყოფს ლიცენზირებული და რეგისტრირებული (პრაქტიკოსი და ბაკალავრი) ექთნების უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამების აკრედიტაციას. წინააღმდეგ შემთხვევაში, როგორც წარსულმა გამოცდილებამ გვიჩვენა, მსგავსი კურსების უმრავლესობა არაკვალიფიციური და არაეფექტური იქნება. სისტემა მოიაზრებს ორივე დონის საექთნო პერსონალისთვის სავალდებულო კრედიტების დაგროვებას. ამიტომ, შეთავაზებული კურსები უნდა იყოს მაღალი ხარისხის და დარგის საჭიროებებზე მორგებული.

7. თანამედროვე საექთნო ლიტერატურის არარსებობა დარგის განვითარების ერთ-ერთი ძირითადი შემაფერხებელი ფაქტორია. საექთნო საქმე დინამიური, ცვალებადი დარგია, ამიტომ ახალი სახელმძღვანელოების შექმნას აჯობებს საერთაშორისოდ აღიარებული და აპრობირებული პროფესიული ლიტერატურის თარგმნა-ადაპტაცია.

8. საექთნო გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შექმნა

პაციენტის მოვლის ხარისხის უზრუნველყოფისა და ამაღლებისთვის აუცილებელია საექთნო მოვლის სტანდარტების (საექთნო დონეების მიხედვით), პროტოკოლებისა და გაიდლაინების შექმნა.

9. პაციენტ/ექთნის შეფარდების სტანდარტების შემოღება

საექთნო მოვლის ხარისხზე გავლენას ახდენს პაციენტების რაოდენობა. სტანდარტები უნდა შეიქმნას დაწესებულების / განყოფილების პროფილის და საექთნო პერსონალის დონეების გათვალისწინებით.

10. გადასახედია საექთნო პერსონალის ანაზღაურება

დასკვნები და რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევების საფუძველზე ფორმულირებული იქნა შემდეგი დასკვნები:

1. საქართველოში ექთანი არ მოიაზრება როგორც დამოუკიდებელი პროფესიონალი. ექიმებიც, ექთნებიც და პაციენტებიც მას მხოლოდ ექიმის დანიშნულების შემსრულებლად მიიჩნევენ.
2. ჯანდაცვის პროფესიონალების დიდ ნაწილს (95%) პრობლემად მიაჩნია საქართველოში საექთნო საქმის საკანონმდებლო რეგულაციების არარსებობა.
3. გამოკითხულთა მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის უცნობია, რომ ექთნის მოვალეობაში შედის პაციენტების ჰიგიენაზე ზრუნვა (59%), სამკურნალწამლო საშუალებების მოსალოდნელი გვერდითი მოქმედების ამოცნობა (52%), პაციენტის განათლება (48%), სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი (12%).
4. პაციენტის მოვლის კოორდინაციას ექთნის ფუნქციად არ მიიჩნევენ რესპოდენტთა 12%, მათი უმრავლესობა პაციენტები არიან.
5. ექთნისთვის ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლების ცოდნას სავალდებულოდ არ მიიჩნევენ ექიმების 18% და პაციენტების 26%.
6. მენეჯერთა 79%-ის და ექიმთა 52%-ის აზრით პაციენტის სრულყოფილი საექთნო მოვლა ვერ ხორციელდება საექთნო პერსონალის არასაკმარისი პროფესიონალიზმის გამო.
7. ექთნების აბსოლიტურ უმრავლესობას არ გააჩნია თანამედროვე საექთნო პროფესიული ცოდნა. შეფასებული ექთნების მხოლოდ 1%-მა შეძლო 75%-ზე მეტი ქულის დაგროვება. შედარებით მაღალი ქულები მიიღეს ექთნებმა, რომელთაც ბოლო 3 წლის მანძილზე გავლილი ჰქონდა უწყვეტი განათლების კურსი.
8. მენეჯერების 64% და ექიმების 53% მიიჩნევენ, რომ ექთნები არ იცნობენ დამქირავებელთან დადებული ხელშეკრულების ყველა პუნქტს.
9. გამოკითხულთა 67% აფიქსირებს, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში არ არის საექთნო პერსონალის „სამუშაოს აღწერილობები“.
10. რესპოდენტთა 55% მიიჩნევენ, რომ ექთანს უნდა ჰქონდეს საუნივერსიტეტო განათლება. თუმცა, მენეჯერთა 3%-მა ჩათვალა, რომ ექთნის პოზიციაზე მუშაობისთვის აუცილებელი არ არის საექთნო განათლების დამადასტურებელი დიპლომის არსებობა.

