

# IV

სამეცნიერო  
კონფერენცია

ჯანდაცვის პოლიტიკის, ეკონომიკისა და  
სოციოლოგიის აქტუალური საკითხები

შრომების კრებული



2018

1

ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი

PRINT ISSN 2587-4896

ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი

Public Health and Insurance Center

IV სამეცნიერო კონფერენცია

IV Scientific Conference

ჯანდაცვის პოლიტიკის, ეკონომიკისა და  
სოციოლოგიის აქტუალური საკითხები

Actual Issues of Health Policy, Economics and Sociology

შრომების კრებული

1

Proceedings of Conference

თბილისი 2018 Tbilisi

**მთავარი რედაქტორი:**

**თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი**

**Editor-in-Chief:**

**Tengiz Verulava - Doctor of Medical Science, Professor**

**PRINT ISSN 2587-4896**

## სარედაქციო კოლეგია:

**ლეილა კარიმი** - ფსიქოლოგიისა და სტატისტიკის დოქტორი, პროფესორი (ტრობეს უნივერსიტეტი, ავსტრალია)

**იაგო კაჭკაჭიშვილი** - სოციოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

**რევაზ ჯორბენაძე** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

**ოთარ გერზმავა** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

**გიორგი შაქარიშვილი** - სოციალურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

**კახაბერ ჯაყელი** - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

**ნონა გელიტაშვილი** - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

**ლალი კოკაია** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

**რედაქტორი** - ეკა ელიავა

## The Editorial Board:

**Leila Karimi** - Professor at La Trobe University, Doctor of Psychology and statistics

**Iago Kachkachishvili** - Doctor of Social Sciences, Professor

**Revaz Jorbenadze** - Doctor of Medical Science, Professor

**Otar Gerzmava** - Doctor of Medical Science, Professor

**George Shakarishvili** – Doctor of Social Sciences

**Kakhaber Jakeli** - Doctor of Economics, Professor

**Nona Gelitashvili** - Doctor of Economics, Professor

**Lali Kokaia** - Doctor of Medical Science, Professor

**Editor** - Eka Eliava

1. სოფიო ლომთაძე, თეონა ბრეგვაძე, ბახვა კიკილაშვილი. ოჯახის ექიმების (მედდების/ასისტენტების) შემოსავლები და ხელფასები საქართველოში.....	7
2. მარიამ კახეთელიძე, ქეთევან წულაძე, მარიამ ხალიბაური, მარიამ შაქარიშვილი. თამბაქოს მომხმარებელთა ქცევის პატერნებისა და ინფორმირებულობის დონის კვლევა .....	16
3. ხატია ბლიაძე, ნაზი ბარბაქაძე, მარიამ მეზონია, ნინო ლოგუა. ქირურგიული ჩარევის შესახებ ინფორმირებული თანხმობა .....	19
4. მახარაძე შალვა, მეტრეველი ნინო, სახვაძე ბექა, სირბილაძე გიორგი. დასაქმებული სტუდენტების ჯანმრთელობაზე და ყოველდღიურ აქტივობაზე უძილობის გავლენა .....	22
5. ლელა მახოხაშვილი, თეონა ყრუაშვილი, ჯაბა გოგოლიძე. აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვების პრობლემები .....	25
6. ნატა ქირია, მარიამ მუქერია, მარიამ ჯიბუტი. ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები და ბავშვთა სიკვდილიანობა .....	30
7. მარიამ ბერძენიშვილი, ანი თუთუსანი. აივ-ინფექცია/შიდსზე ინფორმირებულობის კვლევა .....	36
8. თამარ ნარმანია, მარიამ ნადირაშვილი. საკეისრო კვეთის ზრდის პრობლემა .....	38
9. ლიკა სუბელიანი. ანესთეზიოლოგების ანაზღაურება საქართველოში .....	40
10. ქეთი ხელაძე, ვახტანგ ჯანელიძე, ანა გუგავა, გიორგი ლაბაური. პაციენტების შენიშვნების შესწავლა და მისი როლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში .....	42
11. ქეთევან რეხვიაშვილი, მარიამ მურადოვი, ლილე კვანტალიანი, ანა ობოლაძე. ქართული ნაციონალური ცეკვების შემსრულებელთა პროფესიული თავსებურებები და ჯანმრთელობა .....	45
12. ლამარა დიდუბაშვილი. ჯანსაღი კვება და სტუდენტები .....	48
13. მარიამ მალაღაძე, თამთა კოდელაშვილი, სალომე სულაშვილი, ანა გრძელიშვილი. სტუდენტთა სამედიცინო დაზღვევა და ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა .....	52
14. რუსუდან შუბითიძე, ხატია ტერტერაშვილი, ნათია ლევიძე. მოსახლეობის ინფორმირებულობა საქართველოში მოქმედი კიბოს სკრინინგული პროგრამების შესახებ .....	55
15. მარიამ კვაჭაძე, ანი ბრეგვაძე, თეკლა იორდანიშვილი, მარიამ გაგნიძე. სტრესი გულის მანკით დაავადებულ პაციენტებში .....	60
16. თორნიკე თურმანიძე, ლიკა ილურიძე, მადლენ სილაგავა. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის გამოწვევები .....	62
17. ნინო სამჭკუაშვილი, მარიამ ვარამაშვილი. შშმ ბავშვთა ინკლუზიური განათლება და მასთან დაკავშირებული სტრეს-ფაქტორები .....	65
18. მარიკა ჩაფიძე, თამთა კოდელაშვილი, სალომე სულაშვილი, ნათია ციციშვილი. ადრეულ ასაკში ქორწინება და სტრესი .....	69
19. ანუკი კორკოტაძე, ნანა კოტორეიშვილი. პაციენტთა ინფორმირებულობა საკუთარი უფლებების შესახებ .....	72
20. ეთუნა ნებიერიძე. თავშესაფარში მცხოვრებ ბენეფიციართა მდგომარეობა .....	74
21. თეკლე კენტელაძე, ნიკა გიგაური. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გამოწვევები .....	78
22. თამთა წირღვავა, გვანცა ღუნაშვილი, გიორგი გიორგაძე. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა და სტუდენტები .....	81
23. საბა დარსაველიძე, ნოდარ გოგორიშვილი. სპორტული მედიცინის პრობლემები საქართველოში .....	83

24. თინათინ ტაბატაძე, სოფიკო მარუქაშვილი, ქეთო ტაბატაძე, მართა სვანიძე, დათო ჭანკვეტაძე. პალიატიური ზრუნვის სერვისები საქართველოში .....87
25. თამარ მამაგულაშვილი და ქეთი კვიციანი. თამბაქოზე დამოკიდებული გოგონების კვლევა .....90
26. ნინო ქელესაევი, ლილე მალაძე, ჟულიეტა აბრამაშვილი, მარიამ ცხვედიანი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემები: საქართველოს და ბრაზილიის მაგალითზე .....93
27. ხატია იმერლიშვილი, ინგა ფუტყარაძე. C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის მიღწევები და გამოწვევები .....101

## ოჯახის ექიმების (მედდების/ასისტენტების) შემოსავლები და ხელფასები საქართველოში

სოფიო ლომთაძე, თეონა ბრეგვაძე, ბახვა კიკილაშვილი - ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტები<sup>1</sup>

### შესავალი

პირველადი ჯანდაცვა თავისი ფუნქციით წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნების და შემდგომი გაუმჯობესების ძირითად რგოლს, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მისი ყველა სამსახურისადმი მაქსიმალური ხელმისაწვდომობა საზოგადოების ნებისმიერი ჯგუფისათვის. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს დაავადებათა პროფილაქტიკას, ადრეულ სტადიაზე მათ აღმოფხვრას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და მის გაუმჯობესებაზე მიმართულ ღონისძიებებს, მოსახლეობის განათლებას და ინფორმირებას ჯანმრთელობის შენარჩუნების შესახებ (გერზმაჯა, 2008).

პირველადი ჯანდაცვა აქტუალური გახდა 1978 წლის შემდეგ, როდესაც UNICEF-ისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ინიციატივით ალმა-ათაში გაიმართა კონფერენცია, სადაც მიღებულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია; აღნიშნული დეკლარაციის თანახმად, პირველადი ჯანდაცვა განისაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის უმთავრეს კომპონენტად (ვერულავა, 2016).

პირველადი ჯანდაცვას მნიშვნელოვანი როლი უჭირავს ჯანდაცვის მთლიანი სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში (ვერულავა, 2015). მას ჯანდაცვის სისტემის ფუნდამენტსაც უწოდებენ, რომლის გარეშეც შეუძლებელია მთლიანი სისტემის ეფექტურად მუშაობა. საერთაშორისო გამოცდილებით, ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვა მაღალ დონეზეა, პირველ რიგში, კარგად არის განვითარებული ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი. ამიტომ, მისი ეფექტური მუშაობა, ჯანდაცვის სისტემის გამართულობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია (ვერულავა, 2015).

ზოგადად, პირველადი ჯანდაცვა იწყება ოჯახის ექიმის ინსტიტუტით. ამ დროს, სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი ოჯახის ექიმია, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა მთავარ წევრებთან - ექთნებთან / ასისტენტებთან ერთად ეწევა სამედიცინო საქმიანობას პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში (ჯანდაცვის სამინისტრო, 2006).

ოჯახის ექიმად იწოდება ის, ვინც ფლობს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ სათანადოდ დამოწმებულ სერთიფიკატს. აღნიშნული სერთიფიკატი ექიმის კვალიფიკაციას, განათლებას და სხვადასხვა სამედიცინო მიმართულებებში წვდომის სათანადო ხარისხს და უნარ-ჩვევებს ადასტურებს. პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ოჯახის ექიმის შემდეგ მნიშვნელოვანი ფიგურაა პრაქტიკოსი ექთანი / ასისტენტი.

საქართველოში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი არ არის სათანადოდ განვითარებული. აღნიშნული განპირობებულია მრავალი ფაქტორებით, რომელთა შორის აღსანიშნავია მოსახლეობის დაბალი ნდობა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიმართ, მისი ნაკლები ინფორმირება ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის შესახებ, სამედიცინო პერსონალის არაადაპტაციურობა და შეუსაბამო სამუშაო პირობები (ვერულავა, 2015; ფურცელაძე, 2015).

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლები განვითარების გამომწვევ მიზეზთა შორის მთავარი ადგილი უკავია სამედიცინო პერსონალის (ექიმებისა და ექთნების) დაბალ ანაზღაურებას, რომელიც არ შეესაბამება გაწეულ შრომას. აღნიშნული სამედიცინო პერსონალს უკარგავს ხარისხიანი მომსახურების გაწევის მოტივაციას (ფურცელაძე, 2015).

საქართველოში ოჯახის ექიმების და ექთნების ხელფასები და შემოსავლები განსხვავებულია სოფლად და ქალაქად. სოფლად ოჯახის ექიმებს და ექთნებს წინა წლებთან შედარებით ხელფასები გაეზარდათ. სოფლად ხელფასის გაზრდა დაკავშირებულია იმ ფაქტთან,

<sup>1</sup> ნაშრომის ხელმძღვანელი თენგიზ ვერულავა, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

რომ ყველა დასახლებულ პუნქტში ამბულატორიული დაწესებულებების არარსებობის გამო, ხშირად, ერთ ექიმს უწევს რამოდენიმე თემის მომსახურება (სარაშვილი, 2013).

დღეისათვის საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით ქალაქებში ოჯახის ექიმებისა და ექთნების / ასისტენტების ხელფასი დამოკიდებულია მათთან აღრიცხვაზე მყოფი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლე ბენეფიციარების რაოდენობაზე. აღნიშნული პროგრამით თითოეულ ბენეფიციარზე გამოყოფილია სტანდარტული თანხა 1,93 ლარი, რომელიც მიეწოდება პირველადი ჯანდაცვის ობიექტს.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ფაქტობრივად, თითოეულ ბენეფიციარზე გამოყოფილი სტანდარტული თანხიდან (1,93 ლარი), ექიმები ღებულობენ მხოლოდ 10-12%-ს, ანუ საშუალოდ 19-20 თეთრს, ხოლო ექთანი - ამ თანხის ნახევარს. გამოყოფილი თანხის 80%-ზე მეტი კი ადმინისტრაციულ ხარჯებზე გადის. შესაბამისად, ექთნების და ექიმების ხელფასის მოცულობა გაწეულ შრომასთან შეუსაბამოა. ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ფაქტობრივად, პოლიკლინიკის ხელმძღვანელები წყვეტენ, რამდენი ექნება ანაზღაურება ოჯახის ექიმს და ექთანს და არა სახელმწიფო (არევაძე, 2016).

აღნიშნულიდან გამომდინარე, პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის ხელფასი ძალიან დაბალია. შესაბამისად, სამედიცინო პერსონალი იძულებულია შემოსავლები სხვა წყაროებიდანაც მოიძიოს, დადოს კორუფციული გარიგებები ფარმაცევტულ კომპანიებთან.

ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით და ექიმის ასეთი ქმედებით საქართველოში პირველადი ჯანდაცვა, კერძოდ კი ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი შესაბამის დონეზე ვერ განვითარდება. ამასთან ერთად, ადგილი აქვს რეპუტაციულ რისკს, ვინაიდან არამოტივირებული და ფარმაცევტულ კომპანიებთან / კლინიკებთან თანამშრომლობაში მყოფი ექიმი ავტორიტეტს კარგავს. ამიტომ, აუცილებლობას წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების სათანადო შრომითი ანაზღაურება (ვერულავა, 2016. გვ. 142).

აქვე აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ ოჯახის ექიმებისათვის და ასისტენტებისათვის დაწესებული ხელფასები უმრავლესობისთვის არაადამაკმაყოფილებელი და გაწეულ მომსახურებასთან შეუსაბამოა. ყველა სადაზღვევო კომპანია სტანდარტულ ხელფასებს აწესებს, თუმცა არიან გამონაკლისებიც, რომლებიც ცდილობენ ბონუსური სისტემით დახმარებით გაზარდონ ოჯახის ექიმების მოტივაცია.

ოჯახის ექიმი პრაქტიკოსი ექთნის/ასისტენტის დახმარებით, კოორდინაციას უწევს პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას. ისინი გვევლინებიან ქომაგებად, მეზურებად, კოორდინატორებად, რომლებსაც აქვთ შესაძლებლობა დაიცვან პაციენტები და დაეხმარონ მათ სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში. სწორედ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების კოორდინირების ფუნქციით, პაციენტი იღებს შესაბამის სერვისს, შესაფერის დროს და შესაბამის ადგილას (ვერულავა, 2015).

პირველადი ჯანდაცვის ყველაზე მნიშვნელოვანი წარმომადგენელია ოჯახის ექიმი, რომელსაც გავლილი აქვს სპეციალური დიპლომის შემდგომი სწავლება სპეციალობით ზოგადი პრაქტიკა ან საოჯახო მედიცინა. სწორედ ამ სერთიფიკატის საშუალებით შეუძლია თავისი სამედიცინო საქმიანობა განახორციელოს სხვადასხვა ტიპის ჯანდაცვის სისტემაში (გერზმავა, 2008).

კვლევის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების - ოჯახის ექიმების და პრაქტიკოსი ექთნების / ასისტენტების ანაზღაურების, მათი კმაყოფილების დონის შესწავლა; რამდენად შეესაბამება მიღებული ანაზღაურება გაწეულ შრომას.

## **მეთოდოლოგია**

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები.

კვლევისათვის შეირჩა პირველადი ჯანდაცვის და კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ოჯახის ექიმები და ექთნები/ასისტენტები, რომლებიც მომსახურებას უწევენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით და კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლე პირებს.

კვლევა ჩატარდა მოკლე დროში (2017 წლის აპრილი-მაისი). მასში მონაწილეობა მიიღო 250 ოჯახის ექიმმა და 85-მა პრაქტიკოსმა ექთანმა/ასისტენტმა.

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა ინტერვიუების მეთოდი სპეციალური, წინასწარ შედგენილი კითხვარის მეშვეობით.



შერჩეული იქნა თბილისში და ქუთაისში არსებული რამოდენიმე საოჯახო მედიცინის ცენტრი და კერძო სამედიცინო დაწესებულება, ჯამში 13 საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომლებიც ემსახურებიან საყოველთაო პროგრამით და კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოსარგებლე პირებს.

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა შერჩევას გამოყენებულ იქნა “თოვლის გუნდის პრინციპი”, რომელიც შემდგომში მდგომარეობს: კვლევაში მონაწილე პირების შერჩევა ხდება რესპონდენტთა, ერთმანეთის ნაცნობობის მეშვეობით. კვლევა დაიწყო რამდენიმე ნაცნობი ოჯახის ექიმით და ექთნით, რომლებმაც თანხმობა განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე. სწორედ მათთან შედგა პირველი ინტერვიუები. ამის შემდეგ, მათ მოგვარდეს ინფორმაცია იმ ექიმების და ექთნების/ასისტენტების შესახებ, რომლებსაც კვლევაში მონაწილეობის სავარაუდო სურვილი ექნებოდათ. თუმცა, ბევრმა მათგანმა კითხვარის გაცნობის შემდეგ უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე.

ჩვენ გვინტერესებდა რესპონდენტთა ანაზღაურება, სამუშაო პირობები, რამდენად შეესაბამება მათ მიერ გაწეული შრომა მიღებულ ანაზღაურებას. აქვთ თუ არა დამატებითი შემოსავალი სხვა წყაროებიდან, მაგალითად, ფარმაცევტული კომპანიებისგან და კლინიკებისგან. ასევე, მეტად მნიშვნელოვანი ფაქტორს წარმოადგენს იმის გაგება, ხდება თუ არა მათი კარიერული წინსვლისთვის ხელშეწყობა და პროფესიული განვითარება. შრომის შესაბამისი ანაზღაურება და შეძენილი ცოდნა, უფრო მეტად მოტივირებულს ხდის სამედიცინო პერსონალს უკეთესად შეასრულოს დაკისრებული მოვალეობა.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში და კლინიკებში შევხვდით 250 ოჯახის ექიმს და 85 პრაქტიკოს ექთანს/ასისტენტს, რომელთაც წარვუდგინეთ წინასწარ შედგენილი კითხვარი, რომელიც შედგება 10 დახურული და 1 ღია კითხვისაგან და ავუსხენით აღნიშნული კვლევის კონფიდენციალურობის საკითხები, კითხვარის სტრუქტურა და შინაარსი, გამოკითხვის ხანგრძლივობა. რიგი მიზეზების გამო, სამიზნე რაოდენობიდან რესპონდენტთა დიდმა ნაწილმა კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა და მოხდა მხოლოდ 250 ექიმიდან 92 ექიმის და 85 ექთნიდან 36 ექთნის გამოკითხვა. სამედიცინო პერსონალმა, რომელმაც უარი განაცხადა, მიზეზად დაასახელა შემდეგი ფაქტორები:

- შიში - რამდენიმე რესპონდენტმა დააფიქსირა აზრი, რომ თუ ისინი გამოკითხვაში მონაწილეობას მიიღებდნენ, დამსაქმებელთან ურთიერთობა გაუფუჭდებოდათ და მათ შემდგომ საქმიანობას საფრთხეს შეუქმნიდა;

- კონფიდენციალურობა - ზოგიერთმა რესპონდენტმა განმარტა, რომ მათი ანაზღაურება, სამუშაო პირობები და დამსაქმებელთან ურთიერთობა იყო კონფიდენციალური და ჩვენ არ გვექონდა უფლება ამის შესახებ მათთვის ინფორმაცია მოგვეთხოვა;

- გარეშე პირის გავლენა - რიგ შემთხვევებში, პრაქტიკოს ექთანს კვლევაში მონაწილეობა გადააფიქრებინეს ოჯახის ექიმებმა;

- დელეგირება მენეჯმენტთან - რამდენიმე ოჯახის ექიმმა მოახდინა ჩვენი გადამისამართება კლინიკის ადმინისტრაციასთან, კვლევაში მონაწილეობაზე ნებართვის ასაღებად. თუმცა, კითხვარის გაცნობის შემდეგ, მოხდა კვლევაში მონაწილეობის ნებართვის გაცემაზე უარის თქმა, ვინაიდან, მათი განმარტებით, აღნიშნული ინფორმაცია არის კონფიდენციალური როგორც ექიმისთვის, ასევე სამედიცინო დაწესებულებისთვის.

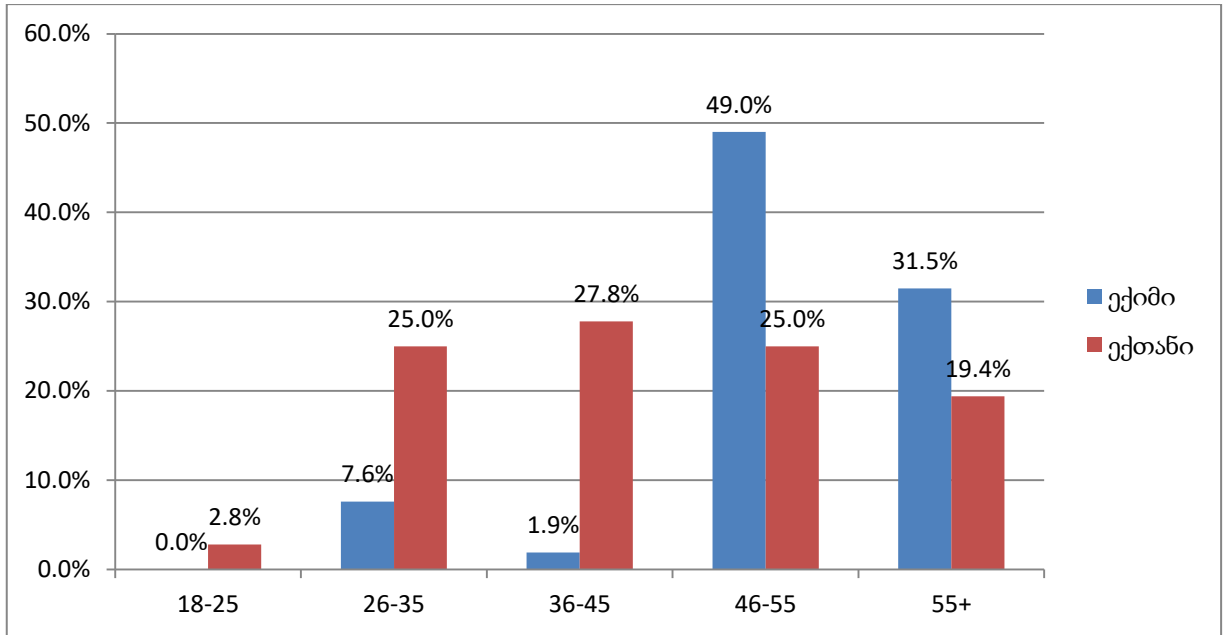
### **კვლევის შედეგები, დისკუსია**

კვლევაში მონაწილეობაში მიღება შევთავაზეთ 250 ექიმსა და 85 პრაქტიკოს ექთანს, რომელთაგან მხოლოდ 92 ექიმმა (36,8%) და 36 ექთანმა (42,4%) მოგვცა თანხმობა კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე.

რესპონდენტთა უმრავლესობას შეადგენდნენ ქალები, მხოლოდ ერთი იყო მამრობითი სქესის ოჯახის ექიმი.

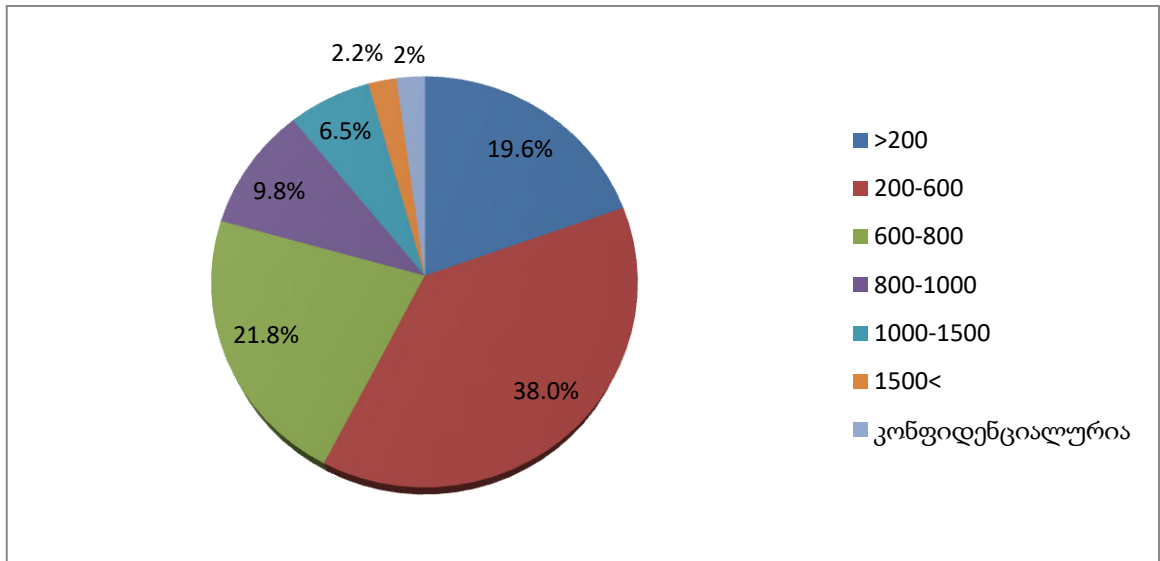
რესპონდენტთა ასაკი შემდგენიარად გადანაწილდა:

**ნახატი 1. რესპონდენტთა ასაკობრივი გადანაწილება**



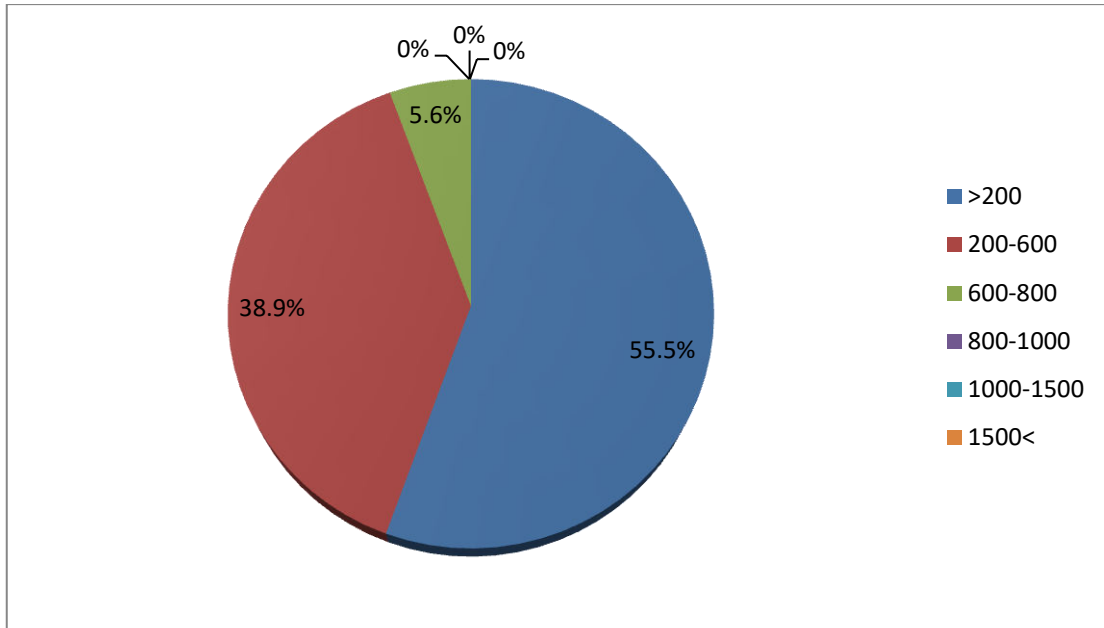
კვლევიდან ირკვევა, რომ ოჯახის ექიმების უმრავლესობის ხელფასი მერყეობს 200-დან 600 ლარამდე შუალედში (38%). 600-დან 800 ლარამდე შემოსავალი დააფიქსირა ოჯახის ექიმების 21.8%-მა. საგულისხმოა, რომ ოჯახის ექიმების 19.6%-ის ხელფასი 200 ლარამდეა. მაქსიმალური ხელფასი 1500 ლარზე მეტი აღნიშნა ოჯახის ექიმების 2.2%-მა.

**ნახატი 2. ოჯახის ექიმის ხელფასის რაოდენობა**



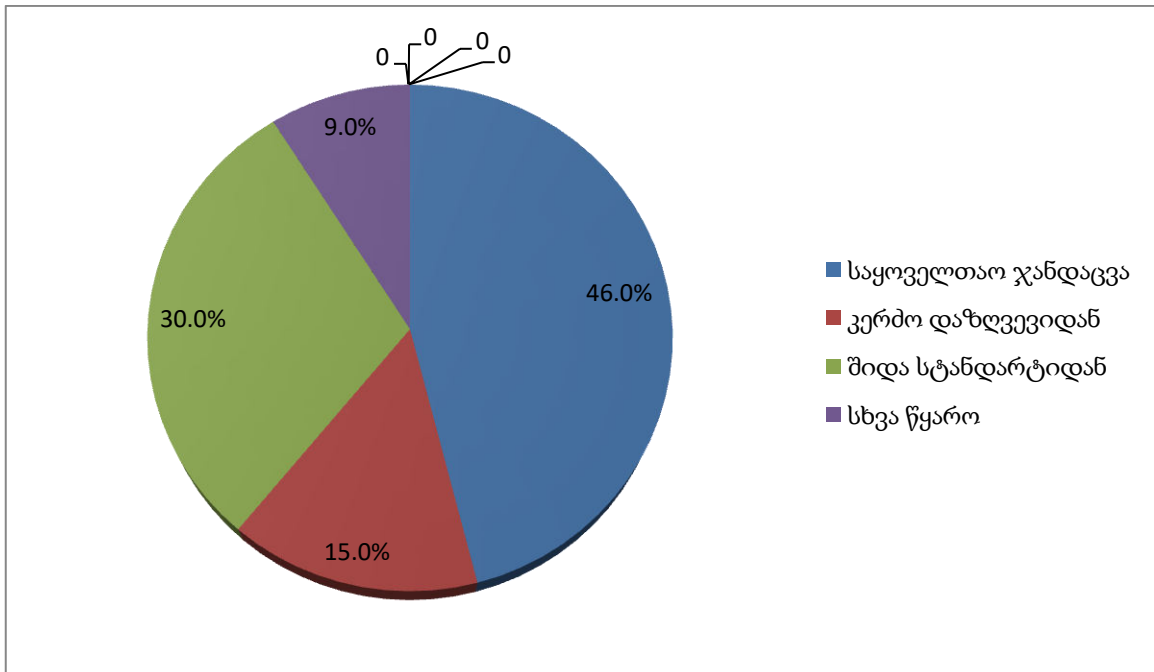
ექთნების გამოკითხვით, მათი უმრავლესობის (55.5%) ხელფასის სიდიდე 200 ლარამდეა, 38.9%-მა - 200-დან 600 ლარამდე, 5.6%-მა - 600-800 ლარამდე. მედღები, რომელთა ხელფასის რაოდენობა შეადგენს 200 ლარამდე არიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დასაქმებულები. ხოლო კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ დასაქმებულ ასისტენტებს ხელფასი შედარებით მეტი აქვთ 300 ლარიდან 600 ლარამდე.

ნახატი 3. მედეების ხელფასის რაოდენობა



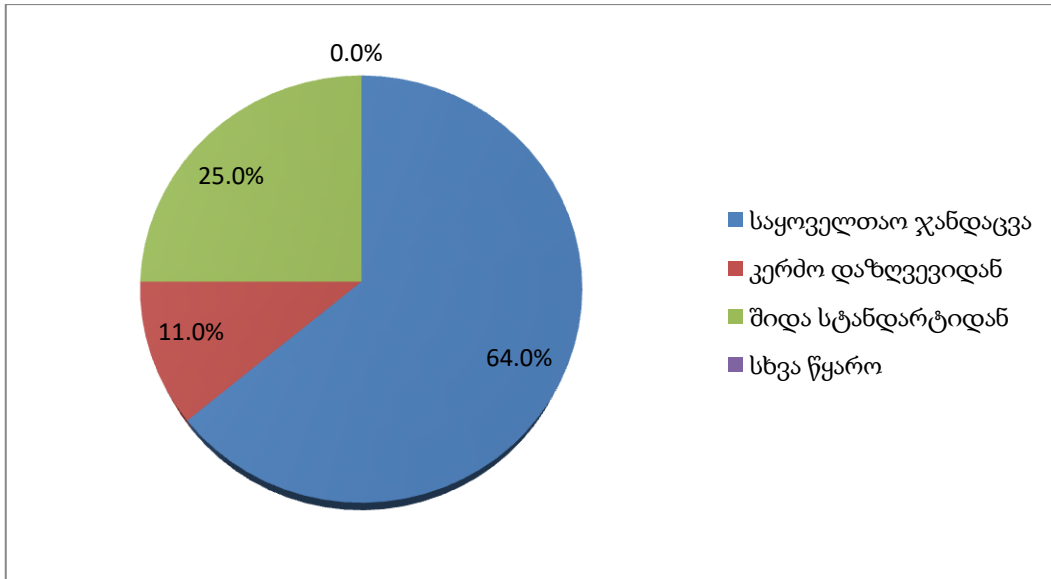
გამოკითხული ექიმების დიდი ნაწილის (46%) შემოსავალი დაკავშირებულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან, მეორე ადგილზეა სამედიცინო დაწესებულების შიდა სტანდარტით შემოსავლები - 30%, შემდეგ მოდის კერძო დაზღვევიდან შემოსავლები - 15% და სხვა წყაროებიდან შემოსავლები - 9% (გრაფიკი 4).

ნახატი 4. ოჯახის ექიმის შემოსავლის წყაროები



გამოკითხული მედეების დიდი ნაწილის (64%) შემოსავალი დაკავშირებულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან, მეორე ადგილზეა სამედიცინო დაწესებულების შიდა სტანდარტით შემოსავლები - 25%, შემდეგ მოდის კერძო დაზღვევიდან შემოსავლები - 11%, ხოლო სხვა წყაროებიდან შემოსავლები არცერთმა რესპოდენტმა არ დააფიქსირა (გრაფიკი 5).

**ნახატი 5. მედდების შემოსავლის წყაროები**

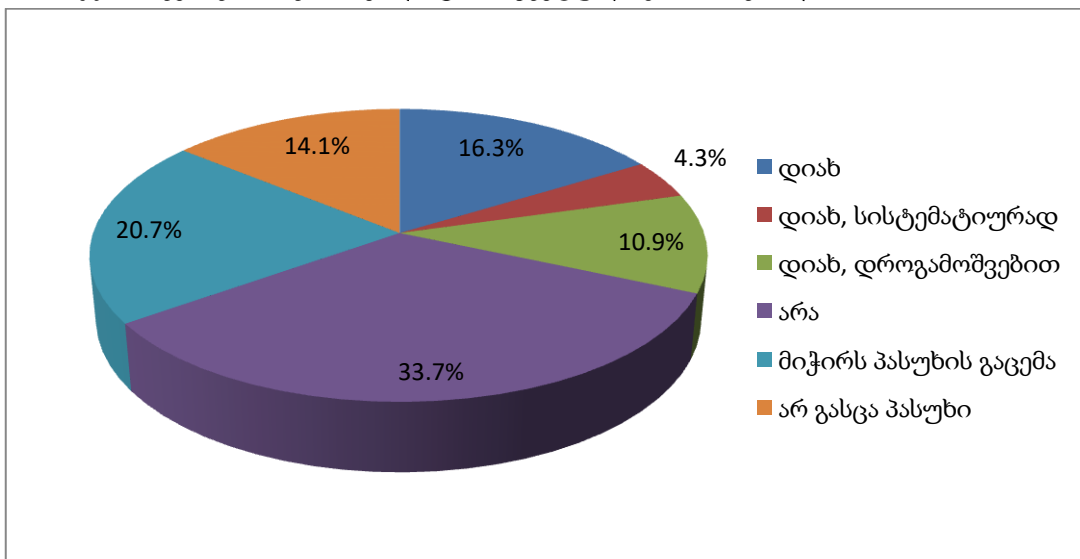


ექიმების უმრავლესობის ძირითადი შემოსავალი არის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან, კერძო დაზღვევიდან, შიდა სტანდარტით სამედიცინო დაწესებულებიდან. როდესაც ექიმს შემოსავალი აქვთ სხვადასხვა წყაროებიდან(საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, კერძო დაზღვევა და შიდა სტანდარტი), ანაზღაურება ნორმალურია და ექიმიც შედარებით კმაყოფილია.

აღსანიშნავია, რომ ექიმებს ასევე აქვთ შემოსავალი ალტერნატიული წყაროები: ფარმაცევტული ორგანიზაციები, ბონუსურის სისტემა და სხვ. გამოკითხული ოჯახის ექიმების 33,6%-მა ფარმაცევტული ორგანიზაციებთან ასეთი სახის კონტაქტი უარყო. თუმცა, 31,5%-მა (დიახ - 16.3%, დიახ სისტემატურად - 4.3%, დიახ დროგამოშვებით -10.9%) აღნიშნა, რომ სხვადასხვა სიხშირით მანაც ამყარებს გარიგებებს ფარმაცევტულ კომპანიებთან.

როგორც გამოკითხვიდან გაირკვა, მჭირი დაფინანსება, ხშირ შემთხვევაში, ექიმებს აიძულებს კორუმპირებულ გარიგებაში შევიდნენ ფარმაცევტულ კომპანიებთან. პირად საუბარში, რამდენიმე ოჯახის ექიმმა დააკონკრეტა, რომ დროგამოშვებითი ფარმაცევტული კომპანიებისგან შემოსავალი მერყეობს 100-200 ლარამდე.

**ფიგურა 7. ოჯახის ექიმების შემოსავალი ფარმაცევტული კომპანიებიდან**



ოჯახის ექიმთა 94.6% აღნიშნავს, რომ შრომის შესაბამისი ანაზღაურება არ აქვთ, დანარჩენი 4,3% ადასტურებს, რომ ხელფასები შეესაბამება მათ მიერ გაწეულ შრომას, ხოლო 1,1%-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა. გამოკითხულთა დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ მათი

ანაზღაურებისას არ ხდება სამუშაო გამოცდილების გათვალისწინება. გამოკითხვისას გამოვლინდა, რომ ექიმთა კმაყოფილების დონე ძალიან დაბალია. გამოკითხულ ექიმთა მხოლოდ 7.6% იყო კმაყოფილი, ხოლო 80.4% უკმაყოფილო, ექიმთა 12%-ს გაუჭირდათ კითხვაზე პასუხის გაცემა.

გამოკითხვისას გამოვლინდა, რომ ექიმებთან შედარებით, მედდების კმაყოფილების დონე კიდევ უფრო დაბალია. გამოკითხულ მედდების მხოლოდ 2.8% იყო კმაყოფილი, ხოლო 88.9% უკმაყოფილო, მედდების 8.3%-ს გაუჭირდათ კითხვაზე პასუხის გაცემა.

პირად საუბრებში ექიმები აღნიშნავენ, რომ საექიმო პრაქტიკის ხარისხიანად ჩატარებისას მნიშვნელოვანია როგორც ფინანსური, ასევე არაფინანსური მოტივაცია, თუმცა, უკეთესი ანაზღაურება და შრომის პირობები სასურველია.

გამოკითხული ექიმების 32.6%-მა აღნიშნა, რომ მათი დამსაქმებლები ხელს არ უწყობენ მათ პროფესიულ განვითარებას და კარიერულ წინსვლას. გამოკითხული ექიმების 33.7% აღნიშნავს, რომ მათი დამსაქმებლები ნაწილობრივ უწყობენ ხელს მათ პროფესიულ განვითარებას და კარიერულ წინსვლას. დაწესებულებები რომლებიც ხელს უწყობენ მათ პროფესიულ წინსვლას, გამოყოფენ ხარჯებს ტრენინგებისათვის, კურსებისათვის. გამოკითხული ექიმების 9.8%-მა აღნიშნა, რომ მათი დამსაქმებლები უწყობენ ხელს მათ პროფესიულ განვითარებას და კარიერულ წინსვლას. 23.9%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა.

გამოკითხული ექთნების 16.7%-მა აღნიშნა, რომ მათი დამსაქმებლები ხელს უწყობენ მათ პროფესიულ განვითარებას და კარიერულ წინსვლას. გამოკითხული ექთნების 36.1% აღნიშნავს, რომ მათი დამსაქმებლები ნაწილობრივ უწყობენ ხელს მათ პროფესიულ განვითარებას და კარიერულ წინსვლას. გამოკითხული ექთნების 47.2%-მა აღნიშნა, რომ მათი დამსაქმებლები არ უწყობენ ხელს მათ პროფესიულ განვითარებას და კარიერულ წინსვლას. 23.9%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა.

რესპონდენტებს დაესვათ კითხვა, მეტი ანაზღაურების შეთავაზების შემთხვევაში შეიცვლიდნენ თუ არა სამუშაო ადგილს, რაზეც ოჯახის ექიმთა უმრავლესობამ - 46,7%-მა დააფიქსირა, რომ გაუჭირდა პასუხის გაცემა აღნიშნულ კითხვაზე. რესპონდენტთა 11% აღნიშნავს, რომ მეტი ანაზღაურების შეთავაზების შემთხვევაში შეიძლება შეიცვალოს სამსახური. ექიმების 41,3% არ აპირებს სამსახურის შეცვლას უკეთესი პირობების და ანაზღაურების შემთხვევაში, რადგან ისინი ძველ სამუშაო გარემოსთან შეჩვეულები არიან, გარკვეული შრომა აქვთ ჩადებული პაციენტთა მოზიდვაში და იმ მიზეზული თანხის დაკარგვის ეშინიათ, რასაც თითოეული პაციენტისგან უხდის სახელმწიფო თუ დამსაქმებელი.

გამოკითხულ მედდების უმრავლესობამ - 47.2%-მა დააფიქსირა, რომ მეტი ანაზღაურების და უკეთესი სამუშაო პირობების შეთავაზების შემთხვევაში მათ შეიძლება შეიცვალოს სამსახური, 33.3%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა, ხოლო 19.5% არ აპირებს სამსახურის შეცვლას.

კვლევამ აჩვენა, რომ ოჯახის ექიმების 25%-ს (n=23) ექთანს არ ჰყავთ და მარტო უწევთ საქმიანობის გაწევა, 56,5%-ს (n=52) ჰყავს ასისტენტი, და მხოლოდ 18,5% (n=17) საქმიანობას ეწევა ექთანთან ერთად.

საინტერესოა განვიხილოთ კავშირი რესპონდენტთა ასაკსა და შემოსავალს შორის. ვინაიდან რესპონდენტთა უმეტესობა (47,8%) 46-55 წლის ასაკისაა, არცაა გასაკვირი, რომ ოჯახის ექიმები, რომელთა შემოსავალიც თვეში 1500 ლარზე მეტია, 46 წლიდან ზევით ასაკის არიან, ხოლო ექთნები, რომელთა ანაზღაურებაც 200-600 ლარია - 35 წლამდე ასაკის არიან.

რაც შეეხება შემოსავალს წყაროების მიხედვით, ყველაზე დაბალი ანაზღაურება იმ ოჯახის ექიმებმა დააფიქსირეს, ვისი ხელფასიც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან და/ან შიდა სტანდარტიდან ფინანსდება, ხოლო მაღალი ხელფასი მათ აქვთ, ვისაც საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამასთან ერთად შემოსავლები გააჩნიათ კერძო დაზღვევიდან და შიდა სტანდარტიდან. იგივე სიტუაცია აღინიშნება მედდების შემთხვევაშიც.

## დასკვნა

მიღებული კვლევის შედეგებიდან ირკვევა, რომ ოჯახის ექიმების და პრაქტიკოსი ექთნების/ასისტენტების ანაზღაურება დაბალია და არ შეესაბამება გაწეული შრომას. მწირი დაფინანსების გამო, ხშირ შემთხვევაში, ექიმები იძულებულნი არიან გარიგებაში შევიდნენ ფარმაცევტულ კომპანიებთან, სხვადასხვა კლინიკებთან, რომ მიიღონ მათგან დამატებითი

შემოსავლები. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ კერძო დაზღვევის კომპანიის მიერ ანაზღაურება შედარებით მეტია ვიდრე საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით ანაზღაურება.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონე დაბალია. დამსაქმებლები თითქმის ერთნაირ ხელფასებს აწესებენ თავიანთ სამედიცინო დაწესებულებებში. ამიტომ არ არის ხშირი მოვლენა კადრის გადადინება ერთი დაწესებულებიდან მეორეში. ამას ისიც ემატება, რომ ექიმები შეჩვეულნი არიან თავიანთ სამუშაო ადგილს, გარკვეული შრომა აქვთ ჩადებული პაციენტების მოზიდვასა და შენარჩუნებაში, ამიტომ მათ უჭირთ სამედიცინო დაწესებულების დატოვება და ახალთან შეგუება. ასევე სამედიცინო პერსონალს არ აქვს იმის იმედი, რომ სხვა დაწესებულებაში გადასვლის შემთხვევაში უკეთესი პირობები დახვდებათ.

პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების ოჯახის ექიმის და პრაქტიკოსი ექთნის/ასისტენტის ხელფასები და შემოსავლები, შრომის პირობები, პროფესიული წინსვლისთვის ხელშეწყობა, მოტივაციის დონე დიდად არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან საქართველოში არსებულ სხვადასხვა კლინიკასა თუ პოლიკლინიკაში.

### **რეკომენდაციები**

ქვეყანაში გამართული ჯანდაცვის სისტემის უზრუნველყოფისათვის საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის განვითარება, ოჯახის ექიმის როლის გაძლიერება. პირველადი ჯანდაცვა უნდა გახდეს პრიორიტეტული სახელმწიფოსთვის.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა აუცილებლად უნდა შეეხოს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. პირველ რიგში, უნდა მოხდეს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტისადმი ნდობის ამაღლება. ამისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმებისათვის და ექთნებისათვის შრომის ნორმალური პირობების და შრომასთან შესაბამისი ანაზღაურების უზრუნველყოფა.

### **გამოყენებული ლიტერატურა**

1. არევაძე, ნ (2000). სტაციონარში ექიმის ანაზღაურება 2000-2500 ლარია, ოჯახის ექიმს კი მხოლოდ 300 ლარი აქვს. ჯანდაცვის პორტალი (22.04.2016) (18.04.2017)
2. გერზმავა, ო. (2008). საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი.
3. დარახველიძე, მ. (2015). ოჯახის ექიმის ინტერესშია, საკუთარი უწყვეტი პროფესიული განათლება უზრუნველყოს. ვებ პორტალი IPRESS. 25.06.2015 (12.06.2017)
4. ვერულავა, თ. (2015). არ გვაქვს ჯანდაცვის მწყობრი სისტემა. საქართველოს ახალი ამბების სააგენტო. 8.24.2015 (14.06.2017) <http://ghn.ge/com/news/view/137365>
5. ვერულავა, თ. (2015) პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირებისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი IDFI. 8.10.2015. (12.06.2017)
6. ვერულავა, თ. (2015). პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, N 1. 2015 (12,062017)
7. ვერულავა, თ. (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
8. სარაშვილი, მ. (2013). სოფლის ექიმების ხელფასი 700 ლარამდე გაიზრდება. სოფლის ექიმებს საკუთარი ხელფასიდან მედიკამენტების შეძენა აღარ მოუწევთ. 3.12.2013 (12,06,2017) <http://sknews.ge/index.php?newsid=2905>
9. პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2006 (14.06.2017)
10. პროფესიული სტანდარტი. პრაქტიკოსი ექთანი. შპს „ბარაკონი“-ის ვებ გვერდი. 2017. (12,06,2017) <http://www.barakoni.edu.ge/uploads//090552.pdf>

11. საექონო საქმე. სფეროს აღწერა. დარგობრივი დოკუმენტი-სამუშაო ვარიანტი. (14.06.2017) [https://www.tsu.ge/data/file\\_db/xarisxis\\_martvis\\_dep/nursing.pdf](https://www.tsu.ge/data/file_db/xarisxis_martvis_dep/nursing.pdf)
12. ფურცელაძე, ს. (2015). ექიმისანაზღაურებადირსეულიუნდაიყოს. საინფორმაციოანალიტიკურიპორტალირეპორტიორი 17.08.2015 (12,06.2017) <http://reportiori.ge/old/?menuid=3&id=74371>
13. ხვინგია, ე. (2016). ოჯახის ექიმის ხელფასი ძალიან დაბალია“. ჯანდაცვის პორტალი. 20.03.2016 (18.04.2017)
14. Gress S, Delnij DMJ, Groenewegen PP: Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. In Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Edited by Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Maidenhead: Open University Press; 2006:184-200
15. Hellinger Fj. The impact of Financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence. Med Care Rev. 1996; 53;294
16. Madelon Kroneman. Paying General Practitioners in Europe. NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research PO box 1568, 3500 BN Utrecht, the Netherlands.
17. Rice TH. Containing health care costs. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, eds. Changing the U.S Health Care System. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996
18. WHO. 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization. P95
19. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006

## თამბაქოს მომხმარებელთა ქცევის პატერნებისა და ინფორმირებულობის დონის კვლევა

მარიამ კახეთელიძე, ქეთევან წულაძე, მარიამ ხალიბაური და მარიამ შაქარიშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების სტუდენტები.

### შესავალი

მსოფლიოში დაახლოებით მილიარდი ადამიანი თამბაქოს მომხმარებელია. მათგან 80% განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ყოველდღე 18 წლამდე ასაკის 82 000-დან 99 000-მდე ახალგაზრდა ხდება თამბაქოს რეგულარული მომხმარებელი. თამბაქოს მოხმარება სიკვდილის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზია. იგი იწვევს გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის დაავადებებს, ფილტვის კიბოს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით, მსოფლიოში ყოველწლიურად 6 მილიონი ადამიანი კვდება თამბაქოს მოხმარების შედეგად. მისკენ მიდრეკილებით განსაკუთრებით გამოირჩევიან მამაკაცები, მოზარდები, დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის და განათლების ადამიანები [1].

თამბაქოს მოხმარება აქტუალური პრობლემაა საქართველოშიც. 2016 წელს ჩატარებული „არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის“ მონაცემებით: 18-69 წლის მოზრდილების 31% მწვევლია, მათგან 57% კაცია, ხოლო 7% - ქალი; სიკვდილის გამომწვევ ძირითად რისკ ფაქტორებს შორის მას მე-3 ადგილი უკავია [2].