11. საექთნო პერსონალის პროფესიონალიზმის ასამაღლებელ აქტიობად რესპოდენტთა 94%-ს მიაჩნია უწყვეტი განათლება, 88%-ს პროფესიული საექთნო ლიტერატურის არსებობა და 85%-ს საექთნო პროტოკოლებისა და გაიდლაინების შექმნა.
12. მენეჯერთა 94%, ექიმთა 89% და ექთანთა - 87% საჭიროდ მიიჩნევენ ექთან/პაციენტის შეფარდების სტანდარტების შემოღებას სამუშაოს სპეციფიკის გათვალისწინებით.
13. გამოკითხულთა 56% საჭიროდ მიიჩნევენ საექთნო დოკუმენტაციის შემუშავებასა და პრაქტიკაში დანერგვას.
14. რესპოდენტთა 97% ექთნების ამჟამინდელ ხელფასს მიიჩნევენ შესრულებული სამუშაოს მოცულობასთან შეუსაბამოდ და თვლის, რომ ანაზღაურება სულ მცირე ორჯერ მეტი მაინც უნდა იყოს.

ჩატარებული კვლევისა და გამოტანილი დასკვნების საფუძველზე შესაძლებელია გარკვეული რეკომენდაციების ჩამოყალიბება, კერძოდ:

1. საექთნო საქმის რეფორმირებისთვის გარდამავალი პერიოდის იდენტიფიცირება და ცვლილებების გეგმის შედგენა.
2. საექთნო პერსონალის ყველა დონისთვის (ექთნის თანაშემწე, პრაქტიკოსი ექთანი, ბაკალავრი ექთანი) პროფესიული სტანდარტებისა და უფლება-მოვალეობების შემუშავება ანალოგიური საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით.
3. საექთნო სპეციალობების ნუსხის შექმნა.
4. საექთნო პერსონალის რეგისტრირება-სერტიფიცირების წესების მომზადება და დანერგვა.
5. დიპლომისშემდგომი საექთნო განათლების სისტემის ჩამოყალიბება.
6. სამედიცინო პერსონალის, საზოგადოების ინფორმირება საექთნო პროფესიის რაობისა და ექთნის ფუნქციების შესახებ.
7. საექთნო საქმის პროფესიული ლიტერატურის თარგმნისა და საგანმანათლებლო პროგრამებში ჩართვის ხელშეწყობა.
8. არსებული საექთნო პერსონალის კვალიფიკაციის დონის ამაღლების მიზნით უწყვეტი განათლების კურსების მომზადებისა და ჩატარების ხელშეწყობა.

გამოყენებული ლიტერატურა

„ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენციის დამატებითი ოქმი [konvenc'ia adamianis up'lebebisa da biomedic'inis šesaxeb/Convention on Human Rights and Biomedicine]. (2004). ბიოსამედიცინო კვლევის შესახებ. სტრასბურგი
გაბიძაშვილი, ბ. (2009). *სტატისტიკა ეკონომიკაში, ბიზნესსა და მენეჯმენტში* [statistika ekonomikaši, biznessa da menejmentši/Statistics in Economics, Business and Management].