2015 წელს საქართველოში ჩატარდა თამბაქოსა და სხვა ქცევითი რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის, შეხედულებებისა და ქცევის კვლევა, რომლის მიზანიც იყო თამბაქოს და სხვა ქცევითი რისკ-ფაქტორების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის, შეხედულებებისა და ქცევის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება [3]. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ არსებობს კავშირი თამბაქოს მოხმარებასა და ცოდნა-დამოკიდებულებს შორის. მოსახლეობაში დაბალია თამბაქოს აქტიური და პასიური მოხმარების, ალკოჰოლის მოხმარებისა და ნაკლები ფიზიკური აქტივობის შედეგად განვითარებული დაავადებების (მაგ., გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) შესახებ ცოდნის დონე, განსაკუთრებით რისკის ქცევის მქონე პირებში [3]. გამოკითხულ რესპოდენტებს, ვისაც არ ჰქონდა ინფორმაცია თამბაქოს მავნებლობის შესახებ ჯანმრთელობისათვის, ან ვისაც მიაჩნდა რომ, თამბაქოს მეორადი კვამლი არაა საზიანო, საშუალოდ 1.3-ჯერ მეტი შანსი ჰქონდათ ყოფილიყვნენ თამბაქოს მომხმარებლები. თითქმის 8-ჯერ მაღალი იყო თამბაქოს მოხმარების შანსი იმ პირებში, რომელთა მეგობრები მოიხმარდნენ სიგარეტს. 1.2-ჯერ და 1.3-ჯერ მაღალი იყო თამბაქოს მოხმარების შანსი მათში ვისაც არ ჰქონდა თამბაქოს მოხმარების აკრძალვის წესი სახლში და მანქანაში. თითქმის სამჯერ მაღალი იყო თამბაქოს მოხმარების შანსი პირებში, რომლებიც არ ეთანხმებოდნენ თამბაქოს საზოგადოებრივ თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარების აკრძალვისა და თამბაქოს პროდუქტებზე გადასახადების გაზრდის პოლიტიკას [3].

თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ხელშეწყობის მიზნით, 2017 წლის 17 მაისს საქართველოში მიღებულ იქნა კანონი „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“, რომლის მიხედვით, 2018 წლის 1 მაისიდან საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში (გარდა სიგარ-ბარემის, კაზინოების და აეროპორტებისა) თამბაქოს მოხმარება აკრძალვია. ასევე იკრძალვია თამბაქოს ნებისმიერის გზით რეკლამირება. 2020 წლიდან კიდევ უფრო გამკაცრდება და გაიზრდება შეზღუდვები.

ამ მხრივ, აღსანიშნავია, რომ თამბაქოს მოხმარების შემცირებაზე ყველაზე უფრო ეფექტურად მოქმედებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები: საზოგადოებრივი განათლება, სიგარეტზე გადასახადების გაზრდა და თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვა საზოგადოებრივ ადგილებში [4]

კვლევის მიზანია თამბაქოს მომხმარებელთა ქცევითი პატერნების და ინფორმირებულობის დონის შესწავლა სტუდენტებში.



## მეთოდოლოგია

რაოდენობრივ კვლევის ფარგლებში ჩატარდა თსუ-ის სტუდენტთა ინტერნეტ გამოკითხვა ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარებით. გამოკითხა 48 სტუდენტი (25 ქალი, 23 კაცი), რომელთა ასაკი მერყეობდა 18-დან 28 წლამდე.

## შედეგები

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ რესპონდენტების 60,4%-მა თამბაქოს მოხმარება ჯერ კიდევ მაშინ დაიწყო, როდესაც არასრულწლოვანი იყო. 62%-მა სიგარეტი პირველად მეგობრებთან ერთად გასინჯა, აქედან 8% წვეულებაზე იყო ნასვამ მდომარეობაში, მხოლოდ 14%-მა გასინჯა სიგარეტი მარტო. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანი განსხვავება არ გამოვლინდა სქესის მიხედვით.

კითხვაზე, თუ რა დაავადებებს იწვევს თამბაქოს მოხმარება ორივე სქესის წარმომადგენლებს მეტ-ნაკლებად თანაბარი ცოდნა აქვთ. 93,8% ეთანხმება იმ აზრს, რომ თამბაქოს ზიანი მოაქვს ჯანმრთელობისთვის. რესპოდენტთა 42%-მა სწორედ შემოხაზა ის დაავადებები, რომელთაც იწვევს თამბაქოს მოხმარება, რაც მეტყველებს, რომ არც ისე მცირე ნაწილია ინფორმირებული იმ რისკების შესახებ რაც თამბაქოს მოხმარებას სდევს თან.

რესპოდენტთა 39,6% ეთანხმება, ხოლო 18,8% სრულიად ეთანხმება (20,8%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა) იმ აზრს, რომ პასიური მწვეველებისთვის თამბაქოს კვამლი ისეთივე საზიანოა, როგორც აქტიური მწვეველებისთვის. ამ აზრს ეთანხმება ქალების უმეტესობა (სრულიად ეთანხმება 12,5% და ეთანხმება 29,2%), ხოლო მამაკაცების მხოლოდ 10,4% ეთანხმება და 6,3% სრულიად ეთანხმება მას.

საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარების აკრძალვის შესახებ 27,1% ნეიტრალურადაა განწყობილი, 25% ეთანხმება, ხოლო 14,6% სრულიად არ ეთანხმება. ამ მხრივ, თვალსაჩინო განსხვავება დაფიქსირდა მამაკაცებსა და ქალებს შორის. ქალების 18,8%, ხოლო კაცების მხოლოდ 6,3% ეთანხმება მას.

გამოკითხულთა 22,8% არ ეთანხმება, 16,7% ეთანხმება, ხოლო 20,8% კი სრულიად ეთანხმება, რომ თამბაქოს მოხმარებელი მშობლები გავლენას ახდენენ შვილების ქცევაზე. რესპოდენტთა 16,7% არ ეთანხმება, 25 % სრულიად არ ეთანხმება, 22,9% ეთანხმება, 25% კი სრულიად ეთანხმება იმ აზრს, რომ სამეგობრო წრე გავლენას ახდენს ადამიანის თამბაქოს მოხმარებლად ჩამოყალიბებაზე. ეს შედეგები განსაკუთრებით გასაკვირია იმის ფონზე, რომ რესპონდენტების 60,4%-მა სიგარეტი სწორედ მეგობრების გარემოცვაში გასინჯა. ამ მხრივ მამაკაცებსა და ქალებს შორის თვალსაჩინო განსხვავება არ გამოვლინდა.

კითხვაზე, თუ რატომ მოიხმარენ თამბაქოს, ქალების უმეტესობამ სტრესის დაძლევა და განტვირთვა უპასუხა, ხოლო მამაკაცების უმეტესობის აზრით, იგი მასზე უბრალოდ დამოკიდებულია.

აღსანიშნავია, რომ დასაქმებულებსა და უმუშევრებს შორის თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით თვალსაჩინო განსხვავება არ დაფიქსირებულა.

თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით განსხვავებული და საინტერესო დამოკიდებულება გამოვლინდა რესპოდენტების შემოსავლების მიხედვით. გამოკითხულთა 16,7%, რომელთა შემოსავალი 1500 ლარზე მაღალია თვლის, რომ თამბაქო ერთნაირად საზიანოა როგორც აქტიური ასევე პასიური მწვეველებისთვის, ხოლო 1001-1500 ლარამდე შემოსავლის მქონე რესპონდენტების 4,2% ეთანხმება ამ ფაქტს. იგივე შედეგები გამოვლინდა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით. 1500 ლარზე მეტი შემოსავლის მქონე რესპონდენტების 20% ეთანხმება აკრძალვას, ხოლო 1001-1500 ლარამდე შემოსავლის რესპონდენტების მხოლოდ 6,3% ეთანხმება.

## დასკვნა, რეკომენდაციები

რესპონდენტების უმრავლესობა თამბაქოს მოხმარებას იწყებს არასრულწლოვან ასაკში. ამ მხრივ ასევე მნიშვნელოვანია სამეგობრო წრის და ოჯახის გავლენა. სოციალური პასუხიმგებლობა უფრო მაღალია ქალებში ვიდრე მამაკაცებში და მაღალი შემოსავლის მქონე ადამიანებში ვიდრე დაბალი შემოსავლის მქონეებში, რადგან სწორედ მათი უმეტესობა ეთანხმება საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარების აკრძალვას. მიზანშეწონილია

თამბაქოს მოხმარების შეზღუდვის ღონისძიებების ხელშეწყობა. ამ მხრივ, მისასაღმებელია საქართველოში „თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ კანონის ამოქმედება, რომელიც კრძალავს საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარებას და რეკლამირებას.

#### **ბიბლიოგრაფია**

1. Bergman, A. W. Caporaso, N. Cigarette smoking. journal of the national cancer Institute, 1999; 91 (16).
2. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2016. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2017.
3. თამბაქოსა და სხვა ქცევითი რისკ-ფაქტორების შესახებ, ინფორმირებულობის, შეხედულებებისა და ქცევის კვლევა. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2015.
4. თენგიზ ვერულავა (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.

## ქირურგიული ჩარევის შესახებ ინფორმირებული თანხმობა

**ხატია ბლიაძე, ნაზი ბარბაქაძე, მარიამ მებონი, ნინო ლოგუა** - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები.

### შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანს აქვს შემდეგი უფლებები: ინფორმაციის მიღების უფლება, ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების უფლება (ინფორმირებული თანხმობა), კონფიდენციალობა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა, მეორე აზრის მოძიების და სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება.

ნებისმიერი ჩარევა სამედიცინო მომსახურების პროცესში უნდა ჩატარდეს პირის მიერ ნებაყოფილობით გაცხადებული, გააზრებული თანხმობის მიღების შემდეგ. პირს წინასწარ უნდა მიეცეს ინფორმაცია ჩარევის მიზნებისა და ხასიათის, აგრეთვე შედეგებისა და საფრთხის შესახებ [1, 2].

ექიმმა უნდა მიიღოს ინფორმირებულ თანხმობა პაციენტისათვის რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე. იქნება ეს სადიაგნოსტიკო მანიპულაცია, სამკურნალო თუ საპროფილაქტიკო ღონისძიება. პაციენტი, თუ არასრულწლოვანია ან რაიმე სხვა მიზეზის გამო არ აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ინფორმირებულ თანხმობას აცხადებს პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი [1]. თუ პაციენტი ქმედუუნარაა, ანუ მას არ შეუძლია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღება და პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო ჩარევას, ხოლო ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძიება ვერ ხერხდება, სამედიცინო მომსახურების გამწევი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 25, 2).

საქართველოს კანონის „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მიხედვით, ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია შემდეგი სამედიცინო მომსახურების გაწევისას [2]: ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა; ბ) აბორტი; გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია – სტერილიზაცია; დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია; ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი; ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება; ზ) გენეტიკური ტესტირება; თ) გენური თერაპია; ი) სხივური თერაპია; კ) ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია; ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას [2].

არსებობს უამრავი კვლევები, რომელიც ფოკუსირდება პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის ხარისხის შესწავლაზე. კვლევები ადასტურებენ, რომ სათანადო, სრულყოფილი ინფორმაციის ქონა აუცილებელი წინაპირობაა პაციენტებისთვის, რომ მონაწილეობა მიიღონ საკუთარი ჯანმრთელობის საკითხების გადაწყვეტაში [3]. კვლევები ასევე ცხადყოფენ, რომ არსებობს ხარვეზები პაციენტების ინფორმირებასთან დაკავშირებით; კერძოდ, პაციენტების უმრავლესობას არ აქვს საკმარისი ინფორმაცია ჩასატარებელი სამედიცინო მომსახურების შესახებ, შესაბამისად, მათ მიერ გაცემული ინფორმირებული თანხმობა ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს [3]. პაციენტებისთვის ინფორმაციის გადაცემისას საჭიროა მეტი ყურადღების დათმობა მათი ინფორმირებულობის ასამაღლებლად; ექიმებმა პაციენტებს უნდა მიაწოდონ ზუსტი ინფორმაცია გასაგებ ენაზე [3].

ჩვენი კვლევის მიზანია დავადგინოთ პაციენტის მიერ რამდენად არის გაცნობიერებული ქირურგიულ ჩარევამდე ექიმის მიერ მიწოდებული ინფორმირებული თანხმობა.

## **მეთოდოლოგია**

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა რესპოდენტების გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. კითხვარი ატარებდა თვითადმინისტრირებად ხასიათს.

კვლევისათვის შეირჩა პირველი კლინიკური საავადმყოფო „ამტელ ჰოსპიტალი“. კვლევა ჩატარდა 2017 წლის 1 დეკემბრიდან 25 დეკემბრის ჩათვლით. კვლევაში მონაწილეობდა 50 პაციენტი (კაცი 76%, ქალი 24%), რომელთაც მოცემულ პერიოდში ჩაუტარდათ ქირურგიული ოპერაცია.

## **შედეგები**

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტთა 100%-მა განაცხადა, რომ მათ მოაწერეს ხელი ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტს, ისინი არ ფლობენ სრულყოფილ ინფორმაციას მისი დანიშნულების შესახებ, კერძოდ, თუ რას გულისხმობს იგი და რა შედეგები შეიძლება მოჰყვეს მასზე თანხმობას. პაციენტთა 76%-მა იცის თავისი დიაგნოზის დასახელება. მხოლოდ 24%-მა ვერ გაიხსენა, თუმცა ისიც აღნიშნა, რომ ექიმმა მას ყველაფერი დეტალურად აუხსნა. ქირურგიული ოპერაციის დასახელება ზუსტად არ იცოდა პაციენტების 32%-მა და საერთოდ არ იცოდა 10%-მა, რასაც საკუთარ გულმავიწყობას და სამედიცინო ტერმინებში გაურკვეველობას უკავშირებდნენ. აღნიშნული ასევე შესაძლოა დაკავშირებული იყოს იმ გარემოებასთან, რომ რადგან რესპოდენტთა უმრავლესობა პენსიონერია, ხშირად ექიმები ოპერაციასთან დაკავშირებულ საკითხებს წყვეტენ პაციენტის ახლობლებთან.

რესპოდენტთა 94%-მა დააფიქსირა, რომ მიიღო ამომწურავი ინფორმაცია დაავადების დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ. ამასთან, ქირურგიული ჩარევის საჭიროებების შესახებ ამომწურავი ინფორმაცია მიიღო 84%-მა. პაციენტების უმრავლესობა (86%) სათანადოდ ინფორმირებულია ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატიული გზების სარგებლიანობისა და რისკების შესახებ. რესპოდენტთა 70% ფლობდა სრულ ინფორმაციას პოსტოპერაციულ პერიოდში მოსახლოდნელი გართულებების შესახებ. პაციენტთა გადმოცემით, ექიმმა მათ საკმაოდ დეტალურად აუხსნა ქირურგიული ოპერაციების გართულებების შესახებ. ადამიანის ჯანმრთელობა ყოველთვის ექიმის პროფესიონალიზმზე არ არის დამოკიდებული და მასზე გავლენას ახდენენ სხვა მრავალი ფაქტორები.

პაციენტი ხშირად იმდენად მიმნდობია ექიმის მიმართ, რომ მის ჯანმრთელობას მთლიანად ექიმს ანდობს და არ სვამს კითხვებს, რადგან მიაჩნია, რომ ექიმმა მასზე მეტი იცის და აუცილებლად მაქსიმალურს გააკეთებს. სამწუხაროდ, ხშირია ისეთი ფაქტები, როცა ექიმი თვლის, რომ იგი არ არის ვალდებული სრული ინფორმაცია მიაწოდოს პაციენტს. აღნიშნული შეიძლება განპირობებული იყოს იმით, რომ ზუსტმა ინფორმაციამ შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედოს პაციენტზე და მის ჯანმრთელობაზე.

## **დასკვნა / რეკომენდაციები**

პაციენტთა უმრავლესობას ქონდა ინფორმაცია ყველა იმ მნიშვნელოვან საკითხზე რაც ქირურგიულ ჩარევასთან და მის შესაძლო გართულებებს შეეხება. ჩვენი ვარაუდი იმის შესახებ, რომ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა შეიძლება მხოლოდ ფორმალური მხარე ყოფილიყო არ გამართლდა. პაციენტებისთვის ინფორმაციის გადაცემისას საჭიროა მეტი ყურადღების დათმობა მათი ინფორმირებულობის ასამაღლებლად.

## ბიბლიოგრაფია

1. მანჯავიძე ი., ვიესმანი კ. ინფორმაციის მიღების უფლება და ინფორმირებული თანხმობა პედაგოგიურ პრაქტიკაში. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი.  
[http://www.modernpublishing.ge/view\\_post.php?id=3&pub=12&year=2009](http://www.modernpublishing.ge/view_post.php?id=3&pub=12&year=2009)
2. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, 2000 წლის 5 მაისი.
3. კარტოზია, დ., რევია, ნ., ედიბერიძე, მ., შალამბერიძე, ა., ლიპარტია, თ., ფირცხალაიშვილი, ი., ახმოდიაშვილი, ა. ქირურგიული ჩარევის შესახებ ინფორმირებული თანხმობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 3, 2017

## დასაქმებული სტუდენტების ჯანმრთელობაზე და ყოველდღიურ აქტივობაზე უძილობის გავლენა

მახარაძე შალვა, მეტრეველი ნინო, სახვაძე ბექა, სირბილაძე გიორგი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები.

### შესავალი

უძილობის პრობლემა საკმაოდ გავრცელებულია მსოფლიოში. ძილის ნაკლებობა იწვევს სტრესული ფონის გაძლიერებას და შესაბამისად, მრავალი დაავადებას. სრულწლოვან ადამიანს დღეში 8 საათი უნდა ეძინოს, რათა არ შეექმნას ჯანმრთელობის პრობლემები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, ძილიანობის საშუალო მაჩვენებელი 20% ით ნაკლებია, ვიდრე საუკუნის წინ. გაიზარდა უძილობის საშუალო მაჩვენებელიც და დაახლოებით 30%-ს შეადგენს. აშშ-ში უძილობის მკურნალობის ხარჯები წელიწადში 15 მილიარდ დოლარამდე აღწევს, ხოლო უძილობის შედეგად დასაქმებულთა დაბალი პროდუქტიულობის გამო დაკარგული თანხები 150 მილიარდ დოლარს აღწევს.

ძილის დარღვევებს ხელს უწყობს ღამის ცვლაში მუშაობა. ასეთი ადამიანი ეჩვევა ღამით ღვიძილს, ხოლო დილით სამსახურიდან დაბრუნებულს სხვა გზა არ აქვს თუ არა ძილის აღდგენისა, შესაბამისად, დღე უწევს ძილი. დღისით გამოძინების შემდეგ კი გაუძნელდება ღამითაც დაძინება. მდგომარეობა კიდევ უფრო რთულდება როდესაც სტუდენტს უწევს ღამის ცვლაში მუშაობა. ღამის ცვლაში მუშაობასა და უძილობასთან ერთად სტუდენტს უხდება ლექციებსა და სემინარებზე დასწრება, გამოცდების ჩაბარება.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, რომლის მიზანს შეადგენდა სამუშაო დროის ხარისხსა და დასაქმებულის ჯანმრთელობას შორის კავშირის გარკვევა, ღამის საათებში და დღეში 10 სთ-ზე მეტ ხანს დასაქმებულებს აღენიშნებოდათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები [1]. ერთი კვლევის მიხედვით, 10 სტუდენტიდან 4 სტუდენტს ჰქონდა უძილობასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემები [2].

### მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სტუდენტების 8 სიღრმისეული ინტერვიუ. რეპონდენტთა ასაკი მერყეობდა 18-დან 24 წლამდე.

### კვლევის შედეგები

ა) *უძილობის პრობლემის აღქმა.* რესპონდენტების უმრავლესობა ჯანმრთელობის თვალსაზრისით ნეგატიურად აღიქვამს უძილობის პრობლემას. მათი აზრით, უძილობა იწვევს ადამიანში ნერვული სისტემის მოშლას, რაც გამოიხატება სხვადასხვა ტიპის ნევროზით. ასევე, ძილის დარღვევის შედეგად რესპონდენტებს, რომელთაც ღამით უწევთ კითხვა, აღენიშნებათ მხედველობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

*„ძილის ნაკლებობა ჩემზე აისახება ასე ვთქვათ მკვეთრად უარყოფითად, რაც გამოიხატება იმაში, რომ უძილობის გამო ყოფილა ისეთი შემთხვევა როცა რაღაცას ვაკეთებ და თან მთვლემს, კონცენტრაცია მიჭირს ძაან და მთვლემს, ყურადღება, აზროვნება, შეგრძნება, აღქმა ყველაფერი დაქვეითებულია“.*

რესპონდენტებმა ასევე ხაზი გაუსვეს ძილის დარღვევის შედეგად გულ-სისხლძარღვთან დაკავშირებულ პრობლემებს და თავბრუსხვევას.

*„ამ ბოლო დროს რაც მუშაობა დავიწყე და ვარ ღამის ცვლაში, ძირითადად გულთან დაკავშირებული პრობლემები მაქვს, როგორც ვიცი უძილობა გულთან კავშირშია, ანუ გულის აჩქარებები და ჩხვლეტები მაწუხებს ხოლმე და ვაბრალებ უძილობას. და ასევე თავბრუს ხვევებიც მაქვს ხოლმე ხანდახან“.*

რესპონდენტები პირდაპირ მიუთითებენ, რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება მათ სამსახურეობრივ საქმიანობას უკავშირდება. მათ კარგად ესმით უძილობის გავლენა ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

**ბ) უძილობის გავლენა ყოველდღიურ აქტივობებზე.** სტუდენტების აზრით, უძილობა მათ ყოველდღიურ აქტივობებში მონაწილეობის ხარისხს მკვეთრად აუარესებს. სტუდენტებს ძირითადად ხელი ეშლება როგორც სასწავლო პროცესის მიმდინარეობასთან დაკავშირებულ აქტივობებში, ასევე სხვადასხვა ტიპის საქმიანობაში.

*„საბოლოო ჯამში ეს ჩემს საქმეზე აისახება. თან იმიტომ ვერ მოასწარი, რომ ვერ გამოვიძინე, მერე კიდე გამოუძინებლად რო აკეთებ საქმეს ის ძაან ცუდია და ნაკლებად ეფექტური, ნაკლებად გააზრებული, ყველაფერი ეს საბოლოო ჯამში მთლიანად საქმეზე მოქმედებს, და რადგან მთლიანობაში საქმე ვერ გამოდის კარგად, ეს უკვე ადამიანის ფსიქოლოგიაზე უარყოფითად მოქმედებს“.*

დასაქმებულ სტუდენტებს რთული სამუშაო გრაფიკი აქვთ. ისინი ვერ ახერხებენ სასწავლო პროცესში ყოველდღიურად მონაწილეობის მიღებას, ვერ ასწრებენ საქმის მაღალი ხარისხით შესრულებას. საინტერესოა რომ ყოველდღიურ აქტივობებზე საუბრისას იკვეთება გენდერული განსხვავებაც. მდებარეობითი სქესის წარმომადგენლები უფრო მეტად ხაზს უსვამენ იმ გარემოებას რომ ნაკლები დრო რჩებათ გარეგნობის მოწესრიგებაზე, უძილობისგან გამოწვეული უხასიათობასა და ცხოვრების ხალისის დაკარგვაზე.

*„ასევე იყო ხოლმე ისეთი მომენტები, როცა ვერ ვახერხებდი საკუთარი თავის ისე მოწესრიგებას, როგორც მე მინდოდა, ვგულისხმობ გაპრანჭვას და ეგეთ რაღაცებს, აღარც დრო და აღარც ხალისი არ მქონდა დავუშვავთ მაკიაჟის გაკეთების, თმის მოწესრიგების და ა.შ. გოგო ვარ და ჩემთვის მნიშვნელოვანია, რომ კარგად გამოვიყურებოდე და როცა ამას ვერ ვახერხებ ისე, როგორც მინდა, ეს ფსიქოლოგიურადაც დამთრგუნველია და თვითშეფასებაზეც მოქმედებს“.*

გამოკითხულ რესპონდენტების უმრავლესობა აცხადებდა, რომ ღამის ცვლაში მუშაობა და მისგან გამოწვეული უძილობა ხელს უშლიდათ სასწავლო პროცესში. სტუდენტებმა დაასახელეს რამდენიმე შემთხვევა, როცა გამოუძინებლობის გამო სხვადასხვა ცხოვრებისეული პრობლემები შეექმნათ: ერთმა სტუდენტმა გამოცდაზე დააგვიანა, იმის გამო რომ ჩაეძინა. მეორე საერთოდ ვერ მივიდა გამოცდაზე, რადგან ფიზიკურად არ შეეძლო.

**გ) უძილობის გავლენა ჯანმრთელობაზე.** გამოკითხული რესპონდენტების სრულმა უმრავლესობამ განაცხადა, რომ მათში ძილის ნაკლებობა სხვადასხვა ტიპის ჯანმრთელობის პრობლემებს იწვევს: საჭმლის მომნელებელ და გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან დაკავშირებული პრობლემები, ფსიქიკური, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემები.

*„მიჭირს აზროვნება, შეიძლება მეტყველება, ენა დამეხას, ტვინი მქონდეს გათიშული, დავუშვავთ ორი წუთი მჭირდებოდა რაღაცის საფიქრალად, სხვა შემთხვევაში გავაკეთებდი ერთ წამში ყველაფრის ანალიზს, და მივხვდები რა როგორ გავაკეთო“.*

*„მაგ პერიოდში დამეწყო კუჭ-ნაწლავთან დაკავშირებული პრობლემები, წონის დაკლების პრობლემაც იყო პრინციპში უძილობით გამოწვეული“.*

*„უხასიათოდ ვარ, დაღლილობას ვგრძნობ და ნერვებზეც ძაან მოქმედებს“.*

*„მე როგორც დავაკვირდი ჩემს თავს, აი ამ უძილობამ და გადაღლილობამ ჩემში გამოიწვია გულის აჩქარება, გულის ჩხვლეტა“.*

*„ჩემი აზრით თავის ტკივილი უძილობის ბრალი უნდა იყოს, რადგან მანამდე არ მაწუხებდა. რავი, რაც დავიწყე მუშაობა მაგის მერე ვატყობ, რომ ხშირად მტკივა“.* გამოკითხული რესპონდენტების უმრავლესობა საკუთარ ჯანმრთელობაზე საუბრისას აღნიშნავს უძილობის გავლენას და ამბობს, რომ სამუშაო ადგილზე ღამის ხშირი გათენება ხელს უწყობს უძილობის პრობლემის გამწვავებას.

## **დასკვნა**

სტუდენტებში, რომლებიც არიან დასაქმებული ღამის ცვლაში, უძილობის პრობლემის აღქმა საკმაოდ რაციონალურია, რაც გამოიხატება იმაში, რომ ისინი ამჩნევენ ღამის ცვლაში მუშაობის დაწყების შემდგომ მათი ჯანმრთელობის გაუარესებას. რესპონდენტები საუბრობენ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე (ასე მაგალითად, მეტყველება, ანუ ენის დაბმა, ყურადღების გაფანტვა). ყოველდღიურ სტუდენტურ აქტივობებში მათი მონაწილეობის სიხშირე და ხარისხი საკმაოდ დაბალია.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია შრომითი ბაზარზე არსებული სიტუაციის და პირობების და ჯანმრთელობაზე მათი გავლენის შესწავლა, ამ კუთხით სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციების დაინტერესების გაზრდა.

## **ბიბლიოგრაფია**

1. Jung J., Kim G., Kim K., Paek D., Sung-il. Association between working time quality and self-perceived health: analysis of the 3rd Korean working conditions survey (2011). *Annals of Occupational Environmental Medicine*. 2017; 29: 55.
2. Kaur G., Singh A. Excessive daytime sleepiness and its pattern among Indian college students. *Sleep Medicine*, 2017; 29: 23–28



## აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვების პრობლემები

ლელა მახოხაშვილი, თეონა ყრუაშვილი, ჯაბა გოგოლიძე - ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

აუტიზმი ტვინის განვითარების ნეირობიოლოგიური დარღვევის შედეგია, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის დამყარების, სოციალური ურთიერთობების ჩამოყალიბებისა და გონებრივი განვითარების პროცესებზე. ბავშვს პრობლემები აქვს სოციალურ განვითარებაში, კომუნიკაციაში, მეტყველებაში, ქცევაში, განსაკუთრებით კი წარმოსახვით თამაშში. პირველად აუტიზმი 1943 წელს აღწერა ლეო კანერმა ადრეული ბავშვობის აუტიზმის სახელწოდებით [1]. იგი გამოყოფდა აუტიზმისათვის დამახასიათებელ შემდეგ ნიშნებს:

- სოციალური ურთიერთობის დამყარების უუნარობა,
- კომუნიკაციის მიზნით მეტყველების გამოყენების შეუძლებლობა,
- ცვლილებებისადმი ძლიერი რეზისტენტობა,
- საგნებით გატაცება,
- ამ მახასიათებლების გამომჟღავნება 30 თვის ასაკამდე.

აუტიზმი გვხვდება მსოფლიო მოსახლეობის ყველა რასისა და სოციალური მდგომარეობის პირთა შორის; ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით ყოველ 10000 ადამიანზე 5 შემთხვევა მოდის. თუმცა, იმის მიხედვით, თუ როგორი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებით ხელმძღვანელობენ სპეციალისტები, შემთხვევათა პრევალენსი 1-დან 10 შემთხვევამდე მერყეობს 10000 მოსახლეზე. ამასთან, აუტიზმი 4-5-ჯერ უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში [2].

აშშ-ის ჯანდაცვის ორგანოების მონაცემებით, აუტისტური სპექტრის დარღვევა მსოფლიოში 68-დან ერთ ბავშვში გვხვდება [3]. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, აუტისტი ბავშვების რაოდენობა წელიწადში 13%-ით იზრდება.

აუტიზმის სპექტრის მქონე ინდივიდთა ჯანდაცვისა და საგანმანათლებლო სერვისების კვლევის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში, 2008-2009 წლებში ჩატარდა კვლევა, რომლის შედეგად ნევროლოგთა და ნეირო-ქირურგთა ასოციაციამ გამოიკვლია და ნახა, რომ 115 ბავშვიდან ერთს ჰქონდა აუტისტური სპექტრის აშლილობა. ეს რიცხვი, ფაქტობრივად, ემთხვეოდა მსოფლიო სტატისტიკურ მონაცემებს.

აუტიზმის თეორიები მრავალფეროვანია. ფსიქოგენური თეორიების მიხედვით, აუტიზმის ძირითად ეტიოლოგიურ ფაქტორად ფსიქოსოციალური ფაქტორები ითვლება; ბიოგენური თეორიების მიხედვით, აუტიზმს ნეირობიოლოგიური ფაქტორები უდევს საფუძვლად; კოგნიტური თეორიების მიხედვით კი აუტისტურ დარღვევებს საფუძვლად უდევს სპეციფიკური კოგნიტური მექანიზმები [2].

კვლევებმა ცხადყო, რომ აუტისტი ბავშვების გარკვეული რაოდენობა ნამდვილად იუმჯობესებენ კომუნიკაციურ ფუნქციებს სპეციალური კომუნიკაციური ჩვევების ტრენინგის პროგრამების გამოყენების შედეგად. კომუნიკაციური ტრენინგის პირველი ნაბიჯია ბავშვის მეტყველების ფუნქციების შეფასება. ბავშვისათვის მისაწვდომი სამეტყველო დონის ბაზაზე ხდება კომუნიკაციური ტრენინგის პროგრამის შემუშავება. ტრენინგი ტარდება ყოველდღიურად 30 წუთის განმავლობაში. მნიშვნელოვანია, აქცენტი გაკეთდეს არა მეტყველებაზე, არამედ კომუნიკაციაზე. სწავლების პროცესში თერაპევტები ცდილობენ დადებითად განამტკიცონია, კომუნიკაციური აქტივობები, მისაღები ქცევა და შეამცირონ არაადეკვატური, უმართავი ქცევის აღმოცენების ალბათობა [2].

აშშ-ში გავრცელებული ეფექტური ადრეული ინტერვენციის პროგრამაა გრინსფენის და უაიდენის ურთიერთობაზე დამყარებული მიდგომა. მას საფუძვლად უდევს ვარაუდი, რომ აუტიზმის სიმპტომები გამოწვეულია სენსორული მოდულაციისა და გადაამუშავების პრობლემებით. აღსანიშნავია, რომ ბავშვის განვითარებისათვის მეტად მნიშვნელოვანია მისი

ოჯახის წევრებთან აქტიური ურთიერთობა. ამ პროგრამის ფარგლებში სპეცილისტი და მშობელი ერთობლივად მუშაობენ კომუნიკაციის სტიმულაციაზე და ამისათვის იყენებენ სხვადასხვა თამაშებს.

ილის სახელმწიფო უნივერსიტეტში ფუნქციონირებს ბავშვის განვითარების მრავალპროფილური ინსტიტუტი. ამჟამად, კლინიკაში გაერთიანებულია 4 ცენტრი: სკოლამდელი და ინკლუზიური განათლების ცენტრი; განსაკუთრებულ მოსწავლეთა განათლების, კონსულტირებისა და რეაბილიტაციის სასწავლო-პრაქტიკული ცენტრი; ბავშვთა ადრეული განვითარების ცენტრი; აუტიზმის ცენტრი. ნაშრომის ფარგლებში ჩვენს ყურადღებას სწორედ აუტიზმის ცენტრის ფუნქციონირებაზე გავამახვილებთ. ინსტიტუტის მისიას წარმოადგენს ბავშვთა და მოზარდთა განვითარების, სოციალური ინტეგრაციისა და დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის მომზადების ხელშეწყობა კვლევების (მულტი და ინტერდისციპლინარული) გენერირებისა და გამოცდილების გზით [2].

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა დაგვედგინა, თუ როგორი მდგომარეობაა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბაზაზე არსებული ბავშვთა განვითარების ცენტრში აუტიზტური სპექტრის მქონე ბავშვების განვითარების კუთხით.

მიზნის მიღწევის გზაზე დავისახეთ შემდეგი ამოცანები, კერძოდ:

- შევისწავლეთ, კონკრეტულად რა პრობლემებით ხასიათდებიან აუტიზტური სპექტრის მქონე ბავშვები;
- შევისწავლეთ, რა მეთოდები გამოიყენება ინტერვენციის პროცესში;
- გავარკვიეთ, რა სახით თანამშრომლობს სახელმწიფო ილიაუნის ბაზაზე არსებულ აუტიზმის ცენტრთან;
- გამოვიკვლიეთ, რა სახით თანამშრომლობენ მშობლები აღნიშნულ ცენტრთან.

### **მეთოდოლოგია**

თემა საკმაოდ სპეციფიკურია, ამიტომ საჭიროებს სიღრმისეულ კვლევას. აქედან გამომდინარე, გადავწყვიტეთ კვლევის ფარგლებში მიგვემართა თვისებრივი კვლევის მეთოდისთვის, კერძოდ გამოვიყენეთ ექსპერტთა გამოკითხვის მეთოდი.

გამოკითხვისას გამოვიყენეთ მიზნობრივი შერჩევა, კერძოდ, გამოვიკითხეთ ქცევითი თერაპევტი, რომლისგანაც მივიღეთ მნიშვნელოვანი ინფორმაცია ცენტრში არსებულ მდგომარეობაზე, მის ფუნქციონირებაზე, არსებულ სწავლების მეთოდებზე და მათ ეფექტურობაზე. ასევე გამოვიკვლიეთ როგორ/ვის მიერ ხდება ცენტრის დაფინანსება.

### **კვლევის შედეგები**

თავდაპირველად, ექსპერტმა გამოყო ის ძირითადი სფეროები, რომლებშიც გვხვდება დარღვევები ბავშვის განვითარებისას და აღნიშნა, რომ ძირითადად გამოიყოფა ქცევის დარღვევა, მეტყველების და კომუნიკაციის დარღვევა და ასევე ცალკე გამოყო ბავშვის განვითარების პროცესში ინტერესებისა და მოქმედებების შეზრუდული სფერო. პრობლემების განხილვისას, მეორეს მხრივ, მან გამოყო გარე ფაქტორებიც, რომლებიც უშუალოდ კავშირშია ცენტრის ფუნქციონირებასთან და მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მას, იგულისხმება კვალიფიციური კადრები. მან აღნიშნა, რომ საჭიროა, სპეციალისტების პროფესიული განვითარების ხელშეწყობა, ტრენინგების და სუპერვიზიის სახით. შესაბამისად, მნიშვნელოვან პრობლემად მიიჩნია კადრების კვალიფიკაციის ხარისხის ამაღლება. ვინაიდან ეს უკანასკნელი პირდაპირ აისახება ბავშვის განვითარების ხარისხსა და სწავლების მეთოდების ეფექტურობაზე.

ექსპერტმა აღნიშნა, რომ ილიას უნივერსიტეტში არსებული აუტიზმის ცენტრი სხვა ცენტრებისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება იმ თვალსაზრისით, რომ იგი მთლიანადაა ორიენტირებული უზრუნველყოს სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვები მათთვის სასიცოცხლოდ საჭირო სერვისით. მაშინ, როდესაც სხვა მსგავსი დანიშნულების ცენტრები, ერთგვარად, ბიზნესადაა ქცეული და ამაში გამოიხატება სწორედ ტარიფების მაღალი მაჩვენებელი. აღნიშნული ცენტრი მან მოიხსენია, როგორც საუნივერსიტეტო ცენტრი, რომლისთვისაც საჭირო ხარჯებზე ზრუნავს თავად უნივერსიტეტი: ცენტრის ადმინისტრაცია წარუდგენს ხარჯებს უნივერსიტეტს, იქნება ეს ინვენტარი, სათამაშოები, საკანცელარიო ნივთები თუ სხვა, და პასუხისმგებლობას იღებს უნივერსიტეტი.

ექსპერტმა ასევე ისაუბრა სწავლების იმ მეთოდებზე, რომლებიც გამოიყენება ზემოთ აღნიშნულ ცენტრში. მისი თქმით, ცენტრი მიზნად ისახავს 3-დან 6 წლამდე აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვთა ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას ABA-ს (გამოყენებითი ქცევის ანალიზი) მეთოდით. ფსიქოლოგიური ტრენინგების მეშვეობით "აუტიზმის ცენტრი" უზრუნველყოფს ABA-ს მეთოდით სწავლებას, ვინაიდან აღნიშნული მეთოდი ძალიან გავრცელებულია მსოფლიოს წამყვან საუნივერსიტეტო კლინიკებში და საქართველოშიც ნელ-ნელა მკვიდრდება. მან ასევე დაადასტურა, რომ ცენტრი იყენებს სენსორულ თერაპიას, მეტყველების თერაპიას, კვების თერაპიას, ადრეული განვითარების და ნეიროფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის სერვისებს.

ABA მეთოდზე საუბრისას საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ მერია აფინანსებს მხოლოდ ამ მეთოდით სწავლებას, და აღსანიშნავია, რომ თითოეულ საათში ერთი ბავშვისთვის იხდის 18 ლარს. ამ პროგრამული საათების რაოდენობა შეადგენს თვეში 20 საათს. მერია მშობლებს ალტერნატივას სთავაზობს, აირჩიოს მხოლოდ ABA თერაპიული კურსი ან მიმართოს კომპლექსურ თერაპიულ კურსს. ეს უკანასკნელი მოიცავს ABA-ს სესიას თვეში 16 საათის განმავლობაში და დანარჩენი 4 საათი შეუძლიათ სურვილისამებრ აირჩიონ: სენსორული, მეტყველების, აკადემიური უნარების განმავითარებელი ან სხვა სახის სწავლება.

მერია პასუხისმგებლობას იღებს დააფინანსოს 15 წლამდე აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვები, რომელთა რაოდენობა შეადგენს 97-ს. ხოლო 15 წელს გადაცილებულ მოზარდების ჩანაცვლება ხდება იმ ბავშვებით, რომლებიც აკმაყოფილებენ მერიის მიერ განსაზღვრულ კრიტერიუმებს. აქვე, უნდა აღინიშნოს, რომ თბილისის მერია აფინანსებს მხოლოდ ადგილობრივ ბავშვებს.

თბილისის მერია მკაცრად აკონტროლებს ბავშვების დასწრებას თერაპიულ კურსებზე. კერძოდ, ბავშვს აქვს მხოლოდ 2 გაცდენის უფლება, რაც საპატიოდ ითვლება. 2-ზე მეტი სესიის უმიზეზოდ გაცდენის შემთხვევაში, ხდება ბავშვის დაფინანსების შეწყვეტა და სხვა ბავშვით ჩანაცვლება. ასევე, მკაცრად კონტროლდება ცენტრის საქმიანობა ეფექტურობის მიზნით: ყოველთვიურად ცენტრი აბარებს სპეციალურ ანგარიშს, სადაც ზუსტადაა აღწერილი ბავშვების მიღწევები, მიზნები და მიღწეული შედეგები.

#### **ქ. თბილისის მერიის მიერ დაუფინანსებელი პროგრამები**

ეს რაც შეეხებოდა ABA-ს მეთოდით სწავლებას, ის ბავშვები, ვინც განსაზღვრული მიზეზების გამო ვერ მოიპოვა მერიის დაფინანსება, იხდიან საათში 25 ლარს. განსხვავებული სიტუაციაა სხვადასხვა თერაპიების კუთხით. მაგალითად, კვების თერაპიისას ერთი სესია ღირს 30 ლარი, სენსორული თერაპია - 30 ლარი. ასევე, არ ფინანსდება 8 წელს გადაცილებული მოზარდებისთვის განკუთვნილი სტუდია „მორდი“, რომელიც ორიენტირებულია წვრილი მოტორიკის განვითარებაზე და ხელს უწყობს ბავშვის განვითარებას შემოქმედებითი კუთხით.

გარდა იმ ხარჯებისა, რომელსაც მოიცავს თითოეული სესია, კიდევ არსებობს სხვა ხარჯებიც. რაც მდგომარეობს იმის აუცილებლობაში, რომ ყოველ თვე ხდება ბავშვების შეფასებები სპეციალური ინსტრუმენტებით, რომელიც აუცილებელია, რათა დაფიქსირდეს რა ახალი უნარი განავითარა მან. ხარჯებთანაა დაკავშირებული აგრეთვე სადიაგნოსტიკო ტესტი ADOS, რომელიც საკმაოდ ძვირადღირებულია. ექსპერტმა აღნიშნა, რომ ამ ტესტის გამოყენება საქართველოს მასშტაბით ხდება მხოლოდ ორ ცენტრში, მათ შორის კი ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში არსებული აუტიზმის ცენტრი ერთ-ერთია.

#### **მშობლების განათლება და ტრენინგი**

ექსპერტმა ცალსახად აღნიშნა, რომ მშობლების ჩართვა თერაპიის პროცესში ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა აუტიზმის მკურნალობისას. აუცილებელია აგრეთვე მშობლების ტრენინგი, რომელიც უზრუნველყოფს თერაპიულ დახმარებასთან ერთად ბავშვის ქცევის გაგებასა და მართვას მშობლების მიერ. ექსპერტის თქმით, როცა ბავშვი დღის უმეტეს ნაწილს მშობელთან ერთად ატარებს, ამ დროს პასუხისმგებლობა ბავშვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარების განვითარებაში ეკისრება მშობელს, ოჯახს. ასევე, იგი ვალდებულია დაეხმაროს ბავშვს მაქსიმალურად ჩაერთოს სოციალიზაციის პროცესში, მოახდინოს ინტეგრაცია საზოგადოებასთან. სოციალური ადაპტაცია ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპონენტია ბავშვის

ცხოვრების წარმართვაში, სწორედ ამაში გამოიხატება სწავლების ძირითადი შედეგი და მისი წარმატება.

სად უნდა ისწავლოს ასეთმა ბავშვმა სპეციალურ სკოლაში თუ ზოგად საგანმანათლებლო კლასში?

აუტისტი ბავშვის თერაპიულ დახმარებაში ძირითად პრობლემას ის წარმოადგენს, თუ სად უნდა ისწავლოს ასეთმა ბავშვმა სპეციალურ სკოლაში თუ ზოგადსაგანმანათლებლო კლასში? ექსპერტის აზრით, რთულია ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლის პირობებში აუტისტი ბავშვებისათვის შესაფერისი გარემოსა და პირობების შექმნა, ისე რომ მან ადეკვატური განათლება ან დახმარება მიიღოს. აუტიზმის მქონე ბავშვებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სწავლების ადეკვატურად შერჩეულ პროგრამებს და კარგად ორგანიზებულ სასწავლო გარემოს. ქცევის ან ურთიერთობის პრობლემები, რომლებიც ხელს უშლის ბავშვს სწავლის პროცესში, მოითხოვს კვალიფიციური პროფესიონალის დახმარებას და მის მიერ სკოლასა და სახლში განსახორციელებელი სპეციალური გეგმის შემუშავებას. საკლასო ოთახი ისე უნდა მოეწყოს, რომ ხელს უწყობდეს პროგრამის რეალიზებას. ასევე, მნიშვნელოვანია ჩვეულებრივი განვითარების მქონე თანატოლებთან ურთიერთობა, რადგან ჯანმრთელი ბავშვები მათ სოციალიზაციის პროცესში იქცევიან ერთგვარ ეტალონებად და მათ ქცევებზე დაკვირვების პროცესში ისინი ახორციელებენ საკუთარი იდენტობის ჩამოყალიბებას, საჭირო ცხოვრებისეული უნარების გათავისებას.

### დასკვნა

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, დღესდღეობით პრობლემად რჩება აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვებზე ორიენტირებული ცენტრების ხელმისაწვდომობა და მათი არათანაბარი ტერიტორიული გადანაწილება. ისინი ძირითადად თავმოყრილია დედაქალაქში. რეგიონებში მცხოვრებ ოჯახებს კი სწავლის ხარჯებთან ერთად უწევთ დამატებითი ფინანსების გაღება. ტრანსპორტირების პროცესი ფინანსურ ასპექტის გარდა, უარყოფითად მოქმედებს ბავშვების ზოგად ფსიქიკურ მდგომარეობაზე.

მშობლის ჩართულობას ბავშვის თერაპიის პროცესში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. ახალი კვლევის თანახმად, სასურველია მშობლებმა ადრეული ასაკიდანვე დაიწყონ შვილებთან მუშაობა, რაც დაეხმარება ბავშვს სიმპტომების სიმწვავის შემცირებაში და მისცემს კომუნიკაციის გაუმჯობესების საშუალებას. კვლევებმა ცხადყო, რომ იმ ბავშვებს, რომელთა მშობლებსაც უტარდებოდათ ინტენსიური ტრენინგი და საგანმანათლებლო საუბრები, ბევრად უფრო უკეთესი თერაპიული და სწავლების შედეგები ჰქონდათ. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ილიაუნის აუტიზმის ცენტრის დაარსებაში უმნიშვნელოვანესი როლი, სწორედ, მშობლებმა ითამაშეს. სამწუხაროდ, ხშირად ხდება ისე, რომ აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვის მშობელი ერთგვარად იხსნის პასუხისმგებლობას თერაპევტების ხარჯზე და ავიწყდება თუ რამდენად მნიშვნელოვანია მისი როლი ბავშვის სოციალიზაციის პროცესში. აქ ვლინდება მშობლის მხრიდან პასუხისმგებლობის დიფუზურობის ფენომენი.

აუტიზმის სპექტრის მქონე პირთა დაფინანსება დღესდღეობით ქ. თბილისის მერიის ჯანდაცვის პროგრამით ხორციელდება. ერთ ბენეფიციარზე პროგრამა ცენტრში არსებული მეთოდების პარალელურად მსოფლიოს მასშტაბით წარმატებით გამოიყენება სხვა მეთოდები, თუმცა, საქართველოში სახელმწიფო პროგრამაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დაფინანსების დაბალი წილის გამო მათი რეალიზაცია ვერ ხორციელდება. მერიის დაფინანსების პროგრამა ითვალისწინებს ოცი თერაპიული საათის ანაზღაურებას თვეში. 20 საათი არის მინიმალური რაოდენობა. კვლევების თანახმად ABA თერაპიის ეფექტურობა იზრდება მაშინ როდესაც ამ თერაპიის ინტენსივობა არის კვირაში 8-დან 15 საათამდე. ასე, რომ თვეში 20 საათი ძალიან ცოტაა.

### ბიბლიოგრაფია

1. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
2. გაგომიძე თ. (2007). ბავშვის ფსიქიკური განვითარების დარღვევები. თბილისი. გამომცემლობა „ნეკერი“.

3. აუტიზმის გავრცელება - სტატისტიკური ინფორმაცია. დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრი. (ბოლო წვდომა 5 იანვარი, 2018 წ.)
4. პარსონსი ბ. (2004). ქცევის გამოყენებითი ანალიზი პროცედურების სახელმძღვანელო. თბილისი.

## ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები და ბავშვთა სიკვდილიანობა

**ნატა ქირია, მარიამ მუქერია, მარიამ ჯიბუტი** - ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

ჯანდაცვის სფეროს გამლიერება და ამ კუთხით განხორციელებული რეფორმები სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ნებისმიერი ქვეყნისთვის. ქვეყნის მიერ ჯანდაცვაზე დანახარჯები გავლენას ახდენს დემოგრაფიულ მაჩვენებლებზე. ამის ნათელი მაგალითია ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, რომელიც ხშირ შემთხვევაში პირდაპირ კორელაციაშია ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებთან და სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გაწეულ ხარჯებთან.

კვლევები ადასტურებენ, რომ მნიშვნელოვანია სოციალური სფეროს ამა თუ იმ სეგმენტში სახელმწიფო ხარჯების შეფასება, ასევე მთლიან შიდა პროდუქტთან, ერთ სულ მოსახლეზე გაწეულ ხარჯებთან მიმართებით [1]. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს [12]. ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, სახელმწიფოს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად [12]. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს 29.8%-ს, შესაბამისად, სახელმწიფო დაფინანსების წილი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს [12].

კვლევის ჰიპოთეზა შემდეგნაირად ჩამოყალიბდა, რაც უფრო მეტია ქვეყანაში ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები მით უფრო დაბალია ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. მიზნის მისაღწევად და ჰიპოთეზის შესამოწმებლად დავისახეთ შემდეგი ამოცანები. 1) დაგვეყო ქვეყნები ბავშვთან სიკვდილიანობის მიხედვით; 2) დაგვედგინა თუ რამდენს ხარჯავს თითოეული ქვეყანა მშპ-თან მიმართებით და როგორ ნაწილდება იგი ერთ სულ მოსახლეზე; 3) რამდენს ხარჯავს თითოეული ქვეყნის მთავრობა ჯანდაცვაზე და რამდენს შეადგენს იგი ქვეყნის მთლიან დანახარჯებში; 4) შეგვედარებინა დაბალი და მაღალი ბავშვთა სიკვდილიანობის ქვეყნები ამ ზემოთ ჩამოთვლილი პარამეტრების მიხედვით ერთმანეთთან.