გერზმავა, ო. (2008). საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. [Sazogadoebrivi jandac'va da menejmenti/Public Health and Menagement]. თბილისი.

მაკ კორმიკი, მ. (2011). საქართველოში საბაკალავრო პროგრამებისათვის საექთნო საქმის პედაგოგების მომზადება [Sak'art'veloši sabakalavro programebis t'vis sae k' t'no sa k'mis pedagogebs momzadeba/ Preparing Nurse Teachers for Nursing Bachelor programms]. თბილისი

მამულაშვილი, ბ. (2007). ბიოეთიკა. [bioet'ika/bioethics]. თბილისი. გამომცემლობა უნივერსალი.

მეთოდოლოგიური რეკომენდაციების შემუშავება საქართველოში საექთნო განათლების მოდერნიზაციის მხარდასაჭერად [met'odologiuri rekomendac'iebis šemušaveba sak'ar t'veloši saek't'no ganat'lebis modernizac'iis mxardasačerad/Development of methodological recommendations for support Nursing education modernization in Georgia] (2009) - მსოფლიო ბანკი

ოქროსაშვილი, მ. (2009) - *მეცნიერული კვლევის საფუძვლები* [Mec'nieruli kvlevis sap'užvlebi/*Fundamentals of Scientific Research*]. საგამომცემლო სახლი „ტექნიკური უნივერსიტეტი“.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2009). ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. [erovnuli moxseneba sak'art'velos mosaxleobis janmrt'elobis mdgomareobis šesaxeb/ National report on the health of the Georgian population].

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2013). ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის

მდგომარეობის შესახებ, [erovnuli moxseneba sak'art'velos mosaxleobis janmrt'elobis mdgomareobis šesaxe/National Report on Health].

ქართული მედიცინის ისტორია, [k'art'uli medic'inis istoria/History of Medicine in Georgia]. http://www.medportal.ge/masalebi/qarTuli_medicinis_istoria.htm

ჯანმრთელობის მსოფლიოორგანიზაცია.(2009). საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. [sak'art'velos jandac'vis sistemis ep'ek'turobis šep'aseba/ Georgia Health System Performance Assessment].

American Nurses Association. (2011). Registered Nurse Safe Staffing Act . New York.

American Nurses Association. (2009). Nurses Job Description. Retrieved July 12. 2010, from <http://web.erchive.org/web/20060716142728>

American Nurses Association. (2011). Registered Nurse Safe Staffing Act. H.R. 876/S. 58

American Nurses Association. (2015). Nursing theory. Current Nursing. Retrieved October 3. 2015, from http://currentnursing.com/nursing_theory/applicationselfcaredeficittheory.html

American Sociological Association. (1999). Code of Ethics and Policies and Procedures of the ASA Committee on Professional Ethics. *American Sociological Association*, (P: 4-5).

Anders, R., & Harrigan, R. (2002). Nursing education in China. *Nursing Educ.Perspect* 23:137. 2002

Babbie, E.R., & Rubin a, (2010). *Research Methods for Social Work*. 7th Ed.

Bach, Sh., & Grant, A. (2012). *Communication & Interpersonal Skills in Nursing*. 2nd ed. LearningMatters. UK.

Bastable, S. (2015). *Nurse as Educator:Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*, 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers

Bauknecht, V. (1985). Capital Commentary. *American Nurse*. 17 (10), 2.

Bauman, A., & Blythe, J. (2004). *The International Nursing labour Market*. Canada. Retrieved April 8. 2012, from <http://fhs.mcmaster.ca/nru/documents/11E-Intl%20Nursing%20Labour%20Market.pdf>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. (2004). *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth Edition. Oxford Univ. Press. N. Y. Oxford.

Berman, A. & Snyder, S. (2012). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 9th Ed.Pearson.