### მეთოდოლოგია

კვლევის ფარგლებში გამოვიყენეთ თვისებრივი მეთოდოლოგია, რათა სიღმისეულად გვეკვლია საკითხი. კონკრეტულად კი გამოვიყენეთ დოკუმენტების ანალიზის მეთოდი, რადგან ჩვენი კვლევის მიზანი იყო შეგვესწავლა უკვე არსებული მასალები, რომლის დახმარებითაც შევძლებდით, საკვლევი საკითხის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მოპოვებასა და უკვე შემდგომ მის დამუშავებას.

დოკუმენტების ანალიზის დანიშნულებაა შესწავლის ობიექტის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება, მისი დაფიქსირება ნიშნების (ანალიზის კატეგორიების) სახით, ამ ინფორმაციის ვალიდურობის, საიმედოობის განსაზღვრა, რაც კვლევის მიზნებისთვისაა მნიშვნელოვანი, მისი საშუალებით საკვლევი პროცესისთვის ობიექტური და სუბიექტური შეფასებითი მახასიათებლებისა და მაჩვენებლების შემუშავება [10]. დოკუმენტი შესაძლებელია იყოს ოფიციალური და არაოფიციალური, სტატისტიკური და ვერბალური, წერილობითი. კვლევის ფარგლებში გამოვიყენეთ წერილობითი დოკუმენტები, რომელთა უმეტესობა წარმოადგენდა ოფიციალურ დადგენილებებსა და სტატისტიკურ მასალებს.

კვლევა ძირითადად ემყარება უკვე არსებულ სხვადასხვა ოფიციალურ სტატისტიკურ მასალებს, რაც ერთი მხრივ ასახავს ჯანდაცვაზე გაწეულ დანახარჯებს, ხოლო მეორე მხრივ დემოგრაფიულ პარამეტრებს. კონკრეტულად ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები შევისწავლეთ რამოდენიმე ინდიკატორის მეშვეობით ესენია:

1. ჯანდაცვის ხარჯები მთლიანი შიდა პროდუქტიდან;
2. ჯანდაცვის ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით;
3. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში;

4. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში დემოგრაფიული პარამეტრების ინდიკატორად ავირჩიეთ ბავშვთა სიკვდილიანობა. აღნიშნული ინდიკატორების დახმარებით მოვიპოვეთ სტატისტიკური მასალა, რაც გავაერთიანეთ კატეგორიებად და შემდგომ გავაანალიზეთ.

#### **მსოფლიოს მდგომარეობა ბავშვთა სიკვდილიანობის კუთხით**

ბავშვთა სიკვდილიანობასა და ჯანდაცვაზე გაწეულ ხარჯებს შორის კორელაციის საჩვენებლად განვიხილოთ 8 ქვეყნის დემოგრაფიული პარამეტრები ჯანდაცვაზე გაწეულ ხარჯებთან მიმართებაში, მათ შორის: 2 ქვეყანა ბავშვთა ყველაზე მაღალი სიკვდილიანობით, 2 – ბავშვთა დაბალი სიკვდილიანობის მაჩვენებლით და 4 - ბავშვთა საშუალო სიკვდილიანობის მაჩვენებლით.

#### **ავღანეთი**

2016 წლის მონაცემებით ბავშვთა სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება ავღანეთში 112,8‰, რაც ნიშნავს, რომ ყოველი დაბადებული 1000 ბავშვიდან დაახლოებით 113 კვდება [7]. ბავშვთა სიკვდილიანობის 20%-ს იწვევს პნევმონია. ავღანეთი არის 5 ქვეყნიდან ერთ-ერთი, სადაც ყველაზე მაღალია პნევმონიით გამოწვეული ბავშვთა სიკვდილიანობა [7]. ბავშვთა სიკვდილიანობის კუთხით საგანგაშო სტატისტიკა შესაძლოა ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯებით აიხსნას. 2014 წლის მონაცემებით, ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი თანხა 167 დოლარს შეადგენს [4].

ავღანეთში ჯანდაცვაზე დახარჯული წინასწარ გადახდილი კერძო ხარჯები 2014 წელს შეადგენდა 95,8 მილიონ დოლარს, პირდაპირ ჯიბიდან გადახდაზე მოდიოდა საკმაოდ სოლიდური თანხა - 2,7 მილიარდი დოლარი, მთავრობის დანახარჯები კი მხოლოდ 757,1 მილიონი დოლარი იყო, ხოლო ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობისთვის გამოიყო 1,6 მილიარდი დოლარი. როგორც ვხედავთ, ავღანეთში ყველაზე მაღალია ჯიბიდან გადახდების წილი, რაც ნეგატიურად მოქმედებს ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. ჯანდაცვის მწირი სახელმწიფო დაფინანსება ერთ-ერთი ფაქტორია რაც გავლენას ახდენს ქვეყანაში ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელზე.

#### **მალი**

2016 წლის მონაცემებით მსოფლიოში ბავშვთა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლით მე-2 ადგილზეა მალი, სადაც იგი შეადგენს 100‰-ს. 2014 წლის მონაცემებით, მალის ჯანდაცვაზე ხარჯები მშპ-თან მიმართებით შეადგენს 6,9%-ს, რაც ერთ სულ მოსახლეზე 108 დოლარს შეადგენს [4]. ჯანდაცვაზე დაბალი ხარჯების პარალელურად, მაღალია ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. ბავშვთა სიკვდილიანობის მთავარი გამომწვევი დაავადებებია: მალარია - 24%, ქვედა რესპირატორული ინფექციები - 6%, დიარეული დაავადებები - 6%, ცილა-ენერგეტიკული მალნუტრიცია - 5%, სეფსისი - 5%, წამლებით განპირობებული ინტრანატალური გართულებები - 4%, მენინგიტი - 4%, აივ ინფექცია - 3%, კიბო - 3%, ტუბერკულოზი - 2% [13].

მალის ჯანდაცვისთვის დახარჯული თანხები 2014 წელს 2,8 მილიარდ დოლარს შეადგენდა, რომელშიც ყველაზე მეტი მოდიოდა ჯიბიდან პირდაპირ გადახდებზე (1,2 მილიარდი დოლარი), ხოლო სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენდა 609,1 მილიონ დოლარს. ჯანდაცვის განვითარების ხელშესაწყობად კი 650,4 მილიონი დოლარი დაიხარჯა. 2040 წელს კი მოსალოდნელია ყველა მაჩვენებლის საგრძნობი ზრდა. ჯიბიდან პირდაპირი გადახდები ისევ მაღალი დარჩება, თუმცა სახელმწიფო დანახარჯები თითქმის გაუტოლდება ჯიბიდან პირდაპირ გადახდებს (იხ. დიაგრამა N 2).

#### **მონაკო**

განვითარებულ ქვეყნებში მდგომარეობა რადიკალურად განსხვავებულია. მაგალითად, 2016 წლის მონაცემებით, ბავშვთა სიკვდილიანობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი მონაკოში აღნიშნება - 1,8‰ [6]. ასევე მონაკო პირველ ადგილზეა სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგძლივობით - 89,5 წელი [6]. სიცოცხლის მაღალი საშუალო ხანგძლივობა და ბავშვთა დაბალი სიკვდილიანობა კარგი ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ინდიკატორია. ამაზე მეტყველებს ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯები. მონაკოს მთავრობა თითოეულ მოსახლეზე ჯანდაცვის კუთხით გამოყოფს 7302 დოლარს [4].

### **იაპონია**

იაპონია ერთ-ერთი ყველაზე განვითარებული ქვეყანაა 126,5 მილიონზე მეტი მოსახლეობით და 5.233 ტრილიონიანი ბიუჯეტით [6]. იაპონია ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლით 224 ადგილზეა – 2‰ [6], რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ მხრივ მხოლოდ მონაკო უსწრებს მას, ხოლო სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობა ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია მსოფლიოში (85 წელი) [6]. ეს შედეგები შეიძლება აიხსნას იაპონიაში ჯანდაცვაზე მაღალი სახელმწიფო ხარჯებით. კერძოდ, იაპონიაში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების 20%-ს შეადგენს, ხოლო ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო დანახარჯი 82.1%-ია, რაც ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია [8].

იაპონიაში 2014 წელს 487,7 მილიარდი დოლარი დაიხარჯა ჯანდაცვაზე, აქედან ყველაზე მეტი მოდიოდა სახელმწიფო დანახარჯებზე (408 მილიარდი დოლარი), ჯიბიდან გადახდები კი მხოლოდ 67,9 მილიარდი დოლარს შეადგენდა. 2040 წლისთვის მოსალოდნელია ჯანდაცვის დანახარჯების საგრძნობი ზრდა (825,7 მილიარდი დოლარი). (იხ. დიაგრამა N3). შეიძლება ითქვას, რომ იაპონიას ერთ-ერთი საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემა აქვს, სადაც ადამიანის ჯანმრთელობა სახელმწიფოს პრიორიტეტია. აღნიშნული ხელს უწყობს, რომ იაპონიაში ბავშვთა სიკვდილიანობა ერთ-ერთი ყველაზე დაბალია მსოფლიოში.

### **უკრაინა**

უკრაინაში ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შეადგენს 7.8‰-ს და ამ მონაცემით 158-ე ადგილზეა მსოფლიოში [6]. მთლიანი შიდა პროდუქტიდან ქვეყანა 7.1%-ს ხარჯავს ჯანდაცვაზე, რაც ერთ სულ მოსახლეზე 584 დოლარია. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების 12.2%-ს. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების 54.5%-ს, რაც იმას ნიშნავს, რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები აღემატება კერძო დანახარჯებს. უკრაინაში ჯანდაცვაზე გაწეული თანხების რაოდენობა 2014 წელს იყო 30,5 მილიარდი დოლარი, აქედან სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენდა 15,7 მილიარდ დოლარს, ჯიბიდან გადახდები - 14,3 მილიარდ დოლარს. ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობისთვის კი იხარჯებოდა 284,1 მილიონი დოლარი.

### **რუსეთი**

რუსეთში ბავშვთა სიკვდილიანობა 6.8 ‰-ს შეადგენს, რითაც 163-ე ადგილი უკავია მსოფლიო ქვეყნებს შორის. ჯანდაცვაზე ხარჯი შეადგენს მთლიანი შიდა პროდუქტის 7.1%-ს, რაც ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით \$1836-ია. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების 5,9%-ს შეადგენს. მიუხედავად უფასო სამედიცინო მომსახურების დეკლარირებისა, სახელმწიფო დანახარჯები და ჯიბიდან გადახდები თითქმის უტოლდება ერთმანეთს. ეს ნაწილობრივ დაკავშირებულია კერძო კლინიკებთან მოქალაქეთა მაღალი მიმართვიანობით. მთლიანი დანახარჯები \$275,1 მილიარდია, რომელშიც ჯიბიდან გადახდები \$125 მილიარდს შეადგენს, სახელმწიფოს დანახარჯი - \$142,4 მილიარდს. 2040 წლისთვის მოსალოდნელია მთლიანი ხარჯის ზრდა \$330,3 მილიარდამდე. (იხ. დიაგრამა N 5).

### **თურქეთი**

თურქეთში ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მაღალია და 17,6‰-ს შეადგენს, რითაც მსოფლიოში 91-ე ადგილი უკავია [6]. ჯანდაცვის ხარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით შეადგენს 5.4%-ს, ხოლო ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით \$941-ს. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები სახელმწიფოს მთლიან დანახარჯებში შეადგენს 5.1%-ს. 2014 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე დაიხარჯა \$80,4 მილიარდი დოლარი, სადაც სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს \$63 მილიარდს, ხოლო ჯიბიდან გადახდები \$14,5 მილიარდს. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯის თითქმის 78%-ს შეადგენს, რაც არ არის ცუდი მაჩვენებელი. 2040 წლისთვის საერთო დანახარჯების ზრდა მოსალოდნელია \$209,9 მილიარდამდე, (იხ. დიაგრამა N 6), მიუთითებს, რომ თურქეთი ამ მხრივ მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე მუშაობს. თუმცა, დანახარჯების ზრდასთან ერთად, ბალანსი სახელმწიფო ხარჯებსა და ჯიბიდან გადახდებს შორის არ იცვლება. ამგვარად, შეიძლება ითქვას, რომ სახელმწიფო ხარჯები არ არის საკმარისი, რამდენადაც ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ისევ მაღალი რჩება.



### აზერბაიჯანი

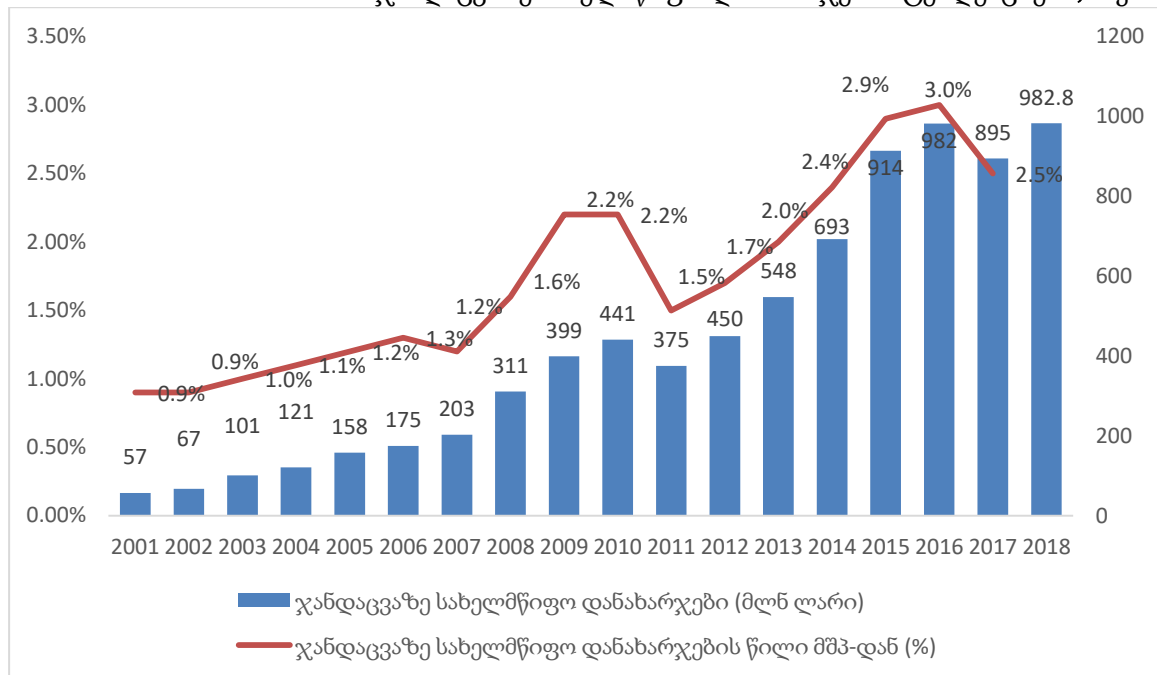
აზერბაიჯანის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 23,8%-ს შეადგენს და ამ მონაცემით მსოფლიოში 70-ე ადგილს იკავებს. აზერბაიჯანში ჯანდაცვის ხარჯები შეადგენს მთლიანი შიდა პროდუქტის 6%-ს, ერთ სულ მოსახლეზე იხარჯება \$471. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების 5,8%-ს. 2014 წლის მონაცემებით ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯი აზერბაიჯანში \$10 მილიარდია, საიდანაც სახელმწიფო ხარჯი შეადგენს მხოლოდ \$2.1 მილიარდს, მაშინ როდესაც ჯიბიდან გადახდები \$7.4 მილიარდს უტოლდება (იხ. დიაგრამა N 7). მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციით სამედიცინო მომსახურება უფასოა, საკმაოდ მაღალია მოსახლეობის ჯიბიდან არალეგალური გადახდების წილი. 2040 წლისთვის მოსალოდნელია საერთო დანახარჯების ოდენობის ზრდა.

### საქართველოს მდგომარეობა ბავშვთა სიკვდილიანობის კუთხით

საქართველოში 2013 წლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე გამოყოფილი თანხები ყოველწლიურად მატულობს.

ნახატი 1:

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები, საქართველო



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები 2001-2015. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2016; საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

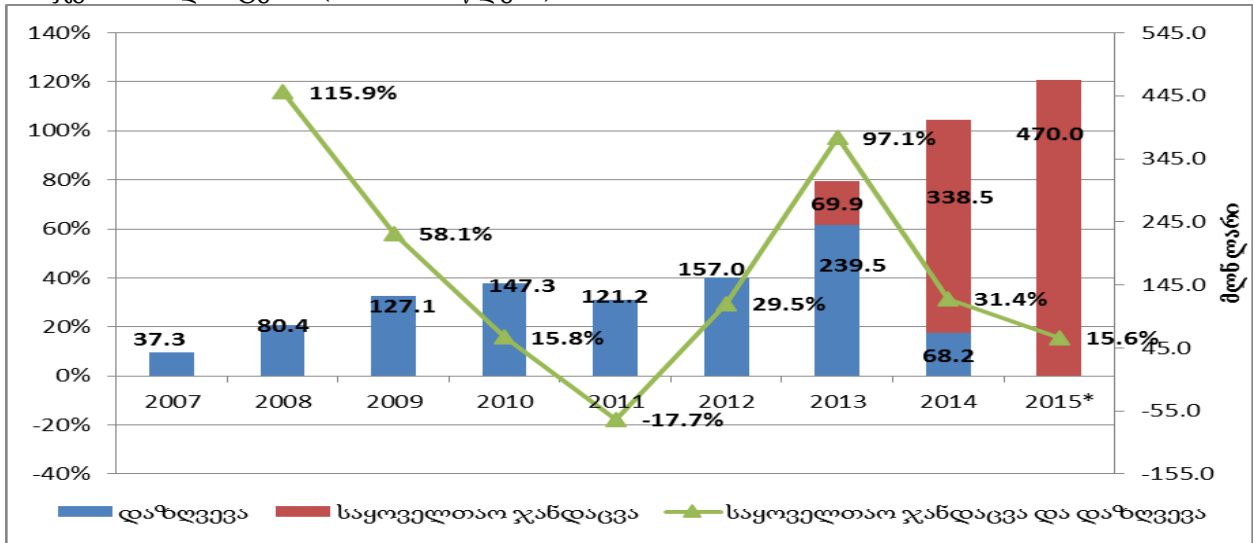
საქართველოში ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის კუთხით საგანგაშო ვითარება არ შეინიშნება. 2016 წლის მონაცემებით ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 15,6%-ს შეადგენს და მსოფლიოში მეასე ადგილს იკავებს [6]. თუმცა, ბავშვთა სიკვდილიანობა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით არც ისე დაბალია.

ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმები და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედება. ასევე, აღსანიშნავია ისიც, რომ წლიდან წლამდე იზრდება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (იხ. გრაფიკი N 1).

ჯანდაცვის ხარჯები მშპ-ის 7,4%-ს შეადგენს, ხოლო ერთ სულზე ხარჯები - 628 დოლარს [4]. სახელმწიფომ 2015 წელს ჯანდაცვაზე დახარჯა 656,2 მილიონი ლარი, რაც ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში არ აღემატებოდა 29,8%-ს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო დანახარჯები უნდა იყოს მინიმუმ 40%, რასაც საგრძნობად ჩამოუვარდება საქართველოში ამ კუთხით გამოყოფილი თანხები.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი კი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში 2015 წლის მიხედვით 6.9%-ია, რაც ასევე ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით უნდა იყოს მინიმუმ 15% [12].

**ნახატი 2:** სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამასა და საყოველთაო ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების ზრდის ტემპი (2008-2015 წლები)



წყარო: საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო

**ცხრილი N1** ჯანდაცვაზე დანახარჯები და ბავშვთა სიკვდილიანობა სხვადასხვა ქვეყნებში

	მალი	ავღანეთი	უკრაინა	თურქეთი	აზერბაიჯანი	რუსეთი	იაპონია	საქართველო
ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო დანახარჯების წილი. (მილიონი დოლარი)	609,1	757,1	15700	63000	2100	142400	408000	
ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში ჯიბიდან გადახდების მაჩვენებელი. (მილიონი დოლარი)	1200	2700	14300	14500	7400	125000	67900	
ჯანდაცვის დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე \$	108	167	584	1036	1047	1836	4150	628
ბავშვთა სიკვდილიანობა	106.5‰	119.4‰	8.24‰	22.23‰	27.69‰	7.1‰	2‰	14.21‰

**დისკუსია, ინტერპრეტაცია**

ჩვენი ჰიპოთეზის მიხედვით, ქვეყანაში ჯანდაცვაზე გაწეული სახელმწიფო დანახარჯების მეტი წილი ჯიბიდან პირდაპირ გადახდებთან შედარებით დადებითად ზემოქმედებს ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებაზე. ქვემოთ მოცემულ ცხრილში ქვეყნები დალაგებულია ერთ სულ მოსახლეზე ყველაზე დაბალი მაჩვენებლის მქონე ქვეყნიდან ყველაზე მაღლისკენ. კვლევის

მიხედვით, ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი თანხის მატებასთან ერთად მცირდება ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. მოცემული ქვეყნების მაგალითზე, ამ ორ ინდიკატორს შორის კაუზალური კავშირი დადგინდა (იხ. ცხრილი N1).

ასევე ერთ-ერთი ინდიკატორი იყო ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები და ამ დანახარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი 40%-ს უნდა აღემატებოდეს. აზერბაიჯანში, ავღანეთსა და მალიში მოსახლეობის კერძო ხარჯები ბევრად აღემატება ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯებს. აღნიშნული, როგორც ცხრილი N3- დან ჩანს, ხელს უწყობს ბავშვთა სიკვდილიანობის ზრდას. აქვე, აღსანიშნავია, რომ ისეთ ქვეყნებში, სადაც სახელმწიფო ხარჯები აღემატება მოსახლეობის კერძო ხარჯებს, დაბალია ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. ამ მხრივ, განსაკუთრებით აღსანიშნავია იაპონია, სადაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების 80%-ს, რაც ძალიან მაღალი მაჩვენებელია.

## დასკვნა

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი თანხები გავლენას ახდენს დემოგრაფიულ პარამეტრებზე, კერძოდ, კი ბავშვთა სიკვდილიანობაზე. ეს ყველაზე კარგად განვითარებადი და განვითარებული ქვეყნების შედარებისას ჩანს. ქვეყნები, სადაც ადამიანის ჯანმრთელობა სახელმწიფოს მიერ პრიორიტეტად არის აღიარებული, მაღალია ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, შესაბამისად დაბალია ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი.

## ბიბლიოგრაფია

1. ბოლქვაძე, ბ. ჟოჟუაშვილი, ნ. (2009); სახელმწიფო ფინანსების გამოყენების ტენდენციები და პრიორიტეტები გარდამავალ პერიოდში.
2. გაეროს ბავშვთა ფონდი <http://unicef.ge/misia/45> (წვდომის თარიღი 24.12.2017)
3. დაავადების კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; 1 ივნისი – ბავშვთა საერთაშორისო დღე; ხელმისაწვდომია შემდეგ ლინკზე: <http://www.ncdc.ge/Home/Article/2995> (წვდომის თარიღი 19.12.2017)
4. მსოფლიოს ჯანმრთელობის ორგანიზაცია <http://www.who.int/countries/en> (წვდომის თარიღი 19.12.2017).
5. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #36, 2013 წლის 21 თებერვალი, ქ. თბილისი.
6. ცენტრალური სადაზვერვო სააგენტო <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook> (წვდომის თარიღი 19.12.2017)
7. დაავადების კონტროლის და პრევენციის ცენტრი [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/8/15-1550\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/23/8/15-1550_article) (წვდომის თარიღი 22.12.2017)
8. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. 18.11.2015. <http://georgia2020blog.org/2015/11/18/ჯანდაცვის-დანახარჯები-ჯა/>
9. დაავადების კონტროლის და პრევენციის ცენტრის <http://www.healthdata.org/> (წვდომის თარიღი 22.12.2017)
10. სოციალურ და პოლიტიკურ ტერმინთა ლექსიკონი-ცნობარი, (2014) ხელმისაწვდომია ლინკზე: [http://old.ucss.ge/geo/publication/publications\\_detail.php?ID=390](http://old.ucss.ge/geo/publication/publications_detail.php?ID=390) (წვდომის თარიღი 24.12.2017)
11. [http://ka.medicine-guidebook.com/psihologiya-pedagogika-voennaya\\_metod-analiza-dokumentov.html](http://ka.medicine-guidebook.com/psihologiya-pedagogika-voennaya_metod-analiza-dokumentov.html) (წვდომის თარიღი 24.12.2017)
12. Verulava, T., Maglakelidze, T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150.
13. <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/mali/>

## აივ-ინფექცია/შიდსზე ინფორმირებულობის კვლევა

**მარიამ ბერძენიშვილი, ანი თუთუსანი** - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები.

### შესავალი

აივ ინფექცია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებაა. მას იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი, რომელიც გადაეცემა დაუცველი სქესობრივი კავშირით, ნემსების საერთო მოხმარებით, დედიდან შვილზე დედის რძისგან და მშობიარობისას. წლების შემდეგ ვითარდება შემენილი იმუნო დეფიციტის სინდრომი (შიდსი), რომელიც აივ-ინფექციის ბოლო სტადიაა. იმუნოდეფიციტის ვირუსი ადამიანის იმუნურ სისტემას აზიანებს.

აივ-ინფექცია/შიდსი თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი უმწვავესი პრობლემაა, რომლითაც 20 მილიონამდე ადამიანია დაავადებული მსოფლიოში. შიდსი რეგისტრირებულია მსოფლიოს ხუთივე კონტინენტის 206 ქვეყანაში. დაავადებულთაგან 80% სქესობრივი გზით დაავადდა (მათგან 70% ჰეტეროსექსუალური, ხოლო 10% ჰომოსექსუალური სექსუალური კავშირებით).

პირველი შემთხვევა საქართველოში 1989 წელს დაფიქსირდა. 2017 წლის მონაცემებით, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრში რეგისტრირებულია აივ ინფექციით ინფიცირების 6564 შემთხვევა (4890 - მამაკაცი, 1674 - ქალი). პაციენტთა უმრავლესობა 29-დან 40 წლამდეა. შიდსი განუვითარდა 3562 პაციენტს, 1308 გარდაიცვალა.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, საქართველოში არსებობს საკმაოდ დიდი პრობლემა აივ-ინფექციასთან დაკავშირებით. ჩვენი კვლევის მიზანია სტუდენტებში აივ-ინფექცია/შიდსზე ინფორმირებულობის შესწავლა და რა პრევენციულ ღონისძიებებს მიმართავენ მისგან თავდასაცავად.

### მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ინტერნეტ გამოკითხვა ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით, რაც ხელს უწყობს რესპონდენტების მიერ ანონიმური გულწრფელი პასუხების გაცემას. გამოკითხულ იქნა 100 რესპონდენტი საქართველოს სხვადასხვა ქალაქიდან: თბილისი (76%), ბათუმი (7%), ქუთაისი (6%), რუსთავი (5%), ზუგდიდი (3%), ბორჯომი (1%), სენაკი (1%), წყალტუბო (1%). რესპონდენტებს შორის დაცული იყო გენდერული ბალანსი: 50% - მდედრობითი, 50% - მამრობითი სქესის წარმომადგენელი. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 18-დან 29 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებმა. შერჩევის მეთოდად გამოყენებული იქნა თოვლის გუნდის მეთოდი.

კვლევის შეზღუდვებს წარმოადგენდა მისი ჩატარება სასწავლო კურსის ფარგლებში მცირე დროის პერიოდში. არ მოგვეცა საშუალება საქართველოს უმეტესი რეგიონიდან გამოგვეკითხა მეტი ახალგაზრდა.

### კვლევის შედეგები, ინტერპრეტაცია

რესპონდენტების უმრავლესობას (96%) სმენია აივ-ინფექცია/შიდსზე. უმეტესობამ ინფორმაციის წყაროდ ინტერნეტი (55%) და ტელევიზია (48%) დაასახელა, შემდეგ მოდის მეგობრები (42%), უნივერსიტეტი (29%), ოჯახი (27%), სკოლა (26%) ექიმი (16%). ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა თავისდავად კარგია, თუმცა ინტერნეტში ხშირად არასწორი ან არასრული ინფორმაცია ვრცელდება სხვადასხვა საკითხზე, მათ შორის შიდსზეც, რამაც შესაძლოა ადამიანები შეცდომაში შეიყვანოს. ინფორმაციის ერთ-ერთ წყაროდ ექიმი, სკოლა და უნივერსიტეტიც სახელდება, თუმცა მათი პროცენტული მაჩვენებელი მკვეთრად ჩამორჩება ინტერნეტის მაჩვენებელს. იმისათვის რომ ახალგაზრდებს ზუსტი და სრულყოფილი ინფორმაცია ჰქონდეთ ამ საკითხზე, საჭიროა საგანმანათლებლო დაწესებულებების, ოჯახისა და

ექიმის როლის ამაღლება. საყურადღებოა, რომ რესპონდენტების უმრავლესობა (53%), არასდროს დაინტერესებულა შიდსზე დამატებითი ინფორმაციის მოძიებით.

რესპოდენტთა 93%-მა იცის, რომ შიდსი გადადის დაუცველი სქესობრივი კავშირით. 78%-ის აზრით - ნემსების საერთო მოხმარებით, 45%-ის აზრით - მშობიარობისას დედიდან შვილზე გადაცემით, ხოლო 22%-ის აზრით - დედის რძით. საყურადღებოა, რომ რესპოდენტთა 23%-მა შიდსის გადაცემის გზად დაასახელა კოლოს და სხვა მწერების ნაკბენი, 1%-მა - ხელის ჩამორთმევით ან აივ-ინფიცირებულთან საერთო სივრცეში ურთიერთობით.

სტუდენტებს, განსაკუთრებით კი ვაჟებს, აქვთ აქტიური სექსუალური ცხოვრება, შემთხვევითი სექსუალური კავშირები. სიტყვა შემთხვევითი თავისთავად გულისხმობს დაუგეგმავ, გაუთვალისწინებელ კავშირს. გამოკითხული რესპონდენტების 46%-ს ბოლო 6 თვის განმავლობაში ჰქონდა შემთხვევითი სექსუალური კავშირი. მიუხედავად იმისა, რომ რესპონდენტებს არ ჰქონდათ ინფორმაცია პარტნიორის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მათგან არც თუ ისე ცოტა რაოდენობამ (23,4%) აღნიშნა, რომ სექსუალური კონტაქტის დროს არ გამოუყენებიათ დამცავი საშუალებები. მიუხედავად იმისა, რომ უმრავლესობამ იცის სექსუალური კავშირით შიდსის გადაცემის შესახებ, ისინი მაინც მიდიან რისკზე. აღსანიშნავია, რომ კითხვაზე, ზოგადად თუ იყენებენ სექსის დროს დამცავ საშუალებებს, რესპოდენტთა 40% ყოველთვის იყენებს, ხშირად იყენებს 28%, იშვიათად იყენებს 22% და არასდროს არ იყენებს 9%.

რესპოდენტების მცირე რაოდენობას აქვს ჩატარებული ლაბორატორიულ-ღონისძიებები აივ-ინფექცია/შიდსზე. 81%-ს არასდროს გაუკეთებია ლაბორატორიული ანალიზი აივ-ინფექცია/შიდსზე. აღნიშნული მეტყველებს, რომ რესპონდენტების აივ-ინფექცია/შიდსის მიმართ პროფილაქტიკური ღონისძიებებით დაინტერესება დაბალია. კითხვაზე, თუ რამდენად აქცევენ ყურადღებას აივ-ინფექცია/შიდსის გადაცემის საფრთხეების შესახებ ექიმთან, სტომატოლოგთან სილამაზის სალონებში ვიზიტის დროს, ასევე ტატუს, პირსინგის გაკეთებისას არასტერილური ხელსაწყოების გამოყენების შემთხვევაში, 44% მუდმივად აქცევს ყურადღებას, 24% ხშირად აქცევს ყურადღებას, 24% იშვიათად აქცევს ყურადღებას და 7% არასდროს აქცევს ყურადღებას.

### **დასკვნა**

გამომდინარე იქიდან, რომ რესპონდენტების აივ-ინფექცია/შიდსის მიმართ პროფილაქტიკური ღონისძიებებით დაინტერესება დაბალია, მიზანშეწონილია ამ კუთხით განათლების ამაღლება.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.
2. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.

## საკეისრო კვეთის ზრდის პრობლემა

თამარ ნარმანია, მარიამ ნადირაშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის პოლიტიკის მეცნიერების მიმართულების სტუდენტები

### შესავალი

საკეისრო კვეთა (Caesarean Section) არის ქირურგიული ოპერაცია, რომლის დროსაც დედის მუცლის წინა კედლის და საშვილოსნოს კვეთის მეშვეობით ხორციელდება საშვილოსნოდან ნაყოფის ამოყვანა და ახალშობილის დაბადება. საკეისრო კვეთა საშოსმხრივი ბუნებრივი მშობიარობის ალტერნატივაა. პირველი საკეისრო კვეთით მშობიარობის ფაქტი დაფიქსირდა რომში, ჩვ.წ. აღ-მდე 100 წელს, როდესაც ქვეყანას მოევლინა გაიუს იულიუს კეისარი და ამ სახის მშობიარობამ სახელწოდებაც სწორედ აქედან მიიღო - „საკეისრო“.

საკეისრო კვეთების პოპულარიზაციაში ძალიან დიდი როლი ითამაშა თანამედროვე ქირურგიულმა მიღწევებმა. გაუმჯობესდა კოსმეტიკური ეფექტი, განაკვეთი მუცლის წინა კედელზე არ აღემატება 10-12 სმ-ს. საკეისრო კვეთა ტარდება არა ზოგადი, არამედ ადგილობრივი გაუტკივრებით, რომელიც საშუალებას იძლევა რომ დედამ დაინახოს ახალშობილი და ქონდეს კონტაქტი მასთან დაბადების პირველივე წუთებში. ოპერაციის ხანგრძლივობა არ აღემატება ერთ საათს, მაშინ როდესაც ვაგინალური მშობიარობა მიმდინარეობს რამოდენიმე საათის განმავლობაში.

ძველად საკეისრო კვეთა ტარდებოდა მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევებში. სასწრაფო ანუ გადაუდებელი საკეისრო კვეთა ტარდება მაშინ, როდესაც ფიზიოლოგიურად დაწყებული მშობიარობის განმავლობაში ვერ ხერხდება ნაყოფის გამოძევა (წამლებით სტიმულაციის ფონზეც კი) და ამავდროულად აღინიშნება ნაყოფის მწვავე ჰიპოქსიის (ჟანგბადის ნაკლებობის) ნიშნები. აღნიშნული განპირობებულია შემდეგი მიზეზებით: სამშობიარო მოქმედების სისუსტე, პლაცენტის ნაადრევი აშრეება, საშვილოსნოს დაწყებული გახევა (წინა საკეისრო კვეთების ადგილზე), ჰიპლარის გამოვარდნა.

1985 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებული რეკომენდაციით, საკეისრო კვეთების რაოდენობა ქვეყნის მასშტაბით მშობიარობათა საერთო რიცხვის 10-15 %-ს არ უნდა აღემატებოდეს. საქართველო იმ ქვეყნების ჩამონათვალს მიეკუთვნება, სადაც საკეისრო კვეთის სიხშირე, ჯანმოს მიერ რეკომენდირებულ 15%-იან ზღვარს, საკმაოდ მაღალი ციფრებით სცილდება და სტაბილურად განაგრძობს ზრდას. ქვეყანაში საკეისრო კვეთის საშუალო მაჩვენებელმა 2013 წელს 37.3% შეადგინა.

საკეისრო კვეთების შემცირებაში მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლი. ამ მხრივ, სახელმწიფო რეგულაციის უმთავრესი მექანიზმია საკეისრო კვეთის ეროვნული პროტოკოლისა და გაიდლაინის შექმნა. 2013 წლის 30 ოქტომბერს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა საკეისრო კვეთების პროტოკოლი, ხოლო 2014 წლის 23 მაისის ბრძანებით საკეისრო კვეთების გაიდლაინი. გაიდლაინში მოცემულია სრული ინფორმაცია როგორც საკეისრო კვეთის ასევე ფიზიოლოგიური მშობიარობის შესახებ, რისკები, მოსალოდნელი შედეგები.

ჩვენი კვლევის მიზანია, გამოვკვეთოთ ის ძირითადი ფაქტორები რომლებიც განაპირობებენ საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის ზრდას და მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება.

## **მეთოდოლოგია**

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა საკეისრო კვეთების შესახებ არსებული ლიტერატურის პირველადი და მეორადი წყაროების ანალიზი. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 18-დან 57 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის ქალების ინტერნეტით გამოკვება სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით.

## **შედეგები**

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო უმეტესად 18 დან 27 წლამდე ქალებმა (82%). რესპოდენტთა 57%-მა იმშობიარა ფიზიოლოგიურად, 43%-ს ჩაუტარდა საკეისრო კვეთა. აღნიშნული აჩვენებს, რომ საკეისრო კვეთის ზრდის პრობლემა ნამდვილად არსებობს თანამედროვე საზოგადოებაში. კითხვაზე, თუ რატომ ანიჭებენ უპირატესობას საკეისრო კვეთას, რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით, იგი უბრალოდ უფრო მისაღები მშობიარობის ფორმაა მათთვის (76%). მათ არ გააჩნიათ შესაბამისი ინფორმაცია იმ რისკებსა და საშიშროებების შესახებ რაც საკეისრო კვეთას შეიძლება მოყვეს. მაღალი ფასის გამო ექიმებს აქვთ საკეისრო კვეთისადმი ფინანსური დაინტერესება.

## **დასკვნა და რეკომენდაციები**

კვლევამ აჩვენა, რომ საკეისრო კვეთის რაოდენობის ზრდის პრობლემა საკმაოდ აქტუალურია. მშობიარობის ეს სახეობა სიმარტივის და სხვა თავისებურებების გამო მისაღებია ორსულთათვის. სახელმწიფო სათანადოდ არეგულირებს ამ კუთხით ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობას. მიზანშეწონილია საკეისრო კვეთის შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლება, სახელმწიფოს მხრიდან ეფექტური მარეგულირებელი მექანიზმების შემუშავება, კერძოდ, ექიმების ფინანსური დაინტერესების შემცირების მიზნით ფიზიოლოგიურ მშობიარობასა და საკეისრო კვეთას შორის არსებული ფასების გათანაბრება, ასევე საკეისრო კვეთის შესახებ შემუშავებული გაიდლაინების, როგორც ეროვნული რეგულირების მექანიზმის როლის ამაღლება.

## **ბიბლიოგრაფია:**

1. თენგიზ ვერულავა, გურანდა გიორგაძე. საკეისრო კვეთების ზრდის პრობლემა საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა 2015, 1.
2. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.
3. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.



## ანესთეზიოლოგების ანაზღაურება საქართველოში

ლიკა სუბელიანი - ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მაგისტრი

### შესავალი

„ვფიცავ აქიმ აპოლონს, ასკლეპიოსს, ჰიგიეას, პანაკეას და ყველა ღმერთებს და ქალღმერთებს, ვიმოწმებ ყველას, რომ შევასრულო პატიოსნად, ჩემი ძალისა და შეგნების შესაბამისად, შემდეგი ფიცი და წერილობითი ვალდებულება: ვინც შემასწავლა სამედიცინო ხელოვნება, ჩემი მშობლების სწორად ჩავთვალო, ჩემი ქონებრივი შესაძლებლობანი გავუყო მას და საჭიროების შემთხვევაში დავეხმარო გასაჭირში; მისი შთამომავლობა ჩავთვალო ჩემს ძმებად და თუ ისინი მოისურვებენ ამ ხელოვნების შესწავლას, გადავცემ მათ ყოველგვარი სასყიდლისა და ხელშეკრულების გარეშე... მე წარვმართავ ავადმყოფთა რეჟიმს მათი სარგებლობისა და ჩემი ძალისა და შეგნების შესაბამისად ისე, რომ თავი დავიჭიროთ ყოველგვარი ვნებისა და უსამართლობის მიყენებისაგან. დაე, მე, ამ ფიცის ურღვევად შემსრულებელს, მქონდეს ბედნიერება ცხოვრებასა და ხელოვნებაში და დიდება ყველა ადამიანთა შორის სამარადისოდ. დაე, მის დამრღვევს და ცრუ ფიცის დამდებს ყველაფერი პირუკმოდ მოსვლოდეს...“ [1]

აქვს თუ არა რაიმე მნიშვნელობა დღევანდელი საზოგადოებისთვის „ჰიპოკრატეს? ალბათ, კვლავაც საკამათო საკითხად დარჩება. ყველა ექიმს აქვს წაკითხული ჰიპოკრატეს ფიცი, თუმცა, მისი მნიშვნელობა აზრს კარგავს თუ მისი შრომა შესაბამისად არ იქნა დაფასებული.

სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ ჯანდაცვის სისტემაზე და დაფინანსების მეთოდებზე. გაწეული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დასაფარავად თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემებში ძირითადად შემდეგი სახის ანაზღაურების მეთოდები გამოიყენება: სულადობრივი ანუ, კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდი, ფიქსირებული ანაზღაურების მეთოდი, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით გაწეული დანახარჯების ანაზღაურება, მიზნობრივი ანაზღაურება.

კვლევის მიზანია, სამედიცინო პროფესიის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი წარმომადგენლების, ანესთეზიოლოგების ანაზღაურების შესწავლა.

### მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა თბილისის რამოდენიმე საავადმყოფოს ექიმ-ანესთეზიოლოგების გამოკითხვა ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. კითხვარი მოიცავდა ექიმ-ანესთეზიოლოგების არჩეული პროფესიით კმაყოფილებას, მათი ანაზღაურების მეთოდს, საშუალო თვიურ შემოსავალს და ამ ანაზღაურებით კმაყოფილებას. შერჩეული მეთოდოლოგიის შეზღუდვას წარმოადგენდა დროის სიმცირის გამო კვლევის ჩატარება თბილისის მხოლოდ რამდენიმე საავადმყოფოში.

### კვლევის შედეგები

**“ზართ თუ არა არჩეული პროფესიით კმაყოფილი?”**

**დავითი 40 წლის** - „ექიმობა ბავშვობიდან მინდოდა და წამით არ მინანია საკუთარი გადაწყვეტილება...“

**თამარიკო 50 წლის** - „ჩემი პროფესია ოჯახური ტრადიციის გაგრძელებაა, შესაბამისად ვერ ვიტყვი, პროფესია რომ მე თვითონ ავირჩიე“.

**თამუნა 45 წლის** - "პროფესია თვითონ ავირჩიე, შესაბამისად მიყვარს ჩემი საქმე".

**ანა 31 წლის** - "იმის გათვალისწინებით, რომ საქმიანობის ლიცენზია სულ ახლახან მოვიპოვე, ჩემზე ბედნიერი ანესთეზიოლოგი ალბათ არავინ არ არის, მიყვარს ჩემი პროფესია..."

**ომარი 65 წლის** - „დედაჩემიც ექიმი იყო, ძალიან უნდოდა მეც ექიმი გამოვსულიყავი, არ ვნანობ, რომ დედას დავუჯერე“.

**ქეთინო 68 წლის** - "ჩემს დროს სამედიცინო ფაკულტეტი მოდაში იყო და მეც მოდას ავეყვი (იციანის)".

**ნინო 54 წლის** - "ადრე ჭკუა რომ მეხმარა უკეთეს პროფესიას ავირჩევდი".

**ბაია 55 წლის** - "კმაყოფილი არ ვარ, თუმცა მიყვარს ჩემი პროფესია"



**„საშუალოდ, ამ საქმიანობიდან, რამდენს შეადგენს თქვენი თვითური შემოსავალი? და ხართ თუ არა კმაყოფილი თქვენი ანაზღაურებით?**

**დავითი 40 წლის** - „საშუალოდ ჩემი თვითური შემოსავალია 5000-7000 ლარი, თუმცა, მინდა ავღნიშნო, რომ ეს ანაზღაურება არ არის იმ შრომის შესაბამისი რა შრომასაც მე ვწევ ყოველდღიურად. რა თქმა უნდა, კმაყოფილი არ ვარ, მაგრამ მე მიყვარს ჩემი საქმე და ეს მიმსუბუქებს ტვირთს...“

**თამარიკო 50 წლის** - „საშუალოდ ჩემი თვითური შემოსავალი 3000-4000 ლარამდეა, ვერ ვიტყვი, რომ კმაყოფილი ვარ, მეორე სამსახური რომ არა, შვილებისთვის ხარისხიანი განათლების მიცემა კი შეუძლებელია ამ ანაზღაურების იმედზე“.

**თამუნა 45 წლის** - „ჩემი შემოსავალი საშუალოდ 5000-8000 ლარამდეა, ზოგჯერ მეტიც ამილია, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენ ოპერაციას ჩავატარებ და რა სირთულის ოპერაციები იქნება.“

**ანა 31 წლის** - „სტანდარტების მიხედვით მიხდინან, ყოველი თვის ბოლოს ითვლიან ჩემს ოპერაციებს. თითოეულ ოპერაციას თვისი კოდი აქვს და თანხაც ამ კოდის მიხედვით განისაზღვრება. ჩემი შემოსავალი ჯერ-ჯერობით 1000 ლარამდეა, რადგან პატარა ვარ, დიდ და რთულ ოპერაციებზე დადგომის უფლებას ჯერ არ მაძლევენ“.

**ომარი 65 წლის** - „მე მხოლოდ ვმორიგეობ, 4 დღეში ერთხელ დავდივარ და შესაბამისად ანაზღაურებაც ნაკლები მაქვს სხვებთან შედარებით...“

**ქეთინო 68 წლის** - „ყველა ოპერაციაზე განსაზღვრული თანხა მეწერება, აი მაგალითად აპენდექტომიაზე 80 ლარია და ასე შემდეგ. მე გადაუდებელ ოპერაციებ ვატარებ ძირითადად და საშუალოდ 1000- 1500 გამომდის თვეში, თანაც 4 დღეში ერთხელ ვმუშაობ, კმაყოფილების რა ვითხრათ, აბა, სასაცილო ხელფასია“.

**ნინო 54 წლის** - „რა მეთოდით მინაზღაურებენ არ ვიცი. ყველა ოპერაციაზე რაღაც გარკვეული თანხა მეწერება, ოღონდ ამ თანხას რის მიხედვით განსაზღვრავენ არ ვიცი. სასაცილოა, ფლეგმონის დრენირებაზე ყბა-სახის ქირურგიაში, 20 წუთიან ოპერაციაში 100 ლარი მეწერება, ხოლო მწვავე პერიტონიტში, რომლის ხანგრძლივობამაც მთელ დღეს შეიძლება გასტანოს - 110 ლარი, შეამჩნიეთ ალბათ ხომ შეუსაბამობა?!... ჩემი შემოსავალი ხან როგორ ხან როგორ, უმეტესად 1500 ლარი გამომდის. ამ დროს 3 ადგილზე ვარ დასაქმებული“.

**ზაია 55 წლის** - „3 ადგილას ვმუშაობ, დღე და ღამ, რამდენი შრომა ჩავდე ექიმის ტიტულის მისანიჭებლად და ბოლოს რა, ორი გოგონა მყავს და ასე თუ ისე ვახერხებ მათი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას... ისინი ექიმები არასოდეს არ გამოვლენ...“.

### **დასკვნა, რეკომენდაციები**

ჩატარებული კვლევიდან ირკვევა, რომ ექიმ-ანესთეზიოლოგები არ არიან საკუთარი ანაზღაურებით კმაყოფილი. ანაზღაურება ხორციელდება ნოზოლოგიების წინასწარ დადგენილი ტარიფების მიხედვით. მიზანშეწონილია ექიმთა ანაზღაურების მეთოდების გადახედვა. იგი უნდა ითვალისწინებდეს წამახალისებელ, მასტიმულირებელ მეთოდებს. საჭიროა ექიმთა ასოციაციების მეტი ჩართულობა ანაზღაურების მეთოდების დადგენაში.

### **ბიბლიოგრაფია:**

4. შენგელია, მ. (1988) „მედიცინის ისტორია“.
5. ვერულავა თენგიზ (2009). ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტის გამომცემლობა
6. ვერულავა თენგიზ (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.

## პაციენტების მენიშვნების შესწავლა და მისი როლი სამედიცინო მომსახურების

### ხარისხის უზრუნველყოფაში

ქეთი ხელაძე, ვახტანგ ჯანელიძე, ანა გუგავა, გიორგი ლაბაური - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰუმანიტარულ მეცნიერებათა და სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტების სტუდენტები

#### შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანდაცვის სისტემა არის „ყველა ის ღონისძიება, რომელთა უპირველესი მიზანია ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, აღდგენა და შენარჩუნება“. ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს: სამედიცინო მომსახურებას, პირველად და მეორად პრევენციას, მკურნალობას, რეაბილიტაციას, დაფინანსების, რესურსების ფორმირებისა და მართვის ფუნქციებს. ჯანდაცვის სისტემის მთავარი ფუნქციაა სამედიცინო მომსახურების მიწოდება [1. გვ. 11-12].

მოსახლეობის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად და ქვეყნის ჯანდაცვის წინაშე მდგარი ამოცანების გადასაჭრელად აუცილებელია ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა და შესაბამისი რესურსების არსებობა. მნიშვნელოვანია სამედიცინო და მმართველი კადრების რაოდენობა და კვალიფიკაცია, ასევე გასათვალისწინებელია ფინანსური რესურსი და ინფრასტრუქტურა. ის შესაბამისობაში უნდა იყოს მოსახლეობის ჯანდაცვით საჭიროებებთან [5]. საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ აღნიშნულია, რომ „საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა გამწვევისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამოსამსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება“ [2].

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლი. საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მითითებულია, რომ „ყველა სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხს კანონმდებლობით დადგენილი წესით აკონტროლებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო“ [3].

სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების მიზნით, სამედიცინო დაწესებულებებში უნდა არსებობდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა [4], რაც ხელს შეუწყობს არსებული დარღვევებისა და ხარვეზების დროულ გამოვლენასა და რეაგირებას.

საქართველოში დღეს ბევრი სახელმწიფო თუ კერძო კლინიკაა. ყველა ადამიანს აქვს როგორც ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, ასევე იმ სამკურნალო დაწესებულების არჩევის უფლება, სადაც მას სურს მიიღოს მისთვის სასურველი თუ აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება. სამედიცინო კადრების ექიმების, ექთნების, ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალის მოვალეობაა არსებული რესურსებით ჯანმრთელობის საუკეთესო შედეგების მიღწევა. საკადრო რესურსები წარმოადგენს მნიშვნელოვან ინვესტიციას ჯანდაცვის სისტემაში, ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობა საბოლოო ჯამში დამოკიდებულია სამედიცინო კადრების ცოდნაზე, უნარებზე და მოტივაციაზე [1. გვ.182].

სწორედ თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა, ინფრასტრუქტურა, მომსახურე პერსონალის მაღალი პროფესიონალიზმი და კომპეტენტურობა ქმნის მომსახურების მაღალ ხარისხს და ორგანიზაციის იმიჯს. ეს ზრდის კონკურენციას და მოთხოვნადობას სამედიცინო დაწესებულებებს შორის.