- Berman, A., & Snyder, Sh, (2012). Fundamentals of nursing : concepts, proses and practice - 9th ed.
- Bernard, R. (2013). Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. SAGE Publication. Callifornia.
- Bloch, D. (1990). Strategies for setting and implementing the National Center for Nursing Research priorities. *Applied Nursing Research*, 3(2), (p: 2-6).
- Bolender, J., & Hunter, A. (2010). The Uganda project: a cross-disciplinary student-faculty research and service project. *College Undergraduate Research Journal*.
- Buchan, J., & Dal, P. (2012). Skill Mix in the healthcare workforce: reviewing the evidence. *Bull World Health Organization* 80:575-580
- Burns, N., & Grove, S.K. (2008). *Understanding Nursing Research*. W.B. Saunders Company.
- Burns, N., & Grove, S.K. (1987). *The Practice of Nursing Research*. W.B. Saunders Company.
- Canadian Nurses Association. (2014). The International Nursing labour Market. Ottawa, Canada
- Cherry, B., & Jacob, S. (2016). Contemporary Nursing: Issues, Trends & Management. 7th ed. Elsevier.
- Cherry, B., & Jacob, S.R. (2011). Contemporary Nursing, issues, trends&management. Mosby
- Cohen, I. (1984). Florence Nightingale. *Sci Am* 250:128
- Cook, E. (1913). *The life of Florence Nightingale* . (Vol. 1). London, Macmillan.
- Craven, F. (1984). A guide to district nursing. New York. Garland
- Curtin, L.L., & Flaherty M.J. (1982). *Nursing Ethics: Theories and Pragmatics*. Prentice-Hall Publications Company. Maryland.
- Daly, J., & Speed, S. (2011). Contexts of nursing, An introduction. 3th ed. Elsevier.
- Dublin, L. (2015). Records of Public Health Nursing. BiblioLife.
- Ellius, P., & Bach, Sh. (2015). Leadership, Management & Team Working in Nursing. 2nd ed. SAGE.
- Gardner, D.L. (1992). Conflict and retention of new graduate nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 14(1), (pp:76-85). Geneva, Switzerland.

- Grossman, Sh., & Valiga, Th. (2016). *Creating the Future of Nursing*. 5th ed. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Hall, H., & Roussel, L. (2016). *Evidence-Based Practice, An Integrative Approach to research, administration and practice*. 2nd ed. Jones&Bartlett Learning.
- Hancock, C. (2005). Advancing the millennium development goals. Retrieved July 2. 2009, from <http://www.icn.ch>
- Hansen-Turton, T., & Sherman, S. (2015). *Nurse-Led Health Clinics*. Springer Publishing Company. New York.
- Harden, RM. (1988). What is an OSCE? *Medical Teacher*, 10, 1, (pp: 19-22).
- Harkness, G., & Demarco, R. (2015). *Community and Public Health Nursing*. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins
- Herbert. R.G., (1981). *Florence Nightingale: Saont, reformer or rebel*. Malabar.
- Horatio, European Psychiatric Nurses. (2011). *The Turku Declaration*. Retrieved December 14. 2010, from www.horatio-web.eu
- Institute of Medicine of the national Academes. (2011). *The Future of Nursing: Leading change, advancing health*. *The National Academies Press*. Washington, D.C.
- International Council of Nurses. (2001). *ICN position statement on nurses and emergency preparedness*. Geneva. Switzerland.
- International Council of Nurses. (2005). *Sisaster relief: donating to ICN member national nurses associations by the earthquake and tsunami in South Asia*. Publication 1-6.
- International Council of Nurses. (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva, Switzerland
- International Council of Nurses. (2015). *Nurses Role*. Retrieved December 6. 2015, from <http://www.icn.ch/about-icn/contact-us/>
- International Council of Nurses. (2015). *Nursing*. Retrieved December 6. 2015, from <http://www.icn.ch/about-icn/contact-us/>
- International Organization for Standardization. (2009). *ISO 9001:2000*. Geneva, Switzerland
- Kalisch, P. & Kalisch, BJ. (1995). *The advance of American nursing*. Ed 3. Philadelphia,. Lippincot
- Kerlinger, F.N. (1986). *Foundations of behavioral research* (3rd ed.). New York.

King's College. (2007). Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. london

Korniewicz, D. (2015). Nursing Leadership and management, the advanced practice role. DEStech Publications.

LoBiondo, G., & Haber, J. (2013). Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-based Practice, Volume 1. Mosby, Elsevier.

MacCormick, M. (2011). Mentors program for Georgia. Tbilisi. University of Georgia

McCartney, P.R. (2015) Big data science. MCN: The American Journal of maternal/Child Nursing, 40 (2).

Minnesota Department of Health. (2000). Public Health Nursing Practice for the 21st century. Lippincott Williams & Wilkins.

Munhall, P.L. (2001). Philosophical ponderings on qualitative research methods in Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2 (1), 20-28.

NACNEP National Advisory Council on Nurse Education and Practice Eighth. (2010). Addressing New Challenges Facing Nursing Education: Solutions for a Transforming Healthcare Environment; Practice Eighth Annual Report To the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Congress

Neuman, L. (2009). Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. - 7th ed., Boston, A&B.

Nightingale, F. (1894). Sick nursing and Health Nursing. New York. John Hopkins Press.

Nutting, M., & Dock, L. A. (1935). History on Nursing. New York. Putnam

Oxford Policy Management Ltd for DfID (2008) - Georgia Health Sector Reform Programme - CNTR 02 4201

Palmer, I. (1983). Florence Nightingale and the first organized delivery of nursing services, Washington, DC.

Patton, M.Q. (2009). *Qualitative researc and evaluation methods, (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Polit, D.F. (2009). Nursing Research: Principles and methods. Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, S., & Perry, H. (2016). Fundamentals of Nursing. 9th ed. Elsevier.

Queensland Government. (2008). Nursing and Midwifery Classification Structure. Mosby

Robinson, S., & Griffiths, P. (2007). Nursing Education and Regulation. london

Robinson, S., & Griffiths, P. (2007). Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. London. UK.

Rogers, B. (1987). Research Corner: Is the research project feasible? *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 35(7), 327-328.

Royal College of Nursing. (2010). Key Elements of the Career Framework. UK

Royal College of Nursing. (2015). Key Elements of the Career Framework. UK

Schotfetdt G., (2007). *Nursing Research*. Philadelphia: Saunders

Shapira, Z., & Dunbar, R. (2008). Testing Mintzberg's managerial roles classification using an in-basket simulation. *Journal of Applied Psychology*, Vol 65(1), Feb 2008, 87-95.

Simons, S., & Villeneuve, M. (2015). Nursing Shortages. OESD. Paris, France

Spose, J. (2010). LPN Scope of Practice. Clarification. Board of Nursing. Oxford. Blackwell Science.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2012). Public Health Nursing, Population-Centered Health Care in the Community. 8th edition, Elsevier, Mosby

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2015). Public Health Nursing: Population centered health care in the community. Elsevier.

The European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA). (2015). Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG). Brussels, Belgium.

The European Parliament and the Council of the European Union. (2005). Directive 2005/36/EC of the EU Parliament and of the Council on the recognition of professional qualifications. *Official Journal of the European Union*.

The National Association of Non-Medical Help. (2007). History of Nursing. Retrieved November 22, 2010, from <http://web.archive.org/web/20060716142728>

Truglio-Londrigan, M., & Lewenson, S. (2012). Public health nursing, Practicing Populations-Based care. 2nd ed. Jones&Bartlett Learning.

United States Department of Health and Human Services. (2009). Core competencies for Public Health Professionals, Washington, DC, USDHHS.
<http://www.phf.org/link/competenciesinformation.htm>

Upvall, M., & Leffers, J. (2009). Global Health Nursing, Building and Sustaining Partnerships. Springer Publishing Company. New York.