გამომდინარე აქედან ჩვენთვის მნიშვნელოვანი იყო, გაგვერკვია, რამდენად კმაყოფილია პაციენტები და მათი ახლობლები კარდიოლოგიის კლინიკაში მიღებული სამედიცინო მომსახურებით, ექიმებით და კლინიკის ინფრასტრუქტურით.

## მეთოდოლოგია

დასახული მიზნის მისაღწევად გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარის სახით. კვლევის ობიექტად შეირჩა თბილისის ერთ-ერთი მსხვილი სამედიცინო დაწესებულების პაციენტები და მათი ახლობლები. კვლევა მოიცავს 2017 წლის იანვარ-ნოემბრის პერიოდს. შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით გამოიკითხა 509 რესპოდენტი. კითხვარი მოიცავდა სამ დახურულ კითხვას, თითოეული სამ სავარაუდო პასუხს. რესპოდენტებს აგრეთვე შესაძლებლობა ჰქონდათ, დაეფიქსირებინათ თავიანთი შენიშვნები და რჩევები კარდიოლოგიის ცენტრის სამედიცინო და დამხმარე პერსონალის, ინფრასტრუქტურისა და მომსახურების დონის შესახებ.

## შედეგები

შეკითხვას „კმაყოფილი ხართ თუ არა მკურნალი ექიმის მიერ გაწეული მომსახურებით“, გამოკითხულთა 85.07%-მა დადებითი პასუხი გასცა, უარყოფითი პასუხი 10.02%-მა დააფიქსირა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა 2.75% - ს, შეკითხვას არ უპასუხა 2.16% - მა.

გამოკითხულ რესპოდენტთა შორის დადებითი პასუხის შედარებით მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი დაფიქსირდა შეკითხვაზე კმაყოფილი იყვენ თუ არა კლინიკის სანიტარული მდგომარეობით, სისუფთავით და კომფორტით. კმაყოფილება გამოხატა რესპოდენტთა 90.96% - მა, უკმაყოფილება - 5.9% - მა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა 0.98% - ს, შეკითხვას არ უპასუხა 2.16% - მა.

შეკითხვაზე, მომართავდნენ თუ არა კლინიკას მომავალში, გამოკითხულთა 84.68% - მა პროცენტმა განაცხადა, რომ კი, უარი გამოთქვა 9.43% - მა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა 3.73% - ს, შეკითხვას არ უპასუხა 2.16% - მა.

ამგვარად, გამოკითხული რესპოდენტების 85.07% კმაყოფილია მკურნალი ექიმის მომსახურებით, 90.96% - კლინიკის სანიტარული მდგომარეობით, სისუფთავით და კომფორტით, 84.68% - მომავალშიც მომართავს კლინიკას მომსახურების მისაღებად. 10.02% უკმაყოფილოა კლინიკის ექიმთა მომსახურებით, 5.9% - ს არ მოსწონს კლინიკაში არსებული სანიტარული მდგომარეობა, სისუფთავე და არ თვლის, რომ კლინიკაში კომფორტული გარემოა, შემდგომში საჭიროების შემთხვევაში, კლინიკას არ მომართავს 9.43%.

რამდენიმე რესპოდენტმა თავი შეიკავა ყოველგვარი შენიშვნისა და კომენტარისაგან და კითხვარში სამივე კითხვის გასწვრივ დადებითი პასუხი დააფიქსირა. ზოგმა რესპოდენტმა შეთავაზებულ სამივე შეკითხვაზე უარყოფითი პასუხები გასცა და ასევე უარყოფითი კომენტარებით შემოიფარგლა. უარყოფითი შინაარსის შენიშვნები დატოვა გამოკითხულთა იმ 2.16% - მა, რომელმაც პასუხი არ გასცა კითხვარში დასმულ შეკითხვებს.

საინტერესოა რესპოდენტთა კომენტარებისა და შენიშვნების სტატისტიკა. შედეგმა აჩვენა, რომ იმ რესპოდენტთა შორის, ვინც კითხვარში თავისი აზრი დააფიქსირა შენიშვნისა თუ კომენტარის სახით, 42.73% დადებითადაა განწყობილი კლინიკის სამედიცინო და დამხმარე პერსონალის, ინფრასტრუქტურისა და მომსახურების დონის მიმართ, 57.27% - უარყოფითად.

უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხვის დროს ზოგიერთმა რესპოდენტმა, რომელმაც სამივე კითხვას დადებითი პასუხი გასცა, გარკვეული შენიშვნები გააკეთა კლინიკაში არსებული მდგომარეობის შესახებ. რესპოდენტთა გარკვეულმა ნაწილმა მაღლიერება გამოხატა კლინიკის სამედიცინო პერსონალის მიმართ. გამოკითხვის დროს რესპოდენტებმა კითხვარში ჩანაწერების სახით მაღლობები გამოთქვეს კლინიკის ექიმებისა და ექთნების მიმართ. დაფიქსირდა შემთხვევაც, როცა ერთი და იგივე ექიმი სხვადასხვა პაციენტის მიერ შეფასდა როგორც დადებითად, ასევე ურყოფითად.

## დასკვნა

კვლევის შედეგმა აჩვენა, რომ პაციენტებსა და მათ ახლობლებზე ძალიან დიდ გავლენას ახდენს ექიმების გულისხმიერი დამოკიდებულება. რა თქმა უნდა პროფესიონალიზმი, ინფრასტრუქტურა და გარემო მნიშვნელოვანი ფაქტორია სრულყოფილი მკურნალობის ჩასატარებლად, მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანია საკომუნიკაციო უნარების ფლობა, ტაქტი და პროფესიული ეთიკა. კლინიკაში არსებული მდგომარეობის, არსებული დარღვევების გამოვლენისა და შემდგომში მათზე რეაგირების მიზნით, მიზანშეწონილია ჩატარდეს პაციენტთა

და მათი ახლობლების რეგულარული გამოკითხვა. ჩაუტარდეს რეგულარული ტრენინგები კლინიკის პერსონალს ინტერპერსონალური კომუნიკაციის სფეროში.

### ბიბლიოგრაფია

1. ვერულავა, თენგიზ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
2. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978>, წვდომის თარიღი: 22.12.2017
3. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980>, წვდომის თარიღი: 22.12.2017
4. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბრის ბრძანება №01-6 3/5 სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1741403>, წვდომის თარიღი: 22.12.2017
5. საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წწ. სახელმწიფო სტრატეგია. ხელმისაწვდომია: <http://www.nplg.gov.ge/gsd/cgi-bin/library.exe?e=d-00000-00---off-0civil2-civil2-01-1--0-10-0--0-0-0prompt-10--..-4----4---0-01--11-ru-10---10-ka-50--00-3-help-00-0-00-11-1-1utfZz-8-00-0-11-1-0utfZz-8-00&cl=CL1.2&d=HASH01da45a8bcba135d86b73655.5&gt=2>, წვდომის თარიღი: 22.12.2017
6. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.

## ქართული ნაციონალური ცეკვების შემსრულებელთა პროფესიული თავსებურებები და ჯანმრთელობა

ქეთევან რეხვიაშვილი, მარიამ მურადოვი, ლილე კვანტალიანი, ანა ოზოლაძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

საქართველოში, ქართულ ნაციონალურ ცეკვებს უდიდესი ისტორია აქვს. იგი ჩვენი ქვეყნის კულტურას და ხასიათს გადმოგვცემს, რის გამოც ხალხში ოდითგანვე დიდი პოპულარობით სარგებლობდა და დღესაც სარგებლობს. ამას მოწმობს საქართველოში არსებული სახელმწიფო ანსამბლები. თბილისში დღესდღეობით არსებობს 4 სახელმწიფო ქორეოგრაფიული ანსამბლი: „სუხიშვილები“, „ერისიონი“, „რუსთავი“ და „აფხაზეთი“. კერძო ანსამბლების რაოდენობა ბევრია, რომელთა ზუსტი რაოდენობის დადგენა შეუძლებელია.

ადამიანები, რომლებიც დღეს ქართულ ანსამბლებში ცეკვავენ, საკუთარ კარიერას, ძირითადად, ადრეულ წლებში, დაახლოებით 4-5 წლის ასაკში იწყებენ და შესაძლოა 30 წელი გაგრძელდეს, თუმცა, ხშირად ადრეულ ასაკში წყვეტენ პროფესიულ მოღვაწეობას.

მოცეკვავის პროფესია დიდ ფიზიკურ დატვირთვას მოითხოვს. ისინი გამუდმებით ვარჯიშობენ და თითქმის ყოველდღე უწევთ ურთულესი მოძრაობების შესრულება, ხშირად დღეში რამდენჯერმეც კი აქვთ კონცერტები. აღნიშნული უარყოფითად ზემოქმედებს მათ ჯანმრთელობაზე. ხშირია მოულოდნელი ტრამვები ცეკვის დროს, რაც შესაძლოა კარიერის დასასრულის მიზეზიც კი გახდეს.

აღსანიშნავია, რომ ანსამბლ „სუხიშვილებს“ აქვთ სამედიცინო დაზღვევა, რომელსაც აფნანსებს სახელმწიფო. სხვადასხვა სამედიცინო სერვისებთან ერთად იგი მოიცავს კიდურების დაზღვევას *[ინფორმაცია არ არის გადამოწმებული. ეყრდნობა გამოკითხული მოცეკვავეებიდან მიღებულ მონაცემებს.]* თუ ანსამბლის რომელიმე მოცეკვავემ ცეკვას თავი დაანება ტრამვის გამო, მას 2 წლის განმავლობაში უხდებიან გარკვეული ოდენობის თანხას კომპენსაციის სახით.

მოცეკვავის პროფესია არა მხოლოდ ფიზიკურ, ასევე ფსიქოლოგიურ დატვირთვასაც გულისხმობს. მუდმივი რეპეტიციები, დაღლილობის შეგრძნება, ფიზიკური დატვირთვა ხელს უწყობს სტრესის განვითარებას. სტრესი შესაძლოა გამოიწვიოს უეცარმა ტრამვამაც, რომელიც შეიძლება კარიერის დასრულების მიზეზი გახდეს და მთლიანად შეცვალოს ადამიანის ცხოვრება. პროფესიული საქმიანობის შეწყვეტის შედეგად შესაძლოა ადამიანი გახდეს სრულიად ასოციალური, მოწყდეს გარე სამყაროს და საკუთარ თავში ჩაიკეტოს.

ამგვარად, პროფესია - „მოცეკვავე“ დიდ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ რისკებთან არის დაკავშირებული. შესაძლოა ერთ დღეს დაკარგო ის, რასაც მთელი ცხოვრება აშენებდი. ამ ყველაფრის მიუხედავად უარს არავინ ამბობს გახდეს მოცეკვავე და მიაღწიოს წარმატებას. ალბათ ძალიან ცოტაა ახალგაზრდა, რომელსაც თუნდაც ბავშვობაში ქართულ ცეკვებზე არ უვლია ცოტახნით მაინც.

კვლევის მიზანია ქართული ნაციონალური ცეკვების შემსრულებელთა ჯანმრთელობის პრობლემების შესწავლა, მათი პროფესიული საქმიანობის ჯანმრთელობაზე გავლენის დადგენა როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოლოგიური კუთხით, მოცეკვავეთა ინფორმირებულობის დონის გარკვევა ჯანდაცვასთან მიმართებით.

### მეთოდოლოგია

კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ მოქმედი მოცეკვავეები, რომლებიც ცეკვავენ როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო ანსამბლებში რათა ნათლად დავინახოთ განსხვავება მათ შორის. ასევე აქვთ ცეკვის მინიმუმ 5 წლიანი გამოცდილება. შერჩევა მოიცავს 15 მოცეკვავეს, რომელთაგან 5 იყო სახელმწიფო ქორეოგრაფიული ანსამბლის „აფაზეთის“ წევრი, ხოლო დანარჩენები - სხვადასხვა კერძო ანსამბლებიდან. რესპოდენტებს შორის დაცული იყო გენდერული ბალანსი.

მონაცემთა მოპოვებისთვის გამოყენებული იქნება თოვლის გუნდის მეთოდი. ჩავატარებთ სიღრმისეულ ინტერვიუს რომელიც საშუალებას გვაძლევს პრობლემა დავინახოთ უფრო ღრმად და მოგვცეს შედეგების სანდოობის შედარებით უფრო მეტი გარანტია.

კვლევის შეზღუდვად შეიძლება დავასახელოთ ის გარემოება, რომ რესპოდენტთა უმეტესობა მკვლევართა სანაცნობო წრიდანაა, რამაც შესაძლოა გარკვეულ წილად შეაფერხოს რიგ საკითხებზე ვალიდური პასუხების მიღება.

### **შედეგები, ინტერპრეტაცია**

ინტერვიუს დროს განხილული იყო შემდეგი საკითხები: რა როლი აქვს ცეკვას თითოეულის ცხოვრებაში, რა დროს უთმობენ ცეკვას, ექმნებათ თუ არა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, რამდენად ხშირად და რა მიზეზით მიმართავენ ექიმს, აქვთ თუ არა ჯანმრთელობის დაზღვევა, ჰყავთ თუ არა ოჯახის ექიმი, მიაჩნიათ თუ არა სტრესულად საკუთარი პროფესია, უფიქრიათ თუ არა კარიერის დასასრულზე და ასე შემდეგ. საინტერესოა, რა პასუხები მივიღეთ მათგან და გამოიკვეთა თუ არა მნიშვნელოვანი პრობლემები.

პირველ კითხვაზე, თუ რა ასაკიდან დაიწყო ცეკვა, ყველა მათგანის პასუხი მერყეობდა 4-დან 6 წლამდე ასაკში. მხოლოდ ერთმა რესპოდენტმა თქვა, რომ ცეკვა 17 წლის ასაკიდან დაიწყო, მაგრამ კარგი იქნებოდა ბავშვობაში დაეწყო:

*"როცა პატარა ასაკიდან იწყებ ცეკვას, შენი ორგანიზმი ეჩვევა ძლიერ ფიზიკურ დატვირთვას და იმდენად აღარ გაწუხებს დაღლილობა. 17 წლის ასაკში კი ძვლოვანი სისტემა თითქმის ბოლომდე ჩამოყალიბებულია და ფიზიკური დატვირთვაც უფრო მეტად აისახება ჯანმრთელობაზე."*

ყველა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ განსაკუთრებით პატარა ასაკში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს გამოცდილ ქორეოგრაფს, რათა მან სწორად შეურჩიოს ბავშვს მისთვის შესაფერისი ვარჯიშები.

აღმოჩნდა, რომ ყველა რესპოდენტის ცხოვრებაში ცეკვას უდიდესი ადგილი უჭირავს, ის მათთვის არა მხოლოდ პროფესიაა, არამედ ჰობი, გართობის და განტვირთვის საშუალებაა. რეპეტიციები ძალიან ხშირად აქვთ, თითქმის ყოველდღე, ამიტომ ცეკვის გარეშე საკუთარი ცხოვრება ვერ წარმოუდგენიათ. ამ საკითხთან დაკავშირებით არ დაფიქსირებულა განსხვავებული მოსაზრება და ყველა რესპოდენტის პასუხი იდენტური იყო, რაც გავფიქრებინებს, რომ ცეკვა მათთვის პროფესიაზე მეტია და მისგან სიამოვნებას იღებენ.

ასევე ერთსულოვანი იყო მათი პასუხი შეკითხვაზე, უქმნით თუ არა ცეკვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, თითქმის ყველამ აღნიშნა, რომ ნამდვილად ექმნებათ ჯანმრთელობის პრობლემები ცეკვის გამო. მხოლოდ ერთმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ არანაირი ჯანმრთელობის პრობლემა არ აქვს, რის მიზეზადაც შეიძლება მოცეკვავის მცირე ასაკი და ცეკვის მხოლოდ 5 წლიანი გამოცდილება მივიჩნიოთ.

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების შეფასებისას გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება გენდერის თვალსაზრისით. აღმოჩნდა, რომ ბიჭებს და გოგონებს განსხვავებული ჯანმრთელობის პრობლემები ექმნებათ ცეკვის გამო. ბიჭებში უფრო ხშირია მენისკის, ცერების და მუხლების ტრამვირება, რასაც იწვევს ის, რომ ბიჭები ასრულებენ ისეთ ილეეთებს, როდესაც უწევთ ფეხის ცერების დატვირთვა, ასევე მუხლებზე დაცემა და ტრიალი, რაც იწვევს პრობლემებს. ასევე რამოდენიმე ბიჭმა დაასახელა, რომ ფარეკაობის დროს ხშირია ნაპერწკლების თვალში მოხვედრა, რაც თვალის პრობლემებს იწვევს.

გამოიკვეთა ასევე საერთო პრობლემები. ყველა მოცეკვავს აწუხებს ხერხემლის პრობლემა, კერძოდ, მე-4 და მე-5 მალეებს შორის აცდენა, რასაც იწვევს ცეკვისას ხშირი ტრიალი. ასევე საკმაოდ ხშირი პრობლემაა ფეხის ღრძობა. ერთ-ერთმა რესპოდენტმა გაიხსენა საკუთარი ტრამვის შემთხვევა:

*"ერთ-ერთ კონცერტზე, როდესაც ფარეკაობას ვცეკვავდით იმდენად სწრაფად ვასრულებდით ილეეთებს, რომ ძნელი იყო მოგეზობა სად და რა მანძილზე იქნევდი ხანჯალს. ჩემი მეწყვილის მოქნეული ხანჯალი მომხვდა ყურზე და ფაქტიურად მთელი ყური მომაჭრა, მაგრამ ყველაზე საინტერესო იყო ის რომ ცეკვა არცერთს არ შეგვიწყვეტია და მეც არ მიგრძნია ტკივილი სანამ კულისებში არ გავედი, რომ დავინახე მთელ სცენაზე ჩემი სისხლი იყო მაშინ*

მივხვდი რაც მოხდა“. როგორც დავინახეთ ცეკვა დაკავშირებულია უამრავ რისკთან, რომლის წინაშე ყველა მოცეკვავე დგას.

ზემოთ აღნიშნული პრობლემების გათვალისწინებით, სავარაუდოა, რომ მოცეკვავეები ხშირად უნდა მიმართავდნენ ექიმს, მაგრამ ჩვენი ვარაუდი უმეტესწილად არ გამართლდა და აღმოჩნდა, რომ ისინი ექიმს მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიმართავენ, თუ რაიმე განსაკუთრებული შემთხვევა იქნება ან ისე შეაწუხებთ რამე, რომ ცეკვას ვეღარ შეძლებენ. ყველაზე ხშირად ექიმს მიმართავს მხოლოდ ერთი რესპოდენტი და ისიც წელიწადში 4-ჯერ, ხოლო დანარჩენები საერთოდ არ მიმართავენ, მით უმეტეს პროფილაქტიკის მიზნით.

ერთ-ერთმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ იმდენად დაბალი ხელფასები აქვთ, რომ ზუსტად იცის მისი დატოვება ექიმთან ერთ ვიზიტში მოუწევს და შესაძლოა საკმარისი არც აღმოჩნდეს ეს თანხა. შესაბამისად, ისინი ცდილობენ არ მივიდნენ ექიმთან ან მხოლოდ უკიდურეს დროს მიმართონ მას. განსაკუთრებულ შემთხვევებში, ისინი მიმართავენ ძირითადად ტრამვატოლოგს, ოფთალმოლოგს და თერაპევტს.

რესპოდენტთა უმრავლესობა ინფორმირებულია და უმეტესობას ჰყავს ოჯახის ექიმი, თუმცა არ სარგებლობს ამ მომსახურებით. მათ აღნიშნეს, რომ იმ იშვიათ შემთხვევებში, როდესაც მიმართავენ ოჯახის ექიმს, საკმაოდ კმაყოფილები არიან მომსახურებით.

რესპოდენტებთან საუბარი გვექონდა ფსიქოლოგიურ პრობლემებზე და სტრესზე. წინასწარი მოლოდინის მიუხედავად, რომლის მიხედვითაც ვფიქრობდით, რომ ცეკვა გარკვეულ ფსიქოლოგიურ სტრესთან არის დაკავშირებული, აღმოჩნდა, რომ არცერთი მოცეკვავისთვის მისი პროფესია სტრესული არ არის, ასე რომ იყოს ისინი თავს დაანებებდნენ ამ საქმიანობას. პირიქით, ზოგიერთმა ისიც კი აღნიშნა, რომ ცეკვა არის სტრესის მოხსნის საუკეთესო საშუალება და სხვა ცხოვრებისეულ სტრესს ცეკვით „მკურნალობენ“. კითხვაზე, თუ ფიქრობენ კარიერის დასასრულზე და რას გააკეთებენ მომავალში, უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ ჯერ არ უნდათ ფიქრი კარიერის დასასრულზე, ხოლო ვინც შედარებით დიდი ასაკისაა იმათ უკვე ნაფიქრი აქვს და გეგმავენ, რომ მაინც ცეკვის სფეროში გააგრძელებენ მოღვაწეობას და ქორეოგრაფიით დაკავდებიან.

საბოლოოდ, ყველამ აღნიშნა, რომ მნიშვნელოვანია ექიმთან რეგულარული ვიზიტი, განსაკუთრებით მოცეკვავეებისთვის, რომლებიც ფიზიკურად ძალიან დატვირთულები არიან. საჭიროა რომ მუდმივად აკონტროლონ თავიანთი ჯანმრთელობა, მაგრამ საამისოდ მოცეკვავეებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი ოდენობის ხელფასი ან დაზღვევა. რაც შეეხება ოჯახის ექიმს, უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ საზოგადოება არ არის ინფორმირებული ოჯახის ექიმის შესახებ. აღნიშნულს ისინი უკავშირებენ იმ გარემოებას, რომ არ ხდება ოჯახის ექიმის რეკლამირება. მოსახლეობამ არ იცის მისი არსებობის და ფუნქციის შესახებ.

### **დასკვნა, რეკომენდაციები**

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე გამოიკვეთა გარკვეული ტენდენციები და ურთიერთსაპირისპირო, შეიძლება ითქვას, პარადოქსული ხასიათის მოსაზრებები, რომლებიც ურთიერთგამომრიცხავი სახისაა. კერძოდ, რესპოდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა თანხმდება ოჯახის ექიმის მნიშვნელობაზე ადამიანის ყოველდღიურ ცხოვრებაში, ხოლო თავიანთ პრაქტიკაში მინიმუმამდე აქვთ დაყვანილი ექიმთან ვიზიტის სიხშირე.

მოცეკვავეებიც ქართული საზოგადოების ნაწილნი არიან და ის, რომ ჯანდაცვასთან დისტანცირება მკვეთრად გამოკვეთილი ნიშანია მეტყველებს იმაზე, რომ ეს პრობლემა საზოგადოდ გავრცელებულია.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.
2. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.

## ჯანსაღი კვება და სტუდენტები

**ლამარა დიდებაშვილი** - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების სტუდენტი

### შესავალი

ჯანსაღი კვება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია თითოეული ადამიანის ჯანრთელობისათვის, ზრდისა და განვითარებისთვის. არაჯანსაღი კვება, მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილიანობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია. ახალშობილთა, ბავშვთა და ორსულთა ჯანრთელობა, ზოგიერთი არაგადამდებ დაავადების განვითარება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანსაღ და სრულფასოვან კვებაზე [3].

ჯანსაღი კვება გულისხმობს ისეთი ელემენტების დაბალანსებულ მიღებას, როგორცაა ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები და მინერალური ნივთიერებები. ნივთიერებების განსაზღვრულმა რაოდენობამ და პროპორციამ უნდა უზრუნველყოს ადამიანის ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები. სურსათი უნდა იყოს უვნებელი ადამიანის ჯანრთელობისათვის და უნდა განაწილდეს სწორად დღის განმავლობაში [1].

21-ე საუკუნეში, დიდი ადგილი უკავია სწრაფი კვების პროდუქტებს ადამიანთა ყოველდღიური კვების რაციონში, რაც არაჯანსაღი კვების მთავარი ნაწილია. სწრაფი კვების ობიექტები, რომლებიც დღევანდელ ბაზარზე ძალიან პოპულარულია, ბევრად მრავალფეროვანი გახდა. მაგნე ნივთიერებების შემცველი, ხშირად ცუდ სანიტარულ პირობებში მომზადებული, სწრაფი კვების პროდუქტების ხშირმა მიღებამ, ყოველდღიური კვების არასწორმა რაციონმა, ჭარბმა კვებამ და ბევრმა სხვა მიზეზმა კი შეიძლება სერიოზული ჯანმრთელობის პრობლემების წინაშე დააყენოს ადამიანი.

სურსათისა და ჯანსაღი კვების ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით, კვება დამოკიდებულია ტრადიციებზე, კულტურაზე და გარემო პირობებზე. ადამიანები იკვებებიან მადის, სურვილის და შესაძლებლობების შესაბამისად. მოიხმარენ იმ სურსათს, რომელსაც ისინი ანიჭებენ უპირატესობას.

2006-2007 წლებში საქართველოს შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონულ ოფისს შორის ორწლიანი თანამშრომლობის ფარგლებში ჩატარდა არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევა (2006-2007), რომლის რესპონდენტები იყვნენ თბილისში მცხოვრები 25-65 წწ ასაკის მოსახლეობა. კვლევის შედეგების მიხედვით [4]: 1) დარღვეულია კვების რაციონი და სწორი რეჟიმი მოზრდილი მოსახლეობის საკმაოდ მნიშვნელოვან ნაწილში. 2) გამოკითხული მოსახლეობის 62.4% არ სვამს რძეს და დაახლოებით 11% არ ღებულობს რძის პროდუქტებს საერთოდ. 3) მოსახლეობის 45,6%-ს ბოლო კვირის განმავლობაში საერთოდ არ მიუღია თევზი და 43%-ს არ მიუღია ხორცის პროდუქტი. 4) 31%-მა ბოლო კვირის განმავლობაში მიიღო ახალი ბოსტნეული 6-7-ჯერ, ხოლო 10%-ს საერთოდ არ მიუღია. 4) მხოლოდ 9,7%-მა აღნიშნა, რომ ბოლო კვირის განმავლობაში მიიღო ხილი 6-7-ჯერ, ხოლო 37,5%-ს საერთოდ არ მიუღია. 5) ბოლო კვირის განმავლობაში საკონდიტრო ნაწარმი ანუ ტკბილეულობა 3-5 ან 6-7-ჯერ მიიღო მოსახლეობის დაახლოებით 46%-მა.

2010 წელს ჩატარდა ქრონიკული არაგადამდებ დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა [2], რომელიც მოიცავდა 18-64 წწ ასაკის მოსახლეობას. კვლევის შედეგად: 1) საქართველოს მოსახლეობის მიერ საშუალოდ მიღებული კალორიების რიცხვი მნიშვნელოვნად მეტია ინდივიდუალურ ნორმასთან შედარებით. 2) გამოკითხულ რესპონდენტთა 69.5% მიირთმევს ხილის და ბოსტნეულის რეკომენდებულ 5 სტანდარტულ ულუფაზე ნაკლებს დღის განმავლობაში. 3) მნიშვნელოვნად დაბალია ხორცპროდუქტებისა და თევზის მიღების მაჩვენებელი. 4) გამოკითხული მოსახლეობის უმეტეს ნაწილში დარღვეულია კვების სწორი რეჟიმი და მაღალია ჭარბი წონის მქონე პირთა (31,4%) და მსუქანთა (25,1%) პროცენტული მაჩვენებელი.

საზოგადოებაში ჯანსაღი კვებისადმი დამოკიდებულებებისა და ქცევის შესწავლის მიზნით ჩატარებული კვლევის მიხედვით [6], საქართველოში საუზმე არასავალდებულო ქცევად არის



აღქმული და მას უმეტესად ყავითა და სიგარეტით ანაცვლებენ. კვების განრიგი დღის რეჟიმზეა დამოკიდებული. გამოკითხული რესპონდენტები სადილობისას უმეტესად ცომეულს ირჩევენ, რასაც, როგორც მათ აღნიშნეს, შეზღუდული ფინანსური შესაძლებლობები განაპირობებს. სტუდენტები ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებით სრულყოფილი ინფორმაციას არ ფლობენ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული რეკომენდაცია- „ჯანსაღი და უსაფრთხო კვება სკოლაში“ [5]. დოკუმენტი ორიენტირებულია სკოლაში ბავშვთა ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად სწორი კვების სტანდარტების დანერგვისკენ, რაც ხელს შეუწყობს ბავშვებში ჯანსაღი კვების ჩვევების განვითარებას. პროგრამა დადებითად აისახება ბავშვების ცხოვრებასა და ჯანმრთელობაზე და ხელს შეუწყობს მათში სრულფასოვანი კვების წესის ჩამოყალიბებას.

საყურადღებოა, რომ საქართველოში სრულფასოვან კვებასთან დაკავშირებული მონაცემები ძალიან მწირია. არ არსებობს სასურსათო უსაფრთხოებისა და ნუტრიციის სრულყოფილი მონიტორინგის სისტემა, რაც ხელს შეუწყობდა არასრულფასოვან კვებასთან დაკავშირებული ვითარებაზე კონტროლს [7].

კვლევის მიზანია, განვსაზღვროთ, რამდენად ჯანსაღად იკვებებიან ახალგაზრდა სტუდენტები და როგორია მათი დამოკიდებულება კვების წესის მიმართ.

კვლევის ამოცანებია:

- გავარკვიოთ თუ ზოგადად რა ცოდნა აქვთ რესპონდენტებს ჯანსაღი და არაჯანსაღი კვების შესახებ;
- შევისწავლოთ რესპონდენტთა დამოკიდებულება კვების წესთან დაკავშირებით;
- გავარკვიოთ რამდენად აქცევენ რესპონდენტები ყურადღებას კვების რაციონის შემადგენლობას;
- შევისწავლოთ რესპონდენტების კვების რაციონი და ამის საფუძველზე დავასკვნათ ზოგადად რამდენად ჯანსაღია მათი კვების რაციონი.
- გავარკვიოთ რამდენად აისახება რესპონდენტების არაჯანსაღი კვების წესი მათ ჯანმრთელობაზე.

### კვლევის მეთოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა ინტერნეტ გამოკითხვის მეთოდი. ინტერნეტ გამოკითხვისთვის გამოყენებულ იქნა Facebook-ი. კვლევის ინსტრუმენტი კი იყო კითხვარი, რომელიც აიტვირთა თსუ-ის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის არა მხოლოდ მთავარ ოფიციალურ ფეისბუქ გვერდზე, ასევე ფაკულტეტის სხვადასხვა საგნის ოფიციალურ გვერდებზეც და მსურველებმა შეავსეს იგი. რადგან კვლევა ინტერნეტ გამოკითხვის მეთოდით ჩატარდა, დაცული იყო რესპონდენტთა ანონიმურობა და კონფიდენციალობა, რის შესახებაც ასევე იყო ინფორმაცია კითხვარის ინსტრუქციაში. რაც შეეხება შერჩევას, გამოკითხული რესპონდენტები არიან თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბაკალავრიატის საფეხურის სოციალურ და პოლიტიკულ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები. კერძოდ, გამოიკითხა სულ 100 სტუდენტი.

კვლევის შეზღუდვებს შეადგენდა ის გარემოება, რომ შეუძლებელი იყო რესპონდენტის მიერ შეკითხვის ინტერპრეტაციის პროცესის გაკონტროლება, თუ მან როგორ გაიგო ესა თუ ის კითხვა. კვლევის შედეგები არ არის რეპრეზენტატიული და ვერ განვავრცობთ ყველა სტუდენტებზე.

### კვლევის შედეგები

კვლევის ფარგლებში გენდერული ბალანსის დაცვა ვერ მოხერხდა, რადგან კვლევის თემით განსაკუთრებით მდებარობითი სქესის სტუდენტები დაინტერესდნენ. კვლევის მონაწილეთა 77%-ს შეადგენდნენ მდებარობითი სქესის წარმომადგენლები, ხოლო 23%-ს კი მამრობითი სქესის წარმომადგენლები (23%). რესპონდენტთა უმეტესობა 20-22 წლამდე ასაკობრივ კატეგორიას განეკუთვნება (67%), მეორე ადგილზეა 17-19 წლამდე სტუდენტები (21%), ხოლო შემდეგ მოდის 23-25 წლამდე სტუდენტები (12%).

რესპოდენტთა უმრავლესობას (54%) ჯანსაღი კვება ესმის, როგორც რაციონალური, ბალანსირებული კვება, დროის განსაზღვრული ინტერვალებით, ასევე, სწრაფი კვების პროდუქტებისგან თავის შეკავება და უმეტესად ჯანსაღი, ნატურალური საკვების მიღება. ასევე, ისინი ჯანსაღ კვებაში დიდი როლდენობით ბოსტნეულისა და ხილის მირთმევასაც მოიაზრებენ. მხოლოდ ოთხმა ჩათვალა, რომ ჯანსაღი კვება უმეტესად ხილ-ბოსტნეულის მირთმევას გულისხმობს. საბოლოოდ, შეიძლება ითქვას, რომ გამოკითხული სტუდენტები კარგად არიან ინფორმირებულნი ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებით.

გამოკითხული რესპოდენტების უმრავლესობა (57%) თვლის, რომ ნაწილობრივ ჯანსაღად იკვებება, მხოლოდ 8% თვლის, რომ ჯანსაღად იკვებება. რესპოდენტთა 34% მიიჩნევს, რომ არაჯანსაღად იკვებება.

საინტერესოა რესპოდენტთა დამოკიდებულება კვების წესთან დაკავშირებით. სწრაფი კვების პროდუქტებით რესპოდენტთა უმეტესობა (40%) კვირაში რამდენჯერმე იკვებება, და მხოლოდ 5% იკვებება ყოველდღიურად, 21 % კი თვეში ერთხელ.

რესპოდენტთა უმრავლესობა (57%) ანგარიშს უწევს საკვების შემადგენლობას და სანამ მიირთმევდეს, ცდილობს გაარკვიოს, თუ რამდენად ჯანსაღია და მარგებელია საკვები. რესპოდენტთა 29%-ისთვის ეს ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხია. რესპოდენტთა მხოლოდ 4% თვლის, რომ არ არის მნიშვნელოვანი, რადან მათთვის მთავარია რომ საკვები იყოს გემრიელი და ანაყრებდეს. აღნიშნულ დადებით ტენდენციას მეტყველებს, მაშინ როცა ასე მომრავლებულია სწრაფი კვების პროდუქტებით მოვაჭრე დაწესებულებები და ქვეყანაში სულ უფრო პოპულარული ხდება fast Food-ი.

რესპოდენტთა დიდი ნაწილი გაზიანი სასმელების მოყვარულია (37% - საშუალოდ, 35% - დიახ), ხოლო 28%-ს არ უყვარს. რესპოდენტთა უმრავლესობა კვირაში რამდენჯერმე მიირთმევს ხილს (57%) და ბოსტნეულს (63%), ყოველდღიურად ხილ-ბოსტნეულით 19 სტუდენტი იკვებება, იშვიათად ხილით 24 %, ბოსტნეულით კი 18 %. გამოკითხულ სტუდენტებში არ გვხვდება ისეთი რესპოდენტი, რომელიც საერთოდ არ იღებს ხილს ან ბოსტნეულს. რესპოდენტთა უმრავლესობა (64 %) რძის პროდუქტებს მიირთმევს კვირაში რამდენჯერმე ან უფრო ხშირად, კვირაში ერთხელ - 29% და მხოლოდ 7% არ მიირთმევს საერთოდ. რესპოდენტთა 52% დღეში 4 ჭიქა ან მეტ წყალს მიირთმევს, ხოლო 48% - 3 ჭიქა ან ნაკლებს. აღნიშნული აჩვენებს, რომ გამოკითხული რესპოდენტების დიდი ნაწილი საკმაოდ ჯანსაღად იკვებება, რადგან ხილ-ბოსტნეული, წყალი, რძის პროდუქტები ჯანსაღი კვების რაციონის ძირითადი შემადგენელი კომპონენტებია.

რაც შეეხება ხორცეულს, რომელიც ასევე ჯანსაღი კვების განუყოფელი ნაწილია, რესპოდენტთა უმეტესობა (50%) კვირაში რამდენჯერმე მიირთმევს ხორცეულს, ყოველდღიურად მხოლოდ 9%, იშვიათად 36%, თითქმის არასდროს კი 5%. აქედან ყველაზე დიდი ნაწილი (64%) უმეტესად ცხოველის ხორცი იკვებება, მეხვეულით 29%, თევზეულით კი მხოლოდ 7%. ასევე 54 სტუდენტი შემწვარ ხორცს ამჯობინებს მოხარშულ ხორცს (24%) ან წვნიანს (23%).

რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით არაჯანსაღ კვებას დროის უქონლობა (39%), სწრაფი კვების პროდუქტების სიახვე და კარგი გემო (22%), საჭმლის მომზადების სურვილის არქონა (15%, შედარებით ჯანსაღი საკვების სიძვირე (15%) და ასევე ჯანსაღი საკვებით მოვაჭრე ობიექტების სიმცირე განაპირობებს (9%), მიზეზად მხოლოდ დროის უქონლობას 23 სტუდენტი ასახელებს.

რესპოდენტების უმრავლესობა (56%) ეთანხმება იმ აზრს, რომ კვება და ცხოვრების წესი განსაზღვრავს ადამიანის ჯანმრთელობას (ეთანხმება - 29%, სრულიად ეთანხმება - 27%, ნაწილობრივ ეთანხმება - 17%, არ ეთანხმება - 15%, სრულიად არ ეთანხმება - 12%).

რესპოდენტთა დიდი ნაწილი (85%) ასევე მიიჩნევს, რომ საქართველოში აქტიურად უნდა მიმდინარეობდეს ჯანსაღი კვების პოპულარიზაციის პროცესი, რასაც ისინიც დაუჭერდნენ მხარს (5% თვლის რომ არ არის ამის საჭიროება, 10%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა). აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად იმისა, იკვებიან თუ არ იკვებებიან ჯანსაღად, რესპოდენტთა უმრავლესობისთვის ჯანსაღი კვება მაინც საკმაოდ მნიშვნელოვანია და დადებითი პოზიცია გააჩნიათ ჯანსაღი კვების პოპულარიზაციასთან დაკავშირებით.

## დაკვნა, რეკომენდაციები

რა თქმა უნდა, კვლევის შედეგები არ არის რეპრეზენტატიული და ვერ განვავრცობთ თსუ-ის ყველა სტუდენტზე, მაგრამ შეიძლება შევიქმნათ ზოგადი წარმოდგენა სტუდენტების კვების წესთან დაკავშირებით. რესპოდენტთა უმრავლესობა საკმოდ ჯანსაღად იკვებება, ყურადღებას აქცევს თავის კვების რაციონს და დაინტერესებულია ჯანსაღი კვების პოპულარიზაციით.

იმის გათვალისწინებით, რომ სტუდენტებს საკმაოდ დატვირთული და მძიმე ყოველდღიური გრაფიკი აქვთ, მიზანშეწონილია უნივერსიტეტში იმ მინიმალური პირობების შექმნა, რომლებიც სტუდენტების ჯანსაღ კვებას შეუწყობს ხელს. ამ მხრივ, სასურველია ჯანსაღი საკვები ობიექტების შექმნა უნივერსიტეტში. მიზანშეწონილია ისეთი ორგანიზაციების შექმნის ხელშეწყობა, რომლებიც იზრუნებენ ჯანსაღი კვების წესისა და მისი აუცილებლობის შესახებ მოსახლეობის განათლების ამალგებაზე. აღნიშნული ორგანიზაციები ხელს შეუწყობენ მოსახლეობაში ჯანსაღი კვების წესის განვითარებასა და პოპულარიზაციას.

## ბიბლიოგრაფია

1. სურსათისა და ჯანსაღი კვების ეროვნული სტრატეგია (2015წ.):
2. ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი. 2010.
3. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.
4. არა გადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების კვლევა საქართველოში 2006-2007წწ., მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, CINDI, თბილისი 2007
5. ჯანსაღი და უსაფრთხო კვება სკოლაში. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი). საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2015.
6. თეონა კოკიჩაიშვილი (2011წ), ჯანმრთელობას 70%-ით ცხოვრების წესი და კვება განსაზღვრავს. ტაბულა
7. ირმა კირთაძე, ანა ვერულაშვილი, მაკა ექსეულიძე, თამარ მახარაშვილი. სტუდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კვლევა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, N 1. 2015.
8. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.

## სტუდენტთა სამედიცინო დაზღვევა და ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა

მარიამ მაღალაძე, თამთა კოდელაშვილი, სალომე სულაშვილი, ანა გრძელიშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

ბოლო წლებში ახალგაზრდების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მსოფლიოში, რაც იმითაა განპირობებული, რომ ნაადრევი სიკვდილიანობის შემთხვევების 2/3 და მოზრდილი ადამიანების საერთო ავადობის ტვირთის 1/3 უკავშირდება ცხოვრების პირობებს და ქცევის ნორმებს, რომლებიც სწორედ ახალგაზრდა ასაკში ყალიბდება [1]. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვიანობა ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება, ახალგაზრდა ასაკში ჯანმრთელობის პრობლემები საკმაოდ აქტუალურია.

ჯანმრთელობაზე მოქმედ ფაქტორებს შორის აღსანიშნავია სიღარიბე, უსაფრთხო გარემოს არარსებობა, ინფორმაციისა და ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის დაბალი დონე, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება, არაჯანსაღი ცხოვრების წესი, უძილობა, სტრესი. აღნიშნული ფაქტორები მჭიდროდ უკავშირდება ჯანმრთელობის პრობლემების გაღრმავებას, რომლებიც ხშირად დაავადების განვითარების მიზეზებიც შეიძლება გახდნენ. ამასთან, აღნიშნული ფაქტორები ახალგაზრდობის პერიოდში ყველაზე მეტად მოქმედებს ადამიანის ცხოვრების წესზე და ცვლის მის ჯანმრთელობას.

საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე აუცილებელი გახდა შემუშავებულიყო ახალგაზრდების ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა. გაეროს გენერალური ასამბლეის სპეციალურ სესიაზე აღიარებულ იქნა მოზარდთა და ახალგაზრდათა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ეროვნული სტრატეგიების და პროგრამების შემუშავებისა და განხორციელების აუცილებლობა შესაბამისი მიზნების და ინდიკატორების განსაზღვრით.

ჩვენი კვლევის მიზანია სტუდენტთა სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის და კმაყოფილების, ოჯახის ექიმის მიმართ მათი დამოკიდებულების და ნდობის შესწავლა. შესაბამისად, კვლევის ამოცანებს შეადგენდა იმ ძირითადი სირთულეების და პრობლემების გამოვლენა, რაც ექმნებათ სტუდენტებს სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის დროს, სტუდენტთა მხრიდან ოჯახის ექიმის მიმართ არსებული დამოკიდებულებები გამოვლენა, იმ ძირითადი დაავადებების გამოვლენა რა დროსაც სტუდენტები მიმართავენ ოჯახის ექიმს და იყენებენ სამედიცინო დაზღვევას.

### მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუ. გამოვიყენეთ ალბათური შერჩევა. კვლევის გენერალურ ერთობლიობას წარმოადგენდა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბაკალავრიატის საფეხურის ყველა ფაკულტეტის სტუდენტი. რაც შეეხება შერჩევით ერთობლიობას, სულ გამოვკითხეთ 6 სტუდენტი. მიღებული მონაცემების დამუშავება მოხდა პრობლემაზე ფოკუსირებული ანალიზის მეთოდით. კვლევაში მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი და ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე. რესპოდენტს შესაძლებლობა ჰქონდა ნებსმიერ მომენტში შეეწყვიტა ინტერვიუ. ვიყენებთ სიღრმისეულ ინტერვიუს რის გამოც ანონიმურობა ვერ იქნებოდა გარკვეულწილად დაცული, სწორედ ამიტომ რესპოდენტები დავარწმუნეთ ინფორმაციის კონფიდენციალობაში და ავუხსენით, რომ არ მოხდებოდა კონკრეტული რესპოდენტების პასუხების გამჟღავნება, კერძოდ, დაიწერებოდა განზოგადებული სახით კვლევის ანგარიშში.

კვლევის შეზღუდვას წარმოადგენდა შეზღუდული დროის გამო რესპოდენტების რაოდენობის სიმწირე. გამოყენებული მეთოდიდან გამომდინარე „სოციალური სასურველობის“ ეფექტი.

## შედეგები

რესპონდენტების უმრავლესობა ფლობდა ინფორმაციას სამედიცინო დაზღვევასთან დაკავშირებით. თუმცა აღმოჩნდა, რომ სამი რესპონდენტი არ სარგებლობდა სტუდენტური დაზღვევით. შესაბამისად, დავინტერესდით მიზეზებით, რის გამოც რესპონდენტები სარგებლობენ/არ სარგებლობენ სტუდენტური დაზღვევით. აღმოჩნდა, რომ რესპონდენტები სამედიცინო დაზღვევას იყენებენ ძირითადად მაშინ, როდესაც დანამდვილებით არ იციან რა დაავადების დიაგნოზი და საჭიროდ მიიჩნევენ სხვადასხვა გამოკვლევის ჩატარებას:

*„როცა საქმე არ არის ძალიან ცუდად, ანუ არ ვიცი რა ხდება ზუსტად, მაგრამ აუცილებელია ჯანმრთელობის შემოწმება ასე ვთქვათ, ვიწყებ ზედაპირიდან კვლევას თუ რა მჭირდება. მაგალითად სისხლისა და შარდის ანალიზისთვისაც ხშირად გამომიყენებია დაზღვევა“.*

რაც შეეხება დაზღვევის გამოუყენებლობას, ამის მიზეზად რესპონდენტებმა დაასახელეს კლინიკების/საავადმყოფოების მიმართ უნდობლობა, რომლებშიც მოქმედებს მათი დაზღვევა:

*„იქ სადაც ვარ დაზღვეული არ ვიცი როგორი ექიმები არიან, როგორ აკეთებენ, თუნდაც, ანალიზებს ამიტომ ძალიან მეშინია და ვერიდები სულ“.*

რესპონდენტების უმრავლესობა დადებითად აფასებს სტუდენტთა დაზღვევას, თუმცა, ერთმა რესპონდენტმა მკაცრად უარყოფითი დამოკიდებულება გამოხატა სტუდენტური დაზღვევის მიმართ და ასევე აღნიშნა, რომ სტუდენტური დაზღვევით აღარ სარგებლობს:

*„მე ახლა უკვე კერძო დაზღვევა მაქ და კონსულტაციების, პროცედურების დიდ ნაწილს მინაზღაურებს“.*

სტუდენტების აზრით, ზოგი მათთვის საჭირო სერვისები არ ფინანსდება სტუდენტური დაზღვევით. ამ მხრივ უნდა გამოიყოს მედიკამენტების მოცვა სადაზღვევო პაკეტში. მათი აზრით, მედიკამენტების ღირებულების გარკვეული ნაწილს მაინც უნდა ფარავდეს სტუდენტური დაზღვევა.

*„დაზღვევა მედიკამენტებზე არანაირად არ მოქმედებს, ვფიქრობ კარგი იქნებოდა ყოფილიყო რაღაც შეღავათები, რადგან მედიკამენტები ძალიან დიდ თანხებს უკავშირდება ხოლმე, რისი საშუალებაც ბევრ სტუდენტს ნამდვილად არ აქვს და უწევს მკურნალობაზე უარის თქმა“.*

სტუდენტური დაზღვევა არ მოიცავს სტომატოლოგთან ვიზიტის დაფინანსებას. ამ სერვისების დაფინანსების აუცილებლობა თითქმის ყველა რესპონდენტმა აღნიშნა:

*„ვფიქრობ, აქტუალური პრობლემაა კბილების მკურნალობა, რომელიც თითქმის არ ფინანსდება. სტომატოლოგიური ჩარევა კი დიდ ხარჯებს მოითხოვს, რაც სტუდენტისთვის პრობლემას წარმოაგენს“.*

სტუდენტთა ჯანმრთელობის დაზღვევის ხარვეზად რესპონდენტებმა მიიჩნიეს ის ფაქტი, რომ დაზღვევა მხოლოდ კონკრეტულ კლინიკებში ფინანსდება, რაც მათ დისკომფორტს უქმნის:

*„დამიფინანსდა ოპერაციისთვის 80% და ეს ჩემთვის ძალიან მნიშვნელოვანი იყო. ნამდვილად კარგია დაზღვევა, უბრალოდ როგორც გავიგე მხოლოდ გარკვეულ საავადმყოფოებსა და კლინიკებში მოქმედებს და ხარვეზად ეს შეიძლება ჩაითვალოს.“*

კვლევიდან გამოიკვეთა, რომ რესპონდენტებს ზოგადად ოჯახის ექიმის მიმართ არ აქვთ კარგი დამოკიდებულება. ისინი ნეგატიურად არიან განწყობილნი იმ ფაქტთან მიმართებით, რომ ოჯახის ექიმთან კონსულტაციის გარეშე არ შეიძლება ვიწრო სპეციალისტთან ვიზიტი, რასაც ისინი „იმულებით კონსულტაციას“ უწოდებენ. გამოკითხულთაგან, მხოლოდ ერთმა ისაუბრა ოჯახის ექიმთა მიმართ ნდობასა და დადებით დამოკიდებულებაზე, ასევე აღნიშნა, რომ მას ბავშვობიდან ჰყავს ოჯახის ექიმი, რომელსაც ძალიან ხშირად მიმართავს კონსულტაციისთვის.

ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობის ხარისხი ძალიან დაბალია. გამოკითხულთა უმეტესობას ერთხელ მაინც განუცდია ოჯახის ექიმის მხრიდან უყურადღებო და უარყოფითი დამოკიდებულება. ისინი საუბრობენ ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმის ნაკლებობაზე.

*„საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე შემძლია ვთქვა, რომ ოჯახის ექიმები ძალიან ზერეულად და უყურადღებოდ ექცვიან პაციენტებს, რაც ხშირ შემთხვევაში უარყოფით შედეგებს იწვევს.“*

სტუდენტები ოჯახის ექიმს ძირითადად მიმართავენ შემდეგი სიმპტომების არსებობისას: სიცხე, შეშუპება, თავის ტკივილი.

*„სიციხის, შეშუპების, თავის ტკივილის, სუსტად ყოფნის დროს მივმართავ ხოლმე“.*

რესპონდენტები ოჯახის ექიმს იშვიათად მიმართავენ დაავადებათა პრევენციისათვის. ზოგს კი მსგავსი პრაქტიკა არასოდეს არ ჰქონია:

*„ასეთი პრაქტიკა არ მქონია, ძირითადად როცა ავად ვარ ხოლმე მაშინ მივმართავ“*

## **დასკვნა**

სტუდენტები ინფორმირებულნი არიან სტუდენტური დაზღვევის შესახებ, თუმცა უმრავლესობა არ სარგებლობს აღნიშნული დაზღვევით. ამის მიზეზად კი ძირითადად დასახელდა კლინიკების მიმართ უნდობლობა და აუცილებელი სერვისების არასრული დაფინანსება. ზოგადად სტუდენტური დაზღვევა რესპონდენტებმა შეაფასეს დადებითად, თუმცა, გამოკვეთეს მთელი რიგი ხარვეზები, მათ შორის მედიკამენტებზე დაფინანსების არარსებობა და მხოლოდ კონკრეტულ კლინიკებში დაზღვევით სარგებლობის შესაძლებლობა. სტუდენტებს თავიანთი გამოცდილებიდან გამომდინარე უარყოფითი დამოკიდებულება აქვთ ოჯახის ექიმის მიმართ, რის მიზეზად დასახელდა: პაციენტის არასწორი მკურნალობა, უყურადღებობა, უხეში დამოკიდებულება და პროფესიონალიზმის ნაკლებობა. ეს ფაქტორები განაპირობებენ ოჯახის ექიმის მიმართ დაბალ ნდობას. აღსანიშნავია, რომ არც ერთ რესპონდენტს არ უსაუბრია ოჯახის ექიმის ისეთ მნიშვნელოვან ფუნქციაზე, როგორცაა დაავადებათა პრევენციისა და ჯანსაღი ცხოვრების პოპულარიზაციის ხელშეწყობა. აღნიშნული მიგვანიშნებს ოჯახის ექიმის ფუნქციების შესახებ სტუდენტების ინფორმირებულობის დაბალ დონეს, რაც ხელს უშლის დაავადებებათა მიმართ პრევენციულ მიდგომას და მათ გამოვლენას ადრეულ სტადიაზე. ოჯახის ექიმთან მიმართვის ძირითადი მოტივი ძალიან იშვიათად არის დაავადების პრევენცია. მას ძირითადად მიმართავენ უკვე არსებული დაავადების არსებობის შემთხვევაში.

მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე, საჭიროა სტუდენტური დაზღვევის ხარვეზების აღმოფხვრა და სტუდენტთა საჭიროებებიდან გამომდინარე მისი გაუმჯობესება. ნიშნელოვანი რეფორმებია გასატარებელია საქართველოში ოჯახის ექიმის როლისა და ფუნქციების სრულფასოვანი გააზრებისთვის, რადგან დაავადებათა პრევენცია ერთ-ერთი ეფექტიანი მექანიზმია, როგორც ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებისთვის, ასევე ზოგადად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის. ამის განხორციელების მთავარი აქტორი კი ოჯახის ექიმია, რომლის მიმართ ნდომის გაზრდა და მათი პროფესიონალიზმის, კვალიფიკაციის ამაღლება, ანუ ზოგადად პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება უნდა იქცეს სახელმწიფოს პრიორიტეტად.

## **ბიბლიოგრაფია**

3. მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა საქართველოში. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2015
4. Coleiman J., Hagell A., Young people, health and youth policy, 2015: 19
5. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, #165 2013 წლის 28 ივნისი ქ. თბილისი.
6. კირთაძე ი., ვერულაშვილი ა., ექსეულიძე მ., მახარაშვილი თ., „სტუდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კვლევა“, თბილისი 2015.
7. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.
8. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.



## მოსახლეობის ინფორმირებულობა საქართველოში მოქმედი კიბოს სკრინინგული პროგრამების შესახებ

**რუსუდან შუბითიძე** - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრანტი

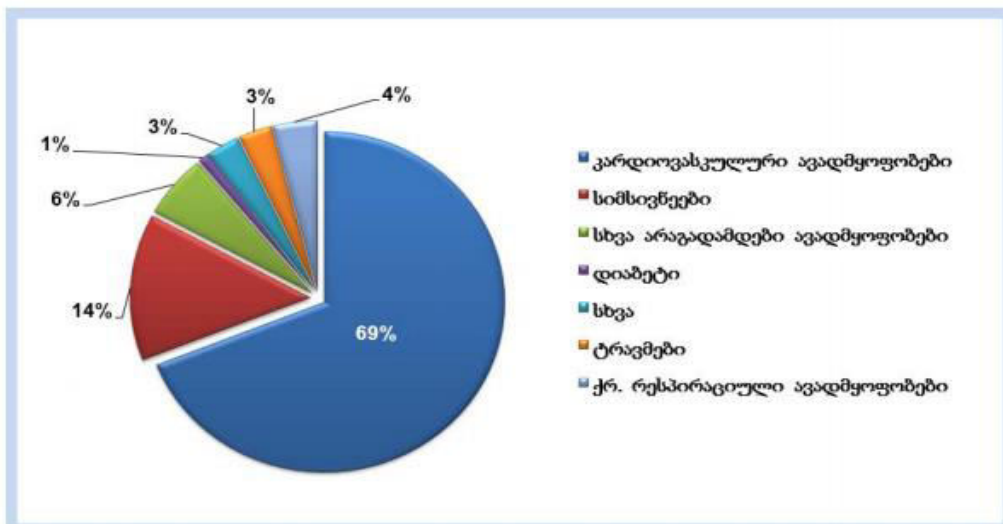
**ხატია ტერტერაშვილი, ნათია ლევიძე** - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის, სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

მსოფლიოს მოსახლეობის ავადობის და სიკვდილიანობის ძირითადი ტვირთი არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის, მათ შორის ონკოლოგიური დაავადებები სიკვდილიანობის გამომწვევ ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს. არაგადამდები დაავადებების დიაგნოზით ყოველწლიურად 38 მილიონი ადამიანი იღუპება. ამჟამად 20 მილიონზე მეტი ადამიანი ცხოვრობს მსოფლიოში, რომლებიც დაავადებულნი არიან ონკოლოგიური დაავადებებით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილიანობის 97% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებითა და ტრავმით. ამასთან, 14% - ონკოლოგიურ დაავადებებზე მოდის.

დიაგრამა 1.

**სიკვდილიანობის სტრუქტურა, საქართველო (ჯანმო-ს შეფასება, 2014)**



*წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია*

ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები ონკოლოგიურ დაავადებათა ეპიდემიამხედველობის გაუმჯობესების მიზნით საქართველოში 2015 წლის 1 იანვრიდან ქვეყნის მასშტაბით ამოქმედდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. რეგისტრის მონაცემებით:

- 2015 წელს საქართველოში რეგისტრირებულია ყველა ლოკალიზაციის კიბოს 10 506 ახალი შემთხვევა. 2016 წელს აღირიცხა კიბოს 10097 ახალი შემთხვევა.
- 2015-2016 წლებში ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 56% ქალებში, 44% - კაცებში აღირიცხა.

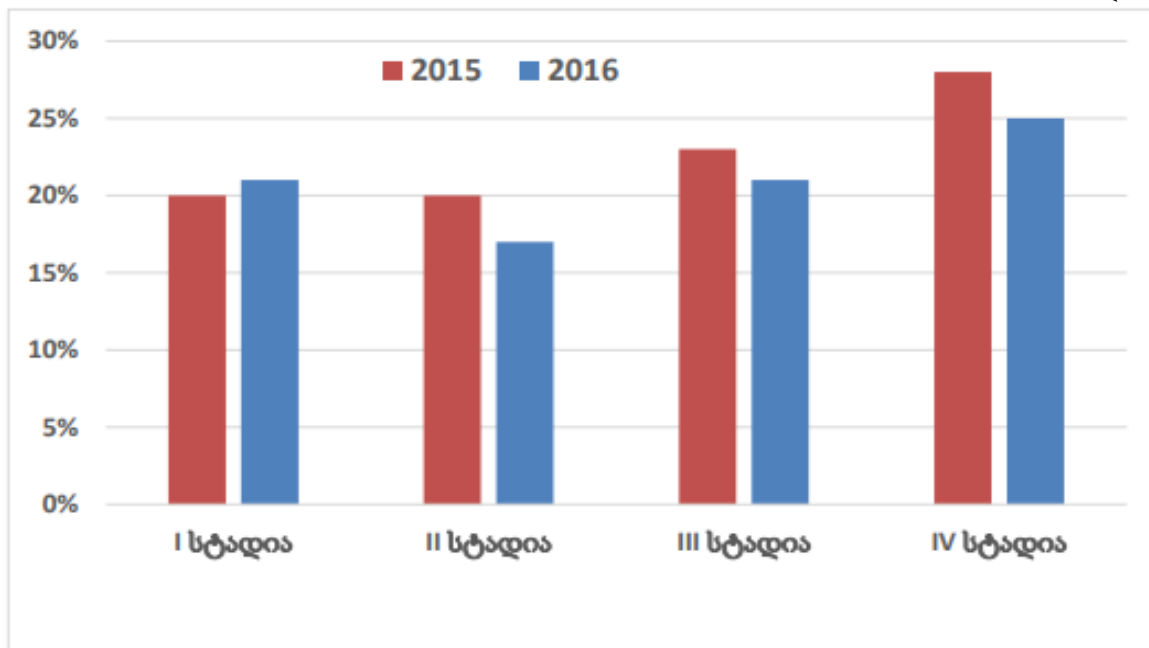
სკრინინგი არის არადიაგნოსტირებული დაავადების, დეფექტის ან რისკის ფაქტორის იდენტიფიკაცია გამოკითხვით, ფიზიკური გამოკვლევებით, ლაბორატორიული ტესტებით ან სხვა პროცედურებით. კიბოს სკრინინგი კომპლექსური მრავალსაფეხურიანი პროცესია, რომელიც მოიცავს:

- მიზნობრივი პოპულაციის იდენტიფიცირებასა და დახასიათებას;
- მიზნობრივი პოპულაციის მონაწილეობის გაზრდის მიზნით, მათ გათვითცნობიერებას კიბოს სკრინინგის უპირატესობის შესახებ;

- მიზნობრივი პოპულაციის მოწვევის ორგანიზებას;
- სკრინინგის-წინა კონსულტაციას;
- სკრინინგული ტესტების სწორ შერჩევასა და მათ შეფასებას;
- ინდივიდუალურ კლინიკურ პროფილთან ერთად სკრინინგული ტესტების შედეგების გამოყენებას კიბოს პერსონალური რისკის შეფასების თვალსაზრისით;
- სკრინინგის შემდგომი ეტაპების დაგეგმვას;
- განმეორებით სკრინინგულ კვლევებს;
- გაძლიერებული ეპიდზედამხედველობას სკრინინგის ეფექტურობის შეფასების თვალსაზრისით;
- დადებითი დიაგნოზის შემთხვევაში დროულ რეფერალს მკურნალობის მიზნით;

კიბოს სკრინინგის პროგრამების დაგეგმვისას, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სკრინინგული ტესტების სწორად შერჩევა. ამასთან, სკრინინგული პროგრამებით კიბოთი ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირების მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მიზნობრივი პოპულაციის მოცვა მაღალია, კერძოდ, არანაკლებ 70%-ისა, ამასთანავე, სერვისები უნდა იყოს ხარისხიანი და კოორდინირებული. კიბოს რეგისტრის მონაცემების მიხედვით, 2015-2016 წლებში დაავადების I და II სტადიაზე რეგისტრირებულია ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 39%; III და IV სტადიებზე რეგისტრირებული დაავადებების წილი კვლავ მაღალია და 2015 და 2016 წლებში ავთვისებიანი სიმსივნეების მთლიან რაოდენობაში 50%-სა და 46.2%-ს შეადგენს. ონკოლოგიურ დაავადებათა უმეტესობის მკურნალობა ბევრად წარმატებულია, თუ ის დაიწყება ადრეულ სტადიაზე. ამიტომ მნიშვნელოვანია სკრინინგული კვლევების ჩატარება და მოსახლეობის ფართო მასების განათლება ამ კუთხით.

**კიბოს ახალი შემთხვევების განაწილება სტადიების მიხედვით (%) საქართველო, 2015-2016**  
დიაგრამა 2.



2011 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს კიბოს სკრინინგ-პროგრამები. კიბოს სკრინინგის მიზანს შეადგენს ასიმპტომურ მიზნობრივ პოპულაციაში იმ ადამიანთა გამოვლენა, რომელთაც კიბოს წინარე მდაავადებები ან კიბოს ადრეული სტადია აქვთ, რათა შესაძლებელი გახდეს მკურნალობის დაწყება ადრეულ ეტაპზე ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით.

**ძუძუს სკრინინგი** ითვალისწინებს 40-დან 70 წლის ჩათვლით მამოგრაფიულ გამოკვლევას; პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში - ძუძუს ექოსკოპიასა და გასინჯვას მამოლოგის მიერ; საჭიროების შემთხვევაში, ასევე უფასოა ბიოფსიური მასალის აღება და ციტოლოგიური კვლევა.



სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების გავრცელება ქალებში,  
2008-2016

ცხრილი 1  
საქართველო,

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>ახალი შემთხვევების რაოდენობა</b>	<b>1015</b>	<b>1023</b>	<b>1055</b>	<b>730</b>	<b>841</b>	<b>960</b>	<b>1012</b>	<b>1839</b>	<b>1780</b>
ინციდენტობა 100000 ქალზე	43.7	44.2	45.2	31.1	34.5	40.9	51.9	94.8	91.8

საშვილოსნოს ყელის გამოკვლევები ტარდება 25-დან 60 წლის ჩათვლით. 50-69 წლის ასაკის ქალებს აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ მამოგრაფიული სკრინინგი ყოველწლიურად და ორ წელიწადში ერთხელ. რაც ითვალისწინებს პაპ-ტესტს; პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში - კოლპოსკოპიას (საშვილოსნოს ყელის მიკროსკოპიული გამოკვლევა); საჭიროების შემთხვევაში, ასევე, უფასოა კოლპოსკოპიისას ბიოფსიური მასალის აღება და ჰისტოლოგიური კვლევა.

ცხრილი 2

საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების გავრცელება,  
საქართველო, 2008-2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>ახალი შემთხვევების რაოდენობა</b>	<b>267</b>	<b>281</b>	<b>261</b>	<b>217</b>	<b>189</b>	<b>172</b>	<b>176</b>	<b>344</b>	<b>371</b>
ინციდენტობა 100000 ქალზე	11.6	12.1	11.2	9.2	8.0	7.3	9.0	17.7	19.1

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი უფასოა 3 წელიწადში ერთხელ. ევროპული გაიდლაინების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი რეკომენდებულია 30-60 წლის ასაკობრივ დიაპაზონში. ევროპული გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ Pap-ტესტირებას  $\geq 2$  ან  $\leq 5$ -წლიანი ინტერვალით. Pap-ტესტის მქონეთა მეთვალყურეობისა და მკურნალობის შესაბამისი მექანიზმებით, შესაძლებელია მივაღწიოთ საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას 80%-ით.

კოლორექტალური სკრინინგი ტარდება 50-დან 70 წლის ჩათვლით, რაც ითვალისწინებს სისხლში პროსტატის კიბოს სპეციფიკური ანტიგენის (PSA) განსაზღვრას. პროსტატის კიბოს სკრინინგი უფასოა წელიწადში ერთხელ.

ცხრილი 3

კოლორექტალური ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების გავრცელება,  
საქართველო, 2015-2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>ახალი შემთხვევების რაოდენობა</b>	<b>385</b>	<b>386</b>	<b>387</b>	<b>303</b>	<b>290</b>	<b>270</b>	<b>432</b>	<b>796</b>	<b>731</b>
ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე	8.8	8.8	8.7	6.8	6.5	6.0	11.6	21.4	19.7

ევროპული გაიდლაინების მიხედვით FOBT-ტესტით სკრინინგი უნდა მოიცავდეს სულ ცოტა 60-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფს. ევროპის მეტ წილ ქვეყნებში კოლორექტალური სკრინინგი იწყება 50 წლის ასაკიდან და ასაკობრივი დიაპაზონი მერყეობს ქვეყნების მიხედვით. აშშ-ში USPSTF კოლორექტალურ სკრინინგს რეკომენდაციას უწევს 50-75 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში. დადასტურებულია, რომ 2-წლიანი ინტერვალით ჩატარებული სკრინინგი კოლორექტალური კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილიანობას ამცირებს თითქმის 15%-ით, ხოლო ყოველწლიურად ჩატარებული - დაახლოებით 33%-ით.

პროსტატის სკრინინგი ტარდება 50-დან 70 წლის ჩათვლით, რაც ითვალისწინებს ფარულ სისხლდენაზე სპეციალურ ტესტს (FOBT); პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში, ასევე, უფასოა კოლონოსკოპიაც. კოლორექტული კიბოს სკრინინგი უფასოა ორ წელიწადში ერთხელ.

ცხრილი 4

**წინამდებარე ჯირკვლის ახალწარმონაქმნების გავრცელება, საქართველო, 2008-2016**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>ახალი შემთხვევების რაოდენობა</b>	<b>205</b>	<b>222</b>	<b>254</b>	<b>169</b>	<b>187</b>	<b>208</b>	<b>224</b>	<b>518</b>	<b>406</b>
<b>ინციდენტობა 100000 კაცზე</b>	<b>9.9</b>	<b>10.6</b>	<b>11.9</b>	<b>7.8</b>	<b>8.7</b>	<b>9.5</b>	<b>12.6</b>	<b>29.2</b>	<b>22.8</b>

რადგან, პათოლოგიის ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა და მკურნალობა გულისხმობს კიდევ ერთ, გადარჩენილ სიცოცხლეს, ადრეული დიაგნოსტიკა, საუკეთესო პრევენციაა ავთვისებიან სიმსივნესთან ბრძოლაში. პრევენციის ღონისძიებებს კი საფუძვლად ყოველთვის უდევს საზოგადოების ინფორმირებულობა ამა თუ იმ პროგრამის შესახებ.

საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, იმის გასარკვევად თუ რამდენად ინფორმირებულია საქართველოში მოსახლეობა მოქმედი კიბოს სკრინინგული პროგრამების შესახებ, გადავწყვიტეთ კვლევის ჩატარება. პირველ რიგში, დავისახეთ კვლევის მიზანი, განვსაზღვრეთ კვლევის ამოცანა და ობიექტი, ჩამოვაყალიბეთ კვლევის ჰიპოთეზა, კვლევის ჩასატარებლად შევარჩიეთ მეთოდოლოგია და მოპოვებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით ჩამოვაყალიბეთ დასკვნა.

**კვლევის მიზანი:** განსაზღვრა, რამდენად ინფორმირებულია საქართველოში მოსახლეობა სკრინინგული პროგრამების შესახებ და მიუღიათ, ან თუ მიიღებდნენ მომავალში მსგავს პროგრამებში მონაწილეობას.

**კვლევის ამოცანებია:**

- აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით არსებული კვლევების გაცნობა/ანალიზი
- საჯარო ინფორმაციის გაცნობა/ანალიზი დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრიდან.
- მოსახლეობის გამოკითხვა
- მონაცემთა სტატისტიკური ანალიზი

**ჰიპოთეზა:** საზოგადოების ჩართულობა სკრინინგულ პროგრამებში ამცირებს არადიაგნოსტირებული დაავადებით დაღუპული ადამიანების რიცხვს.

**დამოუკიდებელი ცვლადი:** საზოგადოების ჩართულობა სკრინინგულ პროგრამებში

**დამოკიდებული ცვლადი:** არადიაგნოსტირებული დაავადებით დაღუპული ადამიანების რიცხვი.

**მეთოდოლოგია**

პირველადი და მეორადი ლიტერატურული წყაროების შესწავლასა და დამუშავებასთან ერთად გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი, კერძოდ სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით განხორციელდა მოქალაქეთა გამოკითხვა.

**შედეგები და მათი ინტერპრეტაცია**

კვლევის ფარგლებში სულ გამოკითხა 119 რესპონდენტი. ასაკი მერყეობდა 20-დან 80 წლამდე. მათგან ყველაზე მეტად ჭარბობდნენ 20-35 ასაკის რესპონდენტები, რომლებიც ჯამში შეადგენენ გამოკითხულთა 63.2% 35-50 წლამდე რესპონდენტები შეადგენენ გამოკითხულთა 20.5 %, 50-65 წლამდე რესპონდენტები 10.3%, 65-80 წლამდე რესპონდენტები - 1.7%-ს. რაც შეეხება რესპონდენტთა სქესს: გამოკითხულთა შორის მეტი წილი 67.8% უკავიათ ქალბატონებს, ხოლო 32.2% მამაკაცებს. გამოკითხულთა უმრავლესობას (61%) მიღებული აქვს უმაღლესი განათლება, 16.9 %-ს მიღებული აქვს საშუალო განათლება, 12.7%-ს აქვს კოლეჯის განათლება, ხოლო 5.9%-ს

პროფესიული განათლება. გამოკითხულთა 44.1 % დასაქმებულია, 42.4% - უმუშევარი, 13.6% - დროებით უმუშევარი.

გამოკითხულთა უმრავლესობას სმენია და აქვს ინფორმაცია საქართველოში არსებული კიბოს სკრინინგული პროგრამების შესახებ, რიცხვობრივად ეს მაჩვენებელი შეადგენს 70.1%-ს, ხოლო რესპონდენტთა 29.1% -ს არ აქვს ინფორმაცია მსგავსი პროგრამის შესახებ.

მათ, ვისაც სმენია მსგავსი პროგრამების შესახებ, ინფორმაციას ძირითადად იღებს ინტერნეტ ვებ-გვერდების საშუალებით 39.5%, ტელევიზიით ინფორმაციას იღებს 29.8%. საინტერესოა, რომ ინფორმაციის მიწოდების მნიშვნელოვან წყაროდ გამოიკვეთა პირადი კონტაქტები, რაშიც იგულისხმება მეგობრები, ნაცნობები, ოჯახის წევრები და ა.შ 16.7%.

კითხვაზე, მიუღიათ თუ არა მონაწილეობა მსგავს პროგრამებში, გამოკითხულთა უმრავლესობის პასუხი უარყოფითია. 83.6%-ს არ მიუღია მონაწილეობა კიბოს სკრინინგულ პროგრამებში. რესპონდენტთა მხოლოდ 15.5% -ს მიუღია მონაწილეობა.

მათგან, ვისაც მიუღია სკრინინგის პროგრამებში მონაწილეობა, ძირითადად ისარგებლეს: საშვილოსნოს ყელის სკრინინგით 11.2%, ჭუჭყუს (სარძევე ჯირკვლის სკრინინგი: 4.3%, პროსტატის სკრინინგი 2.6%).

კითხვაზე პასუხი, მიიღებდნენ თუ არა რესპონდენტები მომავალში მონაწილეობას მსგავს პროგრამაში, პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად: 67.8% მზადაა მიიღოს მონაწილეობა კიბოს სკრინინგის პროგრამაში, 20.3% უჭირს კითხვაზე პასუხის გაცემა, 6.8 % წინააღმდეგია მიიღოს მომავალში მონაწილეობა, 5.1% უარს აცხადებს პასუხზე

### დასკვნა

გამოკითხვის შედეგების ანალიზით და არსებული სტატისტიკური მონაცემების შეჯერებით, შეიძლება ითქვას, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობა ფლობს ინფორმაციას საქართველოში მოქმედი კიბოს სკრინინგული პროგრამების შესახებ, მაგრამ მათგან ძალიან მცირე რაოდენობას თუ მიუღია მსგავს პროგრამებში მონაწილეობა. ამის პარალელურად გამოკითხულთა უმრავლესობა მზადაა მომავალში მიიღოს მონაწილეობა კიბოს სკრინინგის პროგრამებში, რაც საკმაოდ დადებითად შეიძლება შევაფასოდ მომავალში დაავადებასთან ბრძოლის პროცესში. თუმცა ის ფაქტი, რომ 35-50 წლამდე ასაკის რისკ ჯგუფების რესპონდენტებს დღემდე არმიუღიათ მონაწილეობა და არ უსარგებლიათ აღნიშნული პროგრამით, საკმაოდ უარყოფითი მაჩვენებელია და ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს სოციალური მდგომარეობით, განათლების დონით ან საცხოვრებელი ადგილმდებარეობით. ცხადია, მიღებული შედეგის მთელს საქართველოზე განზოგადება არ შეგვიძლია, რადგან გამოიკითხა მხოლოდ 119 რესპონდენტი. მიღებული კვლევის შედეგი გახლავთ ბაზისი უფრო ფართო კვლევებისთვის და საკითხის სიღრმისეული ანალიზისთვის.

### ბიბლიოგრაფია

1. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.
2. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.

## სტრესი გულის მანკით დაავადებულ პაციენტებში

მარიამ კვაჭაძე, ანი ბრეგვაძე, თეკლა იორდანიშვილი, მარიამ გაგნიძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისი სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

გულის მანკი თანდაყოლილი ან შეძენილი დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს გულის სარქვლოვანი აპარატის ანატომიური აგებულების ან ფუნქციის ცვლილება, რაც გულში სისხლის მიმოქცევის დარღვევას იწვევს.

არც თუ იშვიათად, გულის დაავადებების, განსაკუთრებით მიოკარდიუმის ინფარქტის, გულის თანდაყოლილი ან შეძენილი მანკების დროს გვხვდება ფსიქიკური დარღვევები. ამ დროს ხშირად ვითარდება ნევროზული მდგომარეობები, რაც მოიცავს ძილის, მადის დარღვევას, ხასიათის დეპრესიულ დარღვევებს, შიშებს, ისტერიულ და იპოქონდრიულ გამოვლინებებს. ზოგჯერ ვითარდება მწვავე სიმპტომატური ფსიქოზები გამოხატული შიშის და დეპრესიული კომპონენტით.

გულის შეძენილი მანკებით დაავადებულებში აღინიშნება მეორადი ნევროზული, დეპრესიული, შფოთვით-იპოქონდრიული რეაქციები. ასთენიურ და ნევროზულ მდგომარეობებთან ერთად ხშირად აღინიშნება ფსიქიკური განვითარების სხვადასხვა სახის დარღვევები: ფსიქიკური ინფანტილიზმი, პიროვნების პათოლოგიური ჩამოყალიბება, ინტელექტუალური განვითარების შეფერხება.

გულის მანკით ავადმყოფებს აღინიშნებათ სტრესი და დეპრესია. კვლევების მიხედვით, დეპრესიის პროცენტული მაჩვენებელი ამ დაავადების დროს 9% -დან 30% -მდე მერყეობს. სტრესი აიძულებს ადამიანის ორგანიზმს, რომ სწრაფად ცვალებად გარემო პირობებთან ადაპტირდეს. ასეთ ადაპტურ სტრესს ეუსტრესს უწოდებენ. თუმცა, როცა ორგანიზმის რეაქცია სტრესსზე არაადეკვატურია ან როცა სტრესი ძლიერია, იგი უარყოფითად ზემოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ასეთ არაადაპტურ სტრესს დისტრესს უწოდებენ.

გულის მანკით პაციენტებში დაბალია დასაქმება, ნაკლებია ფიზიკური ატივობა და გამოიჩევა დაბალი თვითშეფასებით ვიდრე მოსახლეობის საშუალო მაჩვენებელი.

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო დაგვედგინა თუ რამდენად სტრესულ გარემოში უწევთ ყოფნა გულის მანკიან პაციენტებს ყოველდღიურ ცხოვრებაში, რა გავლენას ახდენს დაავადება მათ ცხოვრებაზე, როგორია გულის მანკით დაავადებულთა ემოციური ფონი.

ჩვენი ჰიპოთეზის მიხედვით, ქრონიკულ ავადმყოფებში, მათ შორის გულის მანკის პაციენტებში სტრესის სიხშირე უფრო მაღალია და აქვთ გარკვეული შეზღუდვები ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

### მეთოდოლოგია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა გულის მანკით პაციენტების სიღრმისეული ინტერვიუ, რაც საშუალებას გვაძლევს ვესაუბროთ რესპონდენტს პირისპირ, დავაფიქსიროთ მისი ემოციები სხვადასხვა პასუხებზე. აღნიშნული გვეხმარება უკეთესად გავიგოთ მისი ემოციური ფონი, მივიღოთ ამომწურავი პასუხები და ჩავუღრმავდეთ რესპონდენტებს. ამასთან არ გვქონდა დროში შეზღუდვა, რაც გამოკითხვისას საშუალებას გვაძლევდა ისეთი საინტერესო კითხვების წამოჭრის რომლებიც კითხვარით არ იყო გათვალისწინებული.

სულ სიღრმისეული ინტერვიუ ჩატარდა 16 რესპონდენტთან, მათ შორის 6 მამაკაცია (37%) და 10 ქალია (63%). გამოკითხულთა უმრავლესობის ასაკი 58-დან 73 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნება, დაოჯახებული (65%) და პენსიონერია (44%).

## შედეგები

რესპოდენტთა გულის მანკი შეძენილი აღმოჩნდა. დაავადების შესახებ მათ შეიტყვეს 1 თვიდან 7 წლამდე პერიოდში. რესპოდენტთა სრული უმრავლესობისათვის დაავადების დიაგნოზის დასმა შოკურ და სტრესულ მდგომარეობას წარმოადგენდა.

ზოგი რესპოდენტისათვის სიარული, ფეხით გადაადგილება სიმძნელეს წარმოადგენს. არ შეუძლიათ მძიმე საგნების აწევა, სახლის დალაგება.

საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, ისინი იძულებულნი არიან შეზღუდონ ალკოჰოლის მიღება, გარკვეული სახის საკვები პროდუქტები, დილაობით სირბილი. რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ ყოველდღე განიცდიან შფოთვის მდგომარეობას, ხშირად სრულიად „უმიზეზოდაც“ შეიძლება გული აუჩქარდეთ და პანიკური შეგრძენა დაეუფლოთ. სტრესის 5 ბალიანი შკალით შეფასებისას მხოლოდ 2-მა რესპოდენტმა დასვა მაქსიმალური 4 ქულა. უმეტესობამ 2 და 3 ქულით შეაფასა საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ამას ხსნიან იმ გარემოებით, რომ უმრავლესობა ამ დაავადებას „შეგუებულია“ და როგორც ჩვენთან საუბრისას ერთმა ქალბატონმა აღნიშნა, ცხოვრებაში ყველაფერს ეგუება ადამიანი.

პაციენტების სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია. მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობის ხარჯების გარკვეულ ნაწილს სახელმწიფო ფარავს, მათთვის პრობლემას წარმოადგენს მედიკამენტების, რეაბილიტაციის, და პროფილაქტიკის ხარჯების გადახდა. აღნიშნული პაციენტებისთვის სტრესორებს წარმოადგენენ, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს მათ ჯანმრთელობაზე.

პაციენტები კმაყოფილებას გამოთქვამენ კლინიკის მომსახურებით. ისინი აღნიშნავენ მედდების თბილ დამოკიდებულებას პაციენტების მიმართ, ექიმთა სრულ ჩართულობას მათი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში, კლინიკის გამართულ ინფრასტრუქტურას და ყოველგვარი სტრესისგან თავისუფალ გარემოს.

## დასკვნა

გამოკითხულ რესპოდენტთა აბსოლუტურ უმრავლესობას განიცდის სტრესს და მუდმივ შფოთვის თავიანთი მდგომარეობის გამო. ასევე აღსანიშნავია მათი ნათესავებისა და ოჯახის წევრების ემოციური ფონი. როგორც რესპოდენტების საუბრებიდან ჩანს, ხშირად გარშემო მყოფები მეტად განიცდიან არსებულ მდგომარეობას. დაბალია სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით ძვირადღირებულ მედიკამენტებზე. პაციენტები განსაკუთრებით ხაზს უსვამენ უმომრატობას, მუდმივი დაღლილობის შეგრძენას, ფიზიკური აქტივობების მაქსიმალურად შემცირებას.

## ბიბლიოგრაფია

3. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.
4. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.
5. ვერულავა, თ. 2017. გულის თანდაყოლილი მანკით პაციენტების ფსიქოლოგიური მდგომარეობა პრეპერაციულ პერიოდში. ფსიქოლოგიისა და განათლების მეცნიერებათა აქტუალური პრობლემები – 2017. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეცნიერო კონფერენციის მასალები.

## საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის გამოწვევები

თორნიკე თურმანიძე, ლიკა ილურიძე, მადლენ სილაგავა - თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის საერთაშორისო ურთიერთობების სტუდენტები

### შესავალი

მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და მისი დაცვა მნიშვნელოვანია ნებისმიერი ქვეყნისათვის. ქვეყნები დგანან მნიშვნელოვანი ამოცანის წინაშე, ბიუჯეტის რა ნაწილი უნდა იქნას დახარჯული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაზე. 2013 წლიდან საქართველოში მოქმედებს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. კვლევის მიზანია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მთავარი გამოწვევების შესწავლა.

### მეთოდოლოგია

საკითხის სიღრმისეულად გასაანალიზებლად გამოვიყენეთ თვისებრივი კვლევის მეთოდი და მისი ერთ-ერთი ტიპი, დოკუმენტების ანალიზი. გავეცანით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიშებს, ამ საკითხში ექპერტების განცხადებებსა და მოსაზრებებს.

### შედეგები

2014-2020 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვას. დოკუმენტი წარმოაჩენს ჯანდაცვის სექტორის სტრატეგიული რეფორმებისა და სამოქმედო გეგმების ძირითად ასპექტებს. მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკა ეფუძნება ისეთ ძირითად ფასეულობებს, როგორებიცაა ადამიანის უფლებათა დაცვა და სამართლიანობა, რაც მოიცავს სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობის კუთხით უთანასწორობის აღმოფხვრას. კონცეფცია მოიცავს ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის განვითარების ისეთ ძირითად პრინციპებს, როგორებიცაა უნივერსალიზმი, მდგრადობა, ხარჯთ-ეფექტური და გამჭვირვალე მმართველობა და ჯანდაცვის მიზნებისათვის უწყებათაშორისი თანამშრომლობის გაძლიერება.

კონცეფციაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ჯანდაცვის დაფინანსების საკითხს, რომლის მიხედვით, საქართველოს მთავრობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მისი ხარისხის გაუმჯობესება, რაც აისახა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტის მოცულობის უპრეცედენტო გაზრდით. საქართველოს ყველა მოქალაქე მოცულია ან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ან კერძო დაზღვევის პაკეტით. კერძოდ, 500 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული სამედიცინო დაზღვევა, ხოლო დანარჩენი მოსახლეობა მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით.

სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გაზრდაზე მეტყველებს შემდეგი ფაქტები: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ გაიზარდა ჰოსპიტალიზაციის (100 სულ მოსახლეზე 2011 წლიდან - 7.8-დან 2013 წელს - 8.7-მდე) და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა. სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების სრულყოფილად განხორციელების თვალსაზრისით, გარდა ფინანსური ასპექტისა, ცხადია აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.



აღნიშნულთან დაკავშირებით, 2013 წელს, სახელმწიფომ განახორციელა 82 ახალი ამბულატორიის მშენებლობა და აღჭურვა საქართველოს სხვადასხვა მუნიციპალიტეტებში.

მიუხედავად ზემოთ ჩამოთვლილი დადებითი მომენტებისა, არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა და სერიოზული დებატები საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ. ბევრი საკმაოდ სპექტიკურად უყურებს ამ საკითხს - თუ რამდენად მოახერხებს საქართველოს მსგავსი მცირე ბიუჯეტის ბიუჯეტის ქვეყანა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის წარმატებულ განხორციელებას [10, 11,12,13].

ბევრ ქვეყანაში, რაც უფრო დიდია მშპ, მით მეტია სახელმწიფოს წილი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში. კვლევები ადასტურებენ, რომ რაც უფრო მეტია ჯანდაცვაზე დანახარჯები მით უფრო ხელმისაწვდომია სამედიცინო დახმარება და ასევე მაღალია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც, ამ ფონზე კი საქართველოში მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და 2015 წლის მონაცემებით შეადგენს 6.9%-ს [7,8,11]. მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად გვესმის მოსაზრებები იმის შესახებ, რომ საქართველოში ჯანდაცვაზე ძალიან დიდი რაოდენობის თანხები იხარჯება და ეს არარაციონალური მიდგომაა, სტატისტიკა ცხადყოფს, რომ საქართველო ჩამორჩება ისეთ სახელმწიფოებს, როგორებიცაა: ყაზახეთი, სომხეთი, უკრაინა და სხვა [7, 6,8,11].

პროგრამის შეფასებისას მნიშვნელოვანია მოსახლეობის აზრის გაცნობაც. საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველოს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკითხულთა 25%-ს მიაჩნია, რომ ჯანდაცვის ხარჯები ნაწილობრივ სახელმწიფომ უნდა გაწიოს, რაც 2013 წელთან შედარებით 9 პროცენტული პუნქტით შემცირდა. იმ რესპონდენტების რაოდენობა, ვისაც მიაჩნია, რომ ჯანდაცვის ხარჯები სახელმწიფომ სრულად უნდა გაწიოს 2013 წელთან შედარებით 4 პროცენტული პუნქტით გაიზარდა. ამგვარად, საქართველოს მოქალაქეები მიიჩნევენ, რომ ჯანდაცვის ხარჯები სახელმწიფომ და მოქალაქემ უნდა გაინაწილოს.

## დასკვნა

მიუხედავად იმ სპექტიკური განწყობებისა, რაც არსებობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გარშემო, აშკარაა მისი დადებითი მხარეები. არგუმენტი, რომ საქართველოს მსგავსი პატარა ქვეყანამ არ უნდა დახარჯოს ბიუჯეტის დიდი ნაწილი ჯანდაცვაზე, არ არის ვალიდური, რადგან საქართველოზე დაბალშემოსავლიანი ქვეყნებიც ყურადღებას აქცევენ ჯანდაცვის სფეროს განვითარებას და სახელმწიფო ხარჯების გარკვეულ ნაწილს მის განსავითარებლად ხარჯავენ. აქვე აღსანიშნავია მოსახლეობის დამოკიდებულებაც, რომ ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფოსთან ერთად მოსახლეობის გარკვეულმა ნაწილმაც უნდა მიიღოს სათანადო მონაწილეობა.

## ბიბლიოგრაფია:

1. ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა. სოციალური მომსახურების სააგენტო  
[http://ssa.gov.ge/index.php?sec\\_id=36&lang\\_id=GEO](http://ssa.gov.ge/index.php?sec_id=36&lang_id=GEO). ბოლო ნახვა, 29 დეკემბერი, 2017.
2. 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ. საქართველოს მთავრობის დადგენილება. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2014.  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2657250>. ბოლო ნახვა, 29 დეკემბერი 2017.

3. ძალიან ეკონომიურად ვიყენებთ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისთვის გამოყოფილ თანხებს. საქართველოს რეფორმების ასოციაციის (GRASS) ვებ ჟურნალი [www.factcheck.ge](http://factcheck.ge). <http://factcheck.ge/article/dzalian-ekonomiurad-viqhenebth-saqhoveltbao-jandatsvis-programisthvis-gamoqhophil-thankhebs/>. ბოლო ნახვა, 30 დეკემბერი, 2017.
4. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო. 2015 წ. <http://www.transparency.ge/ge/blog/mokalaketa-damokidebuleba-sakoveltao-jandatsvis-programis-mimart> ბოლო ნახვა, 30 დეკემბერი, 2017.
5. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
6. <http://www.moh.gov.ge/ka/566/jandacvis-erovnuli-angariSebi> ბოლო ნახვა, 30 დეკემბერი, 2017.
7. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი. <https://idfi.ge/ge/health-care-expenditure-who-recommendations-georgia> ბოლო ნახვა 7.01.2018
8. Verulava, T., Maglakelidze, T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150.
9. Verulava, T., Jorbenadze, R., Barkalaia, T. (2017). Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News, 262 (1): 116-120.
10. ვერულავა, თენგიზ (2017) უნივერსალური ჯანდაცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის II საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის “გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში” შრომების კრებული. გვ. 185-191.
11. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა სამხრეთ კავკასიის რეგიონში: შედარებითი ანალიზი, შეფასება. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტისა და საქართველოს სამეზობლოს კვლევის ინსტიტუტის II საერთაშორისო კონფერენციის „პოლიტიკა კავკასიის გარშემო“ შრომათა კრებული. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. გვ. 101-116
12. ვერულავა, თ. 2017. უნივერსალური ჯანდაცვა საქართველოში: მიღწევები და გამოწვევები. ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის V საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის „სივრცე, საზოგადოება, პოლიტიკა – მდგრადი განვითარების რეგიონული ასპექტები“ შრომათა კრებული. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. გვ. 58-66
13. ვერულავა, თ. 2016. ადამიანის ჯანმრთელობა – ეკონომიკური ზრდის საფუძველი (საქართველოს მაგალითზე). „გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში“, საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის შრომათა კრებული. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. გვ. 224-229



## შპმ ბავშვთა ინკლუზიური განათლება და მასთან დაკავშირებული სტრეს-ფაქტორები

ნინო სამჭკუაშვილი, მარიამ ვარამაშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

ინკლუზიური განათლება არის მიდგომა, რომელიც ცდილობს სკოლის ასაკის ყველა ბავშვის ჩართვას სასწავლო პროცესში, მიუხედავად მათი შესაძლებლობისა და სირთულეებისა. ინკლუზიური განათლების მიზანია, რომ ყველა ბავშვს მიეცეს თანაბარი შესაძლებლობა თანატოლებთან ერთად სწავლისა, ხარისხიანი განათლების მიღებისა. ინკლუზიური განათლება მოითხოვს სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლეთა შესაძლებლობების გაძლიერებას და განვითარებას, მათი აკადემიური და სოციალური უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას, მათ მომზადებას დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის, რომ ისინი ჩამოყალიბდნენ საზოგადოების სრულყოფილ წევრებად. ინკლუზიური განათლების საერთაშორისო მოდელის მიხედვით, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლე სრულად უნდა მონაწილეობდეს სასკოლო და საკლასო აქტივობებში; სკოლაში მიმდინარე აკადემიურ (მაგ. წერა, კითხვა) და არა აკადემიურ (მაგ. დასვენებებზე თანატოლებთან თამაში) პროცესებში.[1] [2]

კანონი ზოგადი განათლების შესახებ შემდეგნაირად განმარტავს ინკლუზიურ სწავლებას - შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა ჩართვა ზოგად საგანმანათლებლო პროცესში სხვა თანატოლებთან ერთად. ზოგადი განმარტებით, ინკლუზია ნიშნავს არამხოლოდ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ჩართვას, არამედ რაიმე ნიშნით განსხვავებულ ადამიანთა უფრო მეტად დაახლოებას. ეს ნიშანი შეიძლება იყოს სქესი, ასაკი, რასა, ეროვნება, განათლება, სოციალური სტატუსი (კანონი ზოგადი განათლების შესახებ).

ინკლუზიური განათლების უმიშვნელოვანესი შედეგი ბავშვის სოციალური ინტეგრაციის, მეტყველების, ქცევის გაუმჯობესებასთან ერთად თვითშეფასების ამაღლებაა. ასევე, მნიშვნელოვანია ის, რომ ჯანმრთელი ბავშვები ეჩვევიან განსხვავების პატივისცემასა და მის მიღებას, და უჩნდებათ სურვილი, დაეხმარონ ერთმანეთს. [3]

სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროება გულისხმობს სწავლის სირთულეებს, რომლის დაძლევა მოსწავლეს სპეციალური დახმარების გარეშე უჭირს. მოსწავლეს, რომელსაც გააჩნია სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროება ექმნება სირთულეები და სჭირდება დახმარება შემდეგ სფეროებში: კითხვა, წერა, ანგარიში, ინფორმაციის გადამუშავება, საკუთარი აზრის და შეხედულებების გამოხატვა, სხვების აზრის გაგება, საშინაო და საკლასო დავალებების შესრულება, ქცევა, თანატოლებთან და პედაგოგებთან ურთიერთობა. სპეციალურ საგანმანათლებლო საჭიროებას შეიძლება იწვევდეს: სხვადასხვა სახის სენსორული და ფიზიკური დეფიციტი, თუკი ის ზეგავლენას ახდენს სასწავლო პროცესზე, ინტელექტუალური განვითარების დარღვევა, გრძელვადიანი მკურნალობის / ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება, ეროვნულ უმცირესობათა წარმომადგენლობა, სოციალური დაუცველობა. ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზების გამო შესაძლოა მოსწავლე ვერ სძლევდეს ეროვნული სასწავლო გეგმით გათვალისწინებულ მიზნებს და საჭიროებდეს ინდივიდუალური სასწავლო გეგმით სწავლებას.[4]

შეზღუდული შესაძლებლობა ნიშნავს გარკვეული მოქმედების განხორციელების, გარკვეულ მოქმედებაში მონაწილეობის მიღების და რეალურ ცხოვრებისეულ სიტუაციაში ან გარემოში ჩართულობის შესაძლებლობის შეზღუდვას. შეზღუდული შესაძლებლობა დამოკიდებულია პიროვნულ ფაქტორებზე (მაგალითად, ნერვ-კუნთოვანი დაავადებების შედეგად სიარულის უუნარობა) ან გარემო ფაქტორებზე (მაგალითად, ადამიანის ფუნქციების შეზღუდვა გარკვეული დაბრკოლებების და წინაღობების გამო). ისტორიულად, შეზღუდული შესაძლებლობა განიმარტება ინდივიდის ფიზიკური, გონებრივი ან ფსიქოლოგიური უნარების დაქვეითების საფუძველზე.

ინკლუზიური განათლების პოლიტიკის განხორციელების დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს საზოგადოებაში პოზიტიური დამოკიდებულების შექმნას. ინკლუზიური განათლების პრინციპების წარმატება, უპირველეს ყოვლისა, საზოგადოების მხრიდან სოლიდარობასა და თანაგრძნობაზეა დამოკიდებული.[4]

კიდევ ერთ მნიშვნელოვან საკითხის წარმოადგენს სკოლის პედაგოგების პროფესიონალური განვითარება, რათა მათ შეძლონ ინკლუზიურ ბავშვებთან ურთიერთობა. ინკლუზიური განათლების მიმართ სკოლის პოზიტიურმა ან ნეგატიურმა დამოკიდებულებამ შეიძლება მნიშვნელოვნად შეაფერხოს ან ხელი შეუწყოს შშმ ბავშვების წარმატებას სკოლაში. ინკლუზიური განათლების წარმატებული დანერგვისთვის სკოლაში აუცილებელია სკოლის მოსწავლეების და მათი მშობლების ინფორმირებულობის გათვალისწინება ინკლუზიური განათლების მიმართ. სკოლის ადმინისტრაციამ უნდა უზრუნველყოს სკოლის სოციალური გარემო შესაბამისი ინფორმაციით, ინკლუზიური განათლების საკითხთან დაკავშირებით და ამისთვის უნდა გამოიყენოს სხვადასხვა საშუალებები, მათ შორის საინფორმაციო პლაკატები, შეხვედრები და მსჯელობები მშობელთა კრებაზე, შესაბამისი აქტივობები კრებაზე, შესაბამისი აქტივობები გაკვეთილზე ბავშვებთან. მსგავსი შეხვედრები ხელს შეუწყობს დამკვიდრებული არასწორი დამოკიდებულებების, შიშების და ცრურწმენების გაქარწყლებას ინკლუზიური განათლების და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მიმართ.[1]

გარდა ზოგადი ინფორმაციისა სკოლაში დაგეგმილი ან მიმდინარე ინკლუზიური განათლების პროცესის შესახებ, მშობელს აქვს უფლება მოითხოვოს და მიიღოს დეტალური ინფორმაცია მოსწავლის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების შესახებ, თუკი ასეთი მოსწავლე მის შვილთან ერთად სწავლობს. კლასის დამრიგებელი ვალდებულია უზრუნველყოს მშობელი შესაბამისი, ობიექტური ცნობებით და გასცეს პასუხი მშობლის შეკითხვებს. ამ პროცესში, რასაკვირველია, დიდია პროფესიონალთა - ფსიქოლოგთა და პედაგოგთა როლი.

მშობლების ობიექტური ინფორმაციით უზრუნველყოფა, ერთის მხრივ, ხელს უწყობს სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე ბავშვთა მიმართ სწორი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას, ხოლო მეორეს მხრივ, სწორედ ინფორმირებული და ინკლუზიური განათლებისადმი კეთილგანწყობილი მშობელი, არის გარანტი ბავშვის სწორი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებისა.

პედაგოგის ფუნქციაა ხელი შეუწყოს კლასში სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის მშობელსა და დანარჩენ მშობელთა შორის დადებითი ურთიერთ დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას და უზრუნველყოს მეტი სიახლოვე მათ შორის. ამისათვის შესაძლებელია კლასგარეშე აქტივობების დაგეგმვა, მაგ. ლაშქრობები ქალაქგარეთ, სადაც მშობლებს ურთიერთობა აქვთ სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლესთან და მის მშობელთან. ამ ურთიერთობის შედეგად კლასის მშობლების კეთილგანწყობა კიდევ უფრო გაძლიერდება.

მშობელთა შორის დადებითი კომუნიკაციის წახალისების პარალელურად, საგანმანათლებლო სისტემის უპირველესი ამოცანაა ბავშვებს შორის დადებითი კომუნიკაციის და ურთიერთობის წახალისება. მასწავლებელს ამისთვის შეუძლია ჯგუფური მუშაობის გამოყენება, სადაც სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლე, სხვა მოსწავლეებთან ერთად, ერთი დავალების ირგვლივ გაერთიანდება. ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეთა განათლების უფლების უზრუნველყოფის პარალელურად, სკოლის ადმინისტრაციის და პედაგოგთა მოვალეობაა სკოლის დანარჩენი მოსწავლეების ინტერესების დაცვა. გაუმართლებელია ინკლუზიური განათლების დანერგვა, თუკი ეს პროცესი დანარჩენი მოსწავლეების საზიანოდ განხორციელდება. მაგ. თუ ხშირად იშლება საგაკვეთილო პროცესი, მასწავლებელი ვერ უთმობს მოსწავლეებს საკმარის ყურადღებას, უხდება კლასის ხშირი დატოვება და ა.შ. ამ შემთხვევაში, მშობელს უფლება აქვს, სკოლის ადმინისტრაციას სიტუაციაში გარკვევა და შესაბამისი რეაგირება მოსთხოვოს. პრობლემური სიტუაციის გადაჭრა ორივე მხარის ინტერესების დაცვით უნდა მოხდეს - არ შეიზღუდოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლის უფლებები მიიღოს განათლება თანატოლებთან ერთად და არ ჩაიშალოს საგაკვეთილო პროცესი. [1]

საქართველოში ინკლუზიური განათლების ხელმისაწვდომობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის საკმაოდ აქტუალური საკითხია. ამ მხრივ რამდენიმე ძირითადი პრობლემა იკვეთება: ინკლუზიური განათლების ხელმისაწვდომობა, ინკლუზიური განათლების ხელშემწყობი გარემოს არსებობა, ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლის მოსწავლეები და მათი მშობლები, შშმ მოსწავლეების მშობლები, საზოგადოების ინფორმირებულობის დონე ინკლუზიური განათლების მიმართ.

საზოგადოება შშმ ადამიანებს, მათ შორის ბავშვებს, განსხვავებულად აღიქვამს, მათ იზოლირებას ახდენს, რაც აღნიშნული საკითხის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობითაა გამოწვეული. ხშირად ასეთი უარყოფითი დამოკიდებულების გამო შშმ ბავშვებს უწევთ სტრესულ გარემოში ყოფნა, რაც მათზე ასევე უარყოფითად აისახება.

ხშირია ისეთი შემთხვევები, როდესაც არა შშმ ბავშვთა მშობლებს არ სურთ შშმ ბავშვებმა ისწავლონ მათ შვილებთან ერთად. აღნიშნული გარკვეულ სტრეს-ფაქტორს წარმოადგენს არა მხოლოდ შშმ ბავშვებისთვის, არამედ მათი მშობლებისთვისაც.

ინკლუზიური განათლების ხელშემწყობი გარემოს არსებობის, ამ საკითხთან მიმართებით არა სსსმ (სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე) თუ სსსმ ბავშვთა მშობლების ინფორმირებულობის და სწორი, ჯანსაღი დამოკიდებულების გარეშე, ვერ შეძლებენ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები განათლების მიღებას, ინტეგრაციას თავიანთ თანატოლებთან.

ინკლუზიური განათლებასთან დაკავშირებით, საზოგადოების განათლების არასაკმარის დონეზე, არაერთი კვლევა მეტყველებს. მაგალითად: არა სსსმ ბავშვთა მშობლებს ხშირად აინტერესებთ:

- შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვის კლასში ყოფნა უარყოფითად ხომ არ იმოქმედებს სხვა მოსწავლეების სასწავლო მიღწევებზე;
- ხომ არ დაეთმობა სხვა მოსწავლეებს ნაკლები ყურადღება მასწავლებლების მხრიდან;
- ხომ არ არის შეზღუდული შესაძლებლობა "გადამდები";
- ხომ არ მიბაძვენ დანარჩენი მოსწავლეები სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე ბავშვის ქცევას და ამით, მშობლებისთვის არასასურველ ჩვევებს აითვისებენ;
- ხომ არ არის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლე აგრესიული;

ინფორმირებული და ინკლუზიური განათლებისადმი კეთილგანწყობილი მშობელი კი, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა მიმართ საკუთარი შვილის სწორი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაზე. ინკლუზიური განათლების წარმატებული დანერგვისათვის, აუცილებელია სკოლის მოსწავლეების და მათი მშობლების დამოკიდებულებისა და ინფორმირებულობის გათვალისწინება.

ჩვენი კვლევის მიზანია არა სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეთა მშობლების ინფორმირებულობის დადგენა, მათი დამოკიდებულების შესწავლა ინკლუზიური განათლების მიმართ, რამდენად არის დაკავშირებული შშმ ბავშვების ინკლუზიური გაანთლება სტრესთან.

## **მეთოდოლოგია**

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ერთ-ერთი საჯარო სკოლის არა სსსმ და სსმ მოსწავლეთა 70 მშობელი სპეციალური კითხვარის მეშვეობით. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 4 ექსპერტის სიღრმისეული გამოკითხვა. ექსპერტებს წარმოადგენდნენ: სკოლის დირექტორი, სპეც-პედაგოგი და ფსიქოლოგი რომლებიც უშუალოდ მუშაობენ სსსმ/შშმ ბავშვებთან, ამასთანავე ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ერთ-ერთი ლექტორი, რომელსაც სოციალურ მუშაობასთან/სამუშაოსთან აქვს შეხება.

## **შედეგები**

სკოლის დირექტორი აღნიშნავს, რომ ამჟამად სკოლაში სულ 13 სსსმ ბავშვია, რომლებიც არიან აუტისტური სპექტრის, ცერებრალური დამბლის, გონებრივი ჩამორჩენილობის, მოტორიკის პრობლემების მქონე ბავშვები. ზოგჯერ მათი გაკვეთილზე გაჩერება შეუძლებელია. ყოფილა შემთხვევა როდესაც არა სსსმ/შშმ ბავშვთა მშობლებს გარკვეული სახის პრეტენზია გამოუთქვამთ. არიან არა სსმ ბავშვები, რომლებსაც აქვთ უარყოფითი დამოკიდებულება სსსმ ბავშვების მიმართ. აღნიშნული წარმოადგენს სსმ ბავშვებისთვის გარკვეულ სტრეს-ფაქტორს. მათი აზრით, ამის მიზეზია ის, რომ მშობლებს და ბავშვებს არ მიეწოდებათ ხშირად ინფორმაცია ინკლუზიური განათლების სწავლების შესახებ, მათ არ იციან როგორ მოიქცნენ სსმ ბავშვებთან სწორად, არ იციან რომ ისინიც მსგავსი გრძნობების ადამიანები არიან, ოდნავ განსხვავებული გონებრივი შესაძლებლობებით. ისინი აღნიშნავენ, რომ მთავარი პრობლემა ინკლუზიური განათლებასთან დაკავშირებით არის საზოგადოების ინფორმირებულობის დაბალი დონე და

მიიჩნევენ, რომ ამ მხრივ აუცილებელია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, რომ ინკლუზიური განათლების დანერგვისათვის მნიშვნელოვანია ინიციატივა გამოიჩინონ თავად შშმ/სსსმ ბავშვთა მშობლებმა. ისინი ცდილობენ და სხვებსაც მოუწოდებენ რომ რაც შეიძლება ბევრი ტრენინგი ჩაუტარდეთ მშობლებს და ბავშვებს რათა მოხდეს ამ საკითხთან არსებული კითხვების აღმოფხვრა და სსსმ ბავშვების სრულფასოვანი ინტეგრაცია საზოგადოებასთან. თსუ-ის ლექტორი აღნიშნავს, რომ ინკლუზიური განათლება საქართველოში კვლავ იმ პრობლემათა რიგს განეკუთვნება, რომლებიც მოუგვარებელია. მისი აზრით, სსსმ ბავშვები არ არიან სრულფასოვნად ჩართულნი ინკლუზიური განათლების პროცესში, მეტიც, ისინი ხშირად სტრესს გაიცდიან იმის გამო, რომ საზოგადოებას უჭირს მათგან განსხვავებულის მიღება. შედეგად, სსსმ ბავშვები დისკრიმინირებულნი არიან მათი მხრიდან.

რაოდენობრივი კვლევის გამოკითხვის შედეგებმა აჩვენა, რომ რესპონდენტთა მხოლოდ 60%-ს სმენია ინკლუზიური განათლების შესახებ, ხოლო 40% საერთოდ არ სმენია. იმ რესპონდენტებიდან, რომელთაც სმენიათ ინკლუზიური განათლების შესახებ, მხოლოდ 30%-მა იცის რას ნიშნავს ინკლუზიური განათლება, დანარჩენი 70%-ს კი მხოლოდ სმენია და არ იცის ზუსტად რას გულისხმობს ინკლუზიური განათლება.

გამოკითხული სსსმ ბავშვების მშობლების 80% ინფორმირებულია და ხედავს გარკვეულ პრობლემებს ამ საკითხთან დაკავშირებით. მათი აზრით, ხშირია შემთხვევები როდესაც მათი შვილები განიცდიან სტრესს იმის გამო, რომ დასცინიან. ზოგიერთ მათგანს კი ისეთ სკოლაში დაჰყავს საკუთარი შვილი, რომ ამგვარ პრობლემას არ აწყდება, მაგრამ საზოგადოების მხრიდან ნეგატიურ დამოკიდებულებას მაინც განიცდიან.

გამოკითხული არა სსსმ ბავშვთა მშობლების 55% ინფორმირებულია ამ საკითხთან დაკავშირებით. ბევრი მათგანი ხედავს პრობლემას და აღნიშნავს, რომ აუცილებელია მოხდეს საზოგადოების ინფორმირებულობა, არა სსსმ ბავშვების სსსმ ბავშვებთან უფრო ხშირი კონტაქტი, რათა უკეთ გაიგონ მათ ერთმანეთი და დამეგობრდნენ, იცოდნენ რომ ისინიც ჩვეულებრივი ადამიანები არიან.

სკოლის ადმინისტრაციის/პედაგოგისგან ინფორმაციას იღებს გამოკითხულთა მხოლოდ 13%, ხოლო დანარჩენი 87% აღნიშნავს, რომ მათ არ აწვდის სკოლა ინფორმაციას ინკლუზიური განათლების შესახებ. გამოკითხული მშობლების 55% ეთანხმება დებულებას, რომ შშმ ბავშვებზე ჩვეულებრივ საჯარო სკოლებში უნდა იღებდნენ განათლებას თანატოლებთან ერთად. ისინი ასევე ეთანხმებიან მოსაზრებას, რომ ინკლუზიური განათლების წარმატებული დანერგვისთვის აუცილებელია არა შშმ ბავშვთა მშობლების ინფორმირებულობისა და დამოკიდებულების გათვალისწინება. ამსათანავე არა შშმ და შშმ ბავშვთა მშობლებს შორის უნდა იყოს დადებითი ურთიერთდამოკიდებულება და კეთილგანწყობა.

მშობლები ინკლუზიური განათლების მთავარ პრობლემად ასახელებენ სწორედ ინფორმირებულობის ნაკლებობას. გამოკითხულთა აბსოლუტურ უმრავლესობას აქვს სურვილი, რომ სკოლის ადმინისტრაციამ და პედაგოგებმა მიაწოდონ შესაბამისი ინფორმაცია ინკლუზიური განათლების შესახებ, რადგან მათი აზრით, არაშშმ ბავშვის მშობელი საკმაოდ მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სკოლაში შშმ ბავშვთა ინკლუზიური განათლების ხელშეწყობი გარემოს შექმნაში.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. გზამკვლევი მასწავლებლებისათვის (ინკლუზიური განათლება). თბილისი, 2009.
2. ნადირაძე კობა. ინკლუზიური განათლება, გზა დამოუკიდებელი ცხოვრებისაკენ. თბილისი, 2006.
3. ხარებავა მადონა, ჯავახიშვილი ჯანა, ნონა ქობალია, ნინო ყუფუნია. გზა ინკლუზიისაკენ. ინვალიდ ქალთა და ინვალიდ ბავშვთა დედათა ასოციაცია. ზუგდიდი, 2006.
4. თათია პაჭკორია, სალომე მაზმიშვილი, თამუნა კბილცეცხლაშვილი, ქეთევან იაშვილი, მეიკო ჭელიძე. ინკლუზიური განათლება, მოსწავლე, ოჯახი და სკოლა. თბილისი, 2012.
5. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.

### **ადრეულ ასაკში ქორწინება და სტრესი**

**მარკა ჩაფიძე, თამთა კოდელაშვილი, სალომე სულაშვილი, ნათია ციციშვილი** - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### **შესავალი**

ადრეული ქორწინება აღწერს ორ ადამიანს შორის იურიდიული ქორწინების ან ჩვეულებითი კავშირის შემთხვევებს, როცა ერთი ან ორივე მეუღლის ასაკი 18 წელზე ნაკლებია. ადრეულ ქორწინებას ხშირად მოიხსენიებენ, როგორც „ბავშვთა ქორწინებას“ ან „იძულებით ქორწინებას“. ადრეულ ასაკში ქორწინების პრობლემის გლობალურ მასშტაბზე მიუთითებს თუნდაც ის ფაქტი, რომ გაერომ ამ საკითხს წლიური ანგარიში მიუძღვნა, სახელწოდებით - „დედობა ბავშვობაში“. [1] გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მონაცემების მიხედვით, 18 წელს მიუღწეველი დაახლოებით 14 მილიონი გოგო ქორწინდება ერთი წლის განმავლობაში, 38 000 ერთ დღეს, 13 გოგონა კი - 30 წაშში. [1]

ადრეული ქორწინება განსხვავებულ ზეგავლენას ახდენს გოგონებსა და ბიჭებზე, ამიტომ შესაძლებელია მისი გენდერული თვალსაზრისით განხილვაც. მსოფლიოში ადრეულ ქორწინებაში მყოფი ბიჭების რაოდენობა გაცილებით ნაკლებია გოგონათა რაოდენობაზე. გარდა ამისა, ადრეულ ქორწინებაში მყოფი გოგონები ოჯახური ძალადობისა და სექსუალური ზეწოლის გაზრდილი საფრთხის ქვეშ იმყოფებიან. ადრეული ქორწინება მოიცავს ჯანმრთელობის რისკსაც - თუ გოგონები ქორწინებისთანავე დაორსულდებიან, შეიძლება გაურთულდეთ ორსულობა და მშობიარობა, რადგან მათი ორგანიზმი მზად არ არის ბავშვის გაჩენისთვის. ადრეული ქორწინების შემთხვევაში როგორც ბიჭები, ასევე გოგონები ხშირად იძულებულნი არიან შეწყვიტონ განათლების მიღება სკოლაში, დაიწყონ მუშაობა და/ან დაკავდნენ საოჯახო საქმეებით. ამრიგად, ადრეული ქორწინება არის სოციალური ინტეგრაციის შემაფერხებელი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა. ყოველივე ეს, საბოლოო ჯამში, აისახება ინდივიდის ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე და განაპირობებს სტრესს.

კვლევის მიზანია ადრეული ქორწინების შედეგად გამოწვეული სტრეს-ფაქტორების დადგენა და სტრესის დაძლევის გზების განსაზღვრა.

### **მეთოდოლოგია**

კვლევის ფარგლებში გამოვიყენეთ თვისებრივი კვლევის მეთოდი, კერძოდ, სიღრმისეული ინტერვიუ და ფოკუს-ჯგუფი ადრეულ ასაკში დაოჯახებულ რესპონდენტებთან. შესაბამის მეთოდს მივმართეთ, ძირითადად, ეკონომიკური მიზეზის გამო. რაოდენობრივი კვლევის ჩატარება მოითხოვს საკმაოდ დიდ ხარჯებს, რაც სირთულეს წარმოადგენს დამოუკიდებელი მკვლევრებისა და სტუდენტებისთვის, რომლებიც მოკლებულნი არიან კვლევის მხარდაჭერასა და დაფინანსების შესაძლებლობებს. სიღრმისეული ინტერვიუ გვთავაზობს საკითხთან დაკავშირებით უფრო მეტად სიღრმისეული ინფორმაციის მიღების შესაძლებლობას. ღია კითხვებისა და ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით შეგვიძლია რესპონდენტს ჩავუღრმავდეთ და ვკითხოთ „რატომ“, „როგორ“ და მივიღოთ თემის გარშემო სიღრმისეული ინფორმაცია. რაც შეეხება ფოკუს-ჯგუფს, იგი ხელს უწყობს რესპონდენტებს შორის აზრთა გაცვლას. აღნიშნული მეთოდი საშუალებას გვაძლევს არამხოლოდ სიღრმისეულად შევისწავლოთ საკვლევი საკითხი, არამედ შევიქმნათ ნათელი წარმოდგენა ამ საკითხის ირგვლივ არსებულ აზრთა მრავალფეროვნების შესახებ. ფოკუს-ჯგუფის დროს წარმოქმნილი დისკუსიების შედეგად უკეთ ვლინდება რესპონდენტების დამოკიდებულება გარკვეული სოციალური პრობლემებისადმი, მათი ფსიქოლოგიური განწყობები და ემოციური შეფასებები, რომლებიც ხშირად არც არის შეგნებულად გათვითცნობიერებული რესპონდენტების მიერ. მივიჩნიეთ, რომ სიღრმისეული ინტერვიუსა და ფოკუს-ჯგუფების დახმარებით საინტერესო დასკვნების გამოტანის შესაძლებლობა გვექნებოდა.

## შედეგები

სიღრმისეული ინტერვიუების ფარგლებში გამოვიკითხეთ ადრეულ ასაკში დაოჯახებული 22 წლამდე ასაკის 12 რესპონდენტი: 8 - გოგო, 4 - ბიჭი. რესპონდენტებიდან მხოლოდ ერთი არის განქორწინებული ამჟამად.

რესპონდენტების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ სტრესი და ქორწინება პირდაპირ კავშირშია ერთმანეთთან.

სალომე: „როდესაც დავოჯახდი, ვერ წამომედგინა რამხელა პასუხისმგებლობა ავიღე საკუთარ თავზე, ქორწინებას ყოველთვის მოაქვს პრობლემები, ამ პრობლემებს კი ბუნებრივია გარკვეულწილად მოაქვს სტრესი“.

ნინო: „ძალიან გამიჭირდა ქმრის მშობლებთან შეგუება, სრულიად უცხოები იყვნენ ჩემთვის. საკუთარ თავში ჩავიკეტე. გარკვეული პერიოდი დეპრესიაში ჩავვარდი.“

ნიკა: „დაქორწინებამდე ჩემი მშობლები მაფინანსებდნენ, „მარა“ ცოლის მოყვანის შემდეგ ვეღარ გაწვდნენ ხარჯებს და მომიწია მუშაობის დაწყება. ძირითადად, გასული ვიყავი სახლიდან, ძმაკაცებს ვეღარ ვნახულობდი, ისე თავისუფალი აღარ ვიყავი როგორც ადრე და ეს ყველაფერი ჩემთვის ძალიან სტრესული აღმოჩნდა.“

სიღრმისეულმა ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ გოგონებისთვის ქორწინების თანმდევი სტრეს-ფაქტორი, ძირითადად, მშობლებთან განშორება, ქმრის მშობლებთან შეგუება და საოჯახო საქმეებისათვის თავის გაერთიანება. მამაკაცებისთვის რთულია ფინანსურ საკითხებზე პასუხისმგებლობის აღება, მეგობრებისთვის ნაკლები დროის დათმობა, ნაკლები გართობა და შეზღუდვები სექსუალურ ურთიერთობებში.

ქორწინებასთან თანმდევი სტრესის დამღევს შემთხვევაში, მდედრობითი სქესის წარმომადგენელთათვის მნიშვნელოვანი მხარდამჭერი, ძირითადად, ოჯახის წევრები გახლავთ, ასევე შევება წარმოადგენს მეგობრებთან საუბარიც. ხოლო მამაკაცები გამოსავალს მსუბუქ ნარკოტიკსა და სასმელში ხედავენ.

გიორგი: „მარხუანა მეხმარება თავი ავარიდო ყოველგვარ პასუხისმგებლობას“.

ქეთი: „დაქალები რომ არა, ალბათ, ჭკუდიან შევიშლებოდი (იცინის)“.

მსგავსი შედეგები გამოვლინდება ფოკუს-ჯგუფების ანალიზის შედეგად. ჩავატარეთ 2 ფოკუს-ჯგუფი, რომელშიც მონაწილეობა მიიღეს 22 წლამდე ასაკის რესპონდენტებმა. ერთი ფოკუს-ჯგუფი დაკომპლექტებული იყო დასაოჯახებელი რესპონდენტებით, ხოლო მეორე - ადრეულ ასაკში დაოჯახებული ინდივიდებით. ფოკუს-ჯგუფში რესპონდენტთა ოდენობა იყო 8. ფოკუს-ჯგუფები შევადარეთ ერთმანეთს, რის შედეგადაც გამოვლინდა, რომ სტრესის გავლენას უფრო განიცდიდნენ დაოჯახებული რესპონდენტები.

სადისკუსიო გეგმაში ჩავრთეთ შეკითხვები ჩარლზ სპილბერგერის მღელვარების ტესტიდან, ასევე გამოვიყენეთ კითხვები სტრესის და დეპრესიის საკვლევი კითხვარებიდან. კითხვებზე: „გრძნობთ თუ არა შებოჭილად თავს?“, „თქვენი აზრით, ხართ თუ არა თავისუფალი ქმედებებში?“, „გაღიზიანებენ თუ არა ოჯახის წევრები და მეგობრები?“, „განვიცდით თუ არა სულიერ სიმშვიდეს?“, „გაქვთ თუ არა გრძნობა, რომ თქვენი ცხოვრება ჩიხში შევიდა?“, „როგორ უყურებთ თქვენს მომავალს?“ და ა.შ. რესპონდენტებმა გაცვალეს პასუხები ერთმანეთში და ღიად ისაუბრეს თემის გარშემო.

აღსანიშნავია, რომ უფრო დადებითი პასუხები გასცეს დასაოჯახებელმა რესპონდენტებმა, ვიდრე დაოჯახებულმა. დაოჯახებულ რესპონდენტებთან ჩატარებულმა ფოკუს-ჯგუფმა გამოავლინა იგივე პრობლემები ადრეულ ქორწინებასა და სტრესთან მიმართებით, რაც გამოიყო სიღრმისეული ინტერვიუების დროს. ორივე ფოკუს-ჯგუფის შემთხვევაში რესპონდენტები უარყოფითად აფასებენ ადრეულ ქორწინებას და მიიჩნევენ, რომ ადრეულ ქორწინებას ახლავს სტრესი. იმავე სიტუაციაში დაბრუნების შემთხვევაში, დაოჯახებული რესპონდენტების დიდი ნაწილი აცხადებს, რომ სხვაგვარად მოიქცეოდა: „პატარა ვიყავი და გააზრებული არ მქონდა რამხელა პასუხისმგებლობა ავიღე საკუთარ თავზე. დაუფიქრებელი გადაწყვეტილება იყო. იმავე დროში რომ დამაბრუნა, ბევრ რამეს სხვაგვარად გავაკეთებდი“.

აღსანიშნავია, რომ დასაოჯახებელ რესპონდენტებს უფრო დადებითი დამოკიდებულება აქვთ საკუთარი მომავლის მიმართ, ისინი მეტ ყურადღებას განათლებასა და კარიერას უთმობენ,

ხოლო დაოჯახებულ რესპონდენტებს საკუთარი თავი უფრო მეოჯახე ადამიანის ამპლუაში წარმოუდგენიათ.

### **დასკვნა**

კვლევამ აჩვენა, რომ ადრეულ ასაკში მიღებული გადაწყვეტილება ქორწინებასთან მიმართებით, ძირითადად, აფექტური და გაუაზრებელია, რესპონდენტების უმრავლესობა იმავე სიტუაციაში დაბრუნების შემთხვევაში სხვაგვარად მოიქცეოდა. ადრეულ ქორწინებას თან ახლავს სტრესი, რომელსაც განაპირობებს საკუთარი ოჯახის წევრების დატოვება და მეუღლის ოჯახის წევრებთან შეგუება, გართობისა და მეგობრებისათვის ნაკლები დროის დათმობა, ქორწინების თანმდევი პასუხისმგებლობების საკუთარ თავზე აღება და ფინანსური პრობლემები. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ ქალებისთვის ძირითადი სტრესფაქტორი მეუღლის ოჯახის წევრებთან შეგუება, ხოლო მამაკაცებისთვის - ფინანსური საკითხების მოგვარებაა. სავარაუდოდ, ეს შედეგები ქართული ოჯახის სპეციფიკიდან გამომდინარეობს.

სტრესის დაძლევის მეთოდებს რაც შეეხება, ამ მხრივ, ქალებისა და მამაკაცების ტაქტიკა მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისგან. კვლევამ აჩვენა, რომ სტრესის დაძლევა ქალებს უფრო უადვილდებათ, რაშიც მათ მეგობრებთან საუბარი ეხმარებათ, ხოლო მამაკაცებს შვებას უფრო მსუბუქი ნარკოტიკი გვრის, რაც, თავის მხრივ, ცალკე სტრეს-ფაქტორიც შესაძლოა აღმოჩნდეს.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA), “ადრეული/ ბავშვობის ასაკში ქორწინება”, საქართველო, თბილისი.
2. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.

## პაციენტთა ინფორმირებულობა საკუთარი უფლებების შესახებ

ანუკი კორკოტაძე, ნანა კოტორეიშვილი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები.

### შესავალი

ჯანდაცვის სფეროში მწვავედ დგას საზოგადოების „სამართლებრივი განათლების“ პრობლემა. იგი გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის, მედიის, თავად პაციენტების ნაკლებად ინფორმირებულობას სამედიცინო მომსახურების საკითხებში. პრობლემების შესამცირებლად აქტიურად მუშობს სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციები. ფონდი „ღია საზოგადოება საქართველო“ დახმარებით აქტიურად მიმდინარეობს პაციენტის განათლებისათვის ხელშემწყობი ღონისძიებები: ცხელი ხაზის, ვებ გვერდებისა და სოციალური მედიის საშუალებებით.

პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოში პირველი საკანონმდებლო დოკუმენტი საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მიღებული იქნა 1997 წლის 10 დეკემბერს. 2000 წლის 5 მაისს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“. 2000 წლის 27 სექტემბერს საქართველოს პარლამენტმა მოახდინა ევროსაბჭოს „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ და მისი დამატებითი ოქმის „ადამიანის კლონირების აკრძალვის შესახებ“ რატიფიცირება. 2001 წლის 8 ივნისს მიღებულ იქნა „კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ“.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო მიუერთდა მსოფლიოს იმ ქვეყანათა რიცხვს, სადაც კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ მიღებულია, ჯერ კიდევ არ არის შემუშავებული სრულყოფილი მექანიზმები პაციენტის უფლებების დაცვის უზრუნველსაყოფად. დაკვირვების საფუძველზე შეიძლება გამოითქვას ვარაუდი, რომ პაციენტის უფლებების შესახებ სათანადოდ ინფორმირებული არ არის სამედიცინო პერსონალი და მოსახლეობა, რაც ხაზს უსვამს საკითხის აქტუალობას განსაკუთრებით პაციენტებისათვის.

კვლევის მიზანია პაციენტის უფლებების შესახებ მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულების შეფასება, იმის გამორკვევა, თუ რამდენად არიან გათვინობიერებულნი საკუთარ უფლებებში.

### მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა თბილისის სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტების გამოკითხვა. შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით გამოკითხა 100 პაციენტი (19% - მამაკაცი, 81% - ქალი). რესპონდენტთა ასაკი ასე გადანაწილდა: 18-დან 26 წლამდე - 12%, 26-დან 36 წლამდე 36%, ხოლო 36 წელზე მეტი - 52%.

### შედეგები

რესპონდენტთა 69%-ს მიუმართავს სამედიცინო დაწესებულებისათვის უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, 17 % უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში, ხოლო 14 % არ განუხორციელებია ვიზიტი სამედიცინო დაწესებულებაში უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში. რესპონდენტთა 47%-ს არ სმენია „კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ“, 27%-მა იცის, 21 %-ს სმენია აღნიშნული კანონის შესახებ, ხოლო 5 % არ იცის პასუხი აღნიშნულ კითხვაზე. გამოკითხულ პაციენტთაგან უმრავლესობა (95%) თვლის, რომ პაციენტს უნდა მიეწოდოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ხოლო 5%-მა არ იცის ამ კითხვაზე პასუხი. რესპონდენტთა 55 % არ ფლობს ინფორმაციას „ინფორმირებული თანხმობის“ შესახებ, 31% ფლობს ინფორმაციას, 8% სმენია აღნიშნულის შესახებ, ხოლო 6 % არ იცის პასუხი დასმულ კითხვაზე. გამოკითხულ პაციენტთა უმრავლესობა (85%) თვლის, რომ პაციენტს აქვს უფლება, უარი თქვას სამედიცინო მომსახურებაზე, 8% თვლის რომ არ აქვს უფლება, ხოლო 7% არ იცის პასუხი დასმულ შეკითხვაზე. რესპონდენტთა 100 % მიიჩნევს რომ მათ აქვთ უფლება გაეცნონ სამედიცინო ჩანაწერებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და მოითხოვოს იგი. გამოკითხულ პაციენტთაგან 35% თვლის, რომ საქართველოში



კანონმდებლობით უზრუნველყოფილია პაციენტის პირადი ცხოვრების კონფიდენციალობა და ხელშეუხებლობა, 29% თვლის რომ არ არის უზრუნველყოფილი, ხოლო 36 % არ იცის პასუხი დასმულ კითხვაზე. რესპონდენტთა უმრავლესობა (97%) თვლის რომ აქვს უფლება მეორე აზრის მოსამიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას, ხოლო მხოლოდ 3 % თვლის რომ ამის უფლება მას არ გააჩნია. გამოკითხულ პაციენტთა უმრავლესობა 95 % თვლის რომ პაციენტს აქვს სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება, 5 % არ იცის პასუხი. გამოკითხულ პაციენტთა 40 % თვლის რომ ინფორმირებულია სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობის შესახებ, 39% თვლის რომ არ არის ინფორმირებული და 21 % არ იცის პასუხი დასმულ კითხვაზე. გამოკითხულ პაციენტთა 49% ინფორმირებულია თუ ვის უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მათივე ქმედუუნარობის შემთხვევაში, 46% არ არის ინფორმირებული და 5 % არ იცის კითხვაზე პასუხი. გამოკითხულ პაციენტთა 71% თვლის, რომ მას უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი, 22% თვლის რომ არ აქვს უფლება, ხოლო 6 % არ იცის კითხვაზე პასუხი. გამოკითხულ რესპონდენტთა 44 % თვლის რომ ინფორმაცია პაციენტის უფლებების შესახებ მოსახლეობას უნდა მიაწოდოს ჯანდაცვის სექტორმა, 42% თვლის რომ უნდა გაეცნოს სპეციალური ბროშურების საშუალებით და 14 % მიაჩნია რომ მასმედია არის საუკეთესო საშუალება ინფორმაციის მისაღებად

### **დასკვნები და რეკომენდაციები**

მიღებულ მონაცემებზე დაყრდნობით შეგვიძლია გავაკეთოთ დასკვნა, რომ ცოდნის დონე მოსახლეობაში პაციენტთა უფლებებთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია. ძირითადად გამოკითხულ იქნა პაციენტები 36 წელს ზემოთ. გამოკითხულ პაციენტთა უმრავლესობა იყო მდებარეობითი სქესის და უმაღლესი განათლების მქონე. გამოკითხულთაგან ყოველი მეორე უკმაყოფილოა მიღებული სამედიცინო მომსახურებით,

გამოკითხულ პაციენტთა ყოველ მეორეს არ სმენია ინფორმაცია საქართველოში მიღებული „კანონზე პაციენტთა უფლებების შესახებ“. კანონმდებლობით განსაზღვრული უფლებების ცოდნა პაციენტისთვის აუცილებელია, რათა საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად ღონისძიებები მიზანმიმართულად და სწორად დაგეგმოს. ამ მხრივ, აუცილებელია მოსახლეობის განათლების დონის ასამაღლებლად შესაბამისი ღონისძიებების დაგეგმვა და განხორციელება. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა უფლებების შესახებ მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულების შეფასების მიზნით მიზანშეწონილია დაიგეგმოს მასშტაბური კვლევა. მიზანშეწონილია ცენტრალური, რეგიონული და ადგილობრივი მედია საშუალებები ჩაერთოს პაციენტის უფლებების თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლების მიზნით.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. ანა კომლაძე, თენგიზ ვერულავა, მაგდა ასათიანი. ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტის განვითარება საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, 2017 წ.
2. გზამკვლევი ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხებზე. ფონდი „ღია საზოგადოება, საქართველო, 2014 წ.
3. ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა, ფონდი „ღია საზოგადოება, საქართველო, 2011 წ.
4. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000 წლის 5 მაისი.
5. „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე. 2015წ.
6. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.

## თავშესაფარში მცხოვრებ ბენეფიციართა მდგომარეობა

ეთუნა ნებიერიძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

საქართველოს სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, მაღალია სიღარიბის მაჩვენებელი და იმ ადამიანთა რიცხვი, რომლებიც, სახელმწიფოს მხრიდან საჭიროებენ დახმარებას. სახელმწიფო სხვადასხვა პროგრამით ცდილობს მოსახლეობის დახმარებას. ერთ-ერთი ასეთი არის სოციალური დახმარების პროგრამა. სოციალური დახმარების შესახებ კანონი 2006 წლის 29 დეკემბრიდან შევიდა ძალაში. სოციალური დახმარების სისტემა გულისხმობს და მიზნად ისახავს "მოსახლეობის სამართლიანი, მიზნობრივი და ეფექტიანი დახმარებით უზრუნველყოფას." სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, სოციალური დახმარების მიმღები ოჯახების და მოსახლეობის რაოდენობა მუდმივად იცვლება. სოციალური დახმარების ერთ-ერთი ფორმაა საარსებო შემწეობა და გულისხმობს ღარიბი ფულად დახმარებას. იგი „განკუთვნილია შესაბამისი სისტემით იდენტიფიცირებული ლატაკი ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის (მუხლი 7). სოციალური დახმარების კიდევ ერთი ფორმაა არაფორმალური სოციალური დახმარება, რომელიც ითვალისწინებს შემდეგს: "პრევენციისა და რეინტეგრაციის მიზნით არაფულადი სოციალური დახმარება შეიძლება გაეწიოს აგრეთვე ბავშვს, ან/და მის ოჯახს, როდესაც ოჯახში არსებული მდგომარეობა ბავშვის მზრუნველობამოკლებულად ცნობის დასაბუთებული წინაპირობაა", აგრეთვე "ოჯახში არსებული მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმები, რომელთა მეშვეობითაც დგინდება ბავშვის მზრუნველობამოკლებულად ცნობის რისკის მაჩვენებელი, განისაზღვრება მინისტრის ბრძანებით." (მუხლი 12) საქართველოს კანონი ითვალისწინებს სოციალური დახმარების საჭიროების მქონე პირისთვის საჭიროების შემთხვევაში სპეციალიზებული დაწესებულებით უზრუნველყოფას (მუხლი 13), საქართველოს კანონის მუხლი 14 კი ითვალისწინებს სპეციალიზებულ დაწესებულებაში პირის მოთავსების პირობებს.

თავშესაფრები, რომლითაც სოციალური დახმარების მიმღებნი სარგებლობენ არსებობს როგორც თბილისში, ასევე საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში. თავშესაფრით სარგებლობის ერთ-ერთ პირობას წარმოადგენს ის, რომ ადამიანები, რომლებიც აქამდე სარგებლობდნენ სოციალური დახმარებით, ფულადი ანაზღაურებით, თავშესაფარში მოხვედრისას ფულადი დახმარება ეხსნებათ, რაც თავშესაფარში ცხოვრებაზე უარის თქმის ერთ-ერთი მიზეზია.

საკითხი, თუ რატომ ამბობენ თავშესაფრით სარგებლობაზე ბენეფიციარები უარს, მეტად მნიშვნელოვანია, რადგან მთელ რიგ რისკებთან არის დაკავშირებული, რომლებიც შემდეგ შეიძლება შეექმნათ. ასევე მნიშვნელოვანია იმის ცოდნა, თუ როგორ გარემო-პირობებში ცხოვრობენ მომსახურების მომხმარებლები თავშესაფარში. სწორედ სათანადო გარემო-პირობების შექმნა არის წინაპირობა, რომ ისინი საზოგადოების სრულფასოვანი წევრები გახდნენ და თავი ღირებულ ადამიანებად მიიჩნიონ, რომლებსაც დამოუკიდებლად ცხოვრება შეუძლიათ საკუთარი შრომით.

### მეთოდოლოგია

თვისებრივი ტიპის კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუ ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. კვლევის ამ მეთოდოლოგიის საშუალებით

გავეცანი კვლევის სამიზნე ჯგუფის შეხედულებებს, დამოკიდებულებებსა და მოსაზრებებს საკვლევ თემასთან დაკავშირებით.

კვლევა ჩატარდა თავშესაფარში მცხოვრები ქალებისათვის, რომლებსაც ჰქონდათ სოციალურად დაუცველის სტატუსით სარგებლობის გამოცდილება და თავშესაფარში მოხვედრისას უარი თქვეს, ან იძულებულნი გახდნენ უარი ეთქვათ ამ სტატუსით ფულად სარგებლობაზე. კვლევაში მონაწილე პირთა შერჩევა განხორციელდა ა/ო "ძალადობისგან დაცვის ეროვნული ქსელის" დედათა და ბავშვთა თავშესაფარში ჩარიცხული და მცხოვრები ბენეფიციარების ბაზის საფუძველზე. კვლევა ითვალისწინებდა კვლევაში ბენეფიციართა სურვილისამებრ ჩართვას. ბენეფიციარებს ეცნობათ კონფიდენციალობის დაცვის და ანონიმურობის შესახებ. უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევაში მონაწილეობას თავშესაფარში მცხოვრებ ბენეფიციართა უმრავლესობა დათანხმდა. სამმა ბენეფიციარმა განაცხადა უარი კვლევაში მონაწილეობაზე, რადგან არ სურდათ თავიანთი ისტორიის მოყოლა, რასაც სიღრმისეული ინტერვიუ ითვალისწინებს.

კვლევა ასევე ითვალისწინებს იმ ბენეფიციარების გამოკითხვას, რომლებმაც უარი თქვეს თავშესაფარში ცხოვრებაზე, და მცირე ფულადი დახმარება არჩიეს. კვლევის ფარგლებში სამწუხაროდ ვერ მოხერხდა მათთან დაკავშირება და ინტერვიუზე დათანხმება. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ქალბატონმა, რომელსაც მსგავსი გამოცდილება ჰქონდა და საკუთარი სურვილის საწინააღმდეგოდ, შვილებთან ერთად, მაინც მოხვდა თავშესაფარში (ბავშვების საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინების და დაცვის მიზნით.)

## შედეგები

"ძალადობისგან დაცვის ეროვნული ქსელის დედათა და ბავშვთა თავშესაფარი" სოციალურად დაუცველ დედებსა და ბავშვებს დახმარებას 2017 წლის 16 იანვრიდან უწევს. ამ დროიდან დღემდე, თავშესაფარში სულ 47 ადამიანი (დედა და ბავშვი) განთავსდა, მათ შორის 22 დედა (მათგან 4 არასრულწლოვანი დედა) და 25 ბავშვი. 9 ბენეფიციარი არის ოჯახში ძალადობის მსხვერპლი, დანარჩენი - სოციალურად დაუცველი დედები და ბავშვები. თავშესაფარი ერთ ჯერზე უზრუნველყოფს 24 ადამიანს.

"ძალადობისგან დაცვის ეროვნული ქსელის" ("ძდექ"-ის) თავშესაფრით სარგებლობენ ქალები, დედები, ბავშვები, არასრულწლოვანი გოგონები, რომლებიც არიან ძალადობის მსხვერპლნი ან არ აქვთ საცხოვრებელი ადგილი და პირობები. თავშესაფარი წარმოადგენს ასევე კრიზისულ ცენტრს, რომელიც ქალს, ბავშვს, დედას, უზრუნველყოფს დროებითი საცხოვრებლით, საკვებით, ტანსაცმლით და სხვა საჭირო ნივთებით.

ბენეფიციართა ჩარიცხვა "ძდექ"-ის დედათა და ბავშვთა თავშესაფარში ხდება სახელმწიფო სოციალური მუშაკის მიერ. ბენეფიციარებს მეთვალყურეობას უწევს როგორც სახელმწიფო სოციალური მუშაკი, ასევე "ძდექ"-ის სოციალური მუშაკი. ბენეფიციართა თავშესაფრით სარგებლობის მაქსიმალური ვადა არის 1 წელი, თუმცა ეს ყველა ბენეფიციარისთვის ინდივიდუალურია და საჭიროებიდან გამომდინარეობს. თავშესაფარში ყოფნის განმავლობაში ბენეფიციარს თავშესაფარი უზრუნველყოფს საცხოვრებლით, საკვებით, ტანსაცმლით, მედიკამენტებით, ბავშვების სწავლას და სკოლაში სიარულს, სხვადასხვა საგანმანათლებლო კურსების შეთავაზებას, პროფესიულ სასწავლებლებში სწავლას, ბენეფიციართა აქტიურ ჩართვას დასაქმებაში, სამსახურის ძიების პროცესში.

აღსანიშნავია, რომ ბენეფიციარები თავშესაფარში უზრუნველყოფილნი არიან საკუთარი ოთახებით. ერთ ოთახში ცხოვრობს ერთი ბენეფიციარი, შვილის ან შვილების ყოლის

შემთხვევაში დედა, შვილებთან ერთად. ბენეფიციარებს ეძლევათ ყველანაირი თავის მოვლის და ჰიგიენის საშუალებები, აქვთ ინდივიდუალური საცხოვრებელი გარემო შექმნილი, რაც მათ რეაბილიტაციას ემსახურება.

ბენეფიციარებს თავშესაფარში ყოფნის განმავლობაში 24 საათიანი მეთვალყურეობა ეწევათ. მედიკამენტები საჭიროების შემთხვევაში გაიცემა მხოლოდ ექიმის, მორიგის მეთვალყურეობით. თავშესაფარი უზრუნველყოფს ბენეფიციართა კეთილდღეობას და იმისათვის, რომ გარემო მშვიდი და უსაფრთხო იყოს არსებობს თავშესაფრის შინაგანაწესი, რომელსაც ბენეფიციარები ეცნობიან თავშესაფარში ჩარიცხვისთანავე, რომელზეც დათანხმების შემთხვევაში ხელშეკრულებას აწერენ ხელს. ხელშეკრულება მოიცავს მთელ რიგ უფლებებსა და მოვალეობებს, რომლებიც ეკისრებათ როგორც მომსახურე პერსონალს ბენეფიციართა წინაშე, ასევე ბენეფიციარებს პერსონალისა და თავშესაფარში მყოფი სხვა ბენეფიციარების წინაშე.

ბენეფიციარებთან მუშაობს სოციალური მუშაკი და ასევე ფსიქოლოგი. ინდივიდუალური ინტერვიუების შემდეგ იგეგმება თითოეულ ბენეფიციართან განსახორციელებელი ინდივიდუალური სამუშაოები, ან ჯგუფური აქტივობები, რომლებიც მათი სურვილებიდან და საჭიროებებიდან არის განპირობებული. "მდექ-ის" თავშესაფარში მოსულ ბენეფიციართა სტატისტიკა აჩვენებს, რომ სოციალური დახმარების პროგრამით ჩარიცხულ ბენეფიციართა უმრავლესობას ხშირ შემთხვევაში აქვს რაიმე სახის ძალადობა განცდილი თავიანთი პარტნიორის ან ოჯახის სხვა წევრის მხრიდან.

მთავარ პრობლემაზე კითხვას, რომელიც კვლევას ემსახურება, თუ რა არის იმის მიზეზი, რის გამოც ბენეფიციარები უარს ამბობენ თავშესაფარში ცხოვრებაზე, სადაც დედები და მათი შვილები დაცულად და უსაფრთხოდ არიან, გამოკითხული ქალბატონები ძირითად მიზეზად ასახელებენ იმას, რომ მათ არ უნდათ სხვებთან ერთად ცხოვრება. მათ ურჩევნიათ ცოტა ჰქონდეთ საკუთარი შემოსავალი (დახმარება) და თვითონ განკარგონ როგორ მოიხმარენ მას. კვლევისას ასევე გამოიკვეთა, რომ მათ არ მოსწონთ კონტროლი ცხოვრებისეულ სიტუაციებთან დაკავშირებით. იმ ბენეფიციარების უმრავლესობას, რომლებიც უკვე ცხოვრობენ თავშესაფარში, ინდივიდუალური გარემოს მიუხედავად, უჭირთ სხვებთან შეგუება და ერთ გარემოში ცხოვრება. ბენეფიციართა უმრავლესობას არ აქვს საკუთრების განცდა, რაც მაგალითად საკუთარი ნივთების მოვლასა და გაფრთხილებაში შეიძლება გამოიხატოს. საუბრისას გამოიკვეთა, რომ ყველა ბენეფიციარს სურს საკუთარი სახლი ჰქონდეს, სადაც იზრუნებდა და მოუვლიდა ყველაფერს "ოღონდაც კი თავშესაფარში არ იყოს."

თავსესაფრის დატოვების შემდეგ თუ მომსახურების მომხმარებლებს კვლავ დასჭირდებათ სოციალური დახმარების მიღება ფულადი სახით, ისინი ვალდებულნი არიან ხანგრძლივი პროცედურები გაიარონ და "რიგში ჩადგნენ" სტატუსის მოსაპოვებლად. ეს კიდევ ერთი მიზეზია, თავშესაფრით სარგებლობაზე უარის თქმის.

### **რეკომენდაციები**

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ბენეფიციარებს მეტად სჭირდებათ საკუთრების განცდის განვითარება. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი კმაყოფილნი არიან თავშესაფრის პირობებით მათ მაინც არ აკმაყოფილებთ სახელმწიფოს და დაწესებულების მხრიდან დადგენილი მომსახურების ზღვარი. რისკის ქვეშ არიან ქალები, რომლებიც უარს ამბობენ თავშესაფარზე, ისინი შეიძლება კვლავ მოძალადესთან დაბრუნდნენ ან სიცოცხლისთვის და საცხოვრებლად შეუფერებელ პირობებში გააგრძელონ არსებობა. მიზანშეწონილია ამ მხრივ მეტი პრევენციული

ღონისძიებების გატარება როგორც ძალადობის მსხვერპლ, ასევე სოციალურად დაუცველი და მარტოხელა დედებისათვის.

### **აბსტრაქტი**

საქართველოში მრავალი ადამიანი იღებს სახელმწიფოსგან სხვადასხვა ტიპის დახმარებას. კანონის მიხედვით სოციალური დახმარების შესახებ, სოციალური დახმარება სხვადასხვა სახისაა. საკვლევი თემიდან გამომდინარე, ყურადღება გამახვილდა საარსებო შემწეობაზე (მუხლი 7) და სპეციალიზებულ დაწესებულებაზე (მუხლი 13). კვლევა მიზნად ისახავს თავშესაფარში მცხოვრებ ბენეფიციართა მდგომარეობის შესწავლას თავშესაფარში მოხვედრამდე და თავშესაფარში ცხოვრებისას. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. კვლევა ჩატარდა ერთი თავშესაფრის ფარგლებში. კვლევამ აჩვენა, რომ მიუხედავად თავშესაფარში არსებული პირობებისა, ბენეფიციარებს მცირედი, მაგრამ დამოუკიდებელი შემოსავალი, ასევე შეუფერებელი, მაგრამ დამოუკიდებელი საცხოვრებელი ურჩევნიათ რომ ჰქონდეთ. კვლევამ ასევე ცხადყო, რომ ხშირ შემთხვევაში ბენეფიციარები უარს ამბობენ თავშესაფრით სარგებლობაზე.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. ძალადობისაგან დაცვის ეროვნული ქსელის ვებ გვერდი <http://www.avng.ge/>
2. ფულადი სოციალური დახმარება (სოციალური შემწეობა). სოციალური მომსახურების სააგენტო. [http://ssa.gov.ge/index.php?sec\\_id=35&lang\\_id=GEO](http://ssa.gov.ge/index.php?sec_id=35&lang_id=GEO)
3. საქართველოს კანონი "სოციალური დახმარების შესახებ".

## საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გამოწვევები

**თველე კენტელაძე, ნიკა გიგაური** - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის პოლიტიკის მეცნიერების მიმართულების სტუდენტები

ჯანდაცვის სისტემის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვაზე ხარჯებთან დაკავშირებით ფინანსური რისკებისაგან [1]. ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ერთ-ერთი ინდიკატორია ჯანმრთელობის ინდექსი, რომელიც გამოითვლება ისეთ ცვლადებზე დაყრდნობით, როგორებიცაა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, გარდაცვალების მიზეზი, ჯანმრთელობის რისკები (მაგ. თამბაქოს მოხმარება), სუფთა წყლის მიწოდების შესაძლებლობა... 2017 წლის მონაცემებში გლობალური ჯანმრთელობის ინდექსთან დაკავშირებით, რომელიც გამოქვეყნებულ იქნა კომპანია „Bloomberg“-ის მიერ საქართველოს მიაკუთვნეს 62 ადგილი.

საქართველოს საქსტატის 2016 წლის მონაცემების თანახმად, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებელი დაბადებისას წარმოადგენს 72.7 წელს. ბევრ ქვეყნებში ეს მონაცემი უდრის 70 წელს და მეტს, თუმცა, მაგრამ მსოფლიოს 32 ქვეყანაში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 80 წელზე მეტია (მაგალითად, ისლანდია, ესპანეთი, იტალია და ა.შ.).

2000 წელს საქართველო გაეროს ათასწლეულის დეკლარაციას შეუერთდა, რომელიც 2015 წლისთვის სხვა ვალდებულებებთან ერთად ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას ითვალისწინებს. Unisef-ის 2015 წლის ანგარიშის თანახმად, საქართველოს ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2015 წლისთვის 16 პრომილემდე უნდა შემცირებინა. 2016 წელს ეს მაჩვენებელი ყოველ 1 000 ბავშვზე 9 პრომილეს შეადგენს, რაც აჩვენებს, რომ საქართველომ ათასწლეულის განვითარების მეოთხე მიზანს, ანუ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებას მიაღწია. შედარებისათვის, ევროპის რეგიონში - 11.3-ს, აზერბაიჯანში - 31.7-ს, აშშ-ში 6.5-ს, ბრიტანეთში - 4.2-ს (2015).

ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ერთ-ერთ ინდიკატორია დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. საქართველოში ბოლო წლების განმავლობაში იგი 20-31.5-ის ფარგლებში მერყეობდა, ხოლო 2015 წელს კი - 27.1. შედარებისათვის, ევროპის რეგიონში - 16, აზერბაიჯანი და სომხეთი - 25, აშშ - 14, ბრიტანეთი - 9, გერმანია - 6, ესტონეთი - 9 (2015).

2013 წლის 28 თებერვლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა. პროგრამის ამოქმედების შემდეგ საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა [1].

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით საქართველოს მოსახლეობას გაუჩნდა მნიშვნელოვანი სოციალური გარანტიები. თუმცა, პროგრამის მასშტაბებმა გააჩინა რისკები, რომლებიც დაკავშირებულია სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების ზრდასთან და პროგრამის ეფექტურ მართვასთან. 2017 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისათვის დიფერენცირებული პაკეტები ამოქმედდა.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში 15 %-ს მაინც უნდა შეადგენდეს [2]. საქართველოში კი, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და 6.9%-ს შეადგენს [2]. აღნიშნული თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო

ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით და დაბალია ისეთ ქვეყნებთან შედარებითაც კი, როგორებიცაა: სომხეთი (7.9%), ყაზახეთი (10.9%), უკრაინა (12.2%), ყირგიზეთი (13.2%), ბელორუსი (13.5%).

ასევე, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს უნდა შეადგენდეს [3]. ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად სახელმწიფოს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 29.8%-ს შეადგენს, შესაბამისად, სახელმწიფო დაფინანსების წილი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს [3].

აღნიშნული მიგვანიშნებს, რომ საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვან წილს, დაახლოებით 65%-ს, მოსახლეობის მიერ გაღებული კერძო დანახარჯები შეადგენს. შედეგად, საქართველოში ბევრი ოჯახი იძულებულია უარი თქვას საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე, რადგან მათ არ შეუძლიათ ამ მომსახურების საფასურის ანაზღაურება.

მსოფლიოში დღეს არსებული ტენდენციით ჯანდაცვის ხარჯები მაღალი ტემპით იზრდება, რაც განპირობებულია სექტორში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვით, ახალი მედიკამენტების შექმნით, ფასების ინფლაციით და სხვ. სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2016 წლის მაისის მდგომარეობით წინა წლის ანალოგიურ პერიოდთან შედარებით საქართველოში ჯანდაცვაზე ფასები გაზრდილია 5,7%-ით. კერძოდ, ფასების მატება დაფიქსირდა ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების (+9,8%) და სამედიცინო პროდუქციის, აპარატურისა და მოწყობილობების (+4,2%) შემთხვევაში.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით საქართველოს მოქალაქეებისთვის უფასოდ ხელმისაწვდომი გახდა იმგვარი სამედიცინო მომსახურება, რომლის მიღებასაც მოსახლეობის უმრავლესობა საკუთარი სახსრებით ვერ ახერხებდა ან თავს იკავებდა. შესაბამისად, პროგრამის ამოქმედებით მნიშვნელოვნად გაიზარდა ექიმებთან მიმართვიანობის რაოდენობა. მაგალითად, სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2014 წელს ექიმთან მიმართვების რიცხვი 2011 წელთან შედარებით 54%-ით გაიზარდა. დროთა განმავლობაში პროგრამის შესახებ მოსახლეობის მეტი ინფორმირებულობა, სავარაუდოთ, კიდევ უფრო გაზრდის ექიმთან მიმართვიანობის დონეს, რაც თავის მხრივ, გაზრდის პროგრამის ხარჯებს.

პროგრამის ხარჯების ზრდის შეკავება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ პროგრამის ეფექტურ მართვაზე. პროგრამის მასშტაბები წარმოშობს სააგენტოს მიერ სამედიცინო დაწესებულებების სრულფასოვანი კონტროლის შეუძლებლობის რისკებს [4]. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ გადაუდებელი ქირურგიული ოპერაციების მკვეთრი მატება ბადებს კითხვებს იმასთან დაკავშირებით, თუ რამდენად ეფექტურად უმკლავდება სააგენტო სამედიცინო დაწესებულებების მიერ, დამატებითი ანაზღაურების მიღების მიზნით, პაციენტის დიაგნოზის ხელოვნურად დამძიმების ან შეცვლის შემთხვევების მონიტორინგს [4].

ამგვარად, მიუხედავად 2013 წელს ამოქმედებული საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მიღწეული დადებითი მოვლენებისა, არსებობს ბევრი პრობლემა, რაც უმთავრესად უკავშირდება იმ გარემოებას, რომ პროგრამის შექმნისას არ იყო სათანადოდ გაცნობიერებული მოსალოდნელი რისკები, რომლებიც პროგრამის განხორციელების სხვადასხვა ეტაპზე იჩენდა თავს. პროგრამას არ გააჩნდა სამოქმედო გეგმა და სტრატეგია, რომელიც ხელს შეუწყობდა პროგრამის ეფექტურ და თანმიმდევრულ განვითარებას. აღსანიშნავია, რომ 2017 წელს მიღებული ცვლილებები მიზნად ისახავს პროგრამის დახვეწას, თუმცა, მასზე გამოყოფილი თანხების არაეფექტური ხარჯვის საფრთხე ბოლომდე არ აღმოფხვრილა. ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების ზრდის მიუხედავად იგი მაინც ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით განსაზღვრულ მინიმუმს.

## ბიბლიოგრაფია

1. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.

2. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა სამხრეთ კავკასიის რეგიონში: შედარებითი ანალიზი, შეფასება. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტისა და საქართველოს სამეზობლოს კვლევის ინსტიტუტის II საერთაშორისო კონფერენციის „პოლიტიკა კავკასიის გარშემო“ შრომათა კრებული. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. გვ. 101-116
3. Verulava, T., Maglakelidze, T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 11 (2): 143-150.
4. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი - პოლიტიკის ნარკვევი: "საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გამოწვევები და მათი დაძლევის გზები" თბილისი, 2016 წ.
5. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, მოსახლეობის საყოველთაო აღწერა, 2016წ.
6. საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო - „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები“ თბილისი, 2013 წ.
7. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №279 - “2013 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ” თბილისი, 2013წ.
8. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №638 - “2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ” თბილისი, 2017წ.
9. „დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის პრობლემები“, თბილისი, 2014წ.



## საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა და სტუდენტები

თამთა წირღვავა, გვანცა ღუნაშვილი, გიორგი გიორგაძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები.

### შესავალი

2013 წლის 28 თებერვლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა. პროგრამის ამოქმედების შემდეგ საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა [1].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს სტუდენტურ დაზღვევასაც. სტუდენტური დაზღვევა საქართველოს მასშტაბით 2012 წლის პირველი სექტემბრიდან დაიწყო. სტუდენტები რეგიონების მიხედვით სხვადასხვა კერძო სადაზღვევო კომპანიამ დააზღვია, თუმცა, 2014 წლის პირველი იანვრიდან სტუდენტური დაზღვევა გარკვეული ცვლილებით გაგრძელდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.

სტუდენტური დაზღვევით სარგებლობა შეუძლია სტუდენტს, რომელიც არის საქართველოს მოქალაქე, რომელიც სწავლობს ავტორიზებულ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ბაკალავრიატის, მაგისტრატურის, დიპლომირებული მედიკოსის/სტომატოლოგისა ან ქართულ ენაში მომზადების საგანმანათლებლო პროგრამებზე; პროფესიული საგანმანათლებლო პროგრამის მე-4 და მე-5 საფეხურების სტუდენტებს; პროფესიული უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის სტუდენტებს [2].

კვლევა მიზანია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ სტუდენტების ინფორმირებულობის შესწავლა.

### მეთოდოლოგია

კვლევისთვის გამოყენებული იქნა საკვლევ თემასთან დაკავშირებული სტატიები, პუბლიკაციები, საქართველოს კანონმდებლობა. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტების ონლაინ გამოკითხვა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. შერჩევის მეთოდად გამოყენებულ იქნა ალბათური შერჩევის მეთოდი. შეირჩა 100 სტუდენტი.

კითხვარების შევსებამდე ჩვენ ვივარაუდეთ, რომ სტუდენტების უმრავლესობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ ნაწილობრივ ინფორმაციას ფლობს. კითხვარების შევსების შემდეგ აღნიშნული ჰიპოთეზა დადასტურდა.

### შედეგები

რესპოდენტთა 67%-ს შეადგენდნენ ქალები, კაცები - 33%-ს. გამოკითხულთა 6,67% იყო პირველკურსელი, 13,3% მეორე კურსელი, მესამეკურსელი 16,67% და მეოთხეკურსელი 63,33%.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ სრულ ინფორმაციას ფლობს სტუდენტთა 20%. საერთოდ არ ფლობს არანაირ ინფორმაციას 3,33%, ხოლო ნაწილობრივ ინფორმაციას ფლობს 76,67%.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო დაწესებულებებისთვის არ მიუმართავს გამოკითხულთა 25,81%-ს, იშვიათად მიმართავს 45,16%, წელიწადში რამდენჯერმე მიმართავს 25,81 %, ხოლო ხშირად მიმართავს მხოლოდ 3,23 %.

აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში მიღებული სამედიცინო მომსახურებით ძალიან კმაყოფილია 8%, მეტნაკლებად კმაყოფილია 88%, ხოლო ძალიან უკმაყოფილოა 4 %.

### **დასკვნა**

კვლევამ აჩვენა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ სტუდენტების ინფორმირებულობის დონე დაბალია. გამოკითხულთა უმრავლესობა მხოლოდ ნაწილობრივი სახის ინფორმაციას ფლობს. ასევე კვლევის შედეგების გაანალიზების შემდეგ გაირკვა, რომ სტუდენტები, რომლებიც სარგებლობენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მეტნაკლებად კმაყოფილები არიან სამედიცინო დაწესებულებებში გაწეული მომსახურებებით. საჭიროა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ სტუდენტების ინფორმირებულობის ამაღლება, მათთვის მეტი ინფორმაციის მიწოდება.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.
2. მარიამ ტაკიძე. სტუდენტური დაზღვევა - ვის, როდის და როგორ შეუძლია სარგებლობა? ვებჟურნალი „თავისუფალი ასოციაცია“, 05 ივლისი, 2014.
3. სოციალური მომსახურების სააგენტო. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.
4. თეონა აბსანძე. საქართველოს საყოველთაო დაზღვევა. 13 მაისი, 2014 • ფორბს-მოსაზრება. Forbes Georgia.

## სპორტული მედიცინის პრობლემები საქართველოში

**საბა დარსაველიძე, ნოდარ გოგორიშვილი** - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის სამაგისტრო პროგრამის მაგისტრანტები<sup>1</sup>

### შესავალი

სპორტი ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის მნიშვნელოვანი სფეროა. მსოფლიო გლობალიზაციის პირობებში სპორტი წარმოადგენს ეფექტურ საშუალებას მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცების, თითოეული მოქალაქის სრულფასოვან პიროვნებად ფორმირების, პატრიოტული გრძნობების გაძლიერების, ქვეყნის საერთაშორისო ავტორიტეტის გაზრდის თვალსაზრისით [1].

ქვეყნის ევროპული ორიენტაცია გულისხმობს პოლიტიკურ, ეკონომიკურ, კულტურულ და სოციალურ დაახლოებას დასავლურ სამყაროსთან. შესაბამისად, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მოვლენათა თანმიმდევრობის წინასწარ განსაზღვრა, მათ შორის დადგენა იმისა, თუ რა ნაბიჯები უნდა გადაიდგას ფიზიკური განათლებისა და სპორტის სფეროში ინტეგრაციული პროცესების სამართავად, ამ მიმართულებით გეგმაზომიერი და წარმატებული რეფორმის ჩასატარებლად.

ცნობილია, რომ პროფესიული სპორტის განვითარება, სპორტსმენთა მაღალი სპორტული შედეგები ნიჭიერ სპორტსმენებთან კვალიფიციური მწვრთნელების თავდაუზოგავი შრომის, წვრთნის და სპორტსმენებთან თანამედროვე სპორტული მედიცინის ხაზით აქტიური მუშაობის შედეგია. მიღწევები თანამედროვე სპორტში წარმოუდგენელია სპორტული მედიცინის, ფიზიკური რეაბილიტაციისა და სპორტული ფსიქოლოგიის განვითარების გარეშე [2]. საქართველოში ამ მიმართულებით ბოლო პერიოდში ბევრი რამ გაკეთდა, მაგრამ ჯერ კიდევ მრავალი საკითხი მოითხოვს სახელმწიფოსა და სპონსორთა უფრო მეტ ყურადღებას.

აღსანიშნავია, რომ სპორტული მედიცინის შემდგომ განვითარებას უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს არა მარტო სპორტისთვის, არამედ მასზე ბევრადაა დამოკიდებული მასობრივი, ანუ გამაჯანსაღებელი სპორტის განვითარების პრობლემის გადაწყვეტაც, რასაც უდავოდ უაღრესად დიდი სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობა აქვს.

სპორტული მედიცინის დარგია, რომელიც შეისწავლის ფიზიკულტურისა და სპორტის გავლენას ადამიანის ორგანიზმზე, შეიმუშავებს რეკომენდაციებს ფიზიკულტურისა და სპორტის მაქსიმალური ეფექტურობისათვის, მათ სამედიცინო ასპექტებს მოსახლეობის სხვადასხვა კონტინენტისათვის [4].

სპორტული მედიცინის ძირითადი მიზანია ფიზიკური განათლებისა და სპორტის მეთოდებისა და საშუალებების რაციონალური გამოყენება ადამიანის ჰარმონიული განვითარების, მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაძლიერების, დაავადების პრევენციის, შრომისუნარიანობის ამაღლებისა და ცხოვრების აქტიური, შემოქმედებითი პერიოდის გახანგრძლივება [2].

თანამედროვე სპორტი მეცნიერულ საფუძვლებზე უნდა ვითარდებოდეს, ხოლო სპორტულ მედიცინას ამ საქმეში ერთ-ერთი წამყვანი როლი მიენიჭება [3].

საქართველოს სპორტული მედიცინის ასოციაცია დაარსდა 1998 წელს. იგი ახორციელებს ბავშვთა, მოზარდთა, პროფესიონალ სპორტსმენთა და ვეტერან სპორტსმენთა სამედიცინო კვლევას, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონტროლსა და ბრძოლას დოპინგის წინააღმდეგ. საქართველოში მოქმედებს სპორტული მედიცინისა და რეაბილიტაციის სამი ცენტრი, რომლებიც ეწევიან სპორტსმენთა სამედიცინო უზრუნველყოფას. თუმცა, ისინი ვერ ახდენენ სპორტსმენთა ფიზიკური მომზადების დონის, მათი გაწვრთნილობის, დაავადებათა და ტრავმულ დაზიანებათა მდგომარეობის თანამედროვე მეცნიერულ დონეზე შესწავლას, რაც სპორტული მედიცინის აუცილებელი პირობაა [3].

<sup>1</sup> ნაშრომი შესრულებულია სოციოლოგიის სამაგისტრო პროგრამის საგნის - „ჯანდაცვის სოციოლოგიის“ ფარგლებში, კურსის ხელმძღვანელი თენგიზ ვერულავა, მედიცინის აკადემიური დოქტორი.

ჩვენს ქვეყანაში თითქმის არ არსებობს ექიმი, რომელსაც განათლება პირდაპირ ამ სფეროში ჰქონდეს მიღებული და ისინი, ვინც ასეთები არიან, ძირითადად ეროვნულ გუნდებს და უკვე შემდგარ სპორტსმენებს ემსახურებიან. ეს მდგომარეობა ნათლად მიუთითებს იმაზე, რომ სფეროში სხვა პრობლემებთან ერთად, რომლის შესწავლასაც მოცემული კვლევა ისახავს მიზნად, კადრების ნაკლებობის პრობლემაც მწვავედ დგას. ყველაზე კარგად აღნიშნული პრობლემები ჩვენს ქვეყანაში გამორჩეულად აქტუალურ სპორტის სახეობების მაგალითზე ჩანს, როგორებიცაა, გუნდური სპორტის სახეობები: ფეხბურთი და რაგბი. მათ მიმართ ყოველთვის არსებობს ინტერესი საქართველოში და დღით-დღე უფრო და უფრო მეტი ბავშვი ეწერება ამ სპორტის სახეობების წრეებზე. სწორედ ასაკობრივ ჯგუფებშია განსაკუთრებით საჭირო სპორტული მედიცინის განვითარება, რადგან ზუსტად ამ ასაკის სპორტსმენისთვისაა აუცილებელი ინდივიდუალური დატვირთვის სწორად მიცემა და უშუალოდ მათზე მორგება ვარჯიშის.

სწორედ ასეთი, უამრავი კითხვის ნიშნის არსებობის გამო, ნათლად ჩანს საქართველოში სპორტული მედიცინის თემაზე კვლევების არსებობის დიდი მნიშვნელობა. ამიტომ, მოცემული კვლევა მიზნად ისახავს შეისწავლოს სპორტული მედიცინის კუთხით საქართველოში დღეს არსებული მდგომარეობა.

### **მეთოდოლოგია**

კვლევა განხორციელდა თვისებრივი სოციოლოგიური კვლევის მეთოდების გამოყენებით. კვლევა ჩატარდა პირებზე, რომლებიც 10-12 წლის ასაკში დადიოდნენ ფეხბურთის ან რაგბის ასაკობრივ გუნდებში. რესპონდენტები გამოიკითხნენ სიღრმისეული ინტერვიუების მეშვეობით და მათი შერჩევა განხორციელდა თოვლის გუნდის პრინციპით. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 20-მა მამრობითი სქესის რესპონდენტმა.

კვლევის ძლიერი მხარედ შეგვიძლია განვიხილოთ ის, რომ კვლევა ფოკუსირებული იყო 2 სპორტის სახეობაზე, რამაც შესაძლებელი გახადა საკითხის მეტ-ნაკლებად სიღრმისეული შესწავლა. ასევე ერთ-ერთი მთავარი უპირატესობა კვლევისა, მისი ანალიზის მეთოდია. კვლევის ანალიზი განხორციელდა პროგრამა „envivo“-ს მეშვეობით. რამაც შესაძლებელი გახადა მინაცემების მრავალმხრივი და ძალიან ეფექტური დამუშავება.

კვლევის შეზღუდვად შეიძლება მივიჩნიოთ შედარებით მცირე რაოდენობა ინტერვიუების, რესპონდენტების ლოკალიზება ორ წამყვან ქალაქში, თბილისსა და ქუთაისში. ასევე, შერჩევის არცთუ ეფექტური მეთოდი და ინტერვიუების შედარებით მცირე ხანგრძლივობა.

### **შედეგები**

კვლევამ ბევრი საინტერესო შედეგი აჩვენა.

რესპონდენტების შეფასებით, დღევანდელი მდგომარეობა საქართველოში სპორტული მედიცინის კუთხით საკმაოდ უარყოფითია. თუ ამა თუ იმ სპორტის სახეობის მთავარ გუნდებსა თუ ნაკრებებში ეს საკითხი მეტ-ნაკლებად მოგვარებულია, ასაკობრივ გუნდებში პრაქტიკულად სრულად მოუწესრიგებელია.

რესპონდენტების თქმით, არავინ ზრუნავს და აქცევს ყურადღებას მათ ჯანმრთელობას, ძირითადად მხოლოდ მწვრთნელები არან მათი დამკვირვებლები და ისინი უფრო თამაშის შესაწავლასა და ვარჯიშზე არიან კონცენტრირებული ვიდრე სპორტსმენის ჯანმრთელობაზე. ეს გასაგებიცაა ალბათ, იმიტომ, რომ მწვრთნელი არაა ვალდებული განსაკუთრებით ერკვეოდეს მედიცინის სფეროში და ამ საკითხს გამოცდილი, პროფესიონალი ექიმი ესაჭიროება. ფაქტი კი ის არის, რომ მარტო ერთი მწვრთნელი ვერ ახერხებს მთელ გუნდ ინდივიდუალურად საჭირო დახმარება გაუწიოს და ამ მხრივ სპორტული მედიკოსები არიან აუცილებლად ბავშვთა სპორტში საჭირო.

რესპონდენტები სპორტული მედიცინის განვითარებაზე პასუხისმგებლობას ძირითადად სახელმწიფო სტრუქტურებს აკისრებენ. ზოგისთვის ამის ვალდებულება უშუალოდ ჯანდაცვის სამინისტროს ეკისრება, ასევე განათლების, სპორტისა და ახალგაზრდობის სამინისტროებსა და ამა თუ იმ სპორტის ფედერაციებს. მათი აზრით, უნდა შეიქმნას აუცილებლად მიმზიდველ გარემო ამ სფეროში ინვესტირებისთვის, გადამზადდეს კადრები, შეივსოს ადამიანი რესურსი და ყველა ასაკობრივ გუნდს ჰყავდეს მედიცინის სპეციალისტი. ყოველივე ეს აჩვენებს, რომ

აუცილებელია სპორტის განვითარებისთვის გამოცდილი ექიმების არსებობა და მათი უშუალო ჩართულობა სამწვრთნელო პროცესში.

რესპონდენტები სპორტულ მედიცინას ძალიან დიდი მნიშვნელობას ანიჭებენ. მას სპორტის ხერხემლად მიიჩნევენ და განსაკუთრებით დიდი როლს აკისრებენ სპორტსმენის განვითარებაში. ისინი საუბრობენ სპორტული მედიცინის დამხმარე ფუნქციაზე, რომელიც აუცილებელია ზოგადად ყველა სპორტისთვის.

ყველა რესპონდენტი ერთხმად აღნიშნავს, რომ მას ჰქონია გამოცდილება ამა თუ იმ სპორტის სახეობაზე სიარულის. ისინი ასევე ერთხმად აღნიშნავენ, რომ არცერთი მათგანისთვის ვარჯიშში აქტიურად ჩართვამდე არავის არ მიუცია რაიმე რეკომენდაცია როგორ ევარჯიშათ, არც არავის შეუმოწმებია მათი ფიზიკური კონდინციები. მხოლოდ ვიზუალურად, ერთი ახედ-დახედვით აფასებდნენ მწვრთნელები მათ და სხვების შესაბამის დატვირთვას აძლევდნენ. ყველა რესპონდენტი ასეთ მიდგომას უარყოფითად აფასებს და რამდენიმე მათგანმა პირველივე ვარჯიშის დღესვე დიდი დატვირთვის გამო, ტრამვაც მიიღო. გამომდინარე აქედან, ნათლად ჩანს, რომ ასაკობრივ გუნდებში კრიტიკული სიტუაციაა სპორტული მედიცინის კუთხით. არ არსებობს დამწყებ სპორტსმენებზე ზრუნვის არანაირი მექანიზმი.

ნათლად ჩანს, რომ არცერთ რესპონდენტს არ აქვს ინფორმაცია საერთაშორისო სტანდარტების შესახებ, თუმცა უმრავლესობა მათგანს მოჰყავს მაგალითები ამა თუ იმ სპორტის სახეობაში მათ მიერ ნანახი და გაგონილი შემთხვევებიდან და ნათლად წარმოაჩენენ თუ როგორ უნდა ექცეოდეს სპორტულ მედიცინას ყურადღება. რა მნიშვნელობის მატარებელია ეს საკითხი სპორტსმენის ჯანმრთელობისთვის და თითოეულ სპორტსმენს რამდენი ადამიანი ემსახურება, ზრუნავენ რა მათ ჯანმრთელობაზე და მაქსიმალურად იცავენ ტრამვებისგან. შეიძლება ითქვას, რომ რესპონდენტებს აქვთ ცოდნა დაკვირვების მეშვეობით მიღებული, იმის შესახებ თუ როგორ მუშაობენ სპორტული მედიკოსები უცხო ქვეყნებში სპორტსმენების ჯანმრთელობის დასაცავად.

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ ქართული სტანდარტები საგრძნობლად ჩამოუვარდება საერთაშორისო ანალოგებს. მეტიც, ისინი დიდ უფსკრულს ხედავენ მათ შორის. აღნიშნავენ, რომ საქართველოში ასევე არსებობს პროფესიონალი კადრების დიდი დეფიციტიც და ეს მდგომარეობა არანაირად არ არის თანხვედრაში საერთაშორისო სტანდარტებთან. არავინ ზრუნავს დამწყები სპორტსმენის ჯანმრთელობაზე და მის სწო განვითარებაზე.

უწყებათა ერთობლივ მოქმედებას. შესაბამისი სტრატეგიის შემუშავებას, რომელიც პირველ რიგში მიმართული იქნება და დაიწყება ბავშვთა ასაკობრივი ჯგუფებიდან. სწორედ იმ ასაკებიდან, როცა დამწყები სპორტსმენები პირველად იღებენ ფიზიკურ დატვირთვას.

რესპონდენტები საქართველოში სპორტული მედიცინის მომავალს ნეგატიურად სულაც არ აფასებენ, თუმცა მათ მაინც არ აქვთ რაიმე მყისიერი ძვრების მოლოდინი. გამოთქვამენ სურვილს, რომ ცვლილებები დაიწყოს ბავშვთა ასაკიდან, რადგან ყველაზე პრობლემატურად ეს ასაკი მიაჩნიათ მათ. ასევე მნიშვნელოვანია მათთვის საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარება და ყოველივე ამის გათვალისწინებით შესაბამისი სტრატეგიების დაგეგმვა.

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ საქართველოში რაიმე სტანდარტის მიხედვით თითქმის არავინ მოქმედებს. ყველა მწვრთნელი ინდივიდუალურად უდგება საკითხს და თავიანთ გემოზე წარმართავს წვრთნის პროცესს. ისინი თითქმის ვერ აქცევენ ყურადღებას ბავშვების ფიზიკურ კონდინციებს და ძირითადად მიმართულნი არიან სამწვრთნელო პროცესზე. ეს მიდგომა კი ძალიან ცუდია და დიდ საფრთხეს უქმნის დამწყები სპორტსმენების ჯანმრთელობას.

### **შედეგების ინტერპრეტაცია/დისკუსია**

კვლევამ დაგვანახვა ძალიან ბევრი საინტერესო და განსაკუთრებით საყურადღებო საკითხი.

რესპონდენტების აზრით, საქართველოში სპორტული მედიცინის ამჟამინდელი მდგომარეობა ძალიან სავალალოა. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი ძალიან კარგად აცნობიერებენ ზოგადად სპორტული მედიცინის როლსა და დანიშნულებას, ასევე ნათლად ხედავენ, რომ დღესდღეობით ასაკობრივ ჯგუფებში ძალიან დიდი სიმცირეა გამოცდილი მედიკოსების და ამ მხრივ აუცილებლობას ხედავენ სახელმწიფო უწყებების ჩართვის. მათი ძალისხმევით უნდა მოხდეს მდგომარეობის გაჯანსაღება, ადამიანური რესურსის მოზიდვა და ასაკობრივ ჯგუფებში მათი ყოფნა.

ნათლად ჩანს, რომ დიდია განსხვავება საერთაშორისოდ აღიარებულ და ქართულ სტანდარტებსა და მათ განხორციელებებში ქართულთან შედარებით. ძალიან დაბალ დონეზე დასული დამწყებ სპორტსმენების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა საქართველოში და საკმაოდ მძიმე და სავალალო მაგალითები მოჰყავთ რესპონდენტებს, რომლებიც ნათლად აჩვენებს, რომ სპორტული მედიცინის კუთხით სერიოზული პრობლემებია საქართველოში.

რესპონდენტები პრობლემების აღმოფხვრის გზებზე ისახავენ სახელმწიფო სტრუქტურების შეთანხმებულ მოქმედებებს, ერთიანი სტრატეგიის დაგეგმვას, საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებას და მედიკოსი კადრების გადამზადებას, მათი რაოდენობის გაზრდას და პირველ რიგში ბავშვთა ასაკებში მათ მიმაგრებას. რესპონდენტების საერთო აზრია, რომ მთავარია ასაკობრივი ჯგუფები იყოს გამოცდილი მედიკოსებით აღჭურვილი და განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს პირველად ფიზიკურ დატვირთვებს. ეს უნდა მოხდეს ყველა სპორტსმენისთვის ინდივიდუალურად. ყველასთვის უნდა შეირჩეს მათი შესაბამისი ვარჯიში და დატვირთვა, რათა დამწყებმა სპორტსმენებმა სწორად მოახერხონ ფიზიკური კონდინციების გაუმჯობესება.

ყოველივე ეს, ნათლად აჩვენებს, რომ სპორტული მედიცინა განსაკუთრებული მნიშვნელობი მატარებელია, მას აუცილებლად უნდა მიექცეს ყურადღება უფრო მეტად, რადგან კარგად გამართული სპორტული მედიცინა, პირდაპირპროპორციულია სპორტული წარმატებების.

### **დასკვნა და რეკომენდაციები**

კვლევამ აჩვენა დაუყოვნებლივი მოქმედების საჭიროება სპორტული მედიცინის განვითარებისათვის. რესპონდენტები საჭიროდ მიიჩნევენ სახელმწიფო უწყებების მეტად ჩართვას ამ პროცესში, თანხებისა და ინვესტირების მოძიებას, ინფრასტრუქტურულ განვითარებას და ახალი, პროფესიონალი კადრების აღზრდას.

კვლევის რეკომენდაციებიც, დასკვნების შესაბამისად, დიდწილად მოიცავს სახელმწიფოს მეტ ჩართულობას აღნიშნული საკითხის მიმართ, პროფესიონალი სპორტული მედიკოსების მიმაგრებას ასაკობრივ გუნდებზე და წვრთნის პროცესში გამოცდილი ექიმის აქტიურ ჩართულობას.

ყოველივე ეს, ნათლად წარმოაჩენს ამ სფეროში ახალ კვლევების ჩატარების საჭიროებას. აღნიშნულმა კვლევამ აჩვენა ხარვეზები მხოლოდ ორ სპორტის სახეობაში. გამომდინარე აქედან, საინტერესოა როგორი მდგომარეობა სხვა სპორტის სახეობებში, ასევე, კონკრეტულად რა სახის და რომელი პროფილის მედიკოსის დახმარება არის საჭირო ამა თუ იმ სპორტისთვის და რა კრიტერიუმებს უნდა აკმაყოფილებდეს მედიკოსი, მისი სპორტულ გუნდში მუშაობა წარმატებული რომ იყოს. ეს იმ თემების მცირე ჩამონათვალია, რომელთა კვლევაც, განსაკუთრებით საინტერესო იქნება ამ კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. ლეიკი, დ. რეგულარული ფიზიკური აქტივობის მნიშვნელობა პროფილაქტიკასა და თერაპიაში. თანამედროვე მედიცინა No 2. თბილისი, 2010  
[http://www.modernpublishing.ge/view\\_post.php?id=8&pub=15&year=2010](http://www.modernpublishing.ge/view_post.php?id=8&pub=15&year=2010) (შემოწმების თარიღი: 25/06/2017)
2. საქართველოში ფიზიკური განათლებისა და სპორტის განვითარების კონცეფცია. საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო. თბილისი, 2012.
3. ახალკაცი ვალერი, კახაბრიშვილი ზურაბ, ჭაბაშვილი ნაირა, სვანიშვილი რომანოზ. ცენტრი, რომელიც ძალიან საჭიროა - სად უნდა შეიქმნას და ვის მფლობელობაში უნდა იყოს სპორტული მედიცინის ცენტრი? საქართველოს რესპუბლიკა. თბილისი, 2013-05-15.  
<http://www.opentext.org.ge/index.php?m=12&y=2013&art=4679> (შემოწმების თარიღი: 25/06/2017)
4. დათეშიძე ლალი, შენგელია არჩილ. ქართული სამედიცინო ენციკლოპედია. თბილისი, 2005.

## პალიატიური ზრუნვის სერვისები საქართველოში

თინათინ ტაბატაძე, სოფიკო მარუქაშვილი, ქეთო ტაბატაძე, მართა სვანიძე, დათო ჭანკვეტაძე - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სტუდენტები

### შესავალი

პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს იმ ადამიანების დახმარებას, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება, ამიტომაც ერთადერთი გზა არის პაციენტის ცხოვრების უკანასკნელი პერიოდის შემსუბუქება და ცხოვრების ხარისხის გაზრდა. პალიატიური მზრუნველობა ახორციელებს პაციენტის ფსიქოლოგიურ დახმარებას, სთავაზობს პაციენტს მხარდაჭერას, რათა აქტიურად გაატაროს სიცოცხლის დარჩენილი დრო, პაციენტის ავადმყოფობის პერიოდში დახმარებას უწევს პაციენტის ოჯახს, რათა დაძლიონ ის ტკივილი, რაც ამ მძიმე დანაკლისითაა გამოწვეული, ზრდის პაციენტის ცხოვრების ხარისხს და ასევე ავადმყოფობის კურსს შეძლებისდაგვარად პოზიტიურს ხდის.

ინკურაბელურ პაციენტებში მოიაზრება ადამიანები, რომლებიც განუკურნავი სენით არიან დაავადებულნი. მათ განეკუთვნებიან ადამიანები, რომლებიც დაავადებულნი არიან მე-4 კლინიკური ჯგუფის ავთვისებიანი სიმსივნით, ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდაით, არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესირე სენით.

საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (მუხლი 3, პუნქტი ტ'4) მიხედვით, პალიატიური მზრუნველობა გულისხმობს მრავალპროფილურ მზრუნველობას ინკურაბელურ პაციენტებზე. მის მთავარ ამოცანას წარმოადგენს ავადმყოფებისთვის ტკივილისა და პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ამასთანავე მათთვის როგორც ფსიქოლოგიური, ასევე სოციალური მხარდაჭერა. ინკურაბელურ პაციენტებს პალიატიურ მზრუნველობას უწევენ ჰოსპისებში.

მსოფლიოში პირველი დაინტერესება ინკურაბელური პაციენტების მდგომარეობის მიმართ გამოხატა სესილი საუნდერმა. დაახლოებით 1948 წელს მან ჩამოაყალიბა მსოფლიოში პირველი ჰოსპისური მოძრაობა, რომელიც ეხმარებოდა განუკურნებელი სენით დაავადებულ ადამიანებს. მოგვიანებით 1980-იანი წლებიდან კი მსგავსი მოძრაობები მთელს მსოფლიოში გავრცელდა.

დიდი ხანი არაა რაც საქართველოში შესაძლებელია თანამედროვე სტანდარტების პალიატიური მზრუნველობის მიღება. ჰოსპისის ტიპის პირველი დაწესებულება, სადაც განუკურნებელი დაავადების ტერმინალურ სტადიაზე მყოფ პაციენტებს პალიატიურ მზრუნველობას სთავაზობდნენ, გაიხსნა თბილისში 2003 წლის იანვარს ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული მოწყალეების ცენტრის სასწრაფო სახლის სახით. 2004 წელს მოწყალეების სახლს სამედიცინო დაწესებულების სტატუსი მიენიჭა. სასწრაფო სახლი (ჰოსპისი) გათვლილია 6 საწოლზე, სადაც თავსდება IV კლინიკური ჯგუფის პაციენტები, რომელთაც ესაჭიროებათ პალიატიური (შემამსუბუქებელი) მკურნალობა და სპეციფიური მოვლა. 2005 წელს გაიხსნა პალიატიური მზრუნველობის კლინიკა (ონკოპრევენციის ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის განყოფილება).

გასული წლების მონაცემებით საქართველოში უკურნებელი სენით დაავადებული პაციენტების პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდებოდა როგორც სახლში (46.1 %), ასევე ჰოსპისებსა და სხვა სამკურნალო დაწესებულებებში (41/2%) [1].

მომსახურების საფასურის დაფინანსება ხდება როგორც ოჯახის მხრიდან, ასევე სახელმწიფოს მხრიდან. სახელმწიფოც აფინანსებს პალიატიურ მზრუნველობას სტაციონარში და ბინაზე. გარკვეულ შემთხვევებში მომსახურების საფასური მთლიანად სახელმწიფოს მიერ იფარება. სხვა შემთხვევებში, საფასურის ნაწილს პაციენტი იხდის.

სტაციონარში პალიატიური მზრუნველობა უფინანსდებათ:

- კიბოს მძიმე (განუკურნებელი) ფორმის მქონე პირებს;
- აივ ინფექციის/შიდსის მძიმე განუკურნებელი ფორმის მქონე პირებს;
- 18 წლამდე ასაკის მძიმე განუკურნებელი დაავადების მქონე პირებს, მიუხედავად დაავადების ტიპისა.

კიბოს მძიმე (განუკურნებელი) ფორმის მქონე პირების სტაციონარში მომსახურების ხარჯების 70% ანაზღაურდება სახელმწიფოს მიერ, ხოლო 30%-ს იხდის პაციენტი, სახელმწიფოს მხრიდან სრულად ანაზღაურდება მძიმე ფორმის (განუკურნებელი) აივ/შიდსის მქონე პირების სტაციონარში მომსახურების ხარჯები. რაც შეეხება 18 წლამდე ასაკის მძიმე (განუკურნებელი) დაავადების მქონე მომსახურების ფაქტობრივი ხარჯების 80% ანაზღაურდება პროგრამით, ხოლო 20%-ს გადაიხდის პაციენტი.

ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის ხარჯებს სრულად ფარავს სახელმწიფო და იგი ვრცელდება ქ. თბილისის, ქ. ქუთაისის, ქ. თელავისა და ქ. ზუგდიდის მუნიციპალიტეტებში რეგისტრირებულ საქართველოს მოქალაქეებზე, რომლებსაც მძიმე (განუკურნებელი) დაავადება აქვთ.

ჩვენი კვლევის მიზანია: პალიატიურ ზრუნვის პრობლემების შესწავლა საქართველოში.

### **მეთოდოლოგია**

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუ კლინიკა „მედულას“ წარმომადგენლებთან. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ინტერნეტის მეშვეობით გამოვიკითხეთ 50 სტუდენტი, რათა დაგვედგინა რამდენადაა საზოგადოება ინფორმირებული პალიატიური ზრუნვის სერვისების შესახებ. შერჩევა იყო მიზნობრივი, ვინაიდან თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოვიკითხეთ კლინიკა „მედულას“, წარმომადგენელი, ხოლო რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოვიკითხეთ თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტები.

ჩვენი კვლევის ძირითად შეზღუდვას წარმოადგენს ის, რომ შერჩევის მცირე რაოდენობის გამო რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში მიღებული შედეგებს ვერ განვაზოგადებთ.

### **შედეგები**

კვლევის შედეგად მოპოვებული ინფორმაციის შედეგად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ჰოსპისებში არსებული საწოლების მწირი რაოდენობა და საკადრო რესურსი დაავადებულთა მზარდ მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს. შედეგად, წლის მანძილზე ათასობით დაავადებული ადამიანი მძიმე ფიზიკურ და სულიერ ტკივილს განიცდის. დღესდღეობით ჰოსპისებში არსებობს 45 ადგილი, მაშინ როდესაც მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით საჭიროა დაახლოებით 330 ადგილი და ბინაზე ზრუნვის ფართო ქსელი. ხშირ შემთხვევაში არ ხდება პაციენტის სრულად დაფინანსება. როგორც სიღრმისეული ინტერვიუდან გაირკვა, იმ პაციენტებისთვის რომლებიც არ იყვნენ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები ან არ იყვნენ სოციალურად დაუცველები და პენსიონრები, მკურნალობის ღირებულება შეადგენდა 75 ლარს დღეში.

კლინიკა „მედულა“, მრავალპროფილური სამკურნალო დაწესებულებაა, რომელიც უკვე ათი წელია რაც ფუნქციონირებს. კლინიკაში 5 დეპარტამენტი: დიაგნოსტიკის, ქირურგიის, თერაპიის, ონკოლოგიის და გინეკოლოგიის. როგორც ჩვენთვის გახდა ცნობილი, აღნიშნული კლინიკა დაახლოებით ერთი წლის წინ ჩაბმული იყო პალიატიურ სახელმწიფო პროგრამაში, დღესდღეობით კი აღნიშნულ პროგრამაში აღარ მონაწილეობს. ჩვენი კვლევის ერთ-ერთი მიზანი იყო დაგვედგინა თუ რამ განაპირობა აღნიშნული პროგრამის შეწყვეტა, ასევე ჩვენთვის საინტერესო თემას წარმოადგენდა პაციენტთა ხარჯები, პირობები, თუ რა ბიუროკრატიული პროცედურები იყო გასავლელი, რომ პაციენტს ესარგებლა სახელმწიფო პროგრამით და იყო თუ არა სახელმწიფო ჩართული პაციენტების დაფინანსებაში.

სიღრმისეული ინტერვიუს შედეგად გაირკვა, რომ პროგრამის შეწყვეტის ძირითადი მიზეზი იყო საწოლების მცირე რაოდენობა, ასევე კლინიკის არასაკმარისი ფართი. რესპოდენტის გამოკითხვით: „პალიატიური პროგრამა საჭიროებს კომპეტენტური პერსონალის დამატებას, რათა პაციენტების მომსახურება იყოს სრულყოფილი, იგი დაკავშირებულია დიდ ძალისხმევასა და ფინანსურ რესურსთან, რომელიც კლინიკას არ გააჩნდა,“

პალიატიური ზრუნვის პროგრამის ფარგლებში ერთი დღე კლინიკაში ღირდა 75 ლარი, პენსიონერებს კი უწევდათ ღირებულების მხოლოდ 10%-ის გადახდა, სოციალურად დაუცველ პაციენტს კი უფინანსდებოდა მხოლოდ 70% სახელმწიფოს მხრიდან. საყურადღებოა რომ კლინიკა „მედულას“ ჰყავდა მხოლოდ 5 პალიატიური ზრუნვის საჭიროების მქონე პაციენტი და



ყველა იყო კლინიკის პაციენტი. როგორც წარმომადგენელმა აღნიშნა პაციენტების ასეთი სიმცირე დაკავშირებული იყო ხარჯებთან და არაინფორმირებულობასთან. რაც შეეხება ბიოროკრატიულ პროცედურებს, როგორც სიღმისეული ინტერვიუდან გაირკვა, იგი არ წარმოადგენდა დროში გაწეილ პროცესს. იმისათვის, რომ პაციენტი ჩაერთულიყო პალიატიურ პროგრამაში, უპირველეს ყოვლისა უნდა მიემართა კლინიკისთვის, რის შემდეგაც დაუყოვნებლივ გაუწევდნენ აღნიშნულ დახმარებას.

კვლევამ აჩვენა, რომ რესპონდენტთა დიდი ნაწილი არაა ინფორმირებული პალიატიური ზრუნვის სერვისების თაობაზე. გამოკითხულ რესპონდენტთა 44 %-ს არ ჰქონდა ინფორმაცია, რომ აღნიშნული სერვისით სარგებლობა საქართველოში არის შესაძლებელი. ასევე აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტთა 62% დადებითად აფასებს მსგავსი ტიპის მომსახურებას.

### **დასკვნა**

ამგვარად, საქართველოში მწვავე პრობლემას წარმოადგენს პალიატიური ზრუნვის მიწოდება. პალიატიური ზრუნვისათვის გამოყოფილი საწოლების მწირი რაოდენობა და საკადრო რესურსი ავადმყოფთა მზარდ მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს. პრობლემას წარმოადგენს კომპეტენტური პერსონალის არსებობა.

### **რეკომენდაციები**

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება პალიატიური ზრუნვის შესახებ. აუცილებელია გაიზარდოს პალიატიური ზრუნვის საწოლების რაოდენობა, ვინაიდან არსებული ვერ აკმაყოფილებს მზარდ მოთხოვნებს. თანამედროვე სტანდარტების მქონე პალიატიური სერვისის მიღება დამოკიდებულია შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე სამედიცინო პერსონალის არსებობაზე, შესაბამისად, აუცილებელია მათი რაოდენობის გაზრდა.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი, პალიატიური მზრუნველობის ქვეშ მყოფ პაციენტთა სოციალური, სამედიცინო და სამართლებრივი მდგომარეობის სოციოლოგიური შესწავლა, 2010.
2. მარიამ ქვათაძე, მარიამ ტურიაშვილი, ცოტნე ფულარია, დიმიტრი ჭილაია, ლაშა ხიჯაკაძე, გურამ სოლოღაშვილი, თენგიზ ვერულავა. პალიატიური ზრუნვის პრობლემები საქართველოში (თბილისის ფერიცვალების დედათა მონასტრის მოწყალეების სახლი). ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, N 3, 2017

## თამბაქოზე დამოკიდებული გოგონების კვლევა

თამარ მამაგულაშვილი და ქეთი კვიციანი - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის სოციოლოგიის მიმართულების მაგისტრანტები.

### შესავალი

ჯანსაღი ქცევა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია თითოეული ადამიანის ჯანრთელობისათვის, ზრდისა და განვითარებისთვის. თამბაქოს მოხმარებამ უარყოფით გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და სხვადასხვა დაავადების განვითარებას შეიძლება შეუწყოს ხელი.

მსოფლიოში დაახლოებით მილიარდი ადამიანი თამბაქოს მოხმარებელია. მათგან 80% განვითარებად ქვეყნებში ცხოვრობს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ყოველდღე 18 წლამდე ასაკის 82 000-დან 99 000-მდე ახალგაზრდა ხდება თამბაქოს რეგულარული მოხმარებელი. თამბაქოს მოხმარება სიკვდილის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზია. იგი იწვევს გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის დაავადებებს, ფილტვის კიბოს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით, მსოფლიოში ყოველწლიურად 6 მილიონი ადამიანი კვდება თამბაქოს მოხმარების შედეგად, მათ შორის 1.5 მილიონი ქალია. გადაუდებელი ღონისძიებების გაუტარებლობის შემთხვევაში, 2030 წლისთვის თამბაქოთი გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევების წლიური რაოდენობა 8 მილიონს მიაღწევს მსოფლიოში. მისკენ მიდრეკილებით განსაკუთრებით გამოირჩევიან მამაკაცები, მოზარდები, დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის და განათლების ადამიანები [1].

თამბაქოს მოხმარების კუთხით საქართველოს, სამწუხაროდ, მეორე ადგილი უკავია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის. ამჟამად თამბაქოს მოიხმარს საქართველოს ზრდასრული მოსახლეობის 31% (მამაკაცების 57% და ქალების 7%).

თამბაქოს მოხმარების ზრდის ტენდენციის პასუხად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ შეიმუშავა თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენცია, რომელიც ძალაში 2005 წლის 27 თებერვალს შევიდა. თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენციის რატიფიცირებით (2005 წ.) საქართველომ, მსოფლიოს სხვა 178 ქვეყანასთან ერთად, აიღო ვალდებულება ქვეყანაში თამბაქოს კონტროლის კუთხით სრულფასოვანი ღონისძიებების გატარებაზე. ამ ვალდებულებებიდან მხოლოდ ძალიან მცირე ნაწილი იქნა დანერგული.

კვლევის მიზანია დავადგინოთ თუ რა განაპირობებს ახალგაზრდა გოგონებში თამბაქოზე დამოკიდებულებას. კვლევის ამოცანებია: დავადგინოთ ინფორმირებულობა თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით; დავადგინოთ რა იწვევს თამბაქოზე დამოკიდებულებას ახალგაზრდებში; დავადგინოთ სოციუმის გავლენა თამბაქოზე დამოკიდებულ პირზე.

### მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდია სიმბოლური ინტერაქციონიზმი, ქცევისა და სოციალური როლების შესწავლა, რათა გავიგოთ თუ როგორ უკეთებენ ინტერპრეტაციას და რეაგირებენ ადამიანები გარემომცველ სამყაროზე. კვლევის სტრატეგიად გამოვიყენეთ ინდუქციის მეთოდი (დასკვნების გამოტანა მონაცემებიდან განზოგადების საშუალებით)

**მონაცემთა მოპოვების მეთოდები:** თვისებრივი კვლევის მეთოდი, კერძოდ ჩაღრმავებული ინტერვიუს მეთოდის გამოყენება. ამ მეთოდის არჩევა განაპირობა იმან, რომ იგი საშუალებას მოგვცემს საკითხი უკეთ შევისწავლოთ და რესპონდენტებისგან გულწრფელი პასუხები მივიღოთ.

**მონაცემების შეგროვების მეთოდი:** პირველადი (მკვლევრის მიერ შეგროვებული). მონაცემებს შევადგინებთ ჩვევთვის წინასწარ განსაზღვრული სანაცნობო წრიდან. რესპონდენტთა რაოდენობა დაახლოებით იქნება 10-15 ადამიანი.

**შერჩევა:** არააღბათური, რადგან წინასწარ გვეყოლება შერჩეული რესპონდენტები.

**ვადები:** მონაცემთა მოპოვებას დასჭირდება სავარაუდოდ ორი კვირა.

**პრობლემები და შეზღუდვები:** კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს მხოლოდ თბილისში მაცხოვრებლები.

### კვლევის შედეგები

რესპოდენტთა აზრით, თამბაქოზე დამოკიდებულთა შორის უფრო მეტი რაოდენობა შეინიშნება ახალგაზრდებში, რომლებშიც არიან როგორც აქტიური, ასევე პასიური მომხმარებლები.

*„–მგონი ახალგაზრდები უფრო, ადრე გოგოები უფრო ნაკლებად ეწეოდნენ და მალულად, ახლა ცოტა შეიცვალა, მგონი ყოველ შემთხვევაში მე არ მაქვს პრობლემა, ჩემი ქმარიც ეწევა და სახლში მარტო ვცხოვრობთ, ერთად ვეწევით, მეგობრებიც ამოდიან და ისინიც ეწევიან.“ (ანნა, 24 წლის)*

რაც შეეხება სხვა რესპოდენტის აზრს ამ თემასთან დაკავშირებით, შემდეგნაირად პასუხობს:

*„–მგონი ჩემხელები უფრო, სკოლის პერიოდში იწყებენ ძირითადად მოწევას და მერე თავს ვეღარ ანებებენ. ჩემი მშობლების ასაკის ხალხისთვის ტეხავს მოწევა.“ (ნუცა 18 წლის)*

თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით ჯანმრთელობის პრობლემებიდან რესპოდენტები გამოყოფდნენ პირადი გამოცდილებიდან უმნიშვნელო პრობლემებს, რასაც ფაქტობრივად პრობლემად არც მიიჩნევდნენ.

*„–სუნთქვის პრობლემებს ალბათ უფრო, 1 თვის წინ საველე ტრენინგზე ვიყავით, ფიზიკური აქტივობები და თამაშები იყო, ვინც ვეწეოდით ცოტა გაგვიჭირდა, ყოველ შემთხვევაში ძვლივს ვსუნთქავდი, კი ვიძახდი თავს დავანებებმეთქი, მარა იქედან რომ წამოვედით დამავიწყდა.“ (სალომე, 23 წლის)*

თუმცა ერთ ინტერვიუერს სერიოზული პრობლემა შეექმნა რამაც ქირურგიული ჩარევა გამოიწვია, თუმცა მოწვევისთვის თავი არ დაუნებებია.

რესპოდენტები საკუთარი გამოცდილების აღწერისას იხსენებდნენ ინდივიდუალურ შემთხვევებს, თუ რა სიტუაციის გამო დაიწყეს თამბაქოს მოხმარება. ძირითადად არასრულწლოვანი მეგობრების გარემოცვაში, მალულად და შიშით რადგან უმრავლესობამ იცოდა უფროსებისგან დასჯად საქციელს აკეთებდა, თუმცა ეს არ აღმოჩნდა ხელის შემშლელი.

*„–მე-9 კლასში ვიყავი, მე და ჩემმა მეგობრებმა ინტერესის გამო, რ თ გავსინჯეთ და იმის შემდეგ რთული პერიოდი დამემთხვა და აღარ მიცდია იმ პერიოდში გადაგდებ.“ (ია 19 წლის)*

ყველა შემთხვევა განსხვავებული იყო თუმცა რაღაცით წააგავდა ერთმანეთს, თამბაქოს მოხმარების წამახალისებელი ყოველთვის ახლო სამეგობრო წრე იყო.

*„–გააჩნია, ყველა ინდივიდუალური მიზეზის გამო. ჩემი ქმარი ჩემი შეყვარებული რომ იყო რამოდენიმეჯერ თქვა მომწონს გოგო როცა ეწევაო, და ფაქტობრივად მან დამაწყებინა მოწევა, თავიდან თავბრუ მეხვეოდა, მერე აღარ, თან ხომ იცით გოგოების ამბავი სულ ფორმაში უნდა იყო და ამ დიეტების დროს სიგარეტი და ყავა ყველაზე კარგი გამოგონებაა, სამსახურშიც გარეთ ხშირი გასვლის მიზეზიცაა სულ კომპიუტერს რომ არ ვიყო მიშტერებული.“ (ანნა 24 წლის)*

საკუთარი თავის შეფასებისას თამბაქოზე დამოკიდებულების მხრივ არაერთგვაროვანი პასუხები მივიღეთ. თუმცა, უმრავლესობა აღნიშნავდა რომ სიგარეტის გარეშე ვერ წარმოუდგენიათ ცხოვრება და ეწევიან ყველგან სადაც ამის შესაძლებლობა მიეცემათ.

*„– ყველგან ვეწევი სადაც უფროსები არ არიან, მაგრამ ჩემს ასაკში მასეთი ადგილი ძალიან ცოტაა, ძირითადად ჩემს დაქალებთან ერთად სახლში, ან უნივერსიტეტის საპირფარეოში, ან უნივერსიტეტის ეზოში, თუმცა ეზოში იშვიათად თუ ძალიან მინდება მაშინ მარტო. ყველაზე გარგია ზაფხულში სოფელში, იმდენი ადგილია სადაც მარტო მოწევ და შიში არ გეწყება, თავზე ვინმე დაგადგება. მარა უკვე მივეჩვიე.“ (მკა 22 წლის)*

საინტერესოა სოციუმის გავლენა თამბაქო დამოკიდებულ პირებზე. ამ მხრივ, გამოვყავით სანაცნობო წრის გავლენა და გარემომცემი საზოგადოების შეფასება.

ინტერვიუერები ერთხმად აღნიშნავენ სანაცნობო წრის გავლენას თამბაქოს მოხმარებაზე. მათ ირგვლივ უფრო მეტი მწვევლია ვიდრე არამწვევლი და თავს უფრო კომფორტულად

გრძნობენ მათ გარემოში, თუნდაც იმიტომ რომ თამბაქოს მოხმარების დისკომფორტი არ აქვთ. გარშემომყოფების რეაგირება თამბაქოს მოხმარებლებზე დავყავით სამ ნაწილად: მშობლები, სამეგობრო და სანაცნობო.

ინდივიდებს ერიდებათ და ანგარიშს უწევენ მშობლების აზრს, რომ არ სიამოვნებთ მწვეველი შვილი. ერთნი ამის გამო მათი თანდასწრებით არ ეწევა, მეორენი საერთოდ უმაღლავს მშობლებს ამ ფაქტს. თუმცა, არიან ისეთებიც ვის მშობლებსაც არ აქვთ ამ საკითხთან დაკავშირებით მწვავე დამოკიდებულება და სრულწლოვან შვილებთან ერთად მოიხმარენ თამბაქოს.

*„ჩემს მშობლებს უფრო არ სიამოვნებთ, ჩემი სიგარეტის მოწვევის საკითხი, თუმცა ვერც მიშლიან რადგან თვითონაც მაგარი მწვეველები არიან. მარა გაუხარდებათ რომ არ ვეწეოდე.“ (ნუცა, 18 წლის)*

რაც შეეხება, სამეგობროს, აქ პასუხები ერთგვაროვანია. სამეგობროში თავისუფლად ხდება სიგარეტის გამოყენება თვითონ ამ მეგობრებთან ერთად.

*„ჩემი მეგობრების უმრავლესობა ეწევა და ვერც წარმოუდგენიათ სხვანაირად, პირიქით, თუ სამეგობრო შეკრებაზე არამწვეველი მოხვდება მისი პრეტენზიები მიუღებლად და გამაღიზიანებლად გვეჩვენება როცა ამბობს არ მოწიოთ ბოლი მაწუხებსო.“ (მაკა, 22 წლის)*

ინტერვიუს ბოლო ბლოკი, რომელიც ეხებოდა თამბაქოსგან თავის დაღწევის მცდელობას. ცნობილია, რომ თამბაქოს მოხმარებისგან თავის დაღწევის ერთ-ერთ მექანიზმად ითვლება ანტირეკლამა. თუმცა, რესპოდენტებზე იგი არ მოქმედებს. ისინი ინდივიდუალურად ცდილობენ შეებრძოლონ თამბაქოს მოხმარებას. აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგ მათგანს არც უცდია თამბაქოსგან თავის დაღწევა, პირიქით, ვერც წარმოუდგენია საკუთარი თავი თამბაქოს გაეშე.

*„მეეჭვება დიდ გავლენას ახდენდეს. აბა მაშინ რატომ ეწევა უფრო და უფრო მეტი ადამიანი. ჩემს შემთხვევაში არ მოქმედებს, შეიძლება არ მინახავს ისეთი ანტირეკლამა შთბეჭდილება მოეხდინა ჩემზე.“ (თეა, 21 წლის)*

### **შედეგების ინტერპრეტაცია/დისკუსია**

კვლევამ აჩვენა მწვეველი გოგონების არაინფორმაციულობა თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეულ ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით. ისინი ფაქტობრივად არანაირ ინფორმაციას არ ფლობენ იმ დაავადებების შესახებ რისი მაპროვოცირებელიც თამბაქოა. ასევე არ იციან რამდენად საშიშნი არიან არამწვეველები ახლობლების და გარშემომყოფებისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ამ მხრივ უამრავ პრევენციული ღონისძიებებს ატარებს, მწვეველი გოგონების დამოკიდებულება საკითხისადმი ზედაპირულია.

### **დასკვნა და რეკომენდაციები**

თამბაქოზე დამოკიდებულ გოგონებში ნაკლებია ინფორმირებულობა თამბაქოსგან გამოწვეული ზიანის შესახებ. ასევე, ნაკლებია თამბაქოსგან თავის დაღწევის მექანიზმების პოვნა, რადგანაც მათთვის თამბაქოზე დამოკიდებულება არ წარმოადგენს პრობლემას. მიზანშეწონილია სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციების აქტიური ურთიერთობა მწვეველ ახალგაზრდებთან, მათთვის თამბაქოსგან გამოწვეული ზიანის გაცნობა.

### **ბიბლიოგრაფია**

1. ვერულავა, თ. 2017. ჯანდაცვის სოციოლოგიის შესავალი. ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი. თბილისი.
2. ვერულავა, თ. 2016. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.

## ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემები: საქართველოს და ბრაზილიის მაგალითზე

ნინო ქელესაევი, ლილე მადრაძე, ჟულიეტა აბრამაშვილი, მარიამ ცხვედიანი - ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამაგისტრო პროგრამის „ფსიქიკური ჯანმრთელობა“ მაგისტრანტები.

### შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არამხოლოდ ავადმყოფობის არარსებობა. ფსიქიკური ჯანმრთელობა გულისხმობს სოციალურ, სულიერ, კოგნიტურ და ემოციურ კეთილდღეობას, მდგომარეობას როდესაც პიროვნებას შეუძლია საკუთარი შესაძლებლობების გამოვლენა და განხორციელება, ცხოვრებისეულ ჩვეულებრივ სტრესებთან გამკლავება, ნაყოფიერი საქმიანობა და წვლილის შეტანა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში [1].

ფსიქიკური ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი პრიორიტეტი, მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში სერიოზულ გამოწვევას წარმოადგენს. მსოფლიოში 450 მილიონ ადამიანს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესა თუ ის პრობლემა აღენიშნება [2].

საქართველოში, 2010 წლის მონაცემებით, ფსიქიკური აშლილობის მქონე 79.216 რეგისტრირებული ადამიანია, მათ შორის ბავშვი და მოზარდი – 1.628; ყველაზე გავრცელებული აშლილობებია: შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები (30.9%); თუმცა, ასევე მაღალია გონებრივი ჩამორჩენილობის ინდექსი (30.5%) [3]. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით 2013 წელს 100 000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობის პრევალენტობა შეადგენდა 1536-ს, ხოლო დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 3020 ახალი შემთხვევა (67,3 შემთხვევა 100 000 მოსახლეზე). ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები ზუსტად ვერ ასახავს რეალურ მდგომარეობას და იგი შესაძლებელია დარეგისტრირებულ დაავადებულთა რაოდენობაზე გაცილებით დიდი იყოს, რაც განპირობებულია ქვეყანაში დაავადებათა აღრიცხვიანობის არასრულყოფილი სისტემის არსებობით, ასევე სოციალური სტიგმით [4].

სამწუხაროდ, ჯანდაცვის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადექვატურად ვერ პასუხობენ; სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 76%-დან 85% ვერ იღებს მკურნალობას; მაღალი შემოსავლების ქვეყნებშიც კი ეს მაჩვენებელი მაღალია და მერყეობს 35%-დან და 50%-ს შორის.

მაღალია ფსიქიკური აშლილობების გავლენა როგორც ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე, ასევე საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე. მისი წვლილი დაკარგული ცხოვრების წლებში 8.1%-ია. მსოფლიო მასშტაბით, შეზღუდული შესაძლებლობების გამო შემცირებული ცხოვრების წლების (DALYs) 12% ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობებითაა განპირობებული [5].

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკური აშლილობები მნიშვნელოვან უარყოფით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე, დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის მთლიანი ეროვნული ბიუჯეტიდან საშუალოდ მხოლოდ 2% იხარჯება ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს ხარჯი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 8-12%-ია. ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, 2011 წელს საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე იხარჯებოდა 2.7 \$(PPP) [5].

ამგვარად, ქვეყნის მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ფსიქიკური ჯანდაცვის კუთხით სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული ქმედებები. ამ მხრივ, საინტერესოა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემების ანალიზი და შედარება.

საქართველოში ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში აქტიური ცლილებები მიმდინარეობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში როგორც დაფინანსების გაზრდის, ასევე ორგანიზაციული სრულყოფის კუთხით.

საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, ნაშრომის მიზანია, საქართველოსა და ბრაზილიის ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემების ანალიზი და შედარება. გასათვალისწინებელია, რომ მსოფლიო ბანკის მიერ შემოთავაზებული კლასიფიკაციით, საქართველო და ბრაზილია წარმოადგენენ საშუალოზე დაბალშემოსავლიან ქვეყნებს ერთ სულ მოსახლეზე მთლიანი ეროვნული შემოსავლის მიხედვით [6].

საკვლევი საკითხები:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები საქართველოსა და ბრაზილიაში;
2. საქართველოსა და ბრაზილიის ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემაში ადამიანური რესურსების განაწილება;
3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობა საქართველოსა და ბრაზილიაში.

### **მეთოდოლოგია**

კვლევის მეთოდოლოგიურ საფუძველს წამოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემებზე არსებული ლიტერატურა, სამეცნიერო ნაშრომები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები. საინფორმაციო ბაზას შეადგენს: საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნორმატიული მასალები, სამედიცინო სტატისტიკისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მასალები.

კვლევის საფუძველზე განხორციელდა ბრაზილიისა და საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემების შესახებ არსებული მონაცემების დამუშავება.

### **შედეგები**

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სამსახურებში მკურნალობა ბევრად უკეთეს შედეგს იძლევიან (მაგ., ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება), ვიდრე ფსიქიატრიულ ინსტიტუტებში (მაგ., ფსიქიატრიული საავადმყოფოები). ისინი უფრო ეფექტურია ეკონომიკურად და ხელს უწყობენ ადამიანთა უფლებების დაცვას. ევროპის ქვეყნებში სერიოზული ნაბიჯები გადაიდგა საავადმყოფოებზე ორიენტირებული მიდგომის შესაცვლელად და ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით დახმარების უზრუნველსაყოფად. კვლევები ადასტურებენ, რომ ფსიქიატრიული დახმარების რეორგანიზაცია, რომელშიც მთავარი აქცენტი კეთდება სტაციონარსა და თემზე დაფუძნებულ მომსახურებას შორის გონივრული ბალანსის შენარჩუნებაზე, მიზანშეწონილია ყველა ქვეყნისათვის, მიუხედავად მისი ეკონომიკური განვითარებისა.

ბოლო 30 წლის განმავლობაში ევროპის ქვეყნებში მნიშვნელოვნად შემცირდა ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა რაოდენობა. მათ სამედიცინო მომსახურებას უწევენ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, თავშესაფრებში საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ან ბინაზე.

ინსტიტუციონალური ფსიქიატრიული დახმარებიდან თემზე დაფუძნებულ სერვისებზე გადასვლის პროცესი განსაკუთრებით მწვავედ დგას ყოფილ სოციალისტურ და პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში. დამაბრკოლებელ ფაქტორად გვევლინება დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებების არსებობა, რომელთა პირობები არასახარბიელოა. ასეთ სამედიცინო დაწესებულებებში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები უფრო მეტად იზოლაციაში იმყოფებიან, ვიდრე მკურნალობის ქვეშ, და სადაც ადამიანთა უფლებების დაცვის გარანტიაც ნაკლებია. მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიოში მიმდინარეობს დეინსტიტუციონალიზაციის და თემზე-დაფუძნებული ზრუნვის სამსახურების ხელშეწყობა, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე (სპეციალიზირებული დაწესებულებები, რომლებიც მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებს ჰოსპიტალურ და გრძელვადიან რეზიდენციულ მომსახურებას სთავაზობენ) იხარჯება ამ სფეროსათვის გამოყოფილი ბიუჯეტების უმეტესი ნაწილი.

განვითარებულ ქვეყნებში დღეს უფრო მეტ აქცენტს აკეთებენ საჭიროებებზე დაფუძნებულ დიფერენცირებულ სერვისებზე. ამ მხრივ განხორციელებული რეფორმების კონცეპტუალური საფუძველია წარმოადგენს ახალი მიდგომა - „ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ბალანსირებული ზრუნვა“. იგი გულისხმობს მოსახლეობის საჭიროებებიდან და ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გაუმჯობესების საჭიროებების შესაბამის ხარისხიან, მდგრად, ხარჯთ-ეფექტურ და შედეგიან მომსახურებას. იგი არ უარყოფს ერთ მიდგომას (მაგ. სტაციონარულ მკურნალობას) მეორის (მაგ. თემზე დაფუძნებული მომსახურების) სასარგებლოდ. პირიქით, ის ითვალისწინებს მომსახურების ყველა შესაძლო და საჭირო ფორმის კომბინაციას მაქსიმალური შედეგით.

კვლევებმა აჩვენა, რომ ჰოსპიტალურ მომსახურებასთან შედარებით დეინსტიტუციონალიზაციის და სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდების მუშაობის შედეგად ხარჯები მცირდება, ხოლო მისი გავლენა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე ბევრად ძლიერია. ჯანდაცვის ექსპერტები რეკომენდაციას უწევენ ჰოსპიტალ-გარეშე სამსახურების განვითარების მოდელს, ქვეყნის სპეციფიკის გათვალისწინებით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა (2013-2015) ქვეყნებს სთავაზობს გადავიდნენ ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მოდელიდან სათემო სერვისებზე და თემზე დაფუძნებული, ურთიერთ-დაკავშირებული სამსახურების ქსელის გამოყენებაზე, რაც მოიცავს: მოკლევადიან სტაციონარულ მომსახურებას, ამბულატორიულ ზრუნვას ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში, პირველად და სხვა არა-სპეციალიზირებულ ჯანდაცვას, სრულყოფილ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებს, დღის ცენტრებს, იმ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა ხელშეწყობას, ვინც ოჯახებში ცხოვრობს, და "დაცულ" საცხოვრებლებს [5].

საქართველოში 2006-2014 წწ მანძილზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა, ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯიდან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის მოცულობა დიდ ცვლილებას არ განიცდის. ამ დანახარჯით მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ევროპის განვითარებულ ქვეყნებთან. სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი არ განიცდის ცვლილებას წლების მანძილზე (2006 წლიდან დღემდე). დაბალია ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისების დაფინანსება და ბავშვთა და მოზარდთა სამსახურების ხარჯები.

საქართველოში ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დახმარებას ახორციელებს: 12 ფსიქიატრიული დაწესებულება, სადაც რეგისტრირებულია 1392 საწოლი, მათ შორის 10 საწოლი ბავშვთა ფსიქიატრიული მომსახურებისათვის. სტაციონარგარეთა დახმარებას მთელი ქვეყნის მასშტაბით ძირითადად 18 დაწესებულება ახორციელებს. პროგრამის ქვეკომპონენტებია ასევე ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დღის ცენტრი (თბილისი), ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია (თბილისი, რუსთავი, ქუთაისი, ბათუმი) და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია (თბილისი, თელავი, ქუთაისი).

საქართველოში არსებული ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები და ფსიქიატრიული კაბინეტები მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფს მოსახლეობისთვის სერვისის გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. ამბულატორიულ მომსახურებას ძირითადად 18 სამედიცინო დაწესებულება (მათ შორის ფსიქიატრიული დისპანსერები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებისა და პირველადი ჯანმრთელობის ცენტრების კაბინეტები/განყოფილებები) ახორციელებს, რომლებიც გაბნეულია მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა, მათი უმრავლესობა განთავსებულია ქალაქებში.

დღეს არსებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება ძირითადად არაეფექტურია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა და მათი ოჯახების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. მომსახურება ორიენტირებულია ძირითადად ექიმის კონსულტაციასა და მედიკამენტების მიწოდებაზე. მიწოდებული მედიკამენტების რაოდენობა ვერ აკმაყოფილებს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, მკურნალობის გაგრძელებას იმ ჯგუფის და რაოდენობის მედიკამენტებით, რომლის ფონზეც სტაციონარში მოხდა ფსიქიკური მდგომარეობის ნორმალიზაცია, რაც ართულებს საავადმყოფოში მიღწეული შედეგის შენარჩუნებას. ამბულატორიულ დაწესებულებებში ძალიან იშვიათია მულტიდისციპლინური გუნდის არსებობა. სერვისის მიწოდებას ძირითადად ფსიქიატრი ახორციელებს, რომელსაც ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების გასაწევად არ ჰყოფნის შესაბამისი ცოდნა და დრო. ზოგადად, ექიმი მუშაობს ტრადიციული სამედიცინო მოდელით (კონსულტაცია, წამალი). სახეზეა სათემო სამსახურების მაღალი დეფიციტი. ქვეყანაში არსებული 3 ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი იღებს მცირე დაფინანსებას (ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამული ბიუჯეტის 1%-ზე ნაკლებს). კრიზისული ინტერვენციის ცენტრები ვერ ფარავს ქვეყნის ტერიტორიას. სახელმწიფო პროგრამის გარეშე, დონორების დაფინანსებით, ხორციელდება აქტიური სათემო მკურნალობის მხოლოდ ერთი გუნდის მუშაობა ქ. თბილისში. არ გვაქვს სათემო საცხოვრებლები, შესაქმნელია დასაქმების ხელშემწყობი სისტემა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთათვის.

შესაბამისად, იზრდება ამბულატორიის პირობებში ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავების რისკი და რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე, რაც გამოწვეულია ფინანსური რესურსების დეფიციტით. ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსება სტაციონარულ დაფინანსებასთან შედარებით მცირეა. 2014 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისად, ამბულატორიული დაფინანსების წილი შეადგენს 19%-ს (2 865 288 ლარი), ხოლო სტაციონარული მომსახურების - 69%-ს (10 421 880 ლარი).

ბრაზილიის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა ითვალისწინებს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებს. ქვეყანამ აირჩია ინოვაციური სერვისები და პროგრამები, როგორცაა სათემო ფსიქოსოციალური ცენტრების გაფართოება და ხანგრძლივი დაყოვნების პაციენტების დეინსტიტუციონალიზაციის მიზნით სახლში დაბრუნების პროგრამები.

ბრაზილიის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა უმთავრესად დაფუძნებულია კარაკასის დეკლარაციაზე [7], რომელიც მოიცავს ოთხ ძირითად პუნქტს: ა) ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა სამოქალაქო უფლებების დაცვა - გაეროს გენერალური ასამბლეის 1991 წლის 17 დეკემბრის რეზოლუცია 46/119 [8]; ბ) ფსიქიატრიული მომსახურების დეცენტრალიზაცია; გ) პაციენტების დაცვა, რომლებიც მკურნალობენ საავადმყოფოებში; დ) ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთათვის მრავალფეროვანი ქსელის განვითარება ხელმისაწვდომობის, ეფექტურობისა და ქმედუნარიანობის უზრუნველსაყოფად.

ბრაზილიის ჯანდაცვის სამინისტრომ მხარი დაუჭირა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონპროექტს, რომელშიც გათვალისწინებულია შემდეგი საკითხები: ფსიქიატრიული საწოლების თანდათანობითი ჩანაცვლება სათემო სოციალური ფსიქიატრიული ცენტრებით (Community Social Psychiatric Centres - CSPC); ხანგრძლივი დაყოვნების პაციენტების ოჯახებისთვის თვითური თანხის გადახდა, რაც წახალისებს პაციენტებს დატოვონ საავადმყოფო და დაუბრუნდნენ თემს. 2006 წლის ივნისის მონაცემებით ბრაზილიაში რეგისტრირებული იყო 848 სათემო ფსიქოსოციალური ცენტრი (CSPS), რაც შეადგენდა 0.9 CSPS-ს 200,000 მოსახლეზე [9].

როგორც ქვემოთ მოყვანილ ცხრილშია ნაჩვენები (ცხრილი 1), ბრაზილიაში 100000 მოსახლეზე მოდის 3.26 ფსიქიატრი, 1.69 მედდა, 10.2 ფსიქოლოგი, 1 სოციალური მუშაკი, 1.95 ოკუპაციური თერაპევტი (ფსიქიატრიულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალიდან). ადამიანური რესურსები გეოგრაფიულად არათანაბრადაა გადანაწილებული. შეინიშნება მედდების დეფიციტი ქვეყნის მთელ გეოგრაფიულ სივრცეზე. ფსიქოლოგების რიცხვი აღემატება 1.75-ჯერ აღემატება საშუალო ეროვნულ მაჩვენებელს.

ცხრილი 1. ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის დაწესებულებებში დასაქმებული პერსონალის რაოდენობა და მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე, ბრაზილია, 2005.

	რაოდენობა	მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე
ფსიქიატრი	6003	3.26
სხვა სპეციალობის ექიმები	1065	0.58
მედდები	3119	1.69
ფსიქოლოგები	18763	10.19
სოციალური მუშაკები	1985	1.08
ოკუპაციური თერაპევტები	3589	1.95
ჯამი	34524	18.74

წყარო: CNES, 2005.

ცხრილი 2 აჩვენებს ფსიქიატრიული საწოლების ფსიქიატრიულ და ზოგადი პროფილის სავადმყოფოებში, ასევე, თავშესაფრის სახლებსა და პენიტენციურ სისტემის ფსიქიატრიულ სავადმყოფოებში. ბრაზილიაში ფუნქციონირებს 228 ფსიქიატრიული სავადმყოფო, რომელიც მოიცავს 42,076 საწოლს (22.88 საწოლი 100,000 მცხოვრებზე). საწოლების რიცხვი ფსიქიატრიულ სავადმყოფოებში შეადგენს 50,049-ს (27,17 საწოლი 100,000 მცხოვრებზე). პაციენტების დაყოვნების ხანგრძლივობა შეადგენს 65,29 დღეს. პენიტენციურ სისტემაში ფუნქციონირებს 25 სავადმყოფო ფსიქიკური პრობლემის მქონე პატიმრებისათვის.

სათემო საცხოვრებლების (თავშესაფრები) რაოდენობა შეადგენდა 418-ს. თითოეულ საცხოვრებელში შეიძლება 8 ან მეტი პირის ცხოვრება ერთად. ეს საცხოვრებლები



უზრუნველყოფდნენ 3800 ადგილს (2.06 100,000 მცხოვრებზე). 2006 წელს სათემო საცხოვრებლებში მცხოვრები პაციენტების რიცხვი შეადგენდა 2480-ს.

ცხრილი 2. ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობა ფსიქიატრიულ და ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, ბრაზილია, 2005

	რაოდენობა	საწოლების რაოდენობა	საწოლები 10000 მცხოვრებზე	მიმართვა	დაყოვნების ხანგრძლივობა (დღეები)
ფსიქიატრიული პალატები ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში	105	2074	1.13	46650	14
ფსიქიატრიული საწოლები ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში	592	1224	0.66		
თავშესაფრები	418	3344	1.81	2115	62.29
ფსიქიატრიული საავადმყოფოები	228	50045	27.17	218544	62.29
პენიტენციური ფსიქიატრიული საავადმყოფოები	25	3677	2	3677	
სულ	1418	56687	32.77	224336	

წყარო: DATASUS,2006; CNES, 2006

**ამბულატორიული ფსიქიატრიული დაწესებულებები.** ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრები (CAPS) უპირატესობას ანიჭებს დღის ცენტრებს. რაც გულისხმობს ინტენსიურ ზრუნვას. 2006 წლისათვის ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 848 ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრი (CAPS), აქედან 673 მოზარდებისთვის, 109 ალკოჰოლთან და ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის, რომელთაგან 66 არის მხოლოდ ბავშვებისა და მოზარდებისათვის.

ქვეყანაში ფუნქციონირებს 5 სახის ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრი (CAPS).

- ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრი 1 (CAPS 1) - ღია კვირაში 5 დღე და დაფუნქციონირებულია მცირე ზომის ქალაქებში სადაც მოსახლობა მერყეობს 20,000 დან 50,000მდე.
- ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრი 2 (CAPS 2) - შუალედური ერთეულია, რომელიც არსებობს საშუალო ზომის ქალაქებში (50,000 მოსახლის ზემოთ).
- ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრი 3 (CAPS 3) - მსხვილი ერთეულია, რომელიც 24 საათის განმავლობაში ღიაა. იგი ემსახურება მსხვილ ქალაქებს 200,000-ზე მეტი მცხოვრებით.
- ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრი (CAPSi) - ბავშვებისათვის.
- ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრი (CAPS), რომელიც განკუთვნილია ალკოჰოლური სასმელების და ნარკოტიკების მომხმარებლებზე არის ქალაქებში, სადაც 200 000-ზე მეტი მცხოვრებია.

კვლევების თანახმად, ქვეყანაში დაახლოებით 0,9 ფსიქოსოციალური სათემო ცენტრია 200 000მოსახლეზე. აღსანიშნავია, რომ ეს დაწესებულებები გეოგრაფიულად არათანაბრად არის განაწილებული.

ქვეყანაში მოქმედებს ე.წ. „სახლში დაბრუნების პროგრამა“, რომლის მიზანია ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივი ისტორიის მქონე პირთა სოციალური ჩართულობის პროცესის ხელშეწყობა. როდესაც პაციენტი დატოვებს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს, მას საკუთარ საბანკო ანგარიშზე ერიცხება ყოველთვიური სარეაბილიტაციო სარგებელი.

სახლში დაბრუნების პროგრამაში 2006 წლამდე 2519 პაციენტი იყო ჩართული. ზოგი ექსპერტის მტკიცებით, პაციენტების საზოგადოებაში „დაბრუნებამ“ შესაძლოა გაზარდოს თვითმკვლელობის მაღალი რისკი.

საქართველოში საკმაოდ დაბალია ფსიქიატრიული საწოლების ინდექსი და აღწევს 30.27 საწოლს 100,000 მოსახლეზე. ეს მაჩვენებელი, რომელიც არ მოიცავს ე.წ. სოციალური სახლების საწოლთა რაოდენობას, არ არის დაბალანსებული თემზე დაფუძნებული სერვისებით. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2011 წელს სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რიცხვი მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში შეადგენდა 3.09/10000-ს, ხოლო საქართველოში - 2.86/10000-ს. რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში შეადგენდა 1,015/10000-ს, ხოლო საქართველოში ამგვარი სერვისი ჯერ-ჯერობით არ არსებობს. დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა ყველაზე მეტია ევროგაერთიანების ქვეყნებში  $\approx 4.3/10000$ , საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი 0.1/10000-ს არ აღემატება.

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსების ნაკლებობას. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში, ქვეყნის მასშტაბით, გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა სხვა კადრების მხრივ. სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებს: 240 ფსიქიატრი, 13 ბავშვთა ფსიქიატრი, 22 ფსიქოთერაპევტი, 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი, 242 ფსიქიატრის ექთანი და 13 სოც. მუშაკი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ფუნდამენტალურ პრობლემას მისი კვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ამ მხრივ, შეიძლება გამოვყოთ ორი გამოწვევა: 1) ადამიანური რესურსების რაოდენობის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ნორმატივებთან შესაბამისობაში მოყვანა და ქვეყნის მასშტაბით მათი სწორი განაწილება; 2) საგანმანათლებლო / სასწავლო პროგრამების მომსახურების ახალ მოთხოვნებსა და პროფესიულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა, რათა ბენეფიციარებს კვალიფიციური დახმარება შევთავაზოთ.

პროფესიული (საკადრო) რესურსები: არსებული მდგომარეობა და საჭიროებები <sup>1</sup>				
პროფესიული კადრები	არსებული რაოდენობა	100,000 მოსახლეზე	საჭირო რაოდენობა	100,000 მოსახლეზე
ექიმი ფსიქიატრი	240	5.4	501	11.4
ფსიქოლოგი	43	1.0	976	22.2
მედდა ფჯ სფეროში	242	6.9	1,991	45.3
ფსიქოთერაპევტი	22			
სოც. მუშაკი	13			

ეს ცხრილი არ ასახავს ისეთ, შედარებით ახალ, პროფესიებს, რაც აუცილებელია ეფექტური ჩარევების განხორციელებისთვის, მაგ.; ოკუპაციურ თერაპევტებს, ასევე მედდის თანამშრომლებს. კვალიფიციური ადამიანური რესურსების გარეშე შეუძლებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე სისტემის შექმნა [3].

ბრაზილიის ჯანდაცვის სისტემაში პირველადი ჯანდაცვა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა ინტეგრირებულია, საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტების ვიზიტი იგეგმება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით.

### დასკვნა

საქართველოში და ბრაზილიაში რესურსების არასაკმარისი განაწილება ზრდის ფსიქიკური ჯანდაცვის ტვირთს. ორივე ქვეყანაში ჯერ კიდევ პრობლემას წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შორის ინტეგრაცია. საქართველოს

<sup>1</sup> საჭიროება გათვლილია ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით WHO/EUROPE (2005). "Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions" EUR/04/5047810/6

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა ძირითადად ორიენტირებულია ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე, ნაკლებად არის განვითარებული ამბულატორიული მომსახურება და არ არსებობს სათემო სერვისები. თვალსაჩინოა ადამიანური რესურსების როგორც რაოდენობრივი, ასევე კვალიფიკაციური კადრის ნაკლებობა. არსებული სერვისების არათანაბარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, ჰოსპიტალ-გარე სერვისებისა და ადამიანური რესურსების ნაკლებობა უარყოფითად აისახება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ცხოვრებაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანა მიმდინარე პოლიტიკის გატარებით დგამს ნაბიჯებს ბიო-ფსიქო-სოციალურ მოდელზე გადასვლისთვის, ჯერ კიდევ დომინანტურია სამედიცინო მოდელი. არსებული სისტემა და მწირი დაფინანსება ვერ უზრუნველყოფს შესაბამის მომსახურების არსებობას ქვეყანაში.

### რეკომენდაციები

საქართველოსა და ბრაზილიის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული მდგომარეობის ანალიზისა და შეფასების შედეგად ნაშრომის ფარგლებში შემუშავებულ იქნა რამდენიმე რეკომენდაცია:

- გაიზარდოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსება;
- ამბულატორიული მომსახურების გაძლიერება შესაბამისი სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფა (მედიკამენტების და ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების მიწოდება, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება);
- მომსახურების ხარისხის ამაღლება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო მართვის ეფექტურობის გაძლიერება;
- ადამიანური რესურსების სათანადო რაოდენობის უზრუნველყოფა, რაც შესაბამისობაში იქნება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტებთან;
- ფსიქიკური ჯანდაცვის პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება;
- საზოგადოების ცნობიერების დონის ამაღლება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკანონმდებლო გარემოს აღიარებულ საერთაშორისო დოკუმენტებთან შესაბამისობაში მოყვანა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის ხელშეწყობა.

### ბიბლიოგრაფია

1. WHO (2014). Mental health: a state of well-being. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
2. Mental Health: New Understanding, New Hope. World health report. World Health Organization, Geneva, 2001. [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/en/](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/)
3. ნ. მახაშვილი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა საქართველოში: მოკლე აღწერა, [http://www.mls.ge/hrh/pictures/dfltcontent/gallery/108\\_1.pdf](http://www.mls.ge/hrh/pictures/dfltcontent/gallery/108_1.pdf)
4. თ. ვერულავა, ნ. სიბაშვილი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ფინანსური უზრუნველყოფა საქართველოში, 2017 <https://burusi.wordpress.com/2017/01/20/თენგიზ-ვერულავა-ნინო-სიბ/>
5. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და სამოქმედო გეგმა 2015-2020, [http://gov.ge/files/382\\_47144\\_358497\\_762.pdf](http://gov.ge/files/382_47144_358497_762.pdf)
6. The World Bank – Data & Statistics – Country Classification [\[http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTIC,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html\]](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTIC,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html)
7. WHO – Declaration of Caracas [<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>]
8. Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care [<http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/68.htm>]

9. M. D Mateus, J. J Mari, P. GG Delgado, N. Almeida-Filho, T. Barrett, J. Gerolin, S. Goihman, D. Razzouk, J. Rodriguez, R. Weber, S. B Andreoli and S. Saxena; The mental health system in Brazil: Policies and future challenges; International Journal of Mental Health Systems; 2008

**ხატია იმერლიშვილი, ინგა ფუტყარაძე** - თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტის პოლიტიკის მეცნიერების მიმართულების სტუდენტები

### **შესავალი**

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა, რომელიც საქართველოში დაიწყო, ჯანდაცვის თვალსაზრისით უმნიშვნელოვანესია. მსოფლიოში C ჰეპატიტით 180 მილიონამდე ადამიანია ინფიცირებული და 21-ე საუკუნის ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით, საქართველო C ჰეპატიტის მაღალი გავრცელების ქვეყნად ითვლება. ჯანდაცვის სამინისტრომ 2015 წლის აპრილში C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის განხორციელება დაიწყო. პროგრამის მიზანი ქვეყანაში C ჰეპატიტის ვირუსით გამოწვეული ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება, ასევე ახალი შემთხვევების აღმოცენების პრევენციაა. პროგრამის ფარგლებში საქართველოს პარტნიორები არიან მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრი. პროგრამა ამერიკული ფარმაცევტული კომპანია Gilead-ის ხელშეწყობით ხორციელდება. [1]. იმ შემთხვევაში, თუ საქართველოში C ჰეპატიტი მთლიანად აღმოიფხვრა, ეს ჯანდაცვის სფეროში მსოფლიოს მასშტაბით უპრეცედენტო მოვლენა იქნება.

ჯანდაცვის სამინისტროს ინფორმაციით, საქართველოს ხელისუფლებამ საერთაშორისო პარტნიორები დაარწმუნა, რომ სწორედ საქართველო ყოფილიყო ტესტ-ქვეყანა C ჰეპატიტის ვირუსის ელიმინაციისთვის [2]. საქართველო შემდეგი კრიტერიუმებით შეირჩა: ინფიცირებულთა დიდი რაოდენობა, შესაბამისი სამედიცინო ინფრასტრუქტურა და ქვეყნის მცირე ფართობი.

### **ძირითადი ნაწილი**

C ჰეპატიტის ვირუსით ინფიცირება უმთავრესად პარენტერალური გზით (სისხლის მეშვეობით) ხდება, სისხლის სისხლთან უშუალო შეხებით ან ისეთი მჭრელი ნივთების საშუალებით, რომლებსაც მანამდე ინფიცირებულის სისხლთან ჰქონდა კონტაქტი. ასეთი ნივთი უმეტესად საერთო შპრიცია, რომელსაც ნარკომანები ინტრავენური ინექციისთვის იყენებენ, თუმცა შესაძლებელია დასნებოვნება პირსინგისა და ტატუირების ინსტრუმენტების, სამართებლის, მანიკურის იარაღების და კბილის ჯაგრისის მეშვეობითაც კი.

სამწუხაროდ, საქართველოში C ჰეპატიტი მისი გავრცელების მასშტაბიდან გამომდინარე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. 2008 წლის მონაცემებით ვირუსით ინფიცირებულია მოსახლეობის 7%, რაც მსოფლიოში პროცენტულად მესამე მაჩვენებელია, ჩვენს ქვეყანაზე წინ მხოლოდ ეგვიპტე და მონღოლეთი არიან. 2001-2002 წლებშიც ეს მაჩვენებელი 6,7% ფარგლებში მერყეობდა. ძვირადღირებული მკურნალობისა და დიაგნოსტიკური ღონისძიებების გამო, იგი არ შედის სადაზღვევო პაკეტებში [3].

საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის კუთხით აქტიური საადვოკაციო პროცესების წარმართვა 2011 წელს დაიწყო. C ჰეპატიტის თემაზე ერთ-ერთი პირველი საჯარო ღონისძიება 2011 წელს ჩატარდა. 26 მარტს გაიმართა აქცია სახელწოდებით „200 000 C ჰეპატიტით ინფიცირებულ ადამიანს სურვილი აქვს გამოჯანმრთელების და საქართველოს გამარჯვების“. აქცია მიზნად ისახავდა ფართო საზოგადოებისთვის გაეცნო C ჰეპატიტთან დაკავშირებული პრობლემები, რადგან ამ მხრივ საზოგადოების ინფორმირებულობა დღესაც საკმაოდ დაბალია. ამასთანავე, ეს იყო პირველი შემთხვევა, როცა ინფიცირებულებმა გამოხატეს პროტესტი მკურნალობის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით.

ამავე წელს შეიქმნა C ჰეპატიტთან დაკავშირებული პეტიცია და აღინიშნა [4] ჰეპატიტის საერთაშორისო დღე, მთავარი მოწოდებით: „იცოდეთ, შეიცვალეთ, დაიცავით!“ პეტიცია რამდენიმე მოთხოვნისგან შედგებოდა:

- C ჰეპატიტთან მიმართებაში სახელმწიფო სტრატეგიის, სამოქმედო გეგმის და მთავარი მექანიზმის ჩამოყალიბება.
- სოციალური დაზღვევის პროგრამებში ინფექციის დროული გამოვლენის, შემდგომი დაკვირვებისა და მკურნალობის გათვალისწინება.

- C ჰეპატიტის გავრცელების რეალური სურათის დასადგენად და ეფექტური პოლიტიკის შესამუშავებლად ფართომასშტაბიანი კვლევის ჩატარება.

მომდევნო წელს C ჰეპატიტის საერთაშორისო დღე აღინიშნა ახალი კამპანიით „მე C მიმკურნალე“, რომლის ფარგლებშიც სხვადასხვა ქალაქში გაიმართა ღონისძიებები. ერთ-ერთ ასეთ ღონისძიებას წარმოადგენდა მრგვალი მაგიდის ფორმატი, რომელსაც ესწრებოდნენ სპეციალისტები, არასამთავრობო ორგანიზაციები, დაავადებათა კონტროლის ცენტრის წარმომადგენლები, ექიმები და ხელისუფლების წევრები.

2014 წელს ჰეპატიტის საერთაშორისო დღე ახალი კამპანიით „ჩვენ ვირჩევთ სიცოცხლეს“ [5] აღინიშნა. კამპანიის ფარგლებში თბილისში, გორში, ქუთაისში, ზუგდიდში, ოზურგეთსა და ბათუმში მოეწყო იმიტირებული საარჩევნო პროცესი, რომელიც მიზნად ისახავდა საზოგადოების მოცვის გაფართოებას.

2014 წელს საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის ინიციატივით შემუშავდა სპეციალური პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებდა 1 000 პატიმრისთვის მედიკამენტების უფასოდ მიწოდებას, 5 000 პატიმრისთვის B ჰეპატიტზე აცრის, ხოლო 12 000 პატიმრისთვის კი გამოკვლევის ჩატარებას. შემდგომ, მთავრობის სხდომაზე ჯანდაცვის სამინისტროს დაევალა პროექტის მომზადება, რომელიც უზრუნველყოფდა C ჰეპატიტით ყველა ინფიცირებული პირის მკურნალობას [6].

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო აქტიურად თანამშრომლობდა აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრთან, რომელმაც, თავის მხრივ, იზრუნა მედიკამენტების მწარმოებელი კომპანიის, „Gilead“-ის პროგრამაში ჩართვაზე. „Gilead“ არის ის ერთადერთი კომპანია, რომელსაც შესყიდული აქვს სოფოსბუვირის წარმოების და დისტრიბუციის უფლება. სოფოსბუვირი მიიჩნევა C ჰეპატიტთან ბრძოლის უფრო ეფექტურ საშუალებად, ვიდრე ინტერფერონი და რიბავირინი. გარდა იმისა, რომ სოფოსბუვირით განკურნების შანსი უფრო მაღალია, აღსანიშნავია, რომ მას ასევე არ გააჩნია გვერდითი მოვლენები. ამ ყველაფერთან ერთად, Gilead დაინტერესებული იყო წამლის მცირე ზომის ქვეყანაში გამოყენებითა და ტესტირებით. იგი დათანხმდა სრულიად უსასყიდლოდ მიეწოდებინა პრეპარატი ქართული მხარისთვის.

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის №169 დადგენილების საფუძველზე დამტკიცდა „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამა“. [7] საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ 2015 წლის აპრილში C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის განხორციელება დაიწყო, რომლის მიზანია ქვეყანაში C ჰეპატიტის ვირუსის მატარებელი ადამიანების სიკვდილიანობის შემცირება და ასევე ახალი შემთხვევების პრევენცია. აღსანიშნავია, რომ C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის შემუშავების ეტაპი ემთხვევა იმ პერიოდს, როცა ამერიკის წამლის სააგენტომ ოფიციალურად დაუშვა სოფოსბუვირი.

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა მოიცავს უფასო სკრინინგს – დაავადების გამოვლენას (ამ მომსახურებით სარგებლობა საქართველოს ნებისმიერ მოქალაქეს შეუძლია) და C ჰეპატიტით დაავადებული პაციენტების უფასო მკურნალობას უახლესი თაობის ძვირადღირებული მედიკამენტებით. პროგრამა ხორციელდება ორ ეტაპად:

- პირველ ეტაპზე Gilead-მა საქართველოს უფასოდ გადასცა დაავადების მკურნალობისთვის საჭირო მედიკამენტი – სოფოსბუვირი.

- 2016 წელს დაიწყო მეორე ეტაპი, როდესაც შემოიტანეს ახალი პრეპარატი – ჰარვონი. რაც შეეხება პროგრამაში რეგისტრაციისთვის საჭირო სამედიცინო კვლევებს, ის სახელმწიფოს მხრიდან 30%-ით, ხოლო სოციალურად დაუცველებისთვის 70%-ით ფინანსდება.

ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია.[8] პროგრამა მოიცავს C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას, დაავადების პრევენციას. პროგრამის ფარგლებში რეგულარულად ხორციელდება იმ დაწესებულებების (სილამაზის სალონები, სტომატოლოგიური კლინიკები და სხვ.) მონიტორინგი/შემოწმება, სადაც C ჰეპატიტის ვირუსით დაინფიცირების მაღალი რისკია. პროგრამაში ჩართვა შეუძლია C ჰეპატიტის ვირუსის მატარებელ საქართველოს ყველა მოქალაქეს. პროგრამის ფარგლებში პაციენტებს თბილისის, ბათუმის, ზუგდიდის, გორის, რუსთავისა და ქუთაისის სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებები ემსახურებიან.

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის შემუშავებისას საზოგადოებრივი ჩართულობის დონე მინიმალური იყო. პროგრამის შემუშავებისას აქცენტი უფრო მეტად გადატანილი იქნა ამ საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციებისა და ექსპერტების ჩართულობის უზრუნველყოფაზე. ამის მაგალითად გამოდგება 2014 წელს C ჰეპატიტის კონტროლის საკითხზე საერთაშორისო სამუშაო შეხვედრის გამართვა, რომელსაც ესწრებოდნენ საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს, აშშ-ის დაავადების კონტროლის ცენტრის წარმომადგენლები და ბრისტოლისა და ემორის უნივერსიტეტების მეცნიერები. ამასთანავე, გაიმართა ტელეხიდი ორ ამერიკულ მეცნიერთან, რომელთაც ჰქონდათ ინოვაციური გამოგონებები C ჰეპატიტის მკურნალობასთან დაკავშირებით. (ინტერპრენსიუსი, 2014) მასასადამე, პოლიტიკის შემუშავების პროცესში, ხელისუფლება უფრო მეტად დაინტერესებული იყო არა საზოგადოების ჩართულობის უზრუნველყოფით, არამედ ექსპერტული ცოდნის მობილიზებით.

რაც შეეხება პაციენტთა ინფორმირებას უშუალოდ პროგრამის განხორციელების ეტაპზე, სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში მიმართვისას, პაციენტს აცნობენ პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების წესს (მათ შორის, ვიდეოკამერის მეთვალყურეობის ქვეშ მედიკამენტის მიღების შესახებ, ასევე, რეჟიმის დარღვევის შემთხვევაში, მოსალოდნელი სანქციების შესახებ) და მასთან ფორმდება სამმხრივი (განმახორციელებელი, სერვისის მიმწოდებელი, პაციენტი) ხელშეკრულება, რაზედაც ხელს აწერს პაციენტი/კანონიერი წარმომადგენელი.

ცხრილი 1: C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტები და ბიუჯეტი

N	კომპონენტის დასახელება	ბიუჯეტი (ათასი ლარი)
1	მოსახლეობის სკრინინგული კვლევებისადმი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა (მათ შორის, მე-19 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის „ა.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული პილოტური კვლევისთვის ლაბორატორიის შესყიდვა)	680.0
2	დიაგნოსტიკის კომპონენტი	13,500.0
3	მკურნალობის კომპონენტი	6,000.0
4	მედიკამენტების ლოჯისტიკის კომპონენტი	1,120.0
5	სულ	21,300.0.

### დასკვნა

ჯანდაცვის მინისტრ დავით სერგენკოს განცხადებით, C ჰეპატიტის პროგრამის ფარგლებში პაციენტთა 83% განიკურნა. 2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ ჩამოაყალიბებენ მონიტორინგისა და შეფასების სისტემას, რათა მოხდეს პროგრამის შედეგების გაზომვა. მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო მოიცავს ყველა სტრატეგიულ მიმართულებას, როგორცაა ზედამხედველობა, პრევენცია, მოვლა და მკურნალობა. ამასთანავე, 2021 წელს იგეგმება C ჰეპატიტის სეროპრევალენტობის კვლევა, რათა ხელახლა შეფასდეს C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიით განსაზღვრული სკრინინგისა და მკურნალობის აქტივობების გაძლიერების (ანუ 2020 წლისთვის 90%-ის ტესტირება და ინფიცირებულთა 95%-ის მკურნალობა) შედეგი.[9]

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის პირველი ეტაპი უკვე დასრულდა. 3 000-ზე მეტმა ადამიანმა მკურნალობის კურსი უკვე დაასრულა, ამათგან 90%-მა კი C ჰეპატიტი უკვე დაამარცხა. პროგრამის შემდეგ ეტაპზე გაცილებით უფრო მეტი პაციენტი ჩაერთვება. მათი შერჩევისას უპირატესობა იმ პაციენტებს ენიჭებათ, რომელთა მდგომარეობა კრიტიკულია.

შეგვიძლია ვთქვათ, რომ იმ შემთხვევაში, თუ საქართველოში C ჰეპატიტის ვირუსის ელიმინაცია მოხდება, ჩვენი ქვეყანა ამ მხრივ პირველი იქნება და ეს გლობალური ჯანდაცვის სფეროში ნამდვილად უპრეცედენტო შემთხვევად ჩაიწერება.

საბოლოოდ, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ბოლო 3-4 წლის განმავლობაში C ჰეპატიტის მკურნალობის მხრივ, სერიოზული გარღვევა მოხდა. შეიქმნა ე.წ პირდაპირი მოქმედების ანტივირუსული სოფოსბუვირის მსგავსი პრეპარატები, რომელმაც C ჰეპატიტის მკურნალობაში რევოლუციური ცვლილება მოახდინეს. მკურნალობის ეფექტი უკვე 90-95% -ს სცილდება.[10]

### გამოყენებული ლიტერატურა

1. <http://factcheck.ge/article/saqarthveloshi-c-hepatitis-upretsendento-programa-gankhortsielda> „საქართველოში C ჰეპატიტის უპრეცედენტო პროგრამა ხორციელდება“
2. <http://www.ipress.ge/new/4931-C-hepatitis-eliminaciis-uprecedento-programa-daitsyo-video> „C ჰეპატიტის ელიმინაციის უპრეცედენტო პროგრამა დაიწყო“
3. <http://topnews.mediamall.ge/?id=116178> „ჩვენ ვირჩევთ სიცოცხლეს“- ჰეპატიტის მსოფლიო დღე თბილისში.
4. <https://www.youtube.com/watch?v=LD-FMq6fUHI> „ჩვენ ვირჩევთ სიცოცხლეს“
5. <https://idfi.ge/ge/statistical-information-for-the-years-of-2006-2014-on-the-number-of-persons-infected-with-hiv-aids> „სტატისტიკური მონაცემები C ჰეპატიტით და აივ ვირუსით ინფიცირებულთა შესახებ 2006-2014.“
6. [http://ssa.gov.ge/index.php?lang\\_id=GEO&sec\\_id=1147](http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=1147) „საქართველოს მთავრობის დადგენილება N169“
7. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3393668> „საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია“
8. <https://bpn.ge/biznesi/2727-60-ith-nakleb-fasad-c-hepatitis-preparatebis-shedzena-moqalaqeebs-ivlisidan-sheedzlebath.html?lang=ka-GE> „60%-ით ნაკლებ ფასად C ჰეპატიტის პრეპარატების შეძენა მოქალაქეებს ივლისიდან შეეძლებათ.“
9. <http://www.interpressnews.ge/geo/sazogadoeba/273532-c-hepatitis-kontrolis-sakithkhze-saerthashoriso-samushao-shekhvedra-imartheba.html?ar=A> „ჰეპატიტის კონტროლის საკითხზე საერთაშორისო სამუშაო შეხვედრა იმართება.“
10. <http://www.ipress.ge/new/8851-amiran-gamyrelidze-sofusbivirit-C-hepatitis-gankurnebis-efeqti-9095-ia> „ამირან გამყრელიძე: სოფოსბუვირით C ჰეპატიტის განკურნების ეფექტი 90-95% -ია“
11. <http://www.ipress.ge/news/view/11531/chven-virchevt-sitsotskhles--mimartva-sakhelmtsifo-struqturebs> „ჩვენ ვირჩევთ სიცოცხლეს!“ - მიმართვა სახელმწიფო სტრუქტურებს.“
12. <http://netgazeti.ge/opinion/40505/> „სოფოსბუვირი საქართველოსთვის – ინტერვიუ C ჰეპატიტის პროგრამის ერთ-ერთ ინიციატორთან.“
13. <http://tabula.ge/ge/story/83495-c-hepatitis-pacientta-skola-tanastsori-tanastsors-principi-moqmedebashi> „C ჰეპატიტის პაციენტთა სკოლა – „თანასწორი – თანასწორს“ პრინციპი მოქმედებაში.“
14. <http://liberali.ge/articles/view/3451/C-hepatitan-brdzola-konkretuli-tsifrebis-gareshe> „C ჰეპატიტთან ბრძოლა კონკრეტული ციფრების გარეშე.“



PRINT ISSN 2587-4896

ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრი

Public Health and Insurance Center

თბილისი 2018 Tbilisi