Veatch, R., & Fry, S. (2007). Case studies in Nursing Ethics. Jones and Bartlrrt Publishers.

- Ward, M. (1995). Nursing the Psychiatric Emergency. Heneimann. Oxford
- Ward, M. (2011). Educational Preparation for Nurses Working with the Mentally Ill: The case of Cyprus. Horatio: European Psychiatric Nurses
- World Vision International. (2009). Nursing and the Nurse.
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (2009). European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries. Copenhagen Ø, Denmark
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (2005), European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries. Copenhagen Ø, Denmark
- World Health Organisation. (2006). Technical Report Series, Nursing Practice. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2009). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2009). Technical Report Series, Nursing Practice. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2010). Nursing and Midwifery strategic Directions 2011 – 2015 http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.1_eng.pdf
- World Health Organisation. (2010). Technical Report Series, Nursing Practice. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2011). Technical Report Series, Nursing Practice. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation. (2000). Minich Declaration: Nurses and midwives: a force for Health. Geneva, Switzerland. Retrieved September 7. 2015, from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf
- World Health Organisation. (2005). Mental Health Atlas. WHO. Geneva, Switzerland
- World Health Organisation. (2007). World Health Statistics 2007. WHO. Geneva (WA 900.1).
- World Health Organisation. (2010). A Global Survey Monitoring Progress in Nursing and Midwifery. World Health Organization. Geneva, Switzerland
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2009). European Strategy for Nursing and Midwifery Education. Copenhagen.

World Health Organization. (2010). Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region. Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2009). Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization.

World Health Organization. (2010). Nurses and Midwives: A force for health. Geneva, Switzerland.

Yoost, B., & Crawford, L. (2015). Fundamentals of Nursing, Active learning for collaborative practice. Elsevier.

სახელმწიფო დოკუმენტები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2011). საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წწ. სახელმწიფო სტრატეგია [sak'art'velos janmrt'elobis dac'vis 2011-2015 cc. saxelmcip'o strategia/Georgian Health Care State strategy for 2011-2015]

საქართველოს კანონი განათლების ხარისხის განვითარების შესახებ [sak'art'velos kanoni ganat'lebis xarixsis ganvi t'arebis šesaxeb/The Law on Development of Quality Education]. (2010). საქართველოს მთავრობა. თბილისი, 2010 წლის 21 ივლისი. N 3531 – რს

European Region of the World Health Organization. (2015). The European Qualifications Framework for lifelong learning. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

European Parliament and Council. (2009). The European Qualifications Framework for lifelong learning (EQF). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

European Union. (2005). Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council. The recognition of professions. *Official Journal of the European Union*, L255/22

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სია

Implementation of Competence-Based Higher Nursing Education in Georgia (2015). Global Journal for Research Analysis, 15th ed. (co-authors: Chikhladze N., Crawford K., Pitskhelauri N., Lobjanidze T.);

Assessing Stressors and Coping Mechanisms of International Nursing Students in the Country of Georgia (2015). Caucasus Journal of Social Sciences. (co-authors: K. A. Crawford, Kh. Jojua);

Nursing Education in Georgia (2012). First International Congress of Nurses. Yerevan, Armenia, abs., p. 40;

საექთნო განათლება საქართველოში - აწმყო და მომავალი (2011). ჟურნალი სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, #12-7, გვ. 49.

დანართი: CD:

1. სადოქტორო დისერტაციის ელექტრონული ვერსია (.pdf)
2. სადოქტორო დისერტაციის ავტორეფერატის (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ელექტრონული ვერსია (.pdf)
3. საქართველოში საექთნო პერსონალის ფუნქციების შესახებ ინფორმაციის ფლობის გამოკვლევის კითხვარი (.pdf)
4. საქართველოში საექთნო პრობლემების იდენტიფიცირების კითხვარი (.pdf